

Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados

Juan Máximo Molina Linde¹

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Aetsa), Sevilla (España)

Ana F. Uribe Rodríguez², Janice Figueroa Rodríguez³
Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga (Colombia)

Recibido: 27/08/2012 Revisado: 01/02/2013 Aceptado: 09/04/2013

Resumen

Objetivo. A través de este estudio, se pretende establecer la relación existente entre la intensidad del dolor percibida, la ansiedad, depresión y calidad de vida de pacientes ancianos hospitalizados. **Método.** Presenta un diseño de tipo transversal descriptivo. El muestreo se realizó de manera aleatoria estratificada (119 participantes). Se evaluaron los niveles de ansiedad y depresión, así como la intensidad del dolor que los participantes reportaron durante la entrevista. Para esto, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), el cuestionario Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y la Escala Verbal Simple (EVS). **Resultados.** En general, se observó que, en la medida en que el dolor aumentaba, empeoraban las áreas de calidad de vida evaluadas con el PSN, así como los niveles de ansiedad y depresión. **Conclusión.** Ante el deterioro de la calidad de vida y su relación con las respuestas emocionales asociadas a ansiedad y depresión, conforme la intensidad del dolor, se deben realizar intervenciones de nivel primario y secundario que permitan el control del dolor, con el fin de reducir el impacto en la salud mental de los adultos mayores, a partir de estrategias integradas entre lo farmacológico y psicológico. Del mismo modo, se sugiere la creación de programas intrahospitalarios que incorporen terapias integrales que, a su vez, atiendan la dimensión emocional y afectiva de los pacientes ancianos hospitalizados, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Palabras clave. Ancianos, calidad de vida, dolor, estado de ánimo.

Pain, Quality of Life, and State of Mind related to the Health of Elderly, Hospitalized Patients

Abstract

Objective. This descriptive, transverse study, attempts to establish the existent relation between the degree of perceived pain, anxiety, depression and quality of life of elderly hospitalized patients. **Method.** A stratified-

¹ Licenciado en Psicología. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (Aetsa). Avda. Luis Montoto, 89, 4ª planta. CP: 41007
Correspondencia: juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es

² Psicóloga, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud. Grupo de Investigación, Psicología Clínica y de la Salud.

³ Doctoranda en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Ponce. Grupo de Investigación, Psicología Clínica y de la Salud. Pontificia Universidad Bolivariana, Seccional Bucaramanga.

random sample was used for this study. Using the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS), the Nottingham Health Profile (NHP), and the Simple Verbal Scale (SVS), the patients' reported anxiety and depression levels, as well as the intensity of their pain were measured. **Results.** It was observed that in general, as the patient's pain increased, their depression and anxiety levels, and the quality of life areas evaluated using the NHP, worsened. Analyses are descriptive and inferential. **Conclusion.** In view of the deterioration of the quality of life and its relationship to the emotional responses associated with anxiety and depression, and the intensity of pain, interventions should be carried out at primary and secondary level to permit pain control, in order to reduce the impact on the mental health of older adults, based on pharmacological and psychological integrated strategies. Likewise, it is suggested that inpatient programs incorporating holistic therapies which, in turn, meet the emotional affective elderly needs of hospitalized patients, are created, with the aim of improving their quality of life.

Key words. Elderly, quality of life, pain, state of mind.

Dor, qualidade de vida e estado anímico relacionados à saúde de pacientes idosos hospitalizados

Resumo

Escopo. Através de este estudo pretende-se estabelecer a relação existente entre a intensidade da dor percebida, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida de pacientes idosos hospitalizados. **Metodologia.** Apresenta um desenho do tipo transversal descritivo. A amostra foi feita de modo aleatório estratificado (119 participantes). Foram avaliados os níveis de ansiedade e depressão, assim como a intensidade da dor que os participantes reportaram durante a entrevista. Para isto, foi usada a Escada de Ansiedade e Depressão de Goldberg (EADG), o questionário Perfil de Saúde de Nottingham (PSN) e a Escada Verbal Simples (EVS). **Resultados.** Em geral, foi observada que na medida em que a dor aumenta, pioram as áreas de qualidade de vida avaliadas com o PSN, assim como os níveis de ansiedade e depressão. **Conclusão.** Ante a deterioração da qualidade de vida e sua relação com as respostas emocionais associadas à ansiedade e a depressão, conforme a intensidade da dor, devem ser feitas intervenções de nível primário e secundário que permitam o controle da dor, com o fim de reduzir o impacto na saúde mental dos adultos maiores, a partir de estratégias integradas entre o farmacológico e o psicológico. Do mesmo modo, sugere-se a criação de programas intrahospitalarios que incorporem terapias integrais que, a sua vez, atendam a dimensão emocional e afetiva dos pacientes idosos hospitalizados, com o proposto de melhorar sua qualidade de vida.

Palavras chave. Idosos, qualidade de vida, dor, estado de ânimo.

Introducción

A nivel mundial, el incremento de la población adulta mayor ha generado nuevas problemáticas para investigar, pero sobre todo para intervenir en mejorar las diferentes áreas de la calidad de vida de esta población. Al momento, se han realizado diversos estudios en el afán de contribuir a que las personas experimenten la vejez dignamente (Rodríguez, 2010; Rojo, 2010; Tuesca, 2003). Los esfuerzos investigativos en temas relacionados con los adultos mayores no han cesado, siendo un

tema de gran interés en la actualidad. Por ejemplo, Hernández, Vásquez y Ramo (2012) evaluaron la depresión en adultos mayores hospitalizados con el fin de identificar factores asociados a la depresión; su estudio reflejó un gran número de personas mayores con humor deprimido (alrededor del 50%), destacándose una diferencia significativa entre los que estaban hospitalizados y los que no, principalmente, relacionado con la enfermedad y el trato recibido por sus cuidadores. Por su parte, Requena, López y Ortíz (2009), encontraron varios aspectos que correlacionan de manera significativa

con la satisfacción vital de las personas, entre éstas, el estado anímico y las relaciones sociales. En el estudio de Arrieta y Almudena (2009), además de encontrar correlaciones entre la depresión, la ansiedad y el deterioro cognitivo en personas mayores, también se subraya la existencia de dificultades en la evaluación de síntomas afectivos y cognitivos, debido a la falta de conocimiento de los diferentes contextos de las personas mayores.

En este sentido, Cerquera (2008) plantea la importancia del reconocimiento de los afectos en la vejez, más aún cuando son personas institucionalizadas, dado que esto puede propiciar los estados depresivos, particularmente, por las diferentes pérdidas que se suscitan en esta etapa vital, por ejemplo, la pérdida del trabajo, de su rol social, independencia, familia, entre otros. Si a esto se le suma la disminución de su salud, es de esperarse que la dimensión afectiva vaya deteriorándose cada vez más y con ésta, la calidad de vida del paciente. Por tal razón, se hace necesario atender el aspecto emocional de los adultos mayores siempre que se pretenda apoyar el logro de una mejor calidad de vida para ellos.

La calidad de vida es un constructo que ha venido desarrollándose desde hace varios años en diferentes contextos, siendo empleado en el estudio de diversas enfermedades crónicas, y en los que se ha logrado identificar la influencia de diferentes factores para definirla y medirla (Connelly, Philbrick, Smith, Kaiser y Wymer, 1989; Rojo, 2010; Seligman, 1975; Siu, Reuben, Ouslander y Osterweil, 1993). Ha sido este conjunto de estudios lo que han establecido que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) “predice de manera independiente la hospitalización, la utilización de los servicios de atención primaria y, por tanto, resulta una variable fundamental asociada con el gasto sanitario” (Alonso, 2000, p. 163). La CVRS agrupa “los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud” (Casas, Repullo y Pereira, 2001, p. 789). De igual forma, Patrick y Ericson (citado en Casas et al., 2001) señalan que la CVRS es “el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política” (p. 789).

Al momento, parecen escasos los estudios que abordan, de manera conjunta, la relación entre

intensidad del dolor, ansiedad, depresión y calidad de vida en personas mayores hospitalizadas. Martín (2008) expone que “una cierta visión de los trastornos ligados al envejecer, ha tendido a disociar el cuerpo físico de los afectos y las emociones, promoviendo su medicación” (p.104). No obstante, resulta importante enfatizar en el ser humano desde una mirada integral, valorando tanto la dimensión física como la emocional y contextualizando la situación particular de cada anciano. El dolor, al ser una experiencia multidimensional, afecta el sentir de las personas, ya sea de aspectos sensorio-discriminativos, afectivos-motivacionales, cognitivos-evaluadores, pudiendo generar repercusiones funcionales y emocionales sobre la calidad de vida de estas personas (Bragard y Decruynaere, 2010).

En otras investigaciones, como la de Meeks et al. (2007), se señala la importancia de evaluar el dolor crónico como un posible factor de riesgo de suicidio en ancianos. Entre tanto, un estudio realizado en México con personas mayores de 50 años, evidenció que el dolor es una problemática frecuente en adultos mayores, asociándose a condiciones como la artritis, enfermedad pulmonar, caídas, hipertensión, depresión, enfermedad vascular cerebral, historial de cáncer y alteraciones en su funcionalidad (Barragán, Mejía y Gutiérrez, 2007). En esta misma línea, otra investigación realizada en México sugiere que un gran número de personas manejan de manera inadecuada el dolor, lo que a su vez limita su funcionamiento en la realización de sus actividades de la vida diaria (González y Moreno, 2007).

Por otra parte, también se ha confirmado la alta prevalencia de síntomas físicos dolorosos en pacientes mexicanos con trastorno depresivo mayor (Ruiz, Colín, Corlay, Lara y Dueñas, 2007). Del mismo modo, se ha establecido la relación existente entre el dolor crónico y las respuestas emocionales asociadas a la depresión (Mačianskytė, Janužis, Kubilius, Adomaitienė y Ščiupokas, 2011). Es preciso anotar que también se han evaluado los efectos demográficos y clínicos determinantes en el dolor, así como los factores de riesgo que afectan la calidad de vida de una persona, señalando la eficiencia de las terapias de dolor en adultos mayores (Ordu et al., 2011).

En el intento por mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los ancianos hospitalizados, es fundamental la atención del dolor

en la intervención. Cabe destacar que la manera en que los ancianos o adultos mayores perciben su propio deterioro resulta ser una de las razones por las cuales ellos pueden llegar a deprimirse (Arrieta y Almudena, 2009). Por eso, Orueta et al. (2008) enfatizan en la pertinencia de abordar la percepción subjetiva de la calidad de vida relacionada con la salud en ancianos. Según su estudio, el deterioro progresivo en función de la edad está estrechamente vinculado a la cantidad de enfermedades crónicas padecidas, un mayor consumo de fármacos y la disminución de su capacidad funcional.

De acuerdo con lo anterior, es preciso abordar tanto el estado emocional como físico de los adultos mayores hospitalizados cuando se busca promover su calidad de vida relacionada con la salud. Estos esfuerzos deben dirigirse a conseguir niveles óptimos de salud emocional y física en el adulto mayor. En este orden de ideas, Vallejo (2008) sostiene que:

El abordaje psicológico del dolor crónico debe responder a dos aspectos: actuar sobre el dolor, de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente y, en segundo lugar, evitar que el mismo se haga dueño de la vida del paciente, impidiéndole ser persona (p. 417).

Superar el malestar implica trabajar tanto el área afectiva, como las áreas corporal, relacional, ideativa y conductual (Martín, 2008), práctica ejercida desde la ética y la responsabilidad, que pretenda la calidad de vida del adulto mayor. Según Vallejo (2008), “el dolor crónico es, principalmente, el resultado de un fallo en los sistemas naturales de analgesia ligados, generalmente, a una condición sensorial concreta y adicionalmente, a la falta de recursos personales (psicosociales) para afrontar las implicaciones vitales que ello supone” (p. 420). Este autor sostiene que, en la medida en que el dolor se reduzca, la situación del paciente mejorará. Sin embargo, destaca que esto no implica necesariamente que el impacto del dolor en la vida de la persona desaparecerá inmediatamente. Dada la pertinencia de abordar las intervenciones con adultos mayores desde un enfoque biopsicosocial (Durán, Orbegoz, Uribe-Rodríguez y Uribe, 2008), las redes de apoyo son un asunto de vital importancia en el logro de una mejor calidad de

vida en salud. Dado que padecer dolor puede afectar las relaciones sociales de las personas, resulta sumamente importante atender a este detalle (Vallejo, 2008).

Por otra parte, se ha demostrado que la satisfacción del anciano debido al apoyo derivado de su red social personal, se refleja en su bienestar psicológico y estado de salud (Clemente, Tartaglino y Stefani, 2008), sosteniendo los argumentos anteriormente expuestos en relación con la importancia de las redes de apoyo en la calidad de vida de los adultos mayores. Vallejo (2008) argumenta que, “promover la aceptación social, así como el reconocimiento y la exposición a las emociones y sensaciones del paciente, contribuye a reducir la percepción de amenaza y del mantenimiento del dolor” (p. 425). De acuerdo con Durán et al. (2008), la interacción social, dado que implica el establecimiento de vínculos cercanos con otros y la actividad constante, viene a ser un factor de protección para la salud de las personas. En la medida que se comience a valorar al adulto mayor, sus experiencias y capacidades, facilitándole ser una persona activa en su propia vida y en la vida de los que le rodean, se promueve la interacción social, mejorando así su calidad de vida.

Por otro lado, son variados los acercamientos terapéuticos que se han propuesto, hasta el momento, para trabajar con la población anciana. Santos-Olmo, Ausín, Muñoz y Serrano (2008) plantean que, con los adultos mayores, las intervenciones se realizan a mediano y largo plazo (entre 3 y 15 meses). Hernández (2007), por su parte, recomienda la terapia de apoyo para las intervenciones que se realizan en la etapa de la vejez; sin embargo, otros autores como Requena et al., (2009) enfatizan en la necesidad de proponer intervenciones con personas mayores que incluyan la actividad física, dado que la reducción de la movilidad puede llevar a un modelo de vida no adecuado, facilitando el deterioro de la salud.

En el caso de los pacientes geriátricos hospitalizados, Rodríguez (2008) plantea la necesidad de que las instituciones ofrezcan variedad de actividades, permitiéndole a los ancianos seleccionar aquellas que más les interesen, de modo que aumenten su sentido de autoeficacia y control, al mismo tiempo, se evita el comportamiento dependiente. Este mismo autor, también expone la importancia de que el personal de instituciones geriátricas oriente a los familiares, previa a la

hospitalización, sobre la importancia de que apoyen y visiten al anciano hospitalizado. Según explica, el anciano seguirá sintiendo a su familia como su grupo de pertenencia. El propósito de estas actuaciones, según Rodríguez (2008), es la disminución de los sentimientos de abandono, soledad o desarraigo que los adultos mayores hospitalizados pueden experimentar, mejorando así su calidad de vida. De los Reyes y Buzeki (2006), por su parte, destacan el rol del diálogo en la intervención geriátrica. Según indican, para mejorar la calidad de vida de los ancianos, resulta fundamental promover un clima de participación activa entre todos los actores involucrados (profesionales, familiares, personal administrativo, etc.) Añaden, además, que resulta necesario construir espacios de encuentro entre todos los actores intervinientes, promoviendo así la participación y el compromiso de los mismos.

Al momento, se han desarrollado un sinnúmero de acercamientos y prácticas terapéuticas para la población geriátrica, sin embargo, es preciso considerar las diferencias individuales con el fin de elaborar un plan de tratamiento que haga justicia a las necesidades de cada anciano. Partiendo de la premisa que cada persona construye su vida a partir de distintas experiencias y estímulos a los que ha estado expuesto, es necesario abordar cada caso desde una perspectiva multidimensional del ser humano. De esta manera, se promueve el ejercicio de prácticas profesionales abarcadoras, que tengan en cuenta las diferencias individuales de quienes van a recibir un mismo modelo de intervención.

A través de esta investigación, se pretende integrar el estudio de las variables dolor, estado anímico y calidad de vida, con el fin de aportar a la construcción de conocimientos en esta área. Específicamente, se estudia la relación entre estas variables en pacientes ancianos hospitalizados y la influencia del dolor sobre variables de tipo psicológico, como son la ansiedad y la depresión. Teniendo en cuenta que los profesionales en el área de la salud se enfrentan a un gran reto en cuanto a las necesidades actuales de la población anciana y dadas las limitaciones existentes para abordar las distintas problemáticas que enfrentan los adultos mayores, una de las herramientas fundamentales para el manejo y acompañamiento adecuado de estas personas es la investigación. Por este motivo, el objetivo de este estudio es estudiar la relación entre la intensidad del dolor, ansiedad, depresión y calidad de vida en personas mayores hospitalizadas.

Método

Diseño

Este estudio optó por un diseño de tipo transversal, descriptivo.

Participantes

Los participantes fueron adultos mayores que se encontraban ingresados en un hospital de tercer nivel en Granada (España), al momento de realizar el estudio, desde septiembre hasta noviembre del 2007. Se calculó el número de pacientes necesarios para obtener una muestra significativa de la población hospitalizada. Para ello, se consideraron las siguientes premisas: una prevalencia de dolor cercana al 70% de los pacientes, una diferencia máxima del 10% entre la prevalencia del dolor en la muestra y en la población y un error del 0.075. En el momento del estudio, se identificó que unas 430 camas estaban destinadas a pacientes mayores de 65 años. Siguiendo la lista de camas disponibles en cada servicio, se seleccionaron los participantes mediante un muestreo aleatorio simple. Aquellos pacientes que, por algún motivo de exclusión, no entraron a formar parte del estudio fueron reemplazados por otros.

La muestra estuvo conformada por 68 hombres y 51 mujeres con una edad media de 73.12 años ($DE = 5.60$), en la que se incluyó una muestra representativa de los pacientes adultos mayores hospitalizados en cada una de las unidades del hospital. Los pacientes ingresados en unidad de Cuidados intensivos, Reanimación, Psiquiatría y Desintoxicación fueron excluidos de la muestra por entenderse que no respondían al objetivo investigativo. Asimismo, se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados con alguna enfermedad neurológica (tipo demencia) o psiquiátrica que pudiera impactar significativamente en la fiabilidad de sus respuestas.

Por grupos de edad, el 84.9% de los participantes tenían una edad comprendida entre los 65 a 79 años, mientras que un 15.1 % eran mayores de 80 años. El 57.14% eran hombres y 42.86% mujeres. En relación con su estado civil, un 67.2% eran casados, un 1.7% solteros, un 29.4% viudos y un 1.7% eran divorciados o separados. En cuanto a su nivel educativo, un 24.4% eran analfabetos, un 50.4% analfabetos funcionales, un 20.2% tenían estudios primarios, y tan sólo

un 2.5% tenían estudios secundarios y otro 2.5% estudios superiores. Respecto a la situación familiar de los pacientes, el 81.5% de los participantes vivían acompañados, mientras que el resto vivían solos (18.5%).

Instrumentos

Se recopilaron los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, estado civil y situación familiar) mediante un cuestionario individualizado. Para evaluar los niveles de ansiedad y depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Esta escala permite establecer el diagnóstico, al mismo tiempo que facilita identificar la intensidad con la que se presentan las respuestas emocionales asociadas con ansiedad y depresión. La prueba consta de dos subescalas, una para la detección de la ansiedad y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas constan de nueve preguntas, no obstante, las cinco últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las cuatro primeras, que sí son obligatorias. La aplicación de esta prueba es individual. La versión en castellano ha mostrado su fiabilidad y validez con un alfa de Cronbach global de 0.85, con adecuada sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%); Montón, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993).

Además, se administró el cuestionario Perfil de Salud de Nottingham (PSN), conformado por 38 ítems pertenecientes a seis dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los ítems representan diferentes estados de salud. Las personas que contestan deben indicar, para cada uno de ellos, si son aplicables a sus circunstancias mediante respuesta dicotómica. Las puntuaciones para cada dimensión ofrecen un valor entre 0 y 100, es decir, se obtienen seis puntuaciones diferentes, siendo su aplicación individual o grupal.

Los resultados de la adaptación transcultural del instrumento confirman la adecuación de sus propiedades métricas. La puntuación del alfa de Cronbach para el total del PSN osciló entre 0.89 y 0.97 (Lamarca, Alonso, Santed y Prieto, 2001).

Por su parte, la intensidad del dolor que la persona mayor experimentó durante la realización de la entrevista se evaluó mediante la Escala Verbal Simple (EVS). Ésta califica el dolor como ausente, suave, moderado, intenso e intolerable. A cada uno de los términos se le aplica un valor de 0 a 4. Su

aplicación en este estudio, responde a su amplio uso en ensayos clínicos sobre dolor (Bird, et al., 1995; Castro, et al., 2000; Fleischmann, et al., 2001), a pesar de que algunas investigaciones reportan que es inespecífica, poco sensible y fiable.

Procedimiento

Inicialmente se gestionaron los permisos y autorizaciones requeridas para la realización del estudio en el hospital público de la ciudad de Granada, específicamente, donde estaban internos los adultos mayores. Obtenida la aprobación por parte de los directivos de la institución, se procedió a seleccionar, de manera aleatoria estratificada, una muestra representativa de adultos mayores hospitalizados en cada una de las unidades, a excepción de aquellas anteriormente señaladas.

Posteriormente, se estableció contacto con los participantes, para informarles de la investigación, las características de las mismas y la posibilidad de su vinculación voluntaria para proceder a la firma del consentimiento informado respectivo; de la vinculación voluntaria resultaron un total de 119 adultos mayores. Al entrevistarlos, se recopilaron los datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, estado civil y situación familiar). Luego, se administraron el EADG, PSN y EVS.

Una vez finalizada la recopilación de la información para el estudio, se procedió a analizarla. Los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales se llevaron a cabo a través del programa SPSS 17.0. Específicamente, se estableció, a través del coeficiente eta, el grado de asociación entre la intensidad del dolor y los distintos factores que se incluyen en el constructo calidad de vida del perfil de salud de Nottingham. De igual manera, se analizó el grado de asociación entre la intensidad del dolor, la ansiedad y la depresión. La posible relación entre la variable independiente (intensidad del dolor durante la realización de la entrevista) y las variables dependientes (escalas PSN y EADG) se analizó mediante la prueba estadística Anova y el coeficiente eta.

El coeficiente eta es una medida apropiada para analizar los valores de una variable dependiente, en escala de intervalo o de razón, en los distintos grupos establecidos por los valores de otra variable independiente cualitativa. Así, estima la proporción de la variabilidad total de la variable dependiente que puede ser explicada por el conocimiento de los valores de la variable independiente.

Resultados

En la tabla 1 se observa que, por lo general, existe un empeoramiento en cada una de las áreas de la

calidad de vida evaluada con el PSN, así como en la ansiedad y la depresión, conforme la intensidad del dolor aumenta.

Tabla 1
Niveles de calidad de vida, ansiedad y depresión, según la intensidad de dolor reportada

Intensidad dolor	Estadísticos	Dimensiones calidad de vida								
		Energía	Dolor	Movilidad	Emocional	Sueño	Social	Salud General	Puntuación ansiedad	Puntuación depresión
Ausente	M	59.52	31.25	56.92	34.13	45.00	17.86	40.78	2.86	2.57
	N	56	56	56	56	56	56	56	56	56
	D.T.	39.55	28.00	30.8	24.60	35.21	17.34	21.29	2.94	2.66
Leve	M	64.76	52.50	61.78	41.59	62.28	21.71	50.77	4.11	3.43
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35
	D.T.	36.10	31.18	24.99	29.44	32.09	21.35	20.22	3.44	2.65
Moderado	M	59.42	73.91	57.06	46.86	64.35	28.7	55.05	4.91	4.39
	N	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	D.T.	37.55	17.64	23.78	29.19	28.26	18.90	17.49	3.34	3.14
Intenso	M	91.67	93.75	75.00	47.22	95.00	40.00	73.77	6.00	6.00
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	D.T.	16.67	7.217	10.21	26.25	10.00	16.33	6.64	4.082	1.15
Insoportable	M	100	100	100	44.44	100.00	40.00	80.74	5.00	0.00
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	D.T.
Total	M	62.46	48.42	59.35	39.31	55.97	22.02	47.92	3.75	3.27
	N	119	119	119	119	119	119	119	119	119
	D.T.	37.72	32.69	27.53	27.13	34.30	19.37	21.34	3.28	2.83

El análisis de varianza, calculado a las variables del estudio, permite apreciar que existen diferencias significativas entre la intensidad del dolor medido con la EVS y el dolor evaluado con el PSN ($F(4,114) = 14.70, p = 0.000$), entre la intensidad del dolor y las alteraciones en el sueño ($F(4,114) = 4.18, p = 0.003$), entre la intensidad del dolor y el aislamiento social ($F(4,114) = 2.53, p = 0.044$), y entre la intensidad del dolor y el estado de salud general

($F(4,114) = 5.03, p = 0.001$). Asimismo, se aprecian diferencias significativas entre la intensidad del dolor y la ansiedad ($F(4,114) = 2.48, p = 0.048$) y depresión ($F(4,114) = 3.27, p = 0.014$) de la Escala de Goldberg.

Por otra parte, la tabla 2 detalla el grado de asociación entre la intensidad del dolor y los distintos factores incluidos en el constructo de calidad de vida, ansiedad y depresión.

Tabla 2
Asociación entre intensidad de dolor y calidad de vida, ansiedad y depresión

VARIABLES	Intensidad dolor en la actualidad	Eta
Calidad de vida	Energía	0.18
	Dolor	0.58
	Movilidad	0.19
	Emocional	0.19
	Sueño	0.36
	Social	0.29
	Salud general	0.39
Puntuación ansiedad		0.28
Puntuación depresión		0.32

Discusión

El presente estudio permitió responder al objetivo de la investigación de identificar la influencia del dolor en las condiciones psicológicas de pacientes hospitalizados, evidenciando la relación entre los mismos. Este aspecto es congruente con los planteamientos de los autores como Casas et al. (2001), quienes establecen que existen factores que afectan las condiciones de salud y calidad de vida de las personas.

Concretamente, los resultados de este estudio sugieren que, en la medida en que la intensidad del dolor aumenta, crecen también las respuestas emocionales asociadas a la depresión y ansiedad en las personas mayores hospitalizadas, disminuyendo así su calidad de vida. Este resultado sugiere que es frecuente encontrar en los adultos mayores la presencia de dolor, lo cual está afectando su calidad de vida, especialmente, la relacionada con su salud. Por ello, se deba atender en los adultos mayores hospitalizados, particularmente, por sus implicaciones multicausales. Existen diversas alternativas que deben ser consideradas. Una de las posibilidades es la incorporación de terapias antiálgicas en las instituciones hospitalarias. Claro está, que la manera en que se aborde el dolor deberá responder a las necesidades particulares de cada paciente. La atención a la salud física, en este caso, el dolor, junto a la consideración de las dimensiones afectivas, emocionales, económicas y sociales, parece ser el camino más apropiado para

aportar a que los adultos mayores hospitalizados tengan una mejor calidad de vida (Molina, Lemus y Uribe, 2012).

Estos resultados sustentan los planteamientos de Monti y Kunkel (1998), quienes indican que la ansiedad y la depresión están comúnmente asociadas al dolor crónico. Tal como lo plantean estos autores, existen muchos instrumentos y opciones de tratamiento disponibles para la evaluación y el manejo del dolor. Sin embargo, éstos señalan que ampliar conocimientos relacionados al modo de detectarlo, evaluarlo y tratarlo, facilitará el adecuado manejo del dolor en la población anciana. La intervención diferenciada debe concentrarse en ofrecer especificidad y eficiencia en la influencia de la intervención de tipo multidimensional (Uribe, Valderrama y Molina, 2010).

Tal como se ha estado planteando a través del escrito, para atender al estado anímico de pacientes ancianos hospitalizados es fundamental considerar otros aspectos, además del dolor, que pueden incidir en su calidad de vida. Por ejemplo, en un estudio realizado por Pérez y Arcia (2008), con adultos mayores de 60 años, se observó que su poca inmersión en la vida social y la falta de apoyo socio-familiar, contribuyeron marcadamente a la depresión que presentaban. Este planteamiento coincide con los resultados del presente estudio, donde se encontró que la intensidad del dolor percibida está asociada significativamente tanto al aislamiento social como a las respuestas emocionales de ansiedad y depresión. En este

sentido, reconocer, facilitar y promover el rol activo de adultos mayores hospitalizados en la sociedad, así como educar a la familia y seres significativos en relación con la importancia de su apoyo en esa etapa vital del paciente, resulta fundamental.

Por otra parte, Peña, Herazo y Calvo (2009) señalan que la depresión en ancianos se distingue de la presentada en otros grupos etarios en cuanto a su presentación clínica, semiología, diagnóstico y tratamiento. Por tal razón, resulta importante atender las necesidades de esta población, considerando las características propias de su etapa vital, así como las diferencias individuales (Molina-Linda y Uribe-Rodríguez, 2012; Uribe et al., 2010). Reformar los programas de intervención hospitalaria parece ser una de las necesidades apremiantes en lo que a este tema respecta. Botero y Pico (2007) enfatizan en la importancia de elaborar una política de desarrollo social, partiendo de la investigación, orientada al bienestar de la población anciana. Sin duda alguna, el respeto a la dignidad del ser humano debe estar reflejado en cada una de estas políticas y programas diseñados para la población de adultos mayores.

En cuanto a los estados de ánimo analizados en este estudio (respuestas emocionales asociadas con ansiedad y depresión), es importante tener en cuenta que representan un rol muy importante en la modulación del umbral de dolor (Clemente et al., 2008; Durán et al., 2008). Esto apoya la urgencia de crear programas intrahospitalarios de intervención multidisciplinaria, que valoren al ser humano en todas sus dimensiones, sin obviar el componente afectivo (Uribe et al., 2010). Así, se podría facilitar el fortalecimiento del estado anímico de los adultos mayores hospitalizados. Consecuentemente, este acompañamiento permitirá, ya sea una reducción en la intensidad del dolor o una actitud que le permita asumirlo de la manera más saludable posible, mejorando así su calidad de vida.

De otro modo, se continuará aportando a la exclusión social de estas personas, a la marginación, a perpetuar el mito que le retira las capacidades, virtudes y productividad al ser humano en esa etapa de su vida (Uribe, Padilla y Ramirez, 2004).

Se sugiere, para líneas futuras de investigación, atender aspectos relacionados con el apoyo social como modulador de la percepción del dolor, dado que en los resultados de este estudio fue posible apreciar que existen diferencias entre la intensidad del dolor medido con la EVS y el dolor evaluado con el PSN, entre la intensidad del dolor y las alteraciones en el sueño, entre la intensidad del

dolor y el aislamiento social, y entre la intensidad del dolor y el estado de salud general. También, podría estudiarse el rol del apoyo social y familiar en los procesos de recuperación de pacientes hospitalizados (Molina y Uribe, 2010; Tuesca, 2003; Uribe et al., 2010), por las implicaciones que tiene en la calidad de vida de pacientes hospitalizados.

Por otra parte, resultaría interesante estudiar la relación entre la percepción que tienen los pacientes acerca de su enfermedad (sus posibilidades de recuperarse), el estado de ánimo que manifiestan y las estrategias de afrontamiento que emplean. En este punto, es necesario mencionar que las medidas de CVRS podrían ser de utilidad, tanto en la evaluación diagnóstica, como en la valoración de las necesidades de recursos de atención y en la toma de decisiones o la iniciación de tratamientos específicos. Finalmente, se sugiere la realización de investigaciones mixtas, donde se aborden los temas señalados considerando los acercamientos investigativos incluyentes de la metodología cualitativa, en tanto facilitan abordarlos con mayor profundidad.

Agradecimientos

Se agradece, de manera particular, al personal administrativo del Hospital Virgen de las Nieves en Granada (España), por el apoyo ofrecido para la realización de esta investigación. Igualmente, a los pacientes que posibilitaron el desarrollo de la investigación con su participación.

Referencias

- Alonso, J. (2000). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 163-167.
- Arrieta, E. y Almudena, L. M. (2009). Efectividad de las pruebas psicométricas en el diagnóstico y seguimiento de deterioro, depresión y ansiedad en las personas mayores. *Clínica y Salud*, 20 (1), 5-18.
- Barragán, E. J., Mejía, S. y Gutiérrez, L. M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49(4), S488-S494.
- Bird, H. A., Hill, J., Stratford, M. E., Fenn, G. C., Wright, V., Fleischmann, R. M.,... Kamin,

- M. (1995). A double-blind cross-over study comparing the analgesic efficacy of tramadol with pentazocine in patients with osteoarthritis. *Journal of Drug Development & Clinical Practice* 7(7), 181-188.
- Botero, B. E. y Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24.
- Bragard, D. y Decruynaere, C. (2010). Evaluación del dolor: aspectos metodológicos y uso clínico. *Kinesiterapia - Medicina Física*, 31(4), 1-11.
- Casas, J., Repullo, J. y Pereira, J. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina Clínica*, 116, 798-796.
- Castro, F., Barreto, P., Gil, R., Varela, M., de la Iglesia, A., y Camba, M. A. (2000). Ensayo clínico controlado, aleatorio, comparativo y a doble ciego para valorar el efecto preventivo de tramadol vs. placebo en el tratamiento del dolor postquirúrgico ginecológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 7, 214-219.
- Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Clemente, A. Tartaglini, M. F. y Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 47-53.
- Connelly, J. E., Philbrick, J. T., Smith, G. R., Kaiser, D. L. y Wymer, A. (1989). Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Medicine Care*, 27(3), 99-109.
- De los Reyes, M. C. y Buzeki, M. (2006). Diálogo como estrategia de programas institucionales en geriátricos. *Perspectivas en Psicología*, 3(1), 121-126.
- Durán, D. M., Orbegoz, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F. y Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270.
- Fleischmann, R. M., Caldwell, J. R., Roth, S. H., Tesser, J. R. P., Olson, W., y Kamin, M. (2001). Tramadol for the treatment of joint pain associated with osteoarthritis: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Current Therapeutic Research, Clinical & Experimental*, 62(2), 113-128.
- González, C. y Moreno, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitaciones en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427.
- Hernández, Z. E. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El Ágora USB*, 7(2), 247-258.
- Hernández, Z., Vásquez, J. M. y Ramo, A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 12, 1-27.
- Lamarca, R., Alonso, J., Santed, R., y Prieto, L. (2001). Performance of a perceived health measure in different groups of the population. A comprehensive study in Spain. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 127-135.
- Mačianskytė, D., Janužis, G., Kubilius, R., Adomaitienė, V. & Ščiupokas, A. (2011). Associations between chronic pain and depressive symptoms in patients with trigeminal neuralgia. *Medicina (Kaunas)*, 47(7), 386-392.
- Martín, J. (2008). Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1), 101-120.
- Meeks, T. W., Dunn, L. B., Kim, D. S., Golshan, S., Sewell, D. D., Atkinson, J. H. y Lebowitz, D. B. (2007). Chronic pain and depression among geriatric psychiatry inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 637-642.
- Molina, J. M., Lemus, N. y Uribe, A. F. (2012). Calidad de vida y salud general percibida de pacientes hospitalizados en una entidad de salud de Granada. *Archivos de Medicina*, 12, 9-17.
- Molina, J. M. y Uribe, A. F. (2010). *El enfermo terminal y sus cuidados*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Molina-Linde, J. M. y Uribe-Rodríguez, A. F. (2012). *Teorías psicosociales sobre la vejez*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Monti, D. A. y Kunkel, E. J. (1998). Management of chronic pain among elderly patients. *Psychiatric Services*, 49(12), 1537-1539.
- Montón, C., Pérez, M. J., Campos, R., García, J. y Lobo A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345-349.
- Ordu, N. K., Gokce-Kutsal, Y., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S.,... Geriatric Rehabilitation

- Research Group of Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation. (2011). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the turkish experience. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), 357-362.
- Orueta, R., Rodríguez, A., Carmona, J., Álvarez, A. M., García, A. y Pintor, C. (2008). Anciano frágil y calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(3), 101-105.
- Peña, D. M., Herazo, M. I. y Calvo, J. M. (2009). Depresión en ancianos. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 57(4), 347-355.
- Pérez, V. T. y Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-20.
- Requena, C., López, V. y Ortíz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61-67.
- Rodríguez, N. (2008). Longevidad y calidad de vida. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 5(2), 107-110.
- Rodríguez, R. (2010). *Salud, amor y sexo en los adultos mayores*. Guayaquil: Eduquill.
- Rojo, F. (2010). *Población mayor, calidad de vida y familia: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar*. Madrid: Imsero.
- Ruiz, L. G., Colín, R. F., Corlay, I. S, Lara, M. y Dueñas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(2), 25-32.
- Santos-Olmo, A. B., Ausín, B., Muñoz, M. y Serrano, P. (2008). Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de la búsqueda activa. *Intervención Psicosocial*, 17(3), 307-319.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression development and death*. San Francisco: Freeman. Versión castellana. Madrid: Editorial Debate.
- Siu, A. L., Reuben, D. B., Ouslander, J. B. y Osterweil, D. (1993). Using multidimensional health measures in older persons to identify the risk of hospitalization and skilled nursing placement. *Qualite Life Rescure*, 2, 253-61.
- Tuesca, R. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 595-604.
- Uribe, A. F., Padilla, C. y Ramírez, V. (2004). Intervención cognitivo-conductual para la calidad de vida de viejos institucionalizados en la Ciudad de Cali. *Geriatría*, 20(3), 145-149.
- Uribe, A. F., Valderrama, L. y Molina, J. M. (2010). Intervención Psicológica en adultos mayores. *Revista Psicología desde el caribe*, 25, 246-258.
- Vallejo, M. A. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19(3), 417- 430.

Para citar este artículo/ to cite this article/ para citar este artigo: Molina, J. M., Rodríguez, A. F. y Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 43 -53.