



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EXPERIENCIAS DE VIDA DE LA TRAYECTORIA DE LA
ENFERMEDAD EN ADULTOS MAYORES CON DOLOR
CRÓNICO BENIGNO: UNA MIRADA CUALITATIVA

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

PLESS. DIANA LAURA CAB IUIT
PLESS. DAFNE LISETTE CHUC SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS

DR. JOSUÉ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ

ASESORES

DRA. MARÍA ISABEL MÉNDEZ DOMINGUEZ

DR. KARINA ISABEL CASCO GALLARDO

DR. ANTONIO VICENTE YAM SOSA

MTRA. DEBORA CANTE HERNÁNDEZ



CHETUMAL QUINTANA ROO, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS ELABORADA BAJO LA SUPERVISIÓN DEL COMITÉ DE TESIS DEL PROGRAMA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y APROBADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR: _____

DR. JOSUÉ ARTURO MEDINA FERNÁNDEZ

ASESORA: _____

DRA. MARIA ISABEL MÉNDEZ DOMINGUEZ

ASESORA: _____

DRA. KARINA ISABEL CASCO GALLARDO

ASESOR: _____

DR. ANTONIO VICENTE YAM SOSA

ASESOR: _____

MTRA. DEBORA CANTE HERNÁNDEZ



CHETUMAL QUINTANA ROO, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2024

Agradecimientos

A nuestro Director de Tesis, el Dr. Josue Medina Fernandez, por su apoyo incondicional para la realización de esta tesis, por guiarnos en todo momento con paciencia, dedicación y sabiduría, pilares fundamentales para culminar con este proyecto. A la Dr. Maria Isabel Mendez, Dra. Karina y Dr Antonio Yam Sosa por acompañarnos y compartir su vasto conocimiento como coasesores para la mejora del trabajo.

A los profesores de la División de Ciencias de la Salud que nos acompañaron y guiaron durante nuestra trayectoria, sus enseñanzas y consejos han sido fundamentales para nuestro desarrollo profesional. Gracias a su dedicación y compromiso han dejado una huella en nuestra formación como profesionales y personas, permitiéndonos llegar a ser los profesionales de la salud que somos hoy.

A la Universidad, por brindarnos una formación académica de excelencia. Su exigencia y compromiso nos ha permitido llegar hasta este punto.

Por último, agradecemos a aquellos adultos mayores con dolor crónico benigno que participaron en nuestro estudio. Por abrir las puertas de sus hogares y compartir sus experiencias de vida con este padecimiento ya que sin ellos este trabajo no habría sido posible

Dedicatoria

Dedico este logro a mis padres, Laura y José, quienes siempre han confiado en mí y me han apoyado sin descanso. Su amor, dedicación, tiempo y paciencia han sido el pilar fundamental que me ha ayudado a llegar hasta aquí. Aprecio todo lo que han hecho por mí, pues sin su esfuerzo y sacrificio, no sería la persona que soy hoy.

A mis hermanitas, gracias por acompañarme en cada momento de mi vida y por todo el cariño que me brindan, me siento orgullosa de ser su hermana y de que me vean como un ejemplo. Ustedes son mi inspiración para dar lo mejor de mí cada día.

Al Dr. Josué Medina, por ser mi guía durante todo este proceso, por sus palabras de ánimo y sus enseñanzas inspiradoras, espero algún día poder seguir sus pasos.

- Cab luit Diana Laura

Consagro este gran éxito a mis padres, principalmente a mi madre, Marina Sánchez, quien ha sido mi guía y mi mayor apoyo en todo momento. Nunca me soltó y sé que, sin ella, no hubiera podido lograr mis metas. Gracias por su paciencia, amor y sacrificios, por nunca dejar de creer en mí, incluso cuando yo dudaba, ya que, gracias a usted, soy quien soy y me siento orgullosa de este logro, que no es sólo mío, sino de ambas. A la memoria de mi padre, cuyo recuerdo vive en cada paso que doy. Siempre vivirá en mi corazón y en cada uno de mis éxitos.

A mi hermano, quien fue un pilar más para este logro, por apoyarme en mis momentos de tristeza, cuando nadie más confiaba en mí, y por demostrar que soy su ejemplo a seguir. Siempre ha sido una inspiración más para mí seguir.

A LJ, quien fue un compañero significativo en mi vida, cuya compañía y apoyo emocional fueron muy importantes durante esta etapa. Gracias por estar ahí y por contribuir a mi crecimiento personal y académico.

Al Dr. Josué Medina, por confiar en mí, ser una gran ayuda para poder terminar este proyecto y darme ánimos cuando creí que no lo lograría. Gracias por ser parte de este final de una etapa tan grata.

- Chuc Sanchez Dafne Lisette

Resumen

Introducción: Vivir con dolor crónico benigno en la tercera edad es una experiencia que trasciende lo físico, afectando el bienestar emocional y social de los adultos mayores. Desde una perspectiva cualitativa, esta vivencia se revela a través de los discursos de los participantes, en donde la lucha diaria contra el dolor crónico y la constante adaptación requerida para mantener una calidad de vida aceptable. Las experiencias de vida muestran cómo el dolor crónico influye en la autonomía, las relaciones interpersonales y la percepción de uno mismo, evidenciando la necesidad de enfoques holísticos y empáticos que reconozcan y aborden las múltiples dimensiones de esta condición en la vida de las personas mayores.

Propósito: Describir las experiencias de vida de la trayectoria de la enfermedad en adultos mayores con dolor crónico benigno desde una perspectiva física, funcional, psicológica y social.

Metodología: Investigación cualitativo de tipo fenomenológico-descriptivo. Se aplicó una muestra hasta la saturación de datos, recolectados a través de un muestreo de bola de nieve. Se consideró dentro de los criterios de inclusión el ser adulto mayor, presentar dolor crónico benigno mínimo de un año y vivir al menos con un familiar directo o indirecto. Se aplicó el proceso cognitivo Janice Morse de manera artesanal, el cual constó en cuatro fases que son: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar. La propuesta de investigación contó con la aprobación de la Academia de Enfermería y del Consejo Divisional de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo.

Resultados: La saturación de datos se logró con un total de seis participantes adultos mayores con dolor crónico benigno residentes de Chetumal, Quintana Roo, de los cuales cuatro fueron mujeres con edades de 60, 62, 70 y 77 años, mientras que los dos participantes restantes fueron 2 hombres de 62 y 77 años, respectivamente. Estos tenían como mínimo, 1 año de vivir con DCB y un máximo de 30. En relación con su estado civil, tres se encuentran casados, dos divorciados y una es viuda. Se hallaron 10 categorías, entre estos se encuentran: 1. mi vida antes del diagnóstico de la enfermedad causante del dolor, 2. inicios del vivir con dolor, 3. representación del dolor en la corporalidad, 4. cambios en la cotidianidad

derivado del dolor, 5. creencias de la causa del dolor, 6. cambios en la dinámica familiar derivado al dolor, 7. cambios conductuales causados por el dolor, 8. acciones aplicadas para los cambios conductuales, 9. afrontamiento al dolor, 10. cambios sociales derivado del dolor.

Conclusión: La evidencia muestra el impacto significativo que el dolor crónico benigno tiene en las rutinas diarias, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales de los AM. Estos datos demuestran la complejidad de sus experiencias y los diversos factores que influyen en su proceso de adaptación al dolor, demostrando resiliencia de los AM frente a estas adversidades.

La importancia de lo anterior para las ciencias de enfermería radica en la comprensión profunda de cómo el DCB impacta la vida de los AM. Los resultados ofrecen una comprensión holística de las dificultades que enfrentan las personas mayores, lo cual es esencial para el desarrollo de enfoques de atención más personalizados y eficaces.

Palabras clave: dolor crónico, experiencias de vida, adulto mayor, investigación cualitativa.

Índice

Capítulo I	1
Introducción	1
Antecedentes	4
Justificación	7
Propósito.....	10
Capítulo II	11
Marco teórico	11
Marco referencial	15
Marco conceptual	20
Capítulo III	22
Metodología	22
Criterios de selección	22
Plan de recolección de datos y análisis cualitativo	23
Consideraciones éticas	24
Plan de recolección de datos	25
Método de presentación de datos	25
Capítulo IV	26
Resultados.....	26
Capítulo V	41
Discusión	41
Conclusión	49
Limitaciones.....	50
Recomendaciones	50
Referencias	51
Anexos	59

Capítulo I

Introducción

El dolor es un problema a nivel mundial que surge desde el momento en el que el hombre nace, esta sensación poco agradable se presenta como una protección frente a un efecto negativo, su abordaje es un reto frente al sistema de salud, es por ello que, muchos expertos han detonado su interés por el estudio e investigación sobre el dolor crónico (1).

El dolor es una condición común entre la población mayor de 65 años, afectando aproximadamente entre un 50% y un 80% de este grupo etario (2). Se debe considerar que el Adulto Mayor (AM) es aquella persona que haya alcanzado esta edad y ha acumulado una amplia variedad de experiencias a lo largo de su vida; ocasionado que el dolor crónico tenga un gran impacto en los AM y quienes los rodean, siendo aún más prevalente a medida que los AM se acercan al final de la vida, conllevando mayor sufrimiento y discapacidad, ya que suele afectar diferentes aspectos en la vida de cada individuo, como la salud, la independencia, autonomía, entre otros (2–4).

El envejecimiento incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales en el que la persona es más susceptible a presentar enfermedades no transmisibles, exacerbando así los síntomas acompañantes, como el dolor crónico. Por ello, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Institutions ha reconocido el dolor como el quinto signo de vitalidad, ya que es una de las experiencias humanas más complejas (5,6).

De esta forma, el dolor crónico benigno (DCB), se define como aquel malestar situado en una parte del cuerpo que tiene una duración mayor a tres meses o perdura más allá del proceso de curación normal, esto ha pasado de entenderse como una respuesta únicamente fisiológica a comprenderse como una experiencia que abarca los aspectos biopsicosociales (7), es decir, el dolor es una experiencia sensorial desagradable, emocional y subjetiva, en donde intervienen factores socioculturales y psicológicos de las personas que lo padecen; y se asocia a enfermedades no transmisibles que aumentan con la edad (8).

De acuerdo con Abellán, Esparza y Pérez el 48.7% de la población manifiesta que el dolor se focaliza principalmente en la espalda y articular, así como en piernas y pies. Dicha manifestación se condiciona por diversos tipos de enfermedades no transmisibles siendo patologías de larga duración con una progresión lenta como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteodegenerativas entre otros (9).

De igual manera las enfermedades no transmisibles en conjunto con el dolor crónico generan una dependencia parcial o total, originando síntomas como estrés, agotamiento, percepción de falta de apoyo, pérdida de motivación, sensación de soledad, olvido de sí mismo, generando efectos devastadores en la calidad de vida del AM. Por lo anterior, la calidad de vida se ve directamente afectada y con ello el grado de satisfacción que tiene la persona con diferentes aspectos de vida, tales como la situación física, el estado emocional, la vida familiar, el sentido que le atribuye a su vida, entre otros (10).

Cuando se habla de dolor, se entiende que es un síntoma demostrado a causa de enfermedades, pero si es un dolor crónico este se presenta como enfermedad debido al impacto y su afección casi total, por lo tanto va más allá de lo físico, afectando de manera psicológica, económica y sobre todo social (11); y requiere de un manejo multidisciplinario para evitar diversas consecuencias, aunque infortunadamente el sistema de salud aún no ha logrado quitar las barreras existentes para el correcto manejo del dolor crónico (5).

Refiriendo lo anterior, la alta tasa de prevalencia del dolor crónico benigno y no benigno como enfermedad se ha vinculado con una problemática multicausal y su desarrollo interviene en el control de las dimensiones del entorno social, sobre todo cuando el AM origina dependencia derivada al dolor, esto suele afectar a nivel familiar, principalmente en el núcleo primario, la presencia de este reto puede derivar a síntomas depresivos, soledad o aislamiento, alteraciones del ciclo sueño/vigilia, ansiedad, disminución de la interacción social, entre otros (12–14).

El modo en el que el individuo afronta el dolor viene determinado por diferentes factores que pueden modificar la experiencia de percibir el dolor tales como el estado de ánimo o estrés (15). En los adultos mayores se ha identificado diversos comportamientos para la expresión del dolor, de los cuales se pueden categorizar

en tres grandes grupos, aquellos que deciden expresarlo usando el llanto, aquellos que deciden callarlo y aquellos que manipulan como señal de búsqueda de atención. Ante estos comportamientos se ve desencadenado una serie de sentimientos en los cuales se manifiesta la experiencia del dolor en los AM, siendo los de mayor frecuencia la angustia, tristeza, miedo, ira, estrés, impotencia y desesperanza llegando al punto del aislamiento al no querer ser una carga para su familia (16,17)

Ante toda la problemática que surge al enfrentar el dolor crónico benigno, el AM ha implementado diversas estrategias para su alivio, una de ellas es el apoyo social, este se lleva a cabo a través del intercambio de aprendizajes con personas que sufren lo mismo, esta adaptación los ha ayudado a sobrellevar y disminuir el dolor, al igual que poder adaptarse a la nueva etapa que se encuentra enfrentando (5). El apoyo social provee una fuente de bienestar para la persona que lo necesita, ya que no sólo se trata de lo material, sino de lo emocional e informativo, este tiene un papel crucial en el proceso de adaptación a la enfermedad no transmisible y al dolor que el padecimiento trae consigo, por lo que el apoyo social ayuda al afrontamiento de efectos psicológicos adversos tales como el estrés, ansiedad, depresión, etc. además de favorecer a la adherencia al tratamiento y prevenir el aislamiento social (18,19).

De igual manera, otra de las principales estrategias que se han identificado para la disminución del dolor corresponden en su mayoría a las dimensiones de religión, los pacientes que sufren de DCB refieren que la religión y la creencia en Dios es parte de su sistema de apoyo (20). Todas aquellas estrategias desarrolladas a lo largo de los años se basan en el significado y etapas del proceso del dolor; varios autores han descrito dichas etapas de acuerdo a la experiencia de los sujetos de estudio, lo cual les da un significado que se divide en categorías, dentro de estas categorías se encuentra el proceso que comprende cuatro etapas: descubrimiento del dolor, experimentando una vida con dolor, adaptándose a los cambios de la vida y reflexionando sobre la experiencia (21,22).

Cuando el AM empieza a reflexionar sobre la experiencia que ha estado pasando, se da cuenta sobre aquellos puntos positivos que ha dejado el desarrollo de la

enfermedad, encuentra un nuevo punto para ayudar a los demás o así mismo a través del apoyo. Cada etapa lleva un tiempo distinto en cada persona, puesto que las situaciones de la vida, cómo la economía, la familia, el sistema de salud, los diagnósticos erróneos o falta de apoyo, se superponen para el avance de cada etapa. El vivir con DCB es un viaje lleno de experiencias malas y buenas que son acarreadas por trayectos inconstantes.

Antecedentes

Se encontraron 10 artículos de los cuales seis son de diseño cualitativo, dos con diseño cuantitativo, dos con revisión sistemática. A continuación se describen brevemente.

Alvarado García y Salazar Maya (2014), describieron la experiencia de los adultos mayores con dolor crónico benigno frente a los servicios de salud, derivando a un estudio cualitativo de tipo teoría fundamentada, se entrevistaron a 25 adultos mayores con dolor crónico benigno en la ciudad de Medellín y Bogotá. Dicho estudio demostró cinco categorías que describieron como el adulto mayor recibe el apoyo del equipo de salud y la búsqueda de soluciones a los problemas de salud, con el pasar del tiempo ellos experimentaban decepciones y recriminaciones cuando asistían por dolor y crisis; todo esto los llevó a alejarse del sistema de salud, perdiendo así la credibilidad en los médicos y el interés que tenían por asistir a un hospital. El estudio permitió describir la experiencia general de los adultos mayores con dolor crónico en el sistema de salud, dicha experiencia demuestra rechazo y decepciones cuando aparece la agudización del síntoma (22).

Alvarado García y Salazar Maya (2015) realizaron un estudio para comprender y analizar la experiencia de vivir con dolor crónico benigno en el envejecimiento desde la perspectiva del Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR), con un diseño cualitativo, descriptivo exploratorio utilizando la teoría fundamentada para el análisis de los datos, con una muestra de 10 AM residentes de Medellín, Antioquia y Chía, Cundinamarca. Como principales resultados se identificaron comportamientos secundarios a la presencia del dolor y son consecuencia a la adaptación a su experiencia, logrando hacer modificaciones en el ambiente mediante recursos internos y externos lo cual permitió controlar los estímulos generadores de dolor en

los modos de adaptación del ser humano. Él estudió culminó en cómo el dolor crónico conduce una serie de comportamientos tanto efectivos como inefectivos que afectan los modos de adaptación de los adultos mayores en relación con el MAR (23).

El estudio realizado por Alvarado García, Salazar Maya (2016) en las Ciudades de Medellín y Bogotá tuvo como objetivo describir los comportamientos y sentimientos que experimentan los AM no institucionalizados frente al DCB, la metodología utilizada fue cualitativa tipo teoría fundamentada con una muestra de 25 adultos mayores. El estudio demostró dos categorías principales que dan muestra de los comportamientos y sentimientos. Dentro de la categoría de comportamiento se identificó tres expresiones las cuales son a través del llanto, la manipulación frente a los miembros de su familia y los que deciden callar su dolor. Aparecen una serie de sentimientos como la angustia, tristeza, miedo y el aislamiento. Como conclusión el estudio permitió comprender e identificar los sentimientos y comportamientos que experimenta el AM con DCB, el cómo evolucionan desde el momento en el que aparece el dolor y varía de acuerdo con el dolor se presenta en sus vidas (16).

De igual manera en ese mismo año, Alvarado García y Salazar Maya, desarrollaron en el mismo ámbito una investigación en la que buscaban describir las intervenciones que utilizan los adultos mayores que padecen de dolor crónico benigno. Se realizó por medio de un estudio cualitativo de tipo teoría fundamentada en el que utilizaron la misma muestra descrita en sus anteriores trabajos, a diferencia de las otras investigaciones, en este se establecieron diferentes categorías que describen intervenciones para el alivio del dolor, entre ellas, se destacó la búsqueda de opciones, toma de medicamentos, automedicación, temor a tomar pastillas, identificación de los daños que producen los medicamentos, poniéndose agua caliente, quedándose quieto, toma de posturas correctas, realizando ejercicio, usando complementos y remedios caseros; esto permitió definir aquellas intervenciones que son manejadas por los adultos mayores para poder disminuir el dolor, viendo así que pueden ir desde las farmacológicas y las no farmacológicas, todo esto ayudará a los profesionales de la salud a poder implementar nuevas estrategias de cuidado (24).

Alvarado García, Salazar Maya (2017) realizaron un estudio con el objetivo de comprender significados y procesos por el que transita el adulto mayor al vivir con dolor crónico benigno en el envejecimiento, para ello se empleó un estudio cualitativo con una muestra de 25 sujetos utilizando la teoría fundamentada para el análisis de los datos. Se encontraron cuatro categorías que muestran los significados de la experiencia de la vida con dolor crónico benigno en personas de edad avanzada: sintiendo el cuerpo lastimado, la comprensión de las limitaciones, sobrellevar el dolor y vivir con el dolor. Asimismo, se identificó que los adultos mayores pasan por un proceso común que se conforma de cuatro etapas: descubrir el dolor, experimentar una vida de dolor, adaptarse a los cambios de vida y reflexionar sobre la experiencia. Este estudio propone la síntesis del proceso y los significados capturan específicamente la experiencia y aumentan la utilidad de la teoría en la práctica (21)

Cerquera C., Uribe R., Matajira C. y Correa G., (2017) desarrollaron una investigación que tuvo por objetivo identificar la asociación existente entre la dependencia funcional y el dolor, para ello se llevó a cabo revisión sistemática en el que se empleó la identificación y selección de la literatura científica donde se implementaron un total de 62 artículos que cumplían con los criterios establecidos. Se encontró que existe una prevalencia muy alta de estudios que describen de manera específica que el envejecimiento asociado al dolor tiene un mayor nivel de dependencia funcional en el adulto mayor, por lo que se demuestra que se requiere de una atención mayor en los temas de dependencia funcional y dolor, ante ello no se logran vincular las variables (dependencia, dolor y calidad de vida), por ese motivo se planteó que se realice una investigación con mayor número de estudios que incluyan las variables dentro del mismo artículo ya que si existe relación entre ellas (13).

Ruiz A., Chan C, et. al. en el 2021, realizaron un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con el propósito de interpretar aquellas experiencias de vivir con dolor de los adultos mayores con enfermedades no transmisibles. Se ejecutó mediante un muestreo intencional en el que participaron 8 adultos mayores, se obtuvieron cuatro categorías: el desgaste de vivir con dolor, cotidianidad del vivir

con dolor, alternativas para aliviar el dolor y afectación en el entorno social, ante esto se concluyó que cuando el adulto mayor padece de una enfermedad no transmisible puede verse afectado de forma física, social y psicológica, por ello busca medios que puedan ayudarlo a disminuir el dolor (3).

Morales Alburquerque, Sosa Torralba (2022) llevaron a cabo un estudio cuantitativo correlacional con el fin de identificar la relación entre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. Se utilizó un muestreo no probabilístico con una muestra total de 56 AM asistentes a tres centros gerontológicos ubicados en la ciudad de México. Las redes de apoyo con las que se tiene mayor frecuencia de contacto social son los hijos, los amigos y el grupo comunitario al que pertenece. Respecto a los hijos el 62.5% de los participantes veía una vez a la semana o más con ellos, el 57.1% veían o hablaban con sus amigos una vez a la semana y el 98.2% acudía a su grupo comunitario una vez a la semana o más; asimismo se identificó que el 80.4% tiene poco contacto social con su cónyuge. La investigación respecto a esta temática debe ampliarse para contribuir al diseño de intervenciones que impliquen fortalecer las redes de apoyo, así como los recursos que éstas brindan (25).

Justificación

El dolor es una sensación desagradable que trae consigo una serie de repercusiones desfavorables afectando la vida de las personas que las padecen. Actualmente, la población de adultos mayores suele acompañarse de enfermedades que causan una mala calidad de vida y muchas veces suelen asociarse al dolor; si bien, el dolor se ha considerado un síntoma por años, en la actualidad se ve como una enfermedad debido a la complejidad de este, puesto que, las personas que lo padecen presentan una calidad de vida deteriorada. El DCB no solo influye en la parte física del adulto mayor, sino también las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y económicas de las personas, así como el entorno que lo rodea. Sus consecuencias van desde la disfunción en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, hasta los trastornos del sueño, de la alimentación, disminución de las relaciones interpersonales, agotamiento, ansiedad, depresión, ira, llegando hasta el aislamiento social.

Durante las últimas décadas, la población de personas mayores ha aumentado significativamente, ya que para el 2021, el Banco Mundial reportó que había 747 millones de personas mayores de 65 años, representando así el 9.54% de la población mundial. Se puede observar un aumento exponencial en este porcentaje, dado que en la década de los 60's éste no alcanzaba el 5% (26).

Por otro lado, datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2022, mencionan que en México había un total de 17 958 707 personas de 60 años y más (30). Asimismo, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población en Quintana Roo se cuenta con una población de 119 mil 365 adultos mayores de 60 años y más (27,28).

Debido a este fenómeno de envejecimiento poblacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado nuevas estrategias de manejo de enfermedades, con el fin de que para el año 2050, los adultos mayores tengan un envejecimiento saludable, disminuyendo con ello las diversas afecciones como las enfermedades cardiovasculares y el dolor crónico (29).

En las personas mayores, las principales causas de morbilidad y mortalidad derivan de las enfermedades no transmisibles (ENT), siendo estas el principal motivo de la pérdida de la calidad de vida. En respuesta a esto, se han desarrollado múltiples síntomas, que suelen acompañarse de dolor, volviéndose con el paso de los años, un dolor crónico benigno. Se estima que las principales ENT en el mundo, corresponden a la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales y la incontinencia urinaria; asimismo, las afecciones más limitantes son la demencia y las enfermedades cerebrovasculares (30).

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátrica el 30.3% de ENT que afectan al adulto mayor corresponden a enfermedades cardiovasculares, el cáncer representa un 15.1%, con el 9.5% las enfermedades pulmonares crónicas, mientras que el 7.5% son las enfermedades músculo esqueléticas y los trastornos mentales, por último, las enfermedades del sistema nervioso representan el 6.6%. El INEGI en su tabulador básico, específicamente en Quintana Roo, reporta que las principales ENT que suelen ser una causa de muerte son las enfermedades del

corazón (enfermedades isquémicas), diabetes mellitus y enfermedades del hígado (31,32).

La mayoría de las ENT que padece la población geriátrica conllevan dolor, esto tiene un alto impacto por la interferencia que provoca en las actividades de la vida cotidiana. Las enfermedades que con mayor frecuencia provocan dolor son la artrosis y las lumbalgias crónicas. La artrosis está presente en el 72.6% en los adultos mayores de 65 años que padecen dolor osteomuscular crónico, siendo más frecuente en la zona rural debido a que son exacerbadas por la pobreza persistente y la falta de servicios apropiados (33,34).

En las personas mayores, la aparición del dolor debe ser tratada de manera adecuada, por esta razón enfermería al ser gestor de los cuidados, debe ejecutar intervenciones enfocadas al manejo del dolor con una base científica. Aunado a esto, enfermería establece la generación y aplicación de las teorías propias de la disciplina, que comprenden una serie de conceptos y supuestos que buscan identificar una nueva forma de construir cuidados de calidad. Mediante la comprobación teórica se logra comprender la realidad de los significados, las percepciones y las experiencias que construyen las personas en relación con el fenómeno que se quiere estudiar, peculiarmente aquellos que buscan conocer la experiencia de la enfermedad (35).

De manera general, el avance en las investigaciones ha ayudado a dar respuestas a los profesionales de la salud para poder solventar necesidades que el adulto mayor pueda presentar durante el proceso de la enfermedad. Asimismo, es importante destacar que para tener un sistema de conocimiento científico se debe clasificar y estructurar diversos tipos de información; en el ámbito de enfermería se utiliza un lenguaje estandarizado como la taxonomía NANDA, de la cual, la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ayudan a planificar los cuidados que debe brindar el personal de enfermería y con ello sustentar con respaldo científico el quehacer propio de enfermería.

Como se puede observar, hay diversos beneficios, ya que permite contribuir al conocimiento de la ciencia de la enfermería. Durante mucho tiempo, se ha utilizado la investigación como medio de conocimientos, ya que permite desarrollar

habilidades en el pensamiento crítico, así como la fundamentación teórica del cuidado. Por otra parte, la generación de nuevas perspectivas y enfoques contribuye a mejorar la calidad de atención de los pacientes y en la toma de decisiones del profesional a cargo, lo que a su vez aporta un cambio significativo en la práctica clínica, en especial al adulto mayor. Por ende, el estudio de la enfermería es necesario para desarrollar, evaluar y ampliar los conocimientos que le permitan satisfacer las necesidades de las personas, las familias y las comunidades.

Dicho lo anterior, este trabajo permite identificar las experiencias de vivir con DCB en los adultos mayores, desde una dimensión física, funcional, psicológica y social. Por consiguiente, al dar a conocer los resultados obtenidos en esta investigación se pretende aplicar las teorías con una perspectiva científica y dar oportunidades de mejora del cuidado para el personal de enfermería, familiares o cuidadores principales del adulto mayor, pudiendo brindar un soporte adecuado durante el transcurso del padecimiento.

Dicho lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la experiencia de vivir con dolor crónico benigno en adultos mayores desde una perspectiva física, funcional, psicológica y social?

Propósito

Describir las experiencias de vida de la trayectoria de la enfermedad en adultos mayores con dolor crónico benigno desde una perspectiva física, funcional, psicológica y social.

Capítulo II

Marco teórico

El presente trabajo se basa en propuesta de la *teoría de la situación específica de la experiencia de vivir con dolor crónico benigno en adultos mayores realizado por Medina, Medina, Yam y Candila en el 2024*. Esta teoría se fundamenta en la *Teoría Intermedia de la Enfermedad* propuesta por Carolyn L. Wiener, la cual destaca la importancia de comprender los componentes físicos de la enfermedad y el proceso que se vive durante su padecimiento. Wiener señala una diferencia fundamental entre el curso y la trayectoria de la enfermedad, ya que la trayectoria no sólo abarca factores físicos, sino también hechos importantes como la influencia de la familia, amigos y profesionales de la salud (36).

La Teoría de Situación Específica (TSE) tiene una perspectiva de interacción bidireccional, donde el adulto mayor con dolor crónico benigno es considerado un ser holístico, activo e interactivo con su entorno al responder a las interacciones con el cuidador, la familia y el profesional de enfermería, de tal forma, que se percibe la realidad en su totalidad, reconociendo su complejidad, influenciado por el entorno y las circunstancias circundantes. De tal forma que la TSE describe el desarrollo de la enfermedad que conduce al dolor crónico desde un punto vista de la alteración de la funcionalidad, cambios físicos, psicológicos y sociofamiliares del adulto mayor. Es esencial adquirir un amplio entendimiento de los conceptos teóricos. Para facilitar esto, se muestra la Figura 1, la cual proporciona una visión comprensiva de la teoría (36).

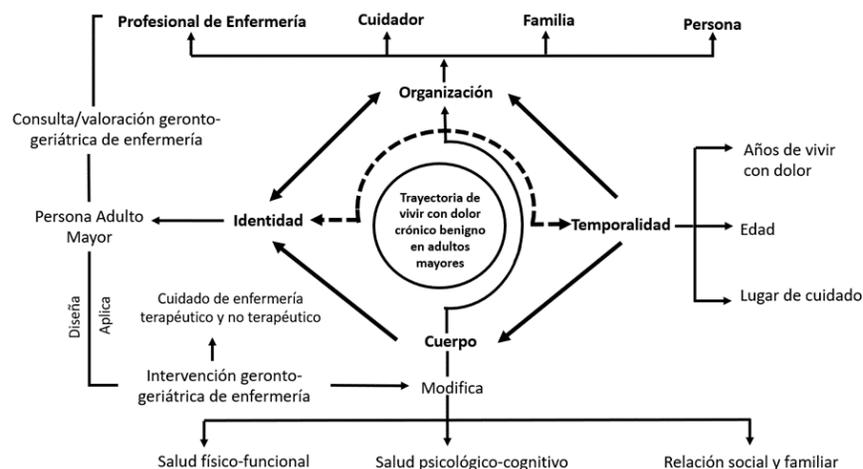


Figura 1. Articulación teórica de la TSE de trayectoria de la enfermedad en adultos mayores que viven con DCB.

De manera similar, para una exploración más profunda de la teoría es importante comprender a fondo los metaparadigmas y conceptos centrales, dado que estos elementos fundamentales son los que logran establecer la perspectiva y el enfoque de la teoría abordada. Con este propósito, presentamos la siguiente conceptualización (36):

Metaparadigmas

- **Ser humano:** Adulto mayor que experimenta DCB constante a causa de enfermedad crónica, lo cual afecta su vida en aspectos físicos, psicológicos y sociales, presentando, además, cambios en su rutina diaria.
- **Salud:** Reacción del adulto mayor ante la transformación en su vida diaria a causa del incremento del DCB, este tiene un efecto inmediato en su capacidad funcional, provoca cambios psicológicos y afecta sus relaciones familiares y sociales.
- **Enfermería:** Ciencia que reconoce las transformaciones que sufre el adulto mayor debido al deterioro de la enfermedad y el DCB. Su relevancia radica en la evaluación integral de la salud geriátrica y en la provisión de cuidados enfermeros con un enfoque tanto terapéutico como no terapéutico.
- **Ambiente:** Se presenta como el entorno compuesto por el individuo, el profesional de la salud, la comunidad, la familia y el cuidador familiar. Existe una conexión inmediata con la forma en que se aborda el cuidado del dolor crónico, y esta relación tiene un impacto en la capacidad de adaptación a la vida de la persona afectada, así como en los cambios físicos, psicológicos y sociales.

Conceptos centrales

Trayectoria de vivir con dolor crónico benigno: Aquellas vivencias individuales que se presentan a partir del diagnóstico de la enfermedad, en el cual, el dolor crónico benigno es el principal síntoma, produciendo cambios físicos, psicológicos y en la interacción social con modificaciones en la cotidianidad de la persona.

Dolor crónico benigno: Malestar de dolor experimentado debido a una afección que no amenaza la vida del adulto mayor con una duración mayor de tres a seis meses y que no presenta mejoría a pesar de haber recibido tratamiento.

Organización como persona adulta mayor: Persona mayor o igual de 60 años, que experimenta su desarrollo y vive en sociedad sin perder su carácter individual, distintivo y singular. Además de presentar noción jurídica, moral y racional con la capacidad de discernir y responder por sus acciones personales.

Organización como familia: Grupo de individuos que coexisten en un mismo lugar de residencia, estructurados en roles específicos consanguíneos o no, que comparten una vida económica y social en común y que están unidos por vínculos afectivos.

Organización como cuidador: Individuo que brinda apoyo a otro individuo que requiere ayuda para su autocuidado, ya sea que se trate de familiares, amigos o miembros de organizaciones religiosas que ofrecen ayuda en el hogar, en entornos hospitalarios u cualquier otro contexto de atención de salud.

Organización como profesional de enfermería: Individuo que brinda cuidados de enfermería de forma autónoma como colaborativa abarcando a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en diversos entornos.

Identidad: Percepción que un adulto mayor tiene en un momento específico, que integra diversos aspectos personales, experimentado a nivel mental como corporal.

Temporalidad: Situación o condición que ocurre en un periodo de tiempo limitado sin certeza sobre su final, sujeto a cambios por factores como la edad, años de vivir con dolor crónico y residencia del adulto mayor.

Salud físico-funcional: Nivel en el que una persona adulta mayor conserva su bienestar físico, incluyendo movilidad, fuerza y equilibrio, además de como desempeña sus roles sociales, el estado mental, bienestar emocional y la actitud y cómo éstas son modificadas por el grado de dolor crónico benigno del adulto mayor.

Salud psicológico-cognitivo: Nivel de bienestar psicológico y cognitivo de una persona adulta mayor, determinado a través de una evaluación que analiza la presencia de síntomas depresivos, ansiedad, autodistanciamiento, riesgo de

deterioro cognitivo y pérdida de funciones cognitivas como la atención, velocidad de procesamiento de la información y la memoria.

Afectación social y familiar: Nivel de modificación en la cotidianidad y en las interacciones familiares y sociales como consecuencia del grado de dolor crónico benigno experimentado por la persona adulta mayor.

Afirmaciones teóricas

La teoría presenta ocho afirmaciones teóricas formuladas por el autor de esta tesis, las cuales ofrecen una explicación sobre la experiencia de vivir con una enfermedad que causa DCB. Estas afirmaciones abordan aspectos como la organización, temporalidad, identidad y cuerpo, destacando sus modificaciones en el contexto del adulto mayor. Para la comprobación, nos enfocaremos en las tres primeras (36):

1. Respecto a la organización, en el adulto mayor que vive con dolor crónico benigno se considera a la familia, cuidador y al profesional de enfermería como parte de su cuidado.
2. Respecto a la trayectoria de la enfermedad, los adultos mayores y acorde a la edad, el tiempo de vivir con dolor crónico y el lugar de cuidado, se observan modificaciones de la funcionalidad como lo es la velocidad de la marcha, fuerza de extremidades y equilibrio.
3. Respecto a los años de vivir con la enfermedad causante del dolor crónico benigno, se observa alteraciones en la cotidianidad del hogar, y modificación en la dinámica familiar, aunado a que sufren autoaislamiento familiar y social.
4. El profesional de enfermería aplica la valoración geronto-geriátrica en el adulto mayor que vive con dolor crónico benigno, considerando su identidad como parte del cuidado.
5. La valoración geriátrica integral funge como actividad prioritaria para el personal de enfermería, ya que permite identificar las modificaciones físicas/funcionales, psicológicas/cognitivas y relaciones socio familiares, cuyo fin es el diseñar y ejecutar los cuidados acordes a las afectaciones debido a la trayectoria de vivir con dolor crónico benigno.

6. Los cuidados terapéuticos de enfermería permite que el adulto mayor disminuya el nivel de dolor benigno, permitiendo la mejora en su actividad funcional, psicológico y social.

7. Los cuidados no terapéuticos de enfermería como las terapias manuales, naturales, orientales, de relajación y terapias complementarias coadyuva a la disminución del dolor crónico benigno permitiendo la mejora en su actividad funcional, psicológica y social.

8. Enfermería genera grupos de apoyo mutuo en donde permite que el adulto mayor que vive con dolor crónico benigno comparta experiencias de resultado terapéuticos y no terapéuticos, con miras a crear redes sociales que ayuden a integrarse a su cotidianidad y vida social.

Marco referencial

Experiencia de vida

La experiencia de vida es aquel conocimiento que se adquiere mediante las vivencias obtenidas durante cierto tiempo. La vivencia es un entramado que se construye de manera equitativa entre la cognición, sentimiento y voluntad, conformando un conjunto de saberes y convicciones, es decir, que no solo se limita a ser un sistema coherente a pesar de su naturaleza multifacética, que depende la interacción social y la interpenetración del pensamiento, el afecto e ímpetu. Aunado a lo anterior, la experiencia está compuesta por la sabiduría acumulada al paso de los años y lo vivido (37).

La experiencia implica que hombres y mujeres, actúan como agentes, no como individuos libres, sino como personas que participan activamente en las situaciones productivas y las relaciones dadas en las que se encuentran. Estas situaciones pueden manifestarse como necesidades, intereses e incluso contradicciones. Un aspecto crucial acerca de la experiencia de vida es su capacidad transformadora, no solo entre el individuo y su entorno, sino que también abarca la temporalidad; en la medida en que las experiencias pasadas modifican las posteriores, cada experiencia incorpora elementos del paso y de alguna manera modifica la naturaleza de lo que ocurrirá en el futuro. La noción *experiencia de vida* no alude a

algo oculto o enigmático, sino que se refiere a la experiencia cotidiana tal como la experimentamos en nuestra vida diaria (38).

Las experiencias de vida se asocian al DCB a través de las manifestaciones clínicas que éste tiene, ya que se consideran no sólo los aspectos físicos, sino también los emocionales. Además de que la definición del dolor lo aborda como una experiencia que se presenta en algún momento de vida, todo esto integra las narrativas de los AM sobre sus experiencias pasando y viviendo con situaciones relacionadas al dolor, lo cual introduce un análisis a esta situación, refiriéndose así a un conjunto de relatos que, siguiendo un orden temporal, están vinculados con acontecimientos más o menos significativos de sus vidas diarias. Esta perspectiva busca contextualizar y comprender de manera más completa la vivencia del dolor crónico benigno en relación con la trayectoria vital de los pacientes (38).

Dolor crónico

El dolor crónico constituye un desafío a nivel global, con una prevalencia significativa que afecta al 50% y al 15% de las personas que experimentan dolor severo. Este fenómeno ejerce un impacto considerable en la población de adultos mayores, siendo con frecuencia vinculado a enfermedades crónicas. Su origen se remonta al término latino "*dolor oris*", que denota una expresión de malestar y ha sido definido en la última edición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Es esencial comprender que el dolor surge cuando diversos estímulos, a través de un sistema aferente, alcanzan áreas corticales del Sistema Nervioso Central, desencadenando una respuesta impregnada de sensaciones desagradables que se vinculan con respuestas a nivel emocional. En este contexto, el dolor crónico se refiere a aquel que persiste durante un período prolongado, sin un plazo definido para la curación o mejora, extendiéndose así más allá de los 3 meses (39).

La intensidad del dolor no está necesariamente ligada al tipo de enfermedad presente, lo que implica que su aparición puede resultar injustificada al considerar lesiones relacionadas con la patología. Este dolor desmedido se asocia a menudo con un deterioro funcional, ejerciendo un impacto significativo tanto a nivel físico como psicológico. Las consecuencias evidentes de esta situación incluyen el

aislamiento social, la depresión, los trastornos del sueño y el uso simultáneo de múltiples medicamentos (40).

Al explorar estas manifestaciones, se revela la importancia de profundizar en las causas y factores de riesgo asociados, ya que suelen tener un impacto subestimado. Entre estos factores, se encuentran los predisponentes que contribuyen a la persistencia del dolor, los trastornos de la movilidad, los síntomas depresivos, la reducción de la autopercepción de la salud y un índice de masa corporal disminuido. Además, existen datos que informan sobre la disminución de los receptores nociceptivos tisulares y otros órganos, lo cual tiende a decrementar con la edad, afectando también la conducción a nivel neuronal (40).

Desde la perspectiva del diagnóstico resulta predominante el abordaje de forma neutra, ya que se debe realizar una búsqueda exhaustiva del dolor, donde se incluya la localización, tipo, irradiación, intensidad, tiempo, frecuencia y qué componentes hacen que aumente o disminuya. Asimismo, si se llega a evaluar la magnitud ésta debe ser puntual y ser valorada a través de escalas para poder abordar los síntomas y signos. Explorar detenidamente estos elementos se vuelve esencial para comprender de manera integral el complejo panorama del dolor crónico, aunque actualmente no se conoce una escala que valore esto específicamente, se siguen abordando escalas como (40):

- Escala visual análoga (EVA): Facilita la medición de la intensidad del dolor a través de una línea horizontal que mide 10 centímetros, en los cuales se visualizan expresiones de un síntoma, del lado izquierdo se observa la menor intensidad del dolor o la ausencia del mismo y del lado derecho la mayor intensidad.
- Escala numérica (EN): Mide del 1 al 10 en una escala numerada, en donde 0 se establece como la ausencia del dolor y 10 la máxima intensidad del mismo.
- Escala categórica (EC): Usada en los usuarios que no son capaces de medir los síntomas presentes con las escalas anteriores, en este suelen expresar la intensidad de su sintomatología en categorías, en donde 0 es nada, 4 es poco, 6 bastante y 10 mucho.

- Escala de caras de Wong-Baker: Es utilizada en los pediátricos y geriátricos muy avanzados, ya que hace una representación de imágenes de expresiones faciales yendo desde la alegría al llanto, evaluándose con una asignación de números del 0 al 6.
- Escala de evaluación geriátrica del dolor (PAINAD): Escala con 5 elementos que abordan la respiración, expresión facial, vocalización, lenguaje corporal y capacidad de alivio, su puntuación va de 0 a 2, donde 0 equivale a una puntuación total de sin dolor y 10 el máximo dolor.
- Escala del dolor neuropático (DN4): Facilita la medición por medio de 10 ítems, en los que se realizan descripciones y signos de dolor, evaluándose con 1 y 0, donde corresponden a sí y no, éste identifica a aquellos usuarios que tienen una alta probabilidad de tener dolor neuropático.
- Cuestionario breve del dolor (BPI): Instrumento de medición que es autoadministrado por parte del usuario, dividiéndose en dos aspectos: la intensidad del dolor y el impacto en sus actividades de la vida diaria. Consta de 11 puntos, valorada en una escala del 0 donde no hay dolor o interferencia y 10 el peor dolor que ha sentido o si hay interferencia total.
- Escala de dolor de McGill (MPQ): Especifica la descripción del dolor de forma característica, en donde se agrupa en tres categorías basadas en la *teoría de la Puerta de Control de Melzack y Wall* en 1965, además cuenta con 20 subclases de descriptores verbales.

Finalizando con el diagnóstico se debe preceder a un tratamiento, teniendo en cuenta por medio de la entrevista los medicamentos que consume o consumía para el tipo de dolor que padece, si se encuentran indicados o no, además de los efectos que ha tenido sobre estos. Para prevenir de una manera eficaz el dolor crónico, se debe llevar un registro de los signos y síntomas que se tienen, además de apegarse al tratamiento que se prescriba (40).

Fenomenología

La fenomenología es una filosofía y un método iniciado por Edmund Husserl, se deriva de dos palabras de origen griego que la conforman, phainomenon significa fenómeno, aquello que se muestra a partir de sí mismo, y logos que significa

estudio, ciencia. Por lo tanto, la fenomenología es la ciencia que estudia la relación que existe entre los eventos (fenómenos) y el entorno en la que esta realidad ocurre (espíritu, conciencia) (41).

De acuerdo con Martínez y Husserl, la fenomenología estudia los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por la persona que lo presenta, es el método orientado a obtener una comprensión inmediata del mundo del individuo que presenta dicho fenómeno que se desea estudiar, de tal forma que se dé a conocer las formas en las que las personas experimentan, conceptualizan, perciben y comprenden el mundo que les rodea (41).

Se centra en el cómo, más que en el qué de las cosas, es decir, cómo las cosas son experimentadas desde la perspectiva de primera persona. En palabras de Finlay (2009), los investigadores fenomenológicos coinciden en que el propósito principal de la fenomenología es explorar los significados encarnados y experimentados, se busca ofrecer descripciones detalladas y complejas de un fenómeno tal como es vivido, siendo la clave “la experiencia vivida”, buscando volver a los significados vividos antes de ser conceptualizados o teorizados. La fenomenología deja de lado teorías, opiniones, creencias y suposiciones sobre determinadas experiencias de la vida y se preocupa por describirlas detalladamente y mostrar su significado (42).

Por otro lado, la fenomenología de Heidegger revela la conexión entre el ser humano y su entorno, destacando el término *Dasein* que significa ser-ahí, esto implica la existencia de un ser humano inmerso en el mundo, abordando de manera consciente en cada experiencia de su vida, misma que puede ser traída a conciencia por él mismo y que puede expresarla a través del lenguaje (43).

Esta perspectiva la visión Heideggeriana ha sido adoptada en el ámbito de la enfermería, tanto de manera filosófica por su interés en la esencia del ser humano como por su utilidad como método para guiar investigaciones fenomenológicas, de acuerdo con Heidegger la razón de la investigación fenomenológica es poder comprender las vivencias del ser humano, especialmente aquellos que son sujeto de cuidado del personal de enfermería (43).

En el contexto de la enfermería, cuyo fundamento ontológico es el cuidado del ser humano, es crucial adoptar métodos que permitan visualizarla como una filosofía

para acceder de manera más profunda al entendimiento del ser humano, donde se involucra tanto aquellos que reciben como aquellos que brindan el cuidado, más allá de sus roles conceptuales, son seres humanos inmersos en vivencias que se tornan significativas, permitiendo interpretar el cuidado y, a su vez, facilita a otros enfermeros a comprenderlo más plenamente (43).

En este sentido, la fenomenología nos brindará descripciones reveladoras sobre la forma en la que el adulto mayor experimenta el mundo al vivir con dolor crónico benigno, sin taxonomizarlo, clasificarlo, codificarlo o abstraerlo. Ofreciendo la posibilidad de revelaciones convincentes que nos conectan directamente con la realidad que vive el AM.

Marco conceptual

- Adulto Mayor: Persona de la tercera edad de 65 años o más de edad; quien cumple con un ciclo vital con características propias que se van adquiriendo con el paso del tiempo (3).
- Calidad de vida: Dominio que tiene una persona para vivir situaciones y condiciones de su ambiente en la que se valora y destaca el bienestar emocional, material, salud, trabajo, relaciones sociales, seguridad e integración con la comunidad (44).
- Dependencia: Estado en el que una persona se encuentra con necesidad constante de apoyo, protección y servicio para realizar actividades de la vida diaria, esta privación se presenta en aquellos que han tenido una pérdida de la capacidad psicológica, física o intelectual (45).
- Dolor: Experiencia sensorial desagradable, emocional y subjetiva, en el cual intervienen factores socioculturales y psicológicos de cada individuo (7).
- Dolor agudo: Señal de alarma del organismo, caracterizada por una duración corta, la cual se puede acompañar de ansiedad y signos físicos autonómicos, puede ser superficial, profundo y visceral (7).
- Dolor crónico. Dolor que perdura más de tres meses, frecuentemente se acompaña de cambios físicos y psicosociales y se asocia a enfermedades no transmisibles que aumentan con la edad (7).

- Dolor crónico benigno. Malestar situado en una parte del cuerpo que tiene una duración mayor a tres meses o perdura más allá del proceso de curación normal y que persiste sin mejorar a pesar de los tratamientos realizados (7).
- Dolor crónico maligno: Es aquel dolor en el que existe deterioro progresivo en el organismo (7).
- Enfermedades no transmisibles: Pertenecen a un grupo de padecimientos provocadas por consecuencias de una mala gestión de la salud a largo plazo que engloban enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, cáncer y enfermedades vasculares cerebrales, entre otras, que suelen colaborar para el aumento de la mortalidad y discapacidad (46).
- Envejecimiento: Proceso natural e irreversible, en el que se experimenta un cambio significativo importante que, con el transcurso del tiempo, conlleva una serie de alteraciones estructurales, biológicas y psicológicas; que lleva al punto del ciclo de vida de la vejez. Etapa que no solo implica cambios significativos, sino también desafíos y oportunidades, dependiendo de si se trata de un proceso normal o patológico (47).
- Experiencias de vida: Construcción de situaciones pasadas por el individuo en las que queda una vivencia marcada, dichos sucesos, hechos o situaciones que se viven permiten a la persona convertirse en alguien propio.
- Trayectoria de la enfermedad: Vivencias personales que se manifiestan tras el diagnóstico de la enfermedad, conllevando a cambios en la rutina diaria del individuo (36).
- Fenomenología: Ciencia que se encarga del estudio de análisis de lo que se presenta en la experiencia antes de ser formulado en términos conceptuales. Exploración de los que se manifiesta en la vivencia directa (42).
- Salud: Presencia de un bienestar físico, psicológico y social completo en el que no se encuentran afecciones o patologías que perjudiquen la vida, esta es una parte integral de la calidad de vida (48).

Capítulo III

Metodología

Se realizó un diseño cualitativo de tipo fenomenológico, el cual permitió conocer las experiencias de vivir con dolor crónico benigno en adultos mayores buscando comprender los fenómenos con los que conviven, entendiendo su complejidad y la singularidad de cada participante. En el estudio participó una muestra de seis adultos mayores residentes de Chetumal, Quintana Roo, recopilado por medio de un muestreo por bola de nieve y hasta la saturación de datos, esta técnica permitió que los participantes vayan siendo definidos a lo largo del estudio por indicación de ellos mismos, aunado a que se obtuvo la recolección de datos a través de una entrevista semiestructurada con una pregunta detonadora. Esto ayudó a entender aquellos aspectos centrales de la población como los tipos de vínculos y espacios de sociabilidad en las personas y evidenciar una disminución en la frecuencia de exclusión de los participantes (49,50).

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser adulto mayor de (60 años y más).
- Presentar un dolor crónico benigno mínimo de un 1 año.
- Vivir al menos con un familiar directo o indirecto.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que obtuvieron una puntuación menor de 9 puntos en la prueba Pfeiffer que indica el nivel de deterioro cognitivo.
- Adultos mayores hospitalizados.
- No hable español.
- Adultos mayores que estén atravesando un proceso de duelo por muerte de un familiar.
- Adultos mayores con una condición de salud mental que impida tener su consentimiento informado de manera consciente y voluntaria.

Criterios de eliminación

- Participantes con problemas de salud graves que eviten seguir con la entrevista.
- Adultos mayores diagnosticados con alguna enfermedad maligna en el momento del estudio.
- Adultos mayores que manifiesten cambio de domicilio.

Plan de recolección de datos y análisis cualitativo

La recolección de datos se llevó a cabo posterior a la firma del consentimiento informado y autorización para grabar las entrevistas, este último se resguardará por el director de tesis con un tiempo máximo de dos años. Subsecuente a las entrevistas y saturación de datos, se realizará el análisis con el proceso cognitivo de Janice Morse, el cual constó en cuatro fases que son: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar.

Comprender

Primeramente se verificó que los participantes cumplan con los criterios establecidos para la investigación, seguidamente se dio inicio a una conversación persona a persona a través de la pregunta detonadora (¿qué experiencias ha tenido al vivir con una enfermedad que provoca dolor?) y siete preguntas redireccionadas: ¿cómo era su vida antes de vivir con dolor crónico benigno?, ¿cómo es su vida ahora que vive con dolor?, ¿cuáles son los cambios que ha tenido a nivel físico?, ¿cuáles son los cambios que ha tenido a nivel psicológico?, ¿cuáles son los cambios que ha tenido a nivel social y familiar?, ¿podría explicar la convivencia con su entorno (familia, cuidadores, grupos religiosos) a partir del inicio del dolor? y por último, ¿me podría describir como es un día normal de vivir con dolor?. Finalmente, se obtuvo diversos datos que nos otorgaron la capacidad para definir lo que cada participante manifestó.

Sintetizar

Es el enlace que vinculó de forma literal la descripción y transcripción por los investigadores, mediante una lectura detallada de las entrevistas transcritas, reconociendo ideas y argumentos relevantes expuestos por los participantes, a través de una codificación por color, organizando de forma sistemática los argumentos en común a través de documento y carpetas digitales.

Teorizar

Se analizaron los significados, se extrajeron las conclusiones que dirigieron la investigación y se elaboraron a partir de la comprensión y síntesis de los datos. La teoría ofrece una estructura mediante la interpretación de los datos y se conceptualizan en un orden que va desde lo más mencionado hasta lo menos mencionado, cabiendo recalcar que para darle un enfoque más humanista, se procedió a modificar los nombres de los participantes.

Recontextualizar

Se utilizó el método de triangulación de datos, que implicó volver con los encuestados para poder corroborar que los análisis e interpretaciones realizadas fueron las indicadas por los participantes; para determinar el verdadero significado del fenómeno, se realizó una triangulación con el investigador, esto con el objetivo de poder analizar el discurso desde varias perspectivas, en última instancia, se concretó con la triangulación espacial en la que los participantes externos de otros puntos de la población verifican si la comprensión del fenómeno es análoga.

Consideraciones éticas

La propuesta de investigación contó con la aprobación de la Academia de Enfermería y del Consejo Divisional de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo (UQROO), cumpliéndose lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se aplicará el artículo 13 del capítulo 1, título segundo, tratando con respeto y protegiendo su bienestar, explicándole de forma clara el objetivo del estudio y de toda actividad o procedimientos realizados en la investigación, este se cumplirá a través de la entrega y firma del consentimiento informado, donde se protegerán los derechos de los humanos del participante, su autonomía, con el derecho a la libre decisión, que involucra la recolección y valoración de datos del mismo, respetando la confidencialidad y anonimato si así lo desease, sin la intención de causar algún malestar o daño al sujeto de estudio en tiempo determinado.

Por ende, se hizo referencia a la ley general de salud en su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, los siguientes artículos: Artículo 13, 17, 18, 20, 21, el cual aborda al sujeto de estudio como un ser que

deberá prevalecer el criterio del respeto, dignidad y la protección de su derecho y bienestar, se considera de riesgo mínimo y se cancelará cuando haya un daño a la salud aunado a que se deberá aplicar el consentimiento informado, explicado de forma claro y precisa. De igual manera se considerará Declaración de Helsinki (1964) y el respeto a los principios de justicia, beneficencia, respeto y no maleficencia del informe Belmont.

Por último y en cumplimiento a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados y la Ley de Protección de Datos Personales Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo, los datos recabados se utilizaron únicamente con fines de investigación, asumiendo por parte del equipo de investigación las medidas legales y de seguridad para proteger los datos personales de los participantes.

Plan de recolección de datos

La recolección de datos se implementó de la siguiente forma: posterior a la aprobación del protocolo de tesis, se realizaron visitas a las colonias antiguas de Chetumal, Quintana Roo para localizar a los participantes que cumplan con los criterios de selección, se les dio el consentimiento informado, aunado a que se les dio conocer sobre la confidencialidad y el uso de las respuestas obtenidas, además de la finalidad del estudio. Tras haber llevado a cabo este procedimiento y que el AM haya aceptado participar, se concretó las fechas y horarios para realizar los encuentros con los AM. Las tesis en conjunto con el director de tesis fueron los responsables de realizar las entrevistas semiestructuradas. Las reuniones tendrán lugar en el domicilio de la persona, donde se registraron tanto las palabras expresadas como el lenguaje no verbal que se observa por medio de la toma de notas en un documento de word y grabaciones de audio de voz en un teléfono celular, cuyo consentimiento informado fue aceptado previamente.

Método de presentación de datos

Se demostró la información obtenida mediante una tabla de categorías, así como la definición de las categorías y subcategorías y algunos discursos que avalan las categorías y subcategorías resultados del proceso cognitivo empleado por Janice Morse.

Capítulo IV

Resultados

Los resultados se estructuraron siguiendo un análisis exhaustivo de los argumentos. Inicialmente, se presentan los datos biográficos, seguidos de la identificación de las categorías relevantes, por último, se detallan los discursos más destacados en cada una de estas áreas temáticas.

I. Datos biográficos

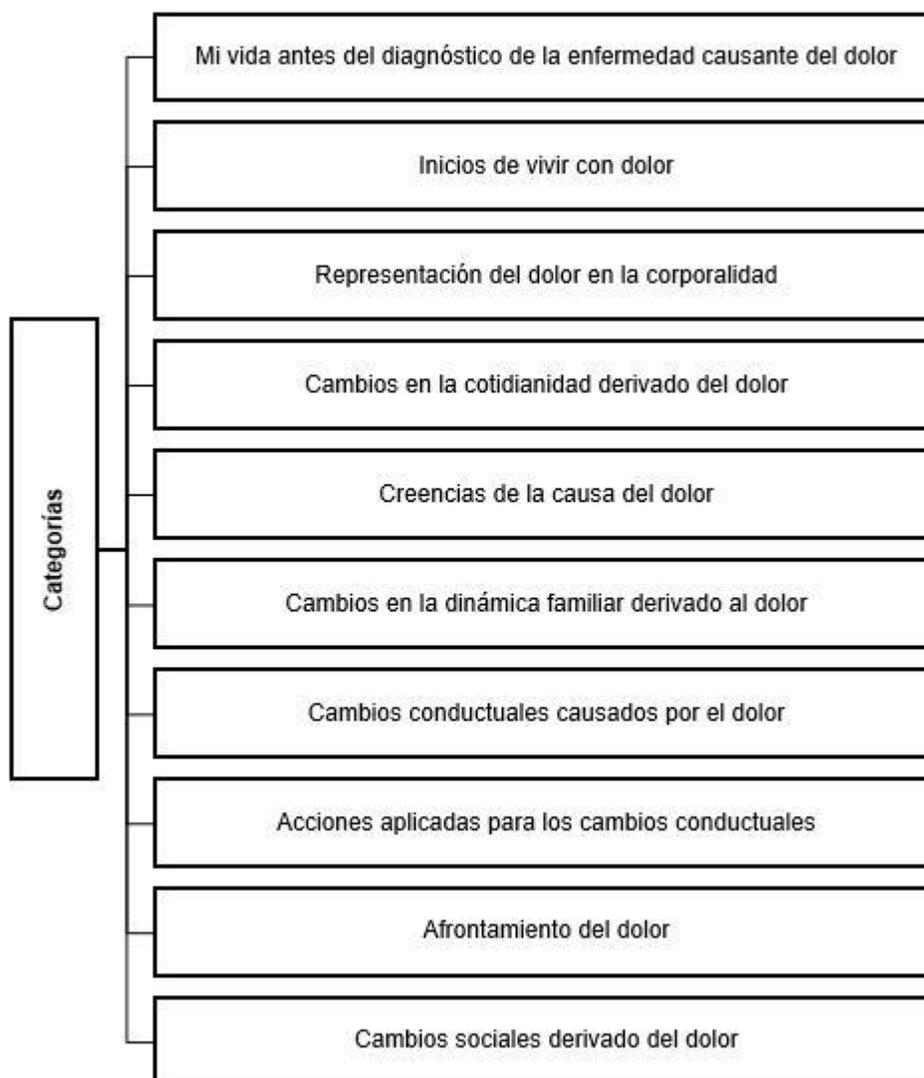
La saturación de datos se logró con un total de seis participantes adultos mayores con dolor crónico benigno residentes de Chetumal, Q.Roo, de los cuales cuatro fueron mujeres con edades de 60, 62, 70 y 77 años, mientras que los dos participantes restantes fueron 2 hombres de 62 y 77 años, respectivamente. Estos tenían como mínimo, 1 año de vivir con DCB y un máximo de 30. Se encontró que todos los participantes viven con al menos un familiar directo. En relación con su estado civil, tres se encuentran casados, dos divorciados y una es viuda.

II. Categorías

Durante el análisis de las entrevistas, se identificaron diez categorías relevantes. Una de estas se centró en la vida anterior al inicio del dolor, mientras que las restantes abordaron las experiencias posteriores al diagnóstico de la enfermedad que causa el dolor. En estas categorías, los entrevistados expresaron impacto en diversas áreas, incluyendo no solo lo físico, sino también lo psicológico, social y espiritual, de tal forma que se evidenció un cambio en la alimentación, el apoyo familiar, las creencias y las emociones tanto negativas como positivas.

El contenido fue clasificado según el análisis realizado, como se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías identificadas a partir del análisis del discurso.



III. Descripción de categorías con argumentos representativos

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías mencionadas por los participantes, avalado por discursos representativos en cada una. Se dividió en una categoría para la vida previo al diagnóstico causante del dolor y nueve categorías que abordan las experiencias posteriores al diagnóstico.

Antes del diagnóstico

Categoría 1. Mi vida antes del diagnóstico de la enfermedad causante del dolor.

Los participantes describen que antes de experimentar dolor crónico, llevaban una vida "normal", realizando sus actividades cotidianas y sociales sin limitaciones. Este período se define como el tiempo y las circunstancias previas al inicio del malestar físico y/o emocional que han ido desarrollando desde el diagnóstico. Durante esta etapa, experimentaron un comienzo repentino de su dolor con cambios a nivel gastrointestinal, en el movimiento o la actividad.

Virginia (63 años). –“...mi vida era normal. No sé ni cómo ni cuándo me empezó el dolor, pero cuando me di cuenta ya me empezaba a hacer mal los condimentos... me daba reflujo, acidez, como que comía y todo lo que yo comía como que se me agriaba [agruras-acidez estomacal] el estómago. Ok. Ajá, y ya vomitaba, ya, pero ya las comidas agrias, como que todo se me cortaba, sobre todo la leche, que son los lácteos, eso me hacía más, súper más mal...”

Lena (60 años) .- “yo era una persona normal en lo que cabe y pues hacía de todo tipo de trabajos en la casa. Y ya después que comencé con el malestar, pues ya no era igual, ya tenía que limitarme para mover ciertas cosas...ya no me podía mover libremente, ya no podía doblarme, ya no podía hacer esfuerzos, ya no. Y para hacerlo, sí lo hacía, pero no debía porque pues sabía yo que me podía perjudicar más adelante...”

Victoria (77 años) .- “...antes de empezar con este dolor pues, de una señora normal que de vez en cuando se enfermaba, porque yo casi nunca me enfermo. Y este cuidaba yo a todos mis nietos, los llevaba yo a la escuela, era una vida, se puede decir sana... y desde eso, pues ya no vives bien, ya porque sufres de malestar, del dolor...te frustras porque no puedes hacer lo que antes hacías”

Ángel (77 años). - “...Pues aquí en la de casa, trabajar, hacer lo que hago aquí siempre, limpiar allá con la maquina, hacer los mandados allá al mercado, llevar al nene allá a la escuela, todos los nietos y todo...”

Miguel (63 años).-“ ...Pues era normal,lo que pasa es que, o sea, no tenía ese dolor, efectivamente...”

Camila (70 años) .- “Yo trabajaba, pero no tenía nada.. antes que me casara, yo empecé a sentir algo, como que me mareaba y tuve que ir con el doctor... me daba ganas de vomitar y me daba ganas de, como que me iba a caer... Cuando ya me casé con él, sentí los, esos como calambres, como un calambre por dentro, ¿no? pero yo no sabía qué era, pero eso era el principio del colon...”

Después del diagnóstico

Categoría 2. Inicios del vivir con dolor

Los participantes lo describen como el comienzo de las experiencias, físicas y psicológicas que surgen a partir de los primeros signos y síntomas de vivir con dolor, lo que los ha llevado a enfrentarlo de distinta manera para poder adaptarse, destacando así algunas situaciones como el inicio inesperado y paulatino de los síntomas, modificando poco a poco su forma de vivir, apareciendo ciertas limitaciones en su funcionalidad, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Virginia (63 años). – “...Ya consulté con él [médico], y él me dijo que si este medicamento no me hace este efecto pues ya me seguiría la, que ya lo que queda es hacerme una endoscopia, pero como me he, con el medicamento que el me dio se me controló...”

Lena (60 años) . – “...Cuando empezó el dolor, pues sí me, pues por lo natural pienso, me sentía mal. Mal en el aspecto de que, pues enojada, más que nada enojada, porque pues quería hacer las cosas y no puedo ...

A mí, a mis nietas, mi hija no estaba y me dejaba a sus hijas y yo tenía que lavar y cosas así. Y esas cosas, pues sí me cansaban. Eran cosas que yo no podía realizar y las tenía que hacer...”

Victoria (77 años) . – “... Así como a los pocos meses veía yo que no se me quitaba el dolor y he ido con doctores y todo... ...y les dije, les explico y me dice pues puede ser que ya usted ya se quedó así...por su edad... como que no se me quita ya si tomo medicina se me quita, es natural... ...pero si no, no...”

Angel (77 años) . – “... inicialmente dejé de caminar por un tiempo. Yo estaba ahí arrastrando mi pie, sí, ya caminar, caminar, no, yo nunca arrastraba solamente, ya no podía hacer nada entonces, ya nada, nada...”

Miguel (63 años) . – “...Mi vida es normal. Ajá. Nada más que tengo que cuidarme ahora para alzar algo, no lo hago inclinado, sino que agachado y me voy estirando, alzando en forma vertical. O sea, no, tengo que cuidarme en espalda... entonces, este, lo que tengo que hacer es cuidar mi espalda. Tengo que ver formas hasta para sentarme...”

Camila (70 años) . – “... Porque antes padecía mucho aire [meteorismo], demasiado. Y decía mi esposo, ¿tienes hambre? No, sobre la madrugada, era pero como que tenía por dentro el aire, me hacía mucho ruido el estómago. Pues ni modo, ¿qué le voy a hacer?...pues cuando me daba dolor, ¿qué más le podía hacer? Yo tomaba una pastia [Pastilla/Medicamento]... Sentía que me bajaba un poquito el dolor, pero siempre seguía...”

Categoría 3. Representación del dolor en la corporalidad

Los participantes refieren modificaciones a nivel físico debido al dolor crónico, de tal forma que experimentan y expresan el dolor a través de su corporalidad, describiéndolo como aquella sensación desagradable que se manifiesta a través de ardores, tirones y punzadas en las zonas afectadas. De igual forma, lo refieren como cambios en la alimentación, el sueño y la actividad física (astenia), traducándose en falta de apetito, dificultad para conciliar el sueño y disminución de la masa

corporal, conllevando así a una serie de adaptaciones necesarias para la realización de sus actividades.

Virginia (63 años). – “...Pues es un dolor que me da en la boca del estómago, un ardor, como que tengo un chile ahí que me está quemando la boca, el estómago...me duele...eso me hace vomitar.
No me da apetito..., no me deja dormir...”

Lena (60 años) .- “Pues algo horrible y yo lo comparo con el dolor de parto, porque la verdad, el dolor, dolerte las caderas es horrible... que siento que en cualquier momento me puedo caer o puedo quedar mal ahí... Como un tirón en la columna y de ahí ya no podía, yo este moverme mucho”

Victoria (77 años) .- “...Me da la punzada así como que me claven algo así y después me da el dolor... ...y se me queda un gran rato allá. .. los dolores de cuerpo de huesos...que se dan...hay veces que no puedo ni alzar el brazo...tengo todo aquí...las coyunturas [articulaciones entre un hueso y otro] me duelen.”

Angel (77 años) .- “Es un dolor que, mayormente cuando camino es que me viene más el dolor... lo siento ya, que ya mis músculos o mis tendones ya los siento muy fuertes, muy apretados...”

Miguel (63 años) .- ” Cuando he estado haciendo trabajos muy muy fuertes y si me llega dolor, ya no es dolor, casi como me tiendo a desmayar... es un dolor como que te, que te paraliza la, la, en este caso, la espalda...siento como, no es tirón, puede ser...punzadas grandes, puede ser, así... Y es un dolor, este, como que te están amagullando [aplastando] el tejido”

Camila (70 años) .- “...Bajé mucho de peso...y volví a subir otra vez.. el ardor que me daba en la piel, porque venía de adentro eso, ardor. Ajá, sí. Una molestia fea que sentía... hay veces este, siento que me voy a desmayar. Si me, si me agacho, creo que es mucha debilidad [debilidad]...”

Categoría 4. Cambios en la cotidianidad derivados del dolor

Los participantes refieren que el dolor modificó su forma de vivir, describiéndolo como una adaptación derivada de las alteraciones de su funcionalidad, como la disminución de velocidad de la marcha, fuerza, disminución del rango de movimiento articular y del campo visual. De igual forma mencionan los cambios en la conducta representados a través de la frustración, desesperación y alteración en el comportamiento alimenticio, justificado por acciones que hacían antes y que no pueden hacer ahora, alterando de esta manera su relación familiar.

Virginia (63 años). –“...pero el problema es que si yo llego a comer cosas irritantes me vuelve a regresar [el dolor] y me dice pues es que no puedes comer nada irritante, tienes que estar con tus frutas y verduras y ya.”

Lena (60 años) .- “Yo como persona que me gusta moverme mucho en mi casa, a lo que me limité fue a por ejemplo, alzar, mover muebles, cosas así pesadas.... sentí muy fuerte en mi vida porque, pues, ya no las podía yo hacer como yo quería hacerlas...”

Victoria (77 años) .-“...ya no puedes hacer lo que hacías antes ya no...estás limitada...y me dice ...mamá no haga nada...cómo me voy a sentar a no hacer nada...yo siempre he sido una persona muy activa nunca me he quedado sentada...porque mi hija no quiere que yo haga nada y le digo ...aquí me voy a morir sentada entonces si no hago nada...pero es feo padecer algo..”

Angel (77 años) .- “Pues ahorita he dejado de manejar el carro, de chapear, de hacer cosas así que necesito. Necesito aquí, ¿no? A que se hagan. Dejar de hacerlas por tiempo, ¿no? O hacerlas más despacio para no forzar mi cuerpo.”

Miguel (63 años) .- *"Voy a chapear en el terreno limpiar el terreno, no puedo utilizar un machete como para hacer este movimiento de esta rama, porque me afecta más, entonces, ¿cómo le hago? Entonces yo chapeo con la desbrozadora que tengo, es más pesada, pero no estoy inclinado, estoy derecho y de esa manera puedo trabajar..."*

Camila (70 años) .- *"Porque si yo veo que me hace daño un plátano, ya me hizo daño, no lo voy a comer. Y si lo voy a comer, como un pedacito nada más. Sí, pero comidas condimentadas, chile, nada de eso. Nada de eso. Pues poco a poco uno se va, pero bueno yo me voy adaptando a la vida que llevo, poco a poco, para mí es difícil."*

Categoría 5. Creencias de la causa del dolor

Los participantes describen esta categoría a través de distintas ideas arraigadas en su mente sobre lo que origina su dolor físico. Dichas ideas pueden ser autoimpuestas debido a experiencias pasadas o escuchadas, de igual manera esto ha llevado a generar creencias sobre el inicio del dolor por acciones poco saludables que llevaron a cabo años atrás, tales como el ayuno prolongado, el trabajo, mala higiene postural o la actividad física pesada además de atribuirle mayor peso al paso de los años.

Virginia (63 años) .- *"...que yo comía muy tarde. Ah. Empezaron mis desayunos, cuando entré a trabajar acá ... Pues no, me ponía yo limpiar los consultorios, ya venía yo a desayunar como a las once ... ya después me caía el dolor en el estómago, cómo que, creo que fueron traspasos de estómago que fui teniendo. Ya de tanto tiempo creo que eso fue"*

Lena (60 años) .- *"Pues me inyectaron muchas vitaminas, me pusieron muchas vitaminas. Y fue lo que pienso que, que tal vez me hacía falta. Y por eso me imagino ya mi cuerpo cansado de las, de los años también. Y tanto ajeteo de la vida cotidiana, pues me generó tal vez un, esos dolores..."*

Victoria (77 años) . – “...pero pues yo le digo es la vejez... ya estoy viejita y todo pero si te llega a frustrar... lo otro que trabajé mucho cuando era muchacha... trabajos muy pesados... y todo eso tiene mucho que ver en todo eso...”

Angel (77 años) . – “... porque pues son los músculos y los tendones que, ligamentos que, que están, tal vez por los años, ¿no?, en porque pues nunca he tenido nada en, que yo me lastimé, una caída ni nada de eso...”

Miguel (63 años) . – “... entonces podía alzar cosas pesadas sin problema alguno. Ahora ya no, ya, ya el tiempo, me está diciendo que eso lo de, lo pude haber prevenido...”

Camila (70 años) . – “.... empecé a trabajar y solo me llevaba un yogur nada más y un paquetito de galletas, eso era mi desayuno... y no tomaba casi agua, porque donde yo trabajaba no, no había baño... regresaba a las 12 y a la hora que regresaba ya podía comer, ajá. Pero no sabía yo qué, qué consecuencias me iba a traer...ya por lo mismo, por no comer nada, por no comer nada ... Yo no sabía que eso iba a arruinar mi estómago...”

Categoría 6. Cambios en la dinámica familiar derivado al dolor

Los participantes describen esta categoría como una serie de cambios en la dinámica familiar, afectando la forma en que la familia interactúa y se relaciona entre sí. El dolor ha transformado tanto los aspectos físicos como emocionales de sus vidas, representando estos cambios con acciones positivas y negativas, tales como el aislamiento, los desacuerdos y la ausencia de momentos compartidos durante las comidas. A la vez, algunos participantes señalan un fortalecimiento de los lazos familiares por el apoyo incondicional que se brindan mutuamente, reconociendo que el dolor es parte integral de sus vidas.

Virginia (63 años). – “...ellos comían otra comida y yo tenía que comer otras. Ya no podíamos comer lo mismo... ellos podían comer cosas de mole, chirmole [comida típica del sureste de México), escabeche, todas esas cosas, pero yo no, yo tenía que comer, pues, ya mis calditos de verdura ... verduras al vapor ... ya no éramos esta familia que nos

sentábamos a comer juntos, porque ya ni comían, porque venían hacia mí, porque estoy yo llorando ... me decía, mami, ya contrólese, cálmese, usted tiene que poner su parte ... ya no era lo mismo, la misma alegría que había en la mesa, que nos teníamos que sentar a comer...”

Lena (60 años) . – “... cuando tenía el dolor, a veces me ponía de malas, Y, pues a veces, eh, si estoy conviviendo con alguien de la familia y, y platicamos o hablamos algo, lo malentendemos. O yo contesto mal porque no me siento bien y teníamos como un poquito de conflicto...”

Victoria (77 años) . – “... no ha habido muchos cambios porque pues afortunadamente tengo una familia que me quiere mucho y este me consienten mucho no hacen caso de lo que yo les diga porque yo los regañé no me hacen caso... no mamita ... no pasa nada, pues ella se da cuenta que también tengo problemas en enfermedad y todo ...”

Ángel (77 años) . – “... pues nunca hemos tenido cambios de ninguna manera... pues la convivencia, es platicar y yo, por ejemplo, que me dice que ella necesita algo, pues se hace, ¿no? Sí, se hacen las pláticas como siempre,”

Miguel (63 años) . – “... la convivencia siempre ha sido la misma ... no más que ya es más sedentaria o sea ya es más ya no hay que cuidarse, nada con tu edad y cuando voy a trabajar a mis hijas, hacía con mi esposa me dicen no trabajes en exceso...”

Camila (70 años) . – “...lloraba mucho por mis hijos, porque son mis hijos. Sí. Ajá. Entonces este, dije después no. Tantos años de llorar ¿de qué sirve? ¿De qué sirve llorar? Ajá. Si ellos ni se acuerdan de uno, ajá, pues gracias a Dios ya me adapté, ya me adapté. Si ellos vienen a verme, pues gracias a Dios, si no pueden, pues también, ya hicieron sus vidas ellos, porque creo que como ya estoy vieja les fastidia...”

Categoría 7. Cambios conductuales causados por el dolor

Los participantes lo refieren como aquellos cambios en el comportamiento que surgen como resultado del dolor que experimentan, modificando el estado de ánimo

y emocional lo que puede resultar en irritabilidad, ansiedad, depresión u otros cambios que afectan en las relaciones interpersonales y en la calidad de vida en general.

Virginia (63 años). – *“...caí en depresión en ansiedad ya por lo mismo, por lo mismo...de repente me daba ganas de llorar, me sentía sola, triste... porque yo sentía la casa oscura, sola, y aunque [aunque] estén mis hijos durmiendo... ya llorando, me acostaba y me dormía, pero qué pasaba, que me ponía a dormir en el día, y ya después ya no podía dormir en la noche...”*

Lena (60 años) .- *“...pues la verdad llegué a sentirme muy enojada. Y a pesar también del enojo, pues en momentos tristes, porque yo pensaba, yo decía que no servía para nada porque ya no podía hacer mis cosas. O sea, ahí era donde yo sentía que me deprimía, no me daban ganas de levantarme a nada...”*

Victoria (77 años) .- *“...con estos dolores todo me molesta....eres regañona... ...por cualquier cosita regañas cuando que tú no eras así....ajá....como que molesta...”*

Ángel (77 años) .- *“... pues me siento mal, no estoy a gusto...porque si tiene un dolor, nadie puede sentirse feliz ni nada, ¿no?...”*

Miguel (63 años) .- *“...medio greñudo [gruñón o enojado]...ya me acostumbré, mi organismo ya sabe que tiene el dolor y que me va a dar por fin que aguantar...parece que estoy molesto...”*

Camila (70 años) .- *“Pues primero me sentía muy deprimida. Ajá. Porque no sabía qué hacer, qué hacer con eso. Ajá... hasta que acudí al médico, pero el médico me quitó todo. Entonces yo me sentí muy triste porque no, no podía comer lo que yo quería comer...”*

Categoría 8. Acciones aplicadas para los cambios conductuales

Los participantes lo refieren como aquellas adaptaciones al estilo de vida en respuesta al dolor crónico, que abarcan ajustes en las actividades diarias y la

adopción de estrategias efectivas de afrontamiento para alcanzar una rutina lo más normalizada posible. Estas adaptaciones se manifiestan a través de la búsqueda de apoyo psicológico, la expresión de emociones por medio del llanto, y recurrir a la espiritualidad como fuente de consuelo para mitigar el dolor.

Virginia (63 años). – “...estuve yendo con el psicólogo... me tenían que dar pastillas para poder dormir... llegó el día que yo un día me acosté y dije, se me olvidó tomar la pastilla para dormir, pero pude dormir...”

Lena (60 años).- “...pues a veces me ponía a llorar. Sí, me ponía a llorar a solas en mi casa, pues nadie estaba, nadie me ve. Y pues me desahogaba de esa manera.”

Victoria (77 años).- “...me tengo que levantar porque yo estoy viva no estoy muerta... ..me levanto... ..nomás me persigno y me encomiendo a Dios...y me levanto...”

Ángel (77 años).- “...tengo que relajarme, sentarme, por decir, para que baje...”

Miguel (63 años).- ” no buscas qué hacer, tienes que hacer movimientos como para calmarlo...”

Camila (70 años).- “..le doy gracias a Dios que recurro a él, porque él es el que el que nos da la consolación.”

Categoría 9. Afrontamiento físico del dolor

Los participantes se refieren a esta categoría como una forma de emplear y enfrentar el dolor mediante estrategias y procesos que logran disminuirlo. Dichas estrategias pueden incluir la evasión de actividades que agravan el dolor, lo que los lleva a adoptar posturas o movimientos corporales diferentes para minimizar la incomodidad, asimismo, se centran en la realización de ejercicios físicos moderados y la aplicación de ungüentos corporales que logran disminuir su malestar. De igual manera, incluye la participación en actividades distractoras que ayudan a desviar la

atención del dolor y la modificación de sus rutinas para poder adaptarse a las limitaciones impuestas por el mismo.

Virginia (63 años). – “...sí, prendía la tele, ponía a ver tele, o si no, escuchar música, así escuchar música, ver la tele, trataba yo de, de que mi mente esté ocupada, para que yo no sienta eso”

Lena (60 años) .- “...veía qué tipo de ejercicio eran buenos para disminuir el malestar y esos son los que yo hacía...cuando yo tenía muy fuerte el dolor era cuando los hacía, sinceramente...que era para, especialmente para ese malestar de la columna.”

Victoria (77 años) .- “...empiezo a caminar y a mí me dicen mami ¿se siente mal?...tengo un poquito de dolor pero no es nada y este.. si me da el dolor lo tomo...tomo el Ketorolaco o el Diclofenaco...pues me levanto a caminar...como que cuando camino se me quita más rápido el dolor y empiezo en mi mente empiezo a decir ya va a pasar...tiene que pasar... parece mentira, pero...funciona”

Ángel (77 años) .- “...lo hablo para que me talle...tiene como un aparatito así que lo va haciendo...hasta donde yo aguante la corriente. Antes me clavaba agujas...ejercicio que ellos me indiquen...de las piernas, estirarlas, empujarlas, estirarlas, levantarlas... pues tengo que tomar una pastilla para calmar el dolor, porque puede tardar todo el día...”

Miguel (63 años) .- ”...me talla tantito con una crema y todo eso, y dos, tres días ya, ya se me pilló [quitó, desapareció el dolor]...Terapia en la espalda por el calor... resonancia con los aparatitos... utilizo cremitas...esto Medolex...le tengo puesto...marihuanol, diclofenato y cada vez que encuentro alguno otro lo voy a ver, como es local no hay problema... sí también es la forma de conducirme cambios así no lo hay simplemente la postura tienes que buscar mitigar un dolor cuando lo tienes intenso...”

Camila (70 años) .- “...me dio esa clase de pastilla que le mostré [Mesalazina]...solo una vez o dos veces lo tomo... desde que la partera...me sobó una vez...sentí bastante alivio...tengo que buscar tomar...vitaminas. Para poderme compensar, ¿no?... a veces voy de aquí para allá, despacito, de aquí para allá, media hora camino...siento como que el aire que tengo me corre y me sale. Se me quita el dolor, pero si no hago nada, a veces ahí está el aire, me tengo que sobar, para que el aire me salga... me pongo a leer mi biblia me voy a orar me voy a sentar allá afuera sí a pensar siempre en Dios...”

Categoría 10. Cambios sociales derivados del dolor

Los participantes describen esta categoría como una alteración significativa en la dinámica social, desencadenada por el dolor y las experiencias tanto físicas como emocionales que este conlleva. Esta transformación no solo afecta las relaciones interpersonales, sino que también impacta en la participación en actividades sociales y otros aspectos de la vida comunitaria. Aunado a que también estos cambios se manifiestan en una variedad de contextos sociales, como las interacciones familiares y las relaciones laborales, donde se observa un aumento de los conflictos durante la convivencia, un distanciamiento en las reuniones familiares y una disminución en la participación en actividades sociales, por lo que esta alteración en la dinámica social refleja la compleja interacción entre el dolor y el funcionamiento social, revelando los diversos efectos que puede tener el dolor en la vida cotidiana de las personas afectadas.

Virginia (63 años). – “pues sí, a veces sí, con...las compañeras de acá, que a veces...nos ponemos de acuerdo, y a veces vamos a, que a cenar... pero como ya he estado controlada de mi estómago, pues ya, como que ya no puedo comer un poquito de cositas, así... es rara la vez que yo salga, sentía como que me destresaba [desestresaba] ya del trabajo, de, de las cosas de la casa, todo...sí se distrae uno en salir de casa, sí.”

Lena (60 años) .- "...a veces entramos como que en un cierto conflicto, ¿no?... pues, en ese tiempo, cuando había el dolor, casi no, no era de salir..."

Victoria (77 años) .- "...pues he dejado de hacer ejercicio porque antes sí hacía ejercicio bailaba yo para que yo me ejercite pero ahorita pues ya tiene tiempesito que no hago nada ahora me están diciendo mi hija...vámonos con él [a caminar]... pero... ...pues yo ya no puedo caminar rápido porque no veo bien yo tengo que ir agarrada de alguien...me voy y ya ando cargando mis pastillas para el dolor todo lo que necesito"

Miguel (63 años) .- "... es estar más apartado de reuniones porque ya no es lo mismo ¿No?... si voy a un evento social por ejemplo me mantengo sentado. En ocasiones... me puedo este sentir ya ganar [ganas] de bailar, pero es un rato nomás...si son ligeros cambios que si es perceptible para los que me conocieron en mi juventud a los que me ven ahora... y es que me he vuelto muy más sedentario."

Capítulo V

Discusión

Los datos recogidos a través de entrevistas semiestructuradas permitieron alcanzar la saturación de datos al explorar las experiencias de vida de seis adultos mayores que viven con DCB. El objetivo principal de estas entrevistas fue comprender en profundidad las trayectorias de sus vivencias cotidianas y los desafíos que enfrentan al vivir con dolor crónico. Las entrevistas proporcionaron una visión detallada de cómo el DCB impacta en sus rutinas, bienestar emocional y convivencia desde una mirada cualitativa, pudiéndose captar la complejidad de sus experiencias y los múltiples factores que influyen en su adaptación a la vida.

Después del análisis de los datos, se logró identificar diez categorías principales, dentro de las cuales se ofrece una visión integral de las dimensiones de la vida en estos AM. Cada categoría se enfoca a la vivencia y delinear claramente los cambios ocurridos antes y después de enfrentarse al DCB. Estas categorías incluyen temas como la adaptación emocional y psicológica al dolor, las estrategias de manejo del dolor, el impacto en las actividades diarias y en las relaciones interpersonales, así como las interacciones con el sistema de salud.

En la categoría uno, llamada “mi vida antes del diagnóstico de la enfermedad causante del dolor”, se describe como aquella etapa previa al diagnóstico caracterizada por la aparición repentina del dolor, el cual se acompaña de cambios a nivel funcional y gastrointestinal. Asimismo, Medina Fernández y colaboradores, en su TSE, sostienen que la enfermedad que lleva al desarrollo de DCB provoca alteraciones en la funcionalidad del individuo, resultando en cambios físicos, psicológicos y sociales (36). De manera similar, Alvarado García y Salazar Maya, en su investigación de 2018, concluyen que el dolor asociado con esta condición deteriora la salud, disminuyendo la funcionalidad y el apetito, lo que aumenta la vulnerabilidad de los adultos mayores, aunado a que señalan que la sorpresa ante la repentina presencia del dolor es una reacción común tras el diagnóstico (21).

Por consiguiente, al adentrarnos en la categoría dos, "inicios de vivir con dolor", nos encontramos con un escenario diferencial que marca el inicio de una serie de experiencias tanto físicas como psicológicas, desencadenadas por los primeros

indicios y síntomas del dolor crónico. En este contexto, cobra relevancia la manera en que los AM se enfrentan a la necesidad de adaptarse y modificar sus actividades cotidianas a medida que las limitaciones en su funcionalidad se hacen presentes. Esta etapa inicial no solo implica ajustes prácticos en su estilo de vida, sino también un proceso interno de aceptación y búsqueda de nuevas estrategias para hacer frente a los desafíos que el dolor les plantea. Mientras tanto, en Colombia, en 2015, se evidenció que el DCB genera cambios en los roles de los adultos mayores debido a las nuevas limitaciones que aparecen, lo que los hace más conscientes del dolor (16).

Significativamente, Jebara T. y colaboradores mencionan en sus resultados que el dolor crónico afecta de manera negativa las actividades diarias de sus participantes, lo cual incluye la realización de ejercicio y tareas domésticas, además, desarrollan una nueva necesidad de mejorar el dolor con acciones que muchas veces son poco efectivas (51).

Aunque Alvarado García y Salazar Maya abordan el mismo tema, sus enfoques afirman que los AM pasan por una etapa en la que se sumergen en una vida de dolor y se esfuerzan por adaptarse a él, lo que comprender el diagnóstico del dolor se vuelve imperativo, llevándolos a buscar la ayuda de profesionales de la salud con experiencia en esta área. Esta búsqueda de soluciones constituye un viaje agotador, que a menudo provoca sentimientos de frustración y desesperación entre las personas mayores debido a la premura de un remedio definitivo o de un consuelo duradero, por lo que en cuanto la persona mayor comienza a sentir dolor, estas comienzan a reconocer las nuevas limitaciones y repercusiones del dolor en sus rutinas diarias, afectando la forma de caminar, levantarse de una silla o incluso dormir, convirtiéndose en desafíos importantes (21).

Así como estas categorías proporcionan un entendimiento al fenómeno de estudio también demuestra el inicio de las modificaciones, experimentaciones y expresiones en el cuerpo causadas por el dolor. En particular, la tercera categoría, descrita como la “representación del dolor en la corporalidad”, si bien, esta categoría presenta cierta similitud en los cambios físicos, se hace especial énfasis en cómo el dolor se refleja físicamente en los participantes. Clarke, Amanda et al. (2012) mencionan que

las personas mayores reconocen que el dolor les genera angustia física y se manifiesta en experiencias sensoriales nuevas e intensas, por lo que lo llevó a identificar la intensidad del dolor al punto de desear amputar la extremidad que les causa molestia, mencionando en ocasiones que ni siquiera pueden describir con precisión lo que su cuerpo les expresa (52).

Por otro lado, Alvarado y Salazar en sus estudios de 2015 y 2018 difieren al sugerir que las personas mayores tienden a reconocer claramente el dolor y sus variados desafíos. Describen el dolor como un agotamiento físico y emocional que lleva a una comprensión profunda de sus efectos. Este reconocimiento impulsa a los adultos mayores a explorar diferentes métodos de adaptación y alternativas para su manejo, por lo que, en sus esfuerzos por entender y controlar el dolor, las personas mayores desarrollan un lenguaje único y personalizado para expresar cómo se manifiesta en su cuerpo (16,36).

En cuanto a la categoría cuatro, las modificaciones del vivir a causa de las alteraciones de su funcionalidad, se integra como “Cambios en la cotidianidad derivado del dolor”, esto ha demostrado una serie de afecciones que son expresados en su mayoría de forma física, ya que hay una pérdida de las actividades por las limitaciones actuales, esto los ha llevado a una desesperación. Ante esto, autores como Dagnino y Campos, registran que el dolor influye significativamente en sus medidas de marcha ya que el dolor se vincula con mecanismos neuromotores complejos, asociándolo así a una pérdida de la movilidad, lo que les complica la asistencia de sus actividades diarias y su calidad de vida (53).

De igual manera, en un estudio realizado por Alvarado García y Salazar Maya, aclaran que el dolor tiene la capacidad de incapacitar a los AM, obligándolos a explorar enfoques alternativos y a adaptarse a estas transformaciones. Las tareas que antes se percibían como fáciles, se vuelven considerablemente arduas y requieren movimientos meticulosos para mitigar las molestias. Este proceso de adaptación no sólo tiene repercusiones físicas, sino que también introduce respuestas emocionales como la tristeza, ira, ansiedad e impotencia, siendo el

miedo nueva compañía, ya que, si estos realizan acciones no recomendadas, el síntoma suele intensificarse (23).

López A., Montorio I. y Fernández M. coinciden en que los cambios en las actividades diarias están directamente relacionados con la capacidad funcional de los adultos mayores para realizar sus tareas cotidianas. Al ser un recurso fundamental, esta capacidad influye en cómo el dolor afecta sus elecciones de actividades, lo que a su vez impacta su autocuidado y su convivencia diaria (54).

Al analizar estas categorías, podemos reafirmar el supuesto dos, presentado en la TSE que menciona que “respecto a la trayectoria de la enfermedad, los adultos mayores y acorde a la edad, el tiempo de vivir con dolor crónico y el lugar de cuidado, se observan modificaciones de la funcionalidad como lo es la velocidad de la marcha, fuerza de extremidades y equilibrio”(36) esto se refleja debidamente en las modificaciones presentes en las actividades de la vida diaria a causa del dolor, lo que los lleva a la pérdida de la movilidad efectiva, cambios en la alimentación y convivencia, esto con la finalidad de poder adaptarse a la nueva etapa que enfrentan. Están dispuestos a cambiar su comportamiento para minimizar su impacto, adoptando estrategias preventivas para mantener su calidad de vida y bienestar. Esto resalta la importancia del dolor en su experiencia diaria y su motivación para enfrentarlo de manera proactiva.

Los hallazgos presentados en este estudio proporcionan una comprensión del conjunto de categorías descritas, ya que, si bien suelen expresar el sentir de la población entrevistada, se enfocan en el conocimiento de la experiencia del dolor, esta categoría se centra en otorgar entendimiento sobre las “creencias de la causa del dolor”, se revelan las ideas de los AM sobre el origen de su dolor. Ellos suelen describirlo conforme a su sentir y la comprensión de sus experiencias vividas o escuchadas, ya que no tienen una certeza firme sobre lo que lo pudo provocar, muchas veces esto lo atribuyen a la edad o acciones poco saludables realizadas años atrás.

En relación con lo mencionado por Jebara T. y colaboradores en su investigación cualitativa, las personas mayores consideran que su edad trae inevitablemente consigo el inicio del dolor, mencionando que a medida que envejecen, aparecen

ciertas enfermedades como la artritis, que les provoca un DCB. Por ello, no esperan una mejoría del dolor y lo enfrentan como algo normal (51).

Así mismo, las entrevistas realizadas por Alvarado y Salazar en 2015 complementan esta perspectiva al mostrar que los adultos mayores suelen relacionar sus vivencias pasadas con sus afecciones actuales. Esto permite una comprensión más completa de cómo enfrentan el dolor y las limitaciones funcionales, integrando sus experiencias previas con las condiciones de salud presentes. Esto se debe a que, como seres físicos, sociales y espirituales integrados, sus hallazgos son evidentes frente al proceso de envejecimiento, lo que atribuyen sus molestias al paso de los años y, además, asocian estas experiencias con el miedo al inicio del dolor, por lo que si realizan alguna acción que creen que provocó el dolor, tienden a evitarla o a interpretarla como una experiencia que les causa dolor desde el principio (23).

En cuanto a la categoría cuatro, las modificaciones del vivir a causa de las alteraciones de su funcionalidad, se integra como “Cambios en la cotidianidad derivados del dolor”, esto ha demostrado una serie de afecciones que son expresados más físicamente ya que hay una pérdida de las actividades por las limitaciones actuales, esto los ha llevado a una desesperación, ante esto, autores como Alvarado y Salazar, registran que el AM llevan una etapa en la que reconocen su nueva vida y en la que logran reconocer que el cambio de hábitos podría ayudarles al manejo del dolor (23).

Por otra parte, en la categoría seis, “cambios en la dinámica familiar derivado al dolor”, se observó una alteración en la interacción y relación familiar. Esto se evidencia por los desacuerdos que surgen y la disminución del tiempo compartido en familia, no obstante, también se menciona un fortalecimiento de los lazos debido al apoyo mutuo que se brinda al AM por parte de su vínculo familiar, evidenciando que las principales redes de apoyo para los AM incluyen a sus hijos, amigos y la comunidad a la que pertenecen.

Cerquera Cordova, et al (2017) resaltan que, dentro de las características asociadas al padecimiento del dolor, se pueden detectar impactos en los círculos sociales primarios (familia y amigos) y en la sociedad en su conjunto. Estos efectos incluyen

síntomas depresivos, sentimientos de aislamiento, trastornos del sueño y cognitivos, desnutrición y disfunciones físicas (13).

Así mismo, un estudio realizado por Morales Alburquerque y Sosa Torralba (2022) exploró la satisfacción con el apoyo recibido de las redes de apoyo, encontrando el grado de satisfacción total de vivir con dolor en “nada” en un 59.7%, “muy satisfecho” en un 30.4%, “regular” en un 7.2% y “poco satisfecho” en un 2.7% (25). Nuestros hallazgos no coinciden completamente con estudios previos, que, si bien se observa una disminución en la convivencia familiar debido a diversos factores, en la mayoría de los casos se ha registrado un fortalecimiento de los lazos familiares. Esta discrepancia sugiere que, aunque la frecuencia del tiempo compartido puede disminuir, la calidad de las relaciones y el apoyo emocional dentro del núcleo familiar pueden intensificarse, brindando un sostén crucial para los AM. En cuestión con la categoría siete, “cambios conductuales causados por el dolor”, se encontró que el dolor es causante de modificaciones en el comportamiento, afectando el estado de ánimo y las emociones, lo que puede llevar a irritabilidad, ansiedad, depresión y otros cambios que afectan las relaciones interpersonales y la calidad de vida de los AM. De acuerdo con Alvarado García y Salazar Maya (2016) los AM experimentan una serie de sentimientos y emociones como la angustia, la tristeza, el miedo, el estrés, la impotencia, la desesperanza y el aislamiento, lo cual nos demuestra que estos sentimientos proporcionan una nueva perspectiva sobre cómo el DCB impacta en todas las dimensiones de sus vidas.

Dicha combinación de emociones puede llevar a un agotamiento físico y mental en los AM, dejándolos sin energía y exacerbando sus síntomas, lo cual afecta otras funciones normales del cuerpo, lo que dificulta que algunos AM con DCB reconozcan y comuniquen sus sentimientos debido al temor al rechazo (16).

Por otro lado, Dagnino Ana y Campos María (2022), mencionan que los AM suelen experimentar síntomas de depresión y ansiedad en respuesta al dolor. Esto los lleva a concluir que el deterioro, el estado depresivo y una mayor percepción del dolor conducen a un debilitamiento de la actividad, lo que a su vez se asocia aún más con una disminución de la calidad del sueño, discapacidad física y una menor calidad de vida (53).

Con respecto a la categoría ocho, “acciones aplicadas para los cambios conductuales”, se encontró una adaptación al estilo de vida de los participantes como respuesta al dolor crónico, que incluye modificaciones en las actividades diarias y la implementación de estrategias efectivas de afrontamiento para lograr una rutina lo más normalizada posible.

Dichas adaptaciones se reflejan en los comportamientos como buscar apoyo psicológico, expresar emociones mediante el llanto y recurrir a la espiritualidad como fuente de consuelo para aliviar el dolor. De manera similar los autores Morales Y Sosa, al comparar las medias de las diversas dimensiones del CAD-R, observaron que la dimensión relacionada con la religión obtuvo la puntuación más alta, con un promedio de 15.82, seguida de cerca por la autoafirmación, que registró un promedio de 15.29. En contraste, identificaron que las estrategias menos empleadas fueron el autocontrol mental, con un promedio de 8.54, y la distracción, con un promedio de 8.91 (25).

En su estudio realizado en 2014, Escobar Fandiño menciona que el sufrimiento debido al dolor es inevitable. Sin embargo, las personas pueden desarrollar tanto acciones normales como anormales para disminuirlo o evitarlo. En este contexto, es posible el desarrollo de un trastorno de evitación experiencial, el cual incluye acciones destinadas a controlar la molestia, aunado a que se destaca que, más que nada, las personas tienden a evitar movimientos o actividades que antes disfrutaban para no experimentar dolor (55).

Alvarado García y Salazar Maya exponen que el AM comprende e interviene en el dolor, utilizando todos los recursos para controlarlo, buscando distractores, desarrollando nuevos comportamientos y encontrando consuelo en un ser superior. Este enfoque implica intervenir en el dolor mediante estrategias creativas, como tomar medicamentos, adoptar posturas correctas y realizar ejercicio, con el objetivo de adaptarse y aceptar la experiencia que conlleva (21).

En relación con lo anterior, en la categoría nueve, “afrontamiento del dolor”, los participantes describen diversas estrategias y procesos para manejar y reducir el dolor, estas incluyen evitar actividades que lo agraven, adoptar posturas o movimientos corporales diferentes para minimizar la incomodidad, participar en

actividades distractoras que desvíen la atención del dolor y modificar sus rutinas para adaptarse a las limitaciones impuestas por este.

De igual manera, Jebara y sus colaboradores mencionan una categoría que describe las barreras percibidas para el manejo del dolor. En su estudio, se explican las medidas de afrontamiento adoptadas, las cuales incluyen intervenciones que abordan tanto aspectos físicos como emocionales. Sin embargo, muchas de estas intervenciones no resultan efectivas debido a las diferencias entre las comunidades. Las medidas implementadas por los participantes incluían aeróbic, acupuntura e inyecciones, entre otras. Debido a estas diversas barreras, adoptaron tratamientos no farmacológicos que les ayudaban a controlar el dolor sin necesidad de una prescripción directa (51).

Las estrategias mencionadas por Alvarado García y Salazar Maya y Jebara y colaboradores se alinean con las experiencias de nuestros participantes, quienes enfatizan la importancia de adoptar un enfoque multifacético para el manejo del dolor, el cual incluye tanto intervenciones físicas como cambios conductuales y emocionales, destacando la complejidad y la adaptabilidad necesarias para enfrentar el dolor crónico de manera efectiva.

Adicionalmente a lo expuesto, se identifica que en las categorías seis y diez, el supuesto propuesto en la TSE de Medina y colaboradores se evidencia que “respecto a los años de vivir con la enfermedad causante del dolor crónico benigno, se observan alteraciones en la cotidianidad del hogar, y modificación en la dinámica familiar, aunado a que sufren autoaislamiento familiar y social” (36).

Se registraron evidencias claras de cambios en las relaciones familiares, manifestándose en dos vertientes: los desacuerdos y el fortalecimiento de los lazos familiares. De igual manera, en el aspecto social, las personas afectadas experimentaron un impacto significativo al no poder realizar actividades que antes disfrutaban, sus relaciones se vieron incrementadas en conflictos, además del distanciamiento y aislamiento.

Basado en las categorías presentadas, se encontró que los AM suelen percibir el dolor como algo negativo y que sus experiencias vividas han sido fundamentales para adaptarse a su nueva realidad. Aunque cada persona vive el dolor de manera

diferente, algunos han mejorado su nivel de comunicación familiar, mientras que otros se han aislado, afectando su convivencia familiar. Los aspectos abordados nos permitieron identificar al adulto mayor como un ser capaz de adaptarse, demostrando una notable resiliencia ante las adversidades, resaltando en esta investigación la necesidad de una comprensión holística del dolor que integre las dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

Aunque el supuesto 1, propuesto en la TSE (36), no logró comprobarse cuantitativamente, pudimos entender la organización que incluye el adulto mayor dentro de su experiencia al enfrentar el DCB, ya que siempre se ve involucrada su familia que muchas veces es el cuidador principal, sin embargo, este grupo de estudio no era dependiente en todas las áreas ya que realizaban tareas del hogar aunque tuvieran dificultades.

Es crucial que los enfoques de atención y apoyo a los adultos mayores se centren en estrategias integrales que incluyan no solo el manejo del dolor, sino también el fortalecimiento de sus redes sociales y la promoción de su participación en la comunidad. De esta manera, se puede mejorar su calidad de vida y reducir el impacto negativo del dolor crónico en su día a día, promoviendo una atención más compasiva y efectiva.

Conclusión

La evidencia muestra el impacto significativo que el dolor crónico benigno tiene en las rutinas diarias, el bienestar emocional y las relaciones interpersonales de los AM. Estos datos demuestran la complejidad de sus experiencias y los diversos factores que influyen en su proceso de adaptación al dolor, demostrando la resiliencia de los AM frente a estas adversidades.

La importancia de lo anterior para las ciencias de enfermería radica en la comprensión profunda de cómo el DCB impacta la vida de los AM. Los resultados ofrecen una comprensión holística de las dificultades que enfrentan las personas mayores, lo cual es esencial para el desarrollo de enfoques de atención más personalizados y eficaces.

Este estudio destaca la necesidad de un enfoque integral en el manejo del dolor, que no solo considere los aspectos físicos, sino también los emocionales y sociales.

Igualmente, se resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo, ya que desempeñan un papel crucial en la calidad de vida y en la capacidad de los AM para enfrentar el dolor de manera efectiva.

Limitaciones

Durante la revisión de la literatura, se encontró una falta de investigación previa sobre la variable estudiada en Latinoamérica. Esto representa una limitación significativa del estudio, que se abordó mediante la búsqueda y traducción de artículos en inglés para su utilización.

Por otra parte, la falta de motivación por parte del AM con DCB para su participación. Esta barrera se manifestó de varias maneras, incluyendo una baja tasa de respuestas a las invitaciones de participación, proporción de respuestas breves o menos detalladas y una notable resistencia a participar activamente en algunas preguntas que les causaba incomodidad. Ante esto, se implementaron estrategias, cómo la adaptación de métodos de recolección de datos para poder hacerlos más accesibles y atractivos para ellos.

Recomendaciones

Para poder llevar a cabo futuras investigaciones sobre este tema, se sugiere la realización de más estudios con diversos diseños que pueda incluir metodologías tanto cualitativas como cuantitativas.

De igual manera, es fundamental tener en cuenta el contexto cultural y social de los participantes, ya que estos factores pueden influir significativamente en sus experiencias y percepciones sobre el DCB.

Se propone la implementación de intervenciones basadas en los resultados de esta investigación que sean aplicables al entorno real del AM con DCB, esperando que esto tenga un impacto en la mejora del paciente ante su síntoma.

Referencias

1. López A, García F, Clerencia M, Ortiz J. DOLOR. In: Tratado de geriatría para residentes. 1ra. Madrid, España; 2007. p. 721–4. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2071_III.pdf
2. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014 ;25(2):57–62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
3. Ruiz-Aguilar K, Chan-Castro V, Hernández-Gómez G, Cab-López A, Espadas-Uuh J, Medina-Fernández J. Vivir con dolor crónico desde la experiencia de adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. Horiz Enferm [Internet]. 2021 ;32(3):297–305. Disponible en: <https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/39617/36765>
4. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. RECIMUNDO. 2019;3(1):58–74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6788154>
5. Pampín M, Cebal A, Navarro M. El modelo de dolor crónico y abordaje bio-psico-social. In: Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos, editor. Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes. Galicia; 2017. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
6. Parra D. Valoración Del V Signo Vital En Atención Primaria. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. 2010;11–6. Disponible en: <https://www.revistaeldolor.cl/numero-53/valoracion-del-v-signo-vital-en-atencion-primaria>
7. Illodo G, Rojo E, Vieito M. Grandes tipos de dolor. In: Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos, editor. Manual básico de dolor de la SGADOR para residentes. Galicia; 2017. p. 37–43. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf Cap 4

8. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP de, Araújo GTF de. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente. *Revista Bioética*. 2020 ;28(2):249–56. Disponible en : <https://www.scielo.br/j/bioet/a/3tJx6369mSFQDc3DXy5F8jM/?lang=es&format=pdf>
9. Abellán García A, Esparza Catalán C, Pérez Díaz J. Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales [Internet]*. 2011 ;29(1):43–64. Disponible en : <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/download/36185/35051/36242>
10. García Espinosa MV, Prieto Checa I. Dolor crónico no oncológico: dónde estamos y dónde queremos ir. *Aten Primaria*. 2018 ;50(9):517–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-dolor-cronico-no-oncologico-donde-S0212656717307588>
11. Margarita González A. Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014 ;25(4):610–7. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-cronico-psicologia-actualizacion-S0716864014700811>
12. Cañadas M. Vivencia de las mujeres que sufren dolor crónico: qué sienten y qué necesitan. Tesis de Maestría. Almería: Universidad de Almería; 2011. Disponible en: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/470/VIVENCIA_%20DE_%20LAS_%20MUJERES_%20CON_%20DOLOR_%20CR%3%93NICO_%20QU%3%89_M%C2%AA_Victoria_Ca%C3%B1adas_Garcia.pdf?sequence=1
13. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Correa Gómez HV. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*. 2017;20(38):399–404. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00398.pdf>
14. García J, Bermúdez S. Intervenciones psicológicas. In: *Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos*, editor. Manual básico del dolor de la SGADOR para residentes. Galicia: Grünenthal; 2017. p. 202–6. Disponible en:

https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

15. Román A, Mayo M, Carregal A. Aspectos psicológicos y emocionales del dolor crónico. In: Sociedade Galega da Dor e Coidados Paliativos, editor. Manual básico del dolor de la SGADOR para residentes. Galicia: Grünenthal; 2017. Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

16. Alvarado A, Salazar Á. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos. 2016;27(4):142–6. Disponible en : https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003

17. Cerquera A, Acosta N, Liemann L, Rico L, Sánchez K. El dolor y su impacto en la calidad de vida de adultos mayores. Psicoespacios. 2014;8(13):239–52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5327503.pdf>

18. González R, Taboada A, Gómez C, Heleno S, Gandoy M. Dolor crónico en personas mayores institucionalizadas: influencia del apoyo social y de variables afectivas. Gerokomos. 2021;32(4):224–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500224

19. Palomo Osuna J, De Sola Perea H, Moral Muñoz JA, Dueñas Rodríguez M, Salazar Couso A, Failde Martínez I. Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico: Revisión sistemática de la literatura. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2021;28. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000500181

20. Barragán A, Bautista S, Gutiérrez J, Jiménez M, Ramírez A, Godínez N, et al. La experiencia del dolor crónico y el imaginario religioso desde la perspectiva del paciente y su familia. Arch Med Fam. 2009;11(3):136–44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719105007.pdf>

21. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Learning to live with chronic pain in old age. *Salud Uninorte*. 2018 ;34(2):349–62. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n2/2011-7531-sun-34-02-349.pdf>
22. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Experimentando el rechazo y las decepciones del sistema de salud durante la experiencia de dolor crónico en el envejecimiento. *Revista de Salud Pública*. 2015 ;17(3):450–62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n3/v17n3a12.pdf>
23. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. La adaptación al dolor crónico benigno en los adultos mayores. *Invest Educ Enferm [Internet]*. 2015 ;33(1):128–37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=es
24. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. En el dolor crónico todo vale: intervenciones realizadas por adultos mayores para el alivio del dolor. *Enferm Clin*. 2017 ;27(1):11–20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862116301255?via%3Dihub>
25. Morales Alburquerque I, Sosa Torralba JE. El apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2022 ;25(1):84–102. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi221d.pdf>
26. Mena Roa M. Gráfico: Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años | Statista. 2022. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2022. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/older-persons->

28. Consejo Estatal de Población. COESPO. 2021. Día internacional de las personas adultas mayores. Disponible en: <https://qroo.gob.mx/index2.php/segob/coespo/dia-internacional-de-las-personas-adultas-mayores>
29. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2022. Envejecimiento y Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. González A, Durán A, Valderrama L, Fernanda Uribe A, González A, et al. Enfermedad crónica en adultos mayores. Universitas Médica. 2010 ;51(1):16–28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>
31. Instituto Nacional de Geriátría. Enfermedades crónicas, principal motivo de pérdida de años de vida saludable en personas mayores. Instituto Nacional de Geriátría. 2019;2(3):14–7. Disponible en: https://anmm.org.mx/PESP/archivo/INGER/Boletin_Abril2019.pdf
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). INEGI. 2021. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
33. Brijaldo Moreno SA. Dolor, Fatiga y Calidad de Sueño en el Adulto Mayor. [Tarragona, España]: Universitat Rovira i Virgili; 2021. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/671674/Tesis%20Solangel%20Brijaldo%20Moreno.pdf;jsessionid=BC0B81164CCFDE8B0917B7CB8D326BA6?sequence=1>
34. Fernández Alonso C, Gutiérrez Rodríguez J, López Mongil R, López Trigo J, Vilorio Jiménez MA. Prevalencia y fisiopatología del dolor crónico en el anciano. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátría Dolor crónico en el anciano. 2012;9–10. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/GBPCG%20DOLOR%20CRONICO.pdf>

35. Apramian T, Cristancho S, Watling C, Lingard L. Grounding grounded theory: a close reading of theory in four schools. *Qualitative Research*. 2017;17(4):359–76. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642021000200047
36. Medina J, Medina I, Yam A, Candila J. Teoría de situación específica de la trayectoria de vivir con dolor crónico benigno en adultos mayores . 2023.
37. Cruz Santana J. El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología . In: *Sociología Histórica* . 2017. p. 345–75.
38. Guzmán Gómez C, Saucedo Ramos Claudia Lucy. Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2015;20:1019–54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14042022002>
39. Carregal Raño A. Manual básico de dolor para residentes de la SGADOR; Disponible en: https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf
40. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L, Vicente-Herrero MT, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2018;25(4):228–36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Ojeda De Muriel N, Ortega M, Morillo N. La fenomenología en el mundo investigativo. *Revista Internacional de Investigación y Formación Educativa*. 2019. Disponible en: <https://www.ensj.edu.mx/wp-content/uploads/2019/07/6.-La-fenomenolog%C3%ADa-en-el-mundo-investigativo.pdf>
42. Vista de Fenomenología como método de investigación cualitativa: preguntas desde la práctica investigativa | *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2024. Disponible en:

http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/fenomenologia_como_metodo/167

43. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM de O, Prado ML do. Phenomenology in nursing research: reflection based on Heidegger's hermeneutics. *Escola Anna Nery*. 2019;23(4).

44. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012;30:61–71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

45. Xabier EM. Dependencia, interdependencia, autonomía [Internet]. *Revista Española de Discapacidad*; 2021. Disponible en: <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/700>

46. OMS. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

47. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Vera Rodríguez H, Pérez Díaz R, Martín Carbonell M de la C, Rosario Nieves IC. Factores Psicosociales y dolor percibido en el adulto mayor: un estudio descriptivo transcultural. *Universidad Pontificia Bolivariana*. 2017; Disponible en: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/4928/Factores%20psicosociales%20y%20dolor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

48. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene. SciELO*. 2016 Ago; 10 (2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es.

49. Prado ML do, Souza M de L de, Carraro TE, Salud OP de la. El diseño en la investigación cualitativa. In: *Serie PALTEX Salud y Sociedad* 2000 No. 9, editor. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. OPS; 2008. p. 87–101. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>

50. Arenas N, Lorenzini Erdmann A, Guerra Sánchez CA. Metodología de la teoría fundamentada en investigación de enfermería. In: Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 N 10, editor. Investigación cualitativa en enfermería Metodología y didáctica. Washington, D.C.: OPS; 2013. p. 24–37. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
51. Jebara T, Youngson E, Drummond N, Rushworth G, Pflieger S, Rudd I, et al. A qualitative exploration of chronic pain management of older adults in remote and rural settings. *Int J Clin Pharm*. 2023;45(6):1405–14. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-023-01607-8>
52. Clarke A, Anthony G, Gray D, Jones D, McNamee P, Schofield P, et al. “I feel so stupid because i can’t give a proper answer.” How older adults describe chronic pain: A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2012;12(1):1–8. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-12-78>
53. Dagnino APA, Campos MM. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci*. 2022 ;16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35308613/>
54. López-López A, Montorio Cerrato I, Fernández de Troconiz MI. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 2010;17(2):78–88. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Fandiño FE. Un estudio cualitativo de los factores en torno a la aceptación del dolor físico en pacientes crónicos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2014;14(2):39–50. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/1337>

Anexos

Cronograma de actividades

CALENDARIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN																			
AÑO	2023											2024							
Mes	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A
Actividad	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Acercamiento con el director de tesis																			
Selección del tema (ideas)																			
Planteamiento del problema																			
Revisión de la literatura																			
Primera asesoría																			
Título de la investigación																			
Elaboración del propósito																			
Búsqueda de marco teórico,																			

referencial y conceptual																			
Elaboración de la metodología																			
Revisión final del protocolo																			
Aprobación del equipo de tesis																			
Sometimiento a nivel administrativo																			
Elaboración de permisos para recolección de datos																			
Recolección de datos por entrevista																			
Transcripción de la entrevista																			
Análisis de los discursos																			
Escritura de los resultados																			
Elaboración de la discusión																			
Elaboración de la conclusión																			
Revisión de la bibliografía																			

Revisión y aprobación del equipo de tesis																			
Elaboración del power point para defensa																			
Trámites administrativos para defensa																			
Defensa de tesis																			