



Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad de Psicología

**Relación entre dignidad e intensidad de dolor
en pacientes con dolor crónico no oncológico**

TESIS

Que para obtener el grado de
Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Marlem Citlali Ortega Jimenez

Directora: Mtra. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez

Revisor: Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Sinodales: Dra. Claudia Ivethe Jaen Cortés

Dra. Angelica Juárez Loya

Mtra. Karla Suárez Rodríguez



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Datos previos del presente trabajo de investigación fueron presentados en el XXXVI Congreso Mexicano de Dolor y Cuidados Paliativos de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) con sede en Querétaro, obteniendo el segundo lugar en la modalidad de trabajos libres.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Facultad de Psicología y a varios profesores que tuve a lo largo de la carrera por permitirme aprender e impulsar mi crecimiento como profesional y como persona. Así mismo, por concederme la oportunidad de conocer el campo de la psicología al que me quiero dedicar.

En segundo lugar, a la Mtra. Nancy Rangel por su apoyo incondicional, su comprensión, por transmitirme la pasión con la que trabaja, por su confianza, por motivarme a seguir aprendiendo y dar lo mejor de mí. También, agradezco a la profesora Rebeca Sánchez y al Dr. Edgar Landa por darme la oportunidad de incursionar, aprender y crecer en el área clínica, por enseñarme la importancia y responsabilidad que conlleva tener esta profesión.

Así mismo, agradezco al Dr. Samuel Jurado por estar atento a este proyecto, por su tiempo y apoyo, así como por su accesibilidad. A la Dra. Jaen por su amabilidad, compromiso y por sus aportaciones para mejorar el presente trabajo. A la Dra. Angelica por su accesibilidad, compromiso, tiempo y por compartir sus conocimientos que contribuyeron a completar este proyecto. A la Mtra. Karla por su amabilidad, flexibilidad y tiempo.

Gracias a todo el equipo Gea, a Nancy, a la Dra. Templos, Chivis, Naty y a la Dra. Salado que todos los días realizan una gran labor en beneficio de los pacientes de la clínica, pues merece reconocimiento y admiración. Por último, agradezco a cada uno de los pacientes que participaron en este proyecto.

DEDICATORIA

Desde el inicio de mi recorrido por las aulas y hasta la fecha, incluso el tiempo que dedique a la realización de este trabajo, que si bien no ha sido poco, se han suscitado varios eventos destacables, algunos más fáciles o más agradables que otros.

No puedo decir que he recorrido este camino sola o que me he levantado por mí misma porque no ha sido así, siempre he estado rodeada de valiosas personas. Es por ello que aprovecho este importante momento en mi vida para agradecerles tanto.

En primer lugar a toda mi familia. Qué sería de mí sin el esfuerzo titánico, dedicación y cariño de mis padres, de mi abuelita, de mi tía y de mis hermanos que siempre me han apoyado. Inclusive a mis tíos, tías y primos que cada vez que me ven me desean lo mejor. Por ello gracias infinitas y todo mi amor para ustedes siempre.

También a aquellos que han formado parte de una etapa tan culminante en mi vida desde hace diez años: a todos los y las comadres (Bere, Leo, Gera, Iris, Naye, Quique, Cyn, Eve y Raquel) que desde CCH Sur además de reír nos hemos visto crecer, ganar, tropezar y volver a levantar. Gracias por su apoyo y su alegría incondicional.

A mis queridas amigas Chabela y Casandra que desde tiempos memorables me han acompañado, ha sido un gusto verlas triunfar. A mis amigas Aideé, Blanquita, Angie, Clau, Ale Avalos, Gio y Margarita que cuando por un momento mi vida pierde el rumbo están ustedes para orientarme, me hacen recordar lo que he aprendido y lo que quiero lograr. No hay nadie como ustedes para reafirmar lo que soy. Gracias a todas por su ayuda, cariño y amistad.

A mis amigos y director del coro, que sin duda, hicieron siempre más llevaderos los momentos cruciales y más alegres mis días en la universidad, así como durante la realización de este proyecto.

Índice

	Página
Resumen	6
Abstract	7
Capítulo 1: Dolor crónico, epidemiología y factores asociados	8
Dolor y Clasificación del dolor	8
Modelos de estudio del dolor	10
Epidemiología del Dolor Crónico	12
Factores asociados al Dolor Crónico	14
Capítulo 2: Intensidad de dolor y dignidad en pacientes con dolor crónico no oncológico	18
Dignidad	18
Modelo de Dignidad de Harvey Max Chochinov	19
Dignidad y Dolor Crónico no Oncológico	23
Impacto de la Intensidad de dolor en pacientes con dolor Crónico no oncológico	29
Método	34
Planteamiento del problema	34
Diseño	35
Participantes	35
Medición.....	38
Procedimiento	41
Resultados	43
Discusión	49
Limitaciones y sugerencias	56
Referencias	57
Anexos	69

Resumen

En la población con cáncer terminal, el concepto de dignidad ha sido ampliamente estudiado y utilizado para el desarrollo de habilidades físicas, psicológicas y espirituales que ayudan a mantener la calidad de vida del paciente o proporcionar una muerte digna. Sin embargo, han sido pocas las investigaciones que han estudiado la relación de la dignidad en población con dolor crónico no oncológico y la intensidad de dolor. *Objetivo:* Identificar la relación entre la intensidad de dolor y dignidad en pacientes con dolor crónico no oncológico de la División de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Ciudad de México. *Diseño de investigación:* No experimental, transversal-correlacional. *Participantes:* Se incluyeron 29 participantes, 76% mujeres y 24% hombres con diagnóstico de dolor crónico no oncológico; se les aplicó el Inventario de Dignidad del Paciente (IDP), Escala Visual Análoga (EVA), Escala Descriptiva Verbal (EDV) y Escala de Caras de Dolor de Wong Baker (ECD). *Resultados:* Se obtuvo una correlación positiva, leve y no significativa entre IDP y EDV ($r=.289$, $p.<.05$); en IDP y ECD la correlación fue positiva, leve y significativa ($r=.368$, $p.<.05$); para IDP y EVA se encontró una relación positiva, leve y no significativa ($r_s=.168$, $p.<.05$). *Conclusiones:* Los pacientes evaluados percibieron una disminución de la dignidad que se relaciona con el aumento de la intensidad de dolor. Sin embargo, se encontró que factores como resiliencia, estrategias de afrontamiento y autoeficacia ayudan a mantener un mejor sentido de dignidad.

Palabras clave: Dolor crónico, dignidad, intensidad de dolor, no oncológico.

Abstract

In the population with terminal cancer, the concept of dignity has been widely studied and used for the development of physical, psychological and spiritual abilities that help maintain the quality of life of the patient or provide a dignified death. However, there have been few studies that have studied the relationship of dignity in a population with chronic non-cancer pain and intensity of pain. Objective: To identify the relationship between the intensity of pain and dignity in patients with chronic non-oncological pain of the Clinical Division of Pain and Palliative Care of General Hospital "Dr. Manuel Gea González", from Mexico City. Research design: Non-experimental, transversal-correlational. Participants: Twenty-nine participants, 76% women and 24% men diagnosed with chronic non-cancer pain; The Patient Dignity Inventory (PDI), Visual Analogue Scale (VAS), Verbal Descriptive Scale (VDS) and Wong Baker Pain Scale (WBP) were applied. Results: A positive, mild and non-significant correlation was obtained between PDI and VDS ($r = .289$, $p < .05$); in PDI and WBP the correlation was positive, mild and significant ($r = .368$, $p < .05$); for PDI and VAS a positive, mild and non-significant relationship was found ($r_s = .168$, $p < .05$). Conclusions: The evaluated patients perceived a decrease in dignity that is related to the increase in pain intensity. However, it was found that factors such as resilience, coping strategies and self-efficacy help to maintain a better sense of dignity.

Key words: chronic pain, dignity, pain intensity, non-oncological.

Capítulo I

DOLOR CRÓNICO, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS

Dolor y clasificación del dolor

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), “como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño” (IASP, 2010, p. 5). Por lo tanto, el dolor se refiere a una valoración subjetiva y emocional, apareciendo incluso si el daño no está presente.

El dolor puede clasificarse en dos grandes grupos de acuerdo al tiempo transcurrido desde el momento de inicio (Delgado & Mateos, 2015):

- **Dolor agudo:** Aparece cuando hay un daño tisular o lesión definidos. Se caracteriza por presentarse en un periodo menor a tres meses (Turk & Okifuji, 2001), por una elevada intensidad de dolor que desaparece cuando el daño o lesión que lo provocó se ha curado. Cumple una función biológica protectora para evitar un daño de mayor gravedad.
- **Dolor crónico:** Aquel que persiste o reaparece durante más de tres meses y puede convertirse en el problema clínico principal de algunos pacientes. El dolor persiste más allá del tiempo de curación del tejido y no tiene una función biológica aparente (IASP, 1994).

El dolor también puede clasificarse de acuerdo a su fisiopatología en tres tipos y a su vez en subtipos como se muestra a continuación (ver Figura 1) (Organización Mundial de la Salud, 2012):

Tipo de Dolor	Características	Patología
Dolor Nociceptivo	Aparece cuando una lesión tisular activa receptores específicos de dolor, llamados nociceptores, que responden a estímulos como el calor, frío, vibración, presión y estiramiento y se divide en:	
<i>Dolor somático</i>	Cuando los nociceptores activados se encuentran en tejidos superficiales (piel, mucosa de la boca, nariz, ano) o en tejidos profundos como en los huesos, articulaciones y músculos. Es similar a un dolor punzante.	Esguinces, calambres, fracturas, artritis reumático, quemaduras.
<i>Dolor visceral</i>	Cuando los nociceptores activados se localizan en vísceras, es decir en órganos internos que se encuentran dentro de cavidades, como en los órganos torácicos o abdominales. El dolor es similar a sensación de presión.	Debido a una infección, espasmos musculares, distensión por líquido o gases, cálculos renales, apendicitis, cólicos.
Dolor Neuropático	Aquel dolor causado directamente por una lesión o enfermedad que afecta el sistema somatosensorial (Treede et al., 2008a). El dolor puede originarse por daño de las vías nerviosas en cualquier parte desde las terminales nerviosas de los nociceptores periféricos a las neuronas corticales del cerebro. Es descrito como quemazón u hormigueo y puede clasificarse en dos tipos (Correa, 2014):	
<i>Periférico</i>	Ocasionado directamente por lesiones o enfermedades que afectan a los nervios periféricos, las raíces dorsales o ganglios de las raíces dorsales.	Radiculopatía (lumbosacra, torácica, cervical), polineuropatía (diabética, post-quimioterapia), neuralgia post-quirúrgica (dolor post-mastectomía), neuralgia del trigémino.
<i>Central</i>	Ocasionado directamente por lesiones o enfermedades que dañan el cerebro o la médula espinal.	Accidente vascular cerebral, dolor miembro fantasma, esclerosis múltiple, lesión medula espinal.
Dolor Mixto	Conformado por dos tipos de dolor que comparten la misma región anatómica y están asociados a la misma etiología (Guevara, 2005).	Lumbalgia, cefalea tensional, síndrome del dolor regional complejo, dolor de espalda con componente radicular.

Figura 1. Tipos de dolor de acuerdo a su fisiopatología. Adaptada de Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. DC: Autor.; Treede, R. D., Jensen T. S., Campbell, J.N., Cruccu, G, Dostrovsky, J. O. & Griffin, J. W. (2008). Neuropathic pain. Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70, 1630- 5.; Correa, G. (2014). Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Universidad de Chile*. 25(2) 189-199; Guevara, Uriah. (2005) Dolor mixto. *Cambiando paradigmas. Anestesia en México*, Vol. 17, 12-20.

Modelos de estudio del dolor

Una teoría importante en el estudio del dolor es aquella propuesta por Melzack & Wall en 1965 conocida como la Teoría de la Compuerta la cual describe los mecanismos por los cuales la médula espinal regula la transmisión de impulsos de dolor entre la periferia y el cerebro (IASP, 2010). Melzack afirma que la aportación de esta teoría radica en la importante participación del sistema nervioso central y no únicamente en el sistema periférico, ya que cuando existe un estímulo nocivo (golpe, herida, lesión) el mensaje viaja desde el sitio donde se produjo el daño hasta el cerebro, pasando por la médula espinal donde las interneuronas que ahí se encuentran funcionan como una puerta, dejando pasar los mensajes de dolor hacia el cerebro (abriendo la puerta) o impidiendo el paso (cerrando la puerta) (Delgado & Mateos, 2015). Es así que el cerebro desempeña un papel activo capaz de filtrar, seleccionar y modular los estímulos dolorosos (Viñals & Bueno, 2011).

Sin embargo, es posible que un estímulo doloroso no llegue a la corteza cerebral pero sí evoque la percepción de dolor de manera espontánea debido a aspectos cognitivos (Gutiérrez & Cuevas, 2015). Razón por la cual Melzack y Casey (1968) desarrollaron la Teoría Multidimensional la cual destaca tres dimensiones implicadas en la experiencia del dolor:

- **Sensorial.** Involucra la transmisión de información relacionada con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo.
- **Afectiva.** Asocia el dolor como algo desagradable generando una experiencia emocional aversiva y conductas de escape frente al estímulo doloroso.
- **Cognitiva.** Se refiere al rol de los pensamientos, memoria, creencias, entre otros, relacionados con el dolor.

Dichos autores proponen que estas tres categorías funcionan como moduladores del dolor y que la percepción de este no sólo está mediada por los mensajes que llegan al cerebro. Por consiguiente la causa del dolor ya no es vista únicamente debido a un daño tisular o somatosensorial sino como un fenómeno complejo relacionado también con el estado emocional, con aspectos motivacionales y cognitivos como la ansiedad, procesos atencionales, memoria y la valoración que hace el individuo de la situación (Moix & Davi, 2012). De ahí que los aspectos psicológicos pasan de ser solo reacciones emocionales al dolor a ser un componente fundamental en el procesamiento y tratamiento del este (Gutiérrez & Cuevas, 2015).

Otro autor destacado que permite mayor comprensión al estudio del procesamiento del dolor es Engel (1977), con el Modelo Biopsicosocial el cual sugiere que los aspectos físicos de una enfermedad no se producen aislados, es decir, cuando una persona que se enfrenta al dolor intervienen factores biológicos, psicológicos (emocionales, cognitivos, y conductuales y sociales). Dicho modelo tiene en cuenta los siguientes argumentos como base:

- En el modelo biomédico, solo se considera la alteración bioquímica como un criterio diagnóstico específico para la enfermedad.
- Se requiere establecer una relación entre los procesos bioquímicos y los datos clínicos de la enfermedad por medio de un enfoque científico racional de los datos psicosociales y conductuales, ya que estos son los términos en los que la mayoría de los fenómenos clínicos son reportados por los pacientes.
- Las condiciones de vida constituyen variables significativas que influyen en el tiempo de aparición de una enfermedad. Las respuestas psicofisiológicas pueden interactuar con los factores somáticos existentes para alterar la susceptibilidad e influir así en el tiempo de aparición, gravedad y el curso de una enfermedad.
- Los factores psicológicos y sociales son cruciales para determinar alteraciones bioquímicas.
- El tratamiento dirigido sólo a corregir la anormalidad bioquímica no rehabilita completamente al paciente. Existen otros factores que al combinarse que pueden mejorar la salud del paciente.
- La relación entre médico y paciente influye potencialmente en el resultado terapéutico de este. Dicha relación ejemplifica los efectos psicológicos que pueden modificar la experiencia de la enfermedad y a su vez afectar indirectamente los procesos bioquímicos subyacentes.

Por tal razón, el aspecto físico no es suficiente para comprender adecuadamente la calidad de vida de las personas con una enfermedad (Sánchez & Escibano, 2017), como sucede con quienes tienen dolor crónico no oncológico. La manera en que los elementos ya señalados se combinan forman parte de una experiencia personal y única de quien tiene este padecimiento (Burch, 2014).

Epidemiología del dolor crónico

Una revisión que incluye siete estudios que evaluaron la prevalencia del dolor crónico durante el periodo de 1991 a 2002 (población mundial de 5.355 mil millones y 6. 245 mil millones en ese momento) estimó que 25% de la población tiene dolor crónico (Harstall & Ospina, 2003). Debido a esta elevada prevalencia es considerado un problema de salud a nivel mundial (Jensen, Gottrup, Kasch, Nikolajsen, Terkelsen & Witting, 2001).

En 1998 (Gureje, Korff, Simon, & Gater, 1998) evaluaron 15 centros de atención primaria en Asia, África, Europa y América, reportando que los habitantes de Brasil y Chile fueron quienes presentaron mayor prevalencia de dolor crónico, 31% y 33% respectivamente, en comparación con Grecia (12%), China (13%) o Alemania, Francia, Inglaterra y Países Bajos (arriba de 20%).

En 2006 un estudio evaluó 46 000 personas (de 731 millones de habitantes de acuerdo a ese año) de 16 países europeos que presentaron dolor y se encontró que uno de cada cinco adultos tienen dolor crónico. Lo que sugiere que hasta 95 millones de personas adultas tienen este tipo de padecimiento y que 47% de estos refieren tener dolor diariamente (Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006).

Se estimó que en 2016 el dolor crónico en Reino Unido se presenta entre un tercio (35.0%) y la mitad (51.3%) de la población, lo que corresponde aproximadamente a 28 millones de adultos y en cuanto a la evaluación del dolor crónico grave se encuentra entre el 10.4% a 14.3% (Fayaz, Croft, Langford, Donaldson, & Jones, 2016). En ese mismo año la prevalencia del dolor crónico en la población adulta en Libia fue del 20%, lo cual fue compatible con las estadísticas de Europa y América del Norte (Elzahaf, Johnson, & Tashani, 2016).

Un estudio realizado en 2008 indicó que la prevalencia del dolor crónico varía dependiendo de la etnia de los habitantes en Estados Unidos. Tanto mujeres y hombres estadounidenses de origen mexicano tienen las probabilidades más bajas de presentar dolor crónico en comparación con las demás etnias. Es decir, las diferencias fueron estadísticamente significativas para la presencia de dolor crónico en espalda, dolor en extremidades y también con respecto a la cronicidad, localización y generalización del dolor al comparar los datos con personas no hispanas y afroamericanas. Así mismo, las estimaciones de dolor crónico fueron menores en las

personas afroamericanas que en los blancos no hispanos (Hardt, Jacobsen, Goldberg, Nickel, & Buchwald, 2008).

De acuerdo al tipo de dolor por fisiopatología se considera que la prevalencia del dolor neuropático en la población en general es del 1% al 8% (Torrance, Smith, Bennett & Lee, 2006). En América Latina se estima que este tipo de dolor afecta al 2% de la población y 15 de cada 100 pacientes lo padecen, donde los cuadros más frecuentes son: lumbalgia con componente Neuropático (34.2%), neuropatía diabética (30.4%), neuralgia post herpética (8.7%) y por secuela postquirúrgica (6.1%) (Acevedo et al., 2009). En cuanto a los síndromes mayormente presentes en las mujeres son: artrosis, fibromialgia, cefaleas, cervicalgias y dorsalgias (Meana, Cho & DesMeules, 2004).

Se estima que en México la prevalencia del dolor crónico es de 28 millones de personas (Covarrubias, 2010) si se consideran las estadísticas reportadas por la IASP (Harstall & Ospina, 2003) y que en el país hay 105 millones de habitantes.

En México se carece de información documentada que sea precisa sobre la prevalencia del dolor crónico, sin embargo, datos del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo de 1991 a 2002 reportan que al menos 5% de las personas que acudieron a los centros de medicina familiar presentaron una enfermedad dolorosa crónica (dorsalgias 2%, artrosis 2%, y enfermedad pélvica inflamatoria 1%) (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2003).

Un estudio realizado en México en 2008 (Covarrubias, Guevara, Lara, Tamayo, Salinas & Torres, 2008) que evaluó 1,100 pacientes con dolor no oncológico informó que la prevalencia del dolor neuropático presentó diferencias estadísticamente significativas (25.2%) con respecto al dolor somático (35.4%), visceral (19.8%) y mixto (19.5%).

Cabe mencionar que en la población mexicana las mujeres son las más afectadas por el dolor crónico (Bagarrán, Mejía & Gutiérrez, 2007). Estos resultados coinciden con lo que otros estudios internacionales reportan (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Chen et al., 2016; Donaldson, & Jones, 2016; Fayaz, Croft, Langford, Greenspan et al., 2007; Meana, Cho & DesMeules, 2004).

Se puede decir que las estadísticas anteriormente señaladas varían de acuerdo a cada región a y pesar del método de recolección de datos, los resultados arrojados reiteran que el dolor crónico es un problema de salud a nivel nacional e internacional.

Factores asociados al dolor crónico

Actualmente existe un amplio acuerdo que considera que el dolor crónico debe ser visto como un fenómeno multidimensional que además de incluir factores físicos y biológicos también intervienen otros de carácter psicológico y social. A pesar de que el dolor crónico es una experiencia común en la vida de los individuos no resulta sencillo describir y mucho menos definir sus diversas facetas (Delgado & Mateos, 2015).

Se sabe que el dolor crónico afecta gravemente la calidad de vida del paciente, repercute en el entorno familiar y social impidiendo en muchos casos un correcto desempeño en este ámbito, incluso puede impactar en el sistema de atención de salud tratante (Dueñas, Ojeda, Salazar, Mico, & Failde, 2016).

En cuanto al estado emocional varios estudios han confirmado el aumento de la probabilidad de desarrollar depresión en pacientes con dolor crónico (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007; Kroenke, Wu, Bair, Krebs, Damush & Tu, 2011; Li, 2015), ya que la prevalencia de depresión en población general es del 4 al 10% (Börsbo, 2008), mientras que la prevalencia en pacientes con dolor crónico abarca un rango del 22% al 78% y los criterios de depresión mayor suelen cumplirse entre el 8% y 50% respectivamente (Plata, Castillo & Guevara, 2004).

Se ha reportado que los pacientes con dolor crónico tienen una mayor probabilidad de cumplir con criterios diagnósticos de depresión que aquellos sin dolor y la probabilidad de desarrollar depresión incrementa con el número de síntomas de dolor (Taloyan & Löfvander, 2014). Se puede decir que existe una relación recíproca ya que la depresión es un predictor de la presencia del dolor y el dolor es un predictor de la presencia de la depresión (Kroenke, Wu, Bair, Krebs, Damush & Tu, 2011). Posiblemente se debe a que los problemas de funcionalidad causados por el dolor puede llevar al aislamiento social, lo que a su vez provoca un efecto negativo sobre los síntomas depresivos y viceversa (Jang, Haley, Small, & Mortimer, 2002; Saito, Kai, & Takizawa, 2012).

Los pacientes con dolor crónico y depresión tienden a recordar información negativa sobre su salud y enfermedad (sobre el dolor) en comparación con pacientes que no están deprimidos, así mismo la depresión se asocia significativamente con el grado de incapacidad percibida (Maganto, Mingote & López, 2015), además es frecuente la presencia de inhabilidad para disfrutar de la vida social, ocio o el sexo (Blumer & Heilbronn, 1982) y a la vez los pacientes presentan estrategias de afrontamiento pasivas y de evitación (Börsbo, 2008).

En cuanto a la prevalencia de la ansiedad en población general se calcula alrededor del 12 al 17% (Börsbo, 2008), mientras que la prevalencia de la ansiedad en pacientes con dolor crónico es del 15 al 40% (Manchikanti, 2002). Autores como Plata, Castillo y Guevara (2004) señalan que dicha comorbilidad es responsable de interpretar los estímulos no nocivos como dolor y de percibir este con mucha mayor intensidad (mayor atención al estímulo doloroso), así esta experiencia aguda conduce a la catastrofización del dolor y miedo (evitación ansiosa del dolor) que a su vez dará lugar a una mayor discapacidad y persistencia de éste (Vlaeyen & Linton, 2000). Es así que el miedo al dolor también lleva a los pacientes a una inhibición conductual, es decir, a la evitación de actividades que podrían desencadenar e intensificar su dolor (Maganto, Mingote & López, 2015).

De la misma forma la percepción incrementada del dolor puede evocar otros componentes emocionales como la desesperación o la ira. Ésta última se explica cuando el paciente se siente incomprendido por los profesionales sanitarios y las personas que le rodean sin percibir un apoyo eficaz y real para lograr el alivio (Maganto, Mingote & López, 2015).

Otra de las quejas más comunes en los pacientes con dolor crónico son las alteraciones del sueño que también influyen en el aumento de la percepción del dolor y provocan un impacto en la calidad de vida. Estos pacientes tienen problemas para conciliar el sueño, se despiertan por la noche y a la mañana siguiente tienen la sensación de no haber descansado, se sienten irritados y presentan cambios de humor, incluso se incrementa el absentismo, la probabilidad de tener accidentes automovilísticos (Velázquez, Muñoz, Sánchez, Zenner & Velázquez, 2012) y se asocia con una mayor asistencia sanitaria (Palermo, Law, Churchill & Walker, 2012). Se estima que la mala calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no oncológico a nivel nacional es del 75% (Covarrubias, Guevara, Betancourt, Delgado, Cardona & Hernández, 2005).

Otros autores (Delgado & Mateos, 2015; Maganto, Mingote & López, 2015) han señalado que siete de cada diez pacientes con dolor crónico ven reducida su habilidad para caminar, hacer ejercicio, realizar actividades domésticas y por lo tanto hay una tendencia excesiva del reposo. Ya que presentan dificultad para asistir a eventos de ocio, sociales y/o familiares se genera un deterioro en las relaciones interpersonales o en las habilidades sociales.

La dificultad para mantener un estilo de vida independiente (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006), las graves repercusiones económicas (Delgado & Mateos, 2015), y la asignación de nuevas obligaciones a los familiares a menudo generan un estado de sobrecarga en los cuidadores, reportando deterioro físico y psicológico (Ojeda et al., 2014). A causa del estado de salud del paciente las relaciones familiares suelen basarse en los cuidados hacia estos (Maganto, Mingote & López, 2015).

En el ámbito laboral se ha demostrado que una persona con dolor crónico tiene siete veces mayor probabilidad de abandonar un trabajo en comparación con personas que no lo padecen (Delgado & Mateos, 2015), por lo cual la autoestima se ve afectada debido a la inhabilidad de trabajar (IASP, 2010). También es común que el paciente tenga expectativas de regresar a laborar, así como temor de desarrollar una nueva lesión, lo que contribuye a la persistencia del dolor (Shaw, Linton, & Pransky, 2006).

Además, muchos pacientes a causa del dolor crónico presentan dificultades para concentrarse y recordar (Bushnell et al., 2015). Se han identificado problemas atencionales complejos donde la distracción tiene una relevancia importante, así como déficits en la memoria de trabajo, memoria a largo plazo y en funciones ejecutivas (Gelonch, Garolera, Rosselló, & Pifarré, 2013).

Se puede decir que el dolor crónico es un problema de salud importante por su alta prevalencia e impacto no sólo a nivel físico, sino también emocional, cognitivo, conductual y además a nivel social y sanitario. Consecuentemente estos elementos sugieren ajustes, cambios radicales y permanentes en el estilo de vida de quien lo padece.

Además de los factores ya mencionado, aquellas personas con dolor crónico no oncológico están intensamente afectadas por el dolor y con regularidad sienten que no son escuchadas y tampoco comprendidas por familiares y profesionales de la salud (Toye, Seers, Hannink &

Barker, 2017), indican que no son capaces de continuar con su rutina diaria por la incapacidad física (Albers, Pasman, Deliens, de Vet, & Onwuteaka-Philipsen; 2013), generando malestar psicológico, físico, social y existencial que modifica la forma en que las personas perciben su dignidad, es decir, no se sienten apoyados de acuerdo a lo que verdaderamente necesitan. El estudio de la dignidad y dolor crónico no ha sido ampliamente investigado de manera conjunta y se ha abordado en mayor medida en población oncológica en la etapa al final de la vida, sin embargo algunos autores han comenzado a destacar que la pérdida de la dignidad no es exclusiva de estos pacientes (Solomon y colaboradores, 2016) y es importante la detección de la pérdida de la misma en personas con dolor crónico no oncológico para la recuperación y calidad de salud (Borhani, Abbaszadeh, & Moosavi, 2014), lo cual se abordará con mayor detalle a continuación.

Capítulo II

INTENSIDAD DE DOLOR Y DIGNIDAD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Dignidad

Una revisión realizada por Rudilla, Barreto y Oliver (2014) menciona que la mayoría de los trabajos de los últimos diez años que se centran en el estudio de la calidad de vida y en el control de síntomas, entienden que la atención hacia estos dos elementos es la preservación de la dignidad del paciente.

Sin embargo algunos autores han señalado que el concepto de dignidad es complejo y ambiguo para interpretarlo (Clark, 2010) y no existe un consenso para definirlo (Jacobson, 2007). Esto posiblemente asociado a los diversos significados que se le atribuye y del contexto desde el que se mire (González, 2004).

El termino dignidad proviene del latín “*dignitas*”, que de acuerdo a la Real Academia Española significa “*cualidad de digno*”. Para la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015), la dignidad se refiere al “mérito y el valor inherentes de una persona y estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias. Poder vivir con dignidad emana del respeto de los derechos humanos básicos...”, poniendo especial énfasis en el cuidado de la autonomía, la libre determinación e inclusión en la vida de la comunidad (OMS, 2015).

Los promotores de la salud y los derechos humanos señalan que la dignidad puede ser un vínculo que explique la relación entre la promoción y protección de los derechos humanos y la situación sanitaria (Rudilla, Barreto y Oliver, 2014). Incluso una investigación de la OMS (Valentine, Darby, & Bonsel, 2008) propone que la dignidad es el segundo factor más importante seguido del rápido acceso a la atención médica tras indagar cuáles son los factores no clínicos que intervienen para brindar una atención de calidad al paciente.

Dentro de la literatura se pueden ubicar siete modelos de dignidad que han sido elaborados desde diferentes perspectivas y contextos, sin embargo, la propuesta más consolidada hasta la

fecha a nivel internacional por su validación y uso recurrente es el Modelo de Dignidad propuesto por Harvey Max Chochinov (en Errasti, Martínez, Carvajal & Arantzamendi, 2014).

Modelo de dignidad de Chochinov

Términos como “orgullo”, “respeto a sí mismo”, “calidad de vida”, “bienestar”, “esperanza” y “autoestima” se superponen conceptualmente con el término dignidad y la forma en que los pacientes moribundos utilizan el término en referencia a sus circunstancias. Si bien la mayoría de estos términos se refieren a estados internos de la mente, mientras que la dignidad es distintiva en el sentido de que también incluye un componente externo basado en la percepción de la dignidad y estima de los demás (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

Para comprender dicho concepto el Modelo de Dignidad, propuesto por Chochinov y colaboradores (2002) provee a los profesionales de la salud una guía con una variedad de opciones fisiológicas, psicológicas, sociales y existenciales que pueden afectar el modo en que las personas con enfermedad avanzada o terminal perciben su dignidad. El modelo se divide en tres grandes categorías que a continuación se explican (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002):

- I. **Preocupaciones relacionadas con la enfermedad.** Son aquellas preocupaciones que se derivan o están relacionadas con la enfermedad en sí que amenazan el sentido de dignidad de la persona y consta de dos subtemas con dos categorías a su vez:

- **Nivel de independencia.** Hace referencia a la *capacidad cognitiva*, es decir, facultad del individuo para mantener su capacidad mental o de pensamiento, por ejemplo, una persona que no recuerda eventos importantes con su familia a causa de los medicamentos propios de su tratamiento. La *capacidad funcional* es la posibilidad para realizar tareas asociadas con actividades de la vida diaria, por ejemplo, una persona que argumenta que su dignidad se ve afectada porque tiene que ser alimentada por los demás debido a la incapacidad que le genera la enfermedad.

- ***Distrés sintomático.*** Implica *malestar físico* como la intensidad de angustia por los síntomas físicos que orillan al paciente a considerar la muerte como única opción, por ejemplo un hombre puede decir que su dignidad se ve afectada por el sufrimiento físico que la enfermedad le causa. El *malestar psicológico* se refiere a la angustia mental que se relaciona con la enfermedad y cómo afecta el sentido de dignidad, se puede describir como incertidumbre médica y la ansiedad por la muerte, por ejemplo, un hombre que se siente más preocupado y asustado de lo que creía por el proceso de la muerte, lo que afecta su dignidad.

II. **Repertorio conservador de la dignidad.** Esta categoría se divide en dos temas:

-***Perspectivas que conservan la dignidad.*** Se refiere a características personales, atributos o una visión adquirida del mundo. Una manera de ver la situación de modo que promueva la dignidad. Consta de ocho subtemas: continuidad de uno mismo, preservación del rol, generatividad / legado / herencia, mantenimiento del orgullo, optimismo, autonomía / control, aceptación y resiliencia. Por ejemplo, seguir siendo la misma persona con una vida específica (continuidad de uno mismo), o poder cumplir el papel de madre durante la boda de su hijo (preservación del rol) a pesar de tener una enfermedad o tener que usar pañales y ser aseado/a por otras personas (mantenimiento del orgullo).

-***Prácticas que conservan la dignidad.*** Implica una variedad de técnicas que los pacientes utilizan para reforzar, reafirmar o mantener su sentido de dignidad, entre ellas se encuentran: vivir el momento (por ejemplo, una persona argumenta que siempre hay algo por lo que vale la pena vivir como ver las flores del jardín), mantener la normalidad (continuar con la misma rutina de desayuno con los nietos) y buscar consuelo espiritual (rezar).

III. **Inventario de la dignidad social.** Se refieren a preocupaciones sociales o dinámicas de relación que aumentan o restan el sentido de dignidad del paciente. Consta de cinco temas:

-***Límites de la privacidad.*** Medida en que la dignidad puede ser influenciada por tener un entorno personal invadido mientras se recibe tratamiento. Por ejemplo,

una persona que tiene su dormitorio en la sala de estar de la casa de su hijo a causa de la enfermedad despojándolo/a de la privacidad.

-Apoyo social. Se refiere a la presencia de una comunidad disponible y útil de amigos, familiares o proveedores de atención médica. Por ejemplo, el sentido de apoyo y afecto de la familia.

-Tono de cuidado. La actitud de cuidado que otros demuestran al interactuar con el paciente que puede o no promover la dignidad. Por ejemplo, recibir comentarios sarcásticos.

-Ser una carga para los demás. Se refiere a la angustia causada por tener que quedar al cuidado de otras personas sintiéndose como una carga que con frecuencia amenaza el sentido de dignidad. Ejemplo, depender de la gente para bañarse, llevar al sanitario, limpiarse.

-Consecuencias de las preocupaciones. Este tipo de angustia psicológica es similar a la carga para los demás, pero se refiere más específicamente a las preocupaciones que el paciente tiene sobre el impacto que la muerte tendrá sobre los otros. Por ejemplo, alguien que se preocupa de las repercusiones que puede tener en su hijo menor tras su muerte.

De acuerdo al Modelo de Dignidad (véase Figura 2) el autor explica que los individuos con un limitado repertorio de dignidad tienen más probabilidades de tener un sentido disminuido de ésta (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002). También la pérdida de la dignidad puede aumentar la depresión, la desesperanza y el deseo de muerte acelerada, la comprensión de la relación entre la dignidad y estas variables psicosociales es de dicha importancia para el manejo general de los enfermos terminales (Chochinov et al., 2002).

Pese a ser un modelo desarrollado a partir de la experiencia de pacientes con un diagnóstico de cáncer avanzado, los autores señalan que es bastante flexible para poder aplicarlo a otro tipo de poblaciones (en Errasti, Martínez, Carvajal, Arantzamendi, 2014).

Categorías mayores, temas y subtemas de la dignidad		
Preocupaciones relacionadas con la enfermedad	Repertorio conservador de la dignidad	Inventario de la dignidad social
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Nivel de Independencia</div> Capacidad cognitiva Capacidad funcional	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Perspectivas Conservadoras de la Dignidad</div> Continuidad de uno mismo Preservación del rol Generatividad, legado, herencia Mantenimiento del orgullo Optimismo Autonomía o control Aceptación Resiliencia o lucha espiritual	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Los límites de la privacidad</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Apoyo social</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">El tono de cuidado</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Ser una carga para los demás</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Consecuencias de las preocupaciones</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Distrés Sintomático</div> Malestar físico Malestar psicológico -Incertidumbre médica -Ansiedad a la muerte	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Prácticas que Conservan la Dignidad</div> Vivir el momento Mantener la normalidad Buscar consuelo espiritual	

Figura 2. Modelo de Dignidad de Chochinov. Adaptado de Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* (1982), 54(3), 433–443 [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)

Ahora bien, Chochinov (2007) también señala que el A, B, C y D del cuidado a la conservación de la dignidad es una herramienta que puede orientar al personal sanitario a practicar la humanidad en la atención que proporciona al paciente. Dicha herramienta es un nemotécnico para su sencillo aprendizaje, que solicita que los proveedores de salud consideren sus actitudes y comportamientos de la siguiente manera: A (Actitud): ayuda a comprender cómo las actitudes y creencias influyen en la manera en la que tratan a los pacientes y al mismo tiempo influye en el sentido continuo de vida del paciente, en la imagen positiva de sí mismos o en la creencia de que ya no son importantes; B (Conducta): el cuidado de los pacientes siempre debe basarse en amabilidad y respeto, donde actos como llevarle un vaso con agua, acomodare la almohada o darle unos audífonos le indican al paciente que merece la atención, una atención personalizada; C (Compasión): los sentimientos acerca de los pacientes deben basarse en una profunda conciencia de su sufrimiento y en un deseo de aliviarlo, la compasión puede transmitirse por cualquier forma de comunicación que muestre reconocimiento de que alguien lo acompaña

en su enfermedad; D (Diálogo): sirve para reconocer detalles, información importante de la vida del paciente para interpretar y planificar la atención médica y reconocer el impacto emocional que lo acompaña.

Asimismo, la forma en la que el equipo de salud puede ayudar a promover y mejorar la dignidad incluye varios aspectos: respetar los sentimientos, pensamientos y valores del paciente; volver al paciente un agente activo y libre para decidir o hacer comentarios; ser escuchado por el personal de salud y familia; mejorar el entorno físico donde habita el paciente; tomar en cuenta que la dignidad no se promueve cuando el personal de salud domina, toma las decisiones o se enfoca en el diagnóstico y no en la persona enferma y sus afecciones (Caspari, Aasgaard, Lohne, Slettebø, & Nåden, 2013).

Dignidad y dolor crónico no oncológico

Los pacientes con cáncer avanzado presentan una gran gama de síntomas físicos desagradables como fatiga, dolor, falta de energía, falta de apetito (Teunissen, Wesker et al., 2007) y problemas emocionales como depresión y ansiedad que se presentan en un 68% y 40% respectivamente (Landa, Pérez, Sánchez & Covarrubias, 2014).

También los pacientes con cáncer avanzado indican que su sentido de dignidad se ve afectado por lo que son más propensos a presentar malestar físico y psicológico de mayor intensidad así como recurrentes deseos de morir. Con respecto a estas necesidades estos pacientes necesitan recibir una atención especializada que los ayude a controlar los síntomas físicos, psicológicos y espirituales para mejorar la calidad de vida o ayudar a morir con dignidad (Abiven, 1991).

Para ello la terapia de dignidad, introduce un enfoque psicoterapéutico breve basado en el modelo de dignidad empíricamente validado en los enfermos terminales. Los efectos beneficiosos de la terapia de dignidad radican en la capacidad de reforzar un sentido de significado y propósito junto con un sentido disminuido de sufrimiento y una mayor voluntad de vivir (Chochinov et al., 2005).

La Terapia de Dignidad brinda al paciente la oportunidad de reflexionar sobre las cosas que más le importan o lo que más le gustaría recordar. Dicho proceso terapéutico comienza con la aplicación de un cuestionario basado en el modelo de dignidad para pacientes con cáncer

terminal. La sesión es guiada por un terapeuta entrenado en calificar el cuestionario de acuerdo a lo que cada paciente desea abordar en la terapia. La conversación es grabada por audio, se transcribe y se entrega al paciente para compartir o dejar dicho legado a las personas de su elección (Chochinov et al., 2011)

Un estudio realizado en 2011 (Chochinov et al., 2011) en pacientes con cáncer con un pronóstico terminal (expectativa menor a seis meses) de Canadá y Estados Unidos fueron asignados a tres grupos diferentes de intervención: 165 de ellos recibieron terapia de dignidad, 140 recibieron cuidados paliativos estándar (sin terapia de dignidad) y 136 recibieron atención centrada en el cliente. Al analizar los resultados, la terapia de dignidad fue significativamente más efectiva que las otras dos intervenciones, aumentando la calidad de vida y el sentido de dignidad. Así mismo la terapia de dignidad fue mejor que la terapia centrada en el cliente mejorando el bienestar espiritual y fue mejor que los cuidados paliativos estándar disminuyendo la tristeza o depresión. También, más pacientes que recibieron terapia de dignidad informaron que se sintieron satisfechos con el tratamiento en comparación con aquellos pacientes que recibieron cuidados paliativos estándar. Estos resultados respaldan la aplicación clínica de la terapia de dignidad para mejorar la experiencia al final de la vida para pacientes que se acercan a la muerte.

A pesar de que el estudio de la dignidad se ha vinculado más con la población oncológica (Chochinov et al., 2011), el concepto de dignidad se ha empleado para la elaboración de estudios en contextos diferentes como en pacientes adultos hospitalizados (Borhani, Abbaszadeh & Moosavi, 2014), para mostrar la efectividad de la Terapia de Dignidad para personas mayores en hogares de cuidado (Hall, Longhurst, & Higginson, 2009), también se ha investigado la pérdida de la dignidad en Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) (Solomon et al., 2016), pero han sido pocos los que han realizado investigación en torno a población con dolor crónico.

Un estudio realizado por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Umea en Suecia, entrevistó a 14 mujeres para conocer lo que significaba para ellas vivir con fibromialgia. Se utilizó un método fenomenológico hermenéutico para analizar e interpretar los textos de las entrevistas. Los resultados indicaron que las mujeres que viven con fibromialgia se caracterizan por una vida muy influenciada por la enfermedad de varias maneras: 1) pérdida de la libertad, 2) la amenaza a la integridad y 3) una lucha constante para lograr el alivio y comprensión. Por lo

tanto, el cuidado de estas pacientes debe ser capacitarlas para que puedan vivir adecuadamente con la enfermedad (Söderberg, Lundman & Norberg, 1999).

En 2011 (Skuladottir & Halldorsdottir, 2011) realizaron un estudio en Akureyri, Islandia, por la School of Health Sciences y The University of Akureyri, entrevistaron a profundidad a 5 mujeres (de entre 36 y 53 años de edad) con dolor crónico para identificar necesidades relacionadas con la enfermedad a través de un estudio fenomenológico. Se encontró que las necesidades podían agruparse en tres grupos: 1) Aprender a vivir con el dolor crónico (necesidad de un diagnóstico, encontrar un tratamiento eficaz y control del dolor); 2) Búsqueda de apoyo (estar al cuidado de un familiar, mantener relaciones interpersonales, apoyo financiero, en el hogar y profesional); 3) Búsqueda de estabilidad (evitar el papel de enfermo, mantener sentido de dignidad, evitar el desánimo y depresión). Por lo tanto, las mujeres con dolor crónico deben ser atendidas en cualquier centro de atención donde los profesionales de salud deban ser capaces de reconocer y atender estas necesidades entre las que destaca la dignidad, con el fin de brindar una atención eficaz.

Por otro lado, Montealegre (2014) como miembro de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor llevó a cabo una amplia revisión de la literatura sobre los retos que en especial el personal de enfermería se enfrenta en el cuidado de personas con dolor. Considera que aunque no es posible evitar el dolor los profesionales de la salud de este campo han generado grandes avances para su tratamiento, en la investigación de medicamentos, en la aplicación de procedimientos invasivos y no invasivos para aliviarlo, en el uso de métodos convencionales y complementarios para abordarlo, en el entrenamiento y especialización de profesionales que conforman los equipos de salud en el cuidado del paciente con dolor. Es por ello que un logro importante dentro de este campo es la humanización, individualización y personalización de las diferentes patologías y cuidados de las personas con dolor. Por lo tanto, el autor menciona que el personal de enfermería debe tomar siempre en cuenta el respeto a la persona, a su vida, respeto a la dignidad, intimidad, creencias y pensamientos referente al entorno social y familiar del paciente. El reconocimiento de estos factores ayuda a los profesionales a ofrecer un servicio humanizado y orientado a la toma de decisiones para aliviar el dolor, por ejemplo, a los pacientes con dolor crónico que quizá son los más descuidados dentro de todos los grupos de pacientes que sufren dolor.

Una revisión sistemática de 2006 (*Swedish Council on Health Technology Assessment*) indagó en los diversos tratamientos para las personas con dolor crónico no oncológico, incluyeron estudios publicados después de 1990 en las bases de datos Cochrane, Medline, Cinahl y PsychInfo. Como parte de sus hallazgos reportaron que en esta población existen tres puntos importantes en la experiencia de vivir con dolor crónico no oncológico: 1) existe una correlación negativa entre dolor y calidad de vida de las personas, es decir, a medida que aumenta el dolor menor será la calidad de vida; 2) Vivir con dolor crónico implica un cambio rotundo en el estilo de vida; 3) Los pacientes con dolor crónico tienen una impaciente necesidad de conservar su sentido de la dignidad.

Otros investigadores (Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017), quienes desarrollaron una propuesta conceptual para ayudar a mejorar la atención médica dirigida a esta población, recabaron información de estudios que les permitiera explorar la experiencia de personas de vivir con dolor crónico no oncológico. Para ello se tomaron en cuenta once estudios cualitativos, explorando la experiencia de 5236 personas. Los hallazgos fueron agrupados en siete categorías conceptuales: El primero se refiere a “Vida empobrecida y confinada”, la cual describe la naturaleza omnipresente del dolor, limita al paciente a vivir el momento, además del impacto psicosocial, incomodidad, angustia y la pérdida (ejemplo: “el dolor está presente día y noche y altera todo lo que hago”, “dependo de mi familia y me siento desesperado porque no puedo hacer nada a cambio”). El segundo “Luchar contra el propio cuerpo para ser uno mismo”, describe una lucha para mantener el sentido de uno mismo (yo) pues el cuerpo se ha vuelto ajeno y normalmente no se puede cumplir con los deberes (ejemplo: “ya no soy lo que solía ser y ya no soy lo que quiero ser”, “tengo baja autoestima y estoy socialmente aislado”). La tercera categoría “Búsqueda del diagnóstico” se refiere al fuerte deseo del paciente por recibir un diagnóstico médico (ejemplo: “un diagnóstico es importante para mí, incluso si no hay cura”, “quiero demostrar que hay algo mal en mí para que la gente me crea”). El cuarto, “Pérdida de la credibilidad personal” que incluye la estigmatización (ejemplo: “los profesionales de la salud piensan que solo estamos tratando de obtener medicamentos para el dolor”, “en lo laboral piensan que somos flojos y poco confiables y no quieren darnos un trabajo”). El quinto “Tratando de mantener las experiencias” describe la necesidad de evitar llamar la atención con el fin de minimizar el sufrimiento (ejemplo: “me aguanto el dolor porque no quiero que me juzguen como débil, y no quiero estropear las cosas para los demás”). El sexto, “Necesidad de ser tratado con dignidad” se refiere a la experiencia negativa que tiene el paciente sobre el sistema de salud, el paciente considera que no se involucra lo necesario en las decisiones sobre su propio cuidado y

tampoco le parece que se haga algo para ayudarlo (ejemplo: “necesito que el especialista escuche y comprenda el efecto que este dolor está teniendo en mi vida y mi propia imagen”, “espero que mi médico se preocupe y me trate con dignidad y respeto, no como si fuera débil o loco”). Finalmente, el séptimo, “Decidir terminar con la búsqueda de un diagnóstico”, describe el desafío personal de abandonar la búsqueda de un diagnóstico y/o aprender a vivir con el dolor (“los otros han hecho todo lo que pueden por mí y tengo que seguir adelante a pesar del dolor”, “a veces me siento mejor pero no hay una cura real y no hay medicamento que elimine completamente mi dolor”, “necesito confiar en mí mismo”). Con estos hallazgos, los autores demuestran que las personas con dolor crónico no oncológico están intensamente afectadas por el dolor y con frecuencia sienten que no son escuchados y tampoco comprendidos por los profesionales de la salud de modo que puedan ser apoyados de acuerdo a lo que verdaderamente necesitan.

Otros autores en 2013 (Albers, Pasman, Deliens, de Vet, & Onwuteaka-Philipsen, 2013) llevaron a cabo un estudio por parte del Departamento de Salud Pública y Ocupacional en Ámsterdam, en el que se preguntaron si el estado de salud afectaba la percepción de los factores que influyen en la dignidad personal al final de la vida y si había relación entre estas percepciones con sus características demográficas. El diseño de la investigación fue un estudio de cohorte que incluyó a 2,282 personas (1,390 mujeres y 892 hombres). De acuerdo al cuestionario Euroqol-5D (que evalúa el grado de afectación en movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, dolor, malestar en general, ansiedad y depresión) y a una pregunta sobre si los participantes tenían alguna enfermedad, se definieron tres diferentes grupos de acuerdo a su estado de salud: a) Bueno: no tenían ninguna enfermedad o afectación de acuerdo al Euroqol-5D; b) Moderado: tenían una enfermedad o cumplieron con un elemento del Euroqol-5D; c) Malo: tenían una enfermedad y estaban severamente afectados por al menos un elemento del Euroqol-5D. Las personas con un estado de salud moderado o malo tenían artritis reumatoide, enfermedad cardíaca y depresión, seguido de asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer. Posteriormente se aplicó un Inventario de Dignidad (22 reactivos que evaluó aspectos físicos, psicológicos, sociales y existenciales). Los resultados sugirieron que no hubo diferencias significativas al evaluar la percepción de la dignidad tanto en grupos con estado de salud bueno, moderado y malo. Esto indica que las personas sanas tienden a subestimar los aspectos físicos que influyen en la percepción de la dignidad y que los factores psicológicos, sociales y existenciales no cambian significativamente de acuerdo al estado de salud. Los factores que las personas catalogaron como importantes para la dignidad no fueron significativamente diferentes

para los tres grupos, a excepción de dos ítems de dominio físico "no ser capaz de continuar con las rutinas habituales", y "no ser capaz de desempeñar papeles importantes" que fueron más importantes para la dignidad por las personas con estado de salud moderado y malo. Se puede decir que la dignidad no se ve afectada únicamente cuando el estado de salud de una persona es meramente grave.

Parece ser que el estudio de la dignidad y dolor crónico no ha sido ampliamente investigado de manera conjunta, sin embargo algunos autores han comenzado a destacar que la pérdida de la dignidad no es exclusiva de los pacientes con cáncer avanzado, según el estudio de Solomon y colaboradores (2016) que evaluó la prevalencia de la pérdida de la dignidad de 195 pacientes hospitalizados con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) durante el periodo de 2007 al 2011 antes y después de recibir tratamiento. Los pacientes (88 mujeres y 107 hombres), con una edad promedio de 64 años se encontraban en la fase III (grave) y IV (muy grave) de la enfermedad. La admisión al programa requirió al menos uno de los siguientes criterios: 1) hospitalización reciente o visita a emergencias por disnea; 2) buscar mejorar la calidad de vida afectada por la disnea; 3) volumen espiratorio forzado en 1 segundo entre 15 y 70% de los valores pronosticados; O 4) uso de oxígeno suplementario. El programa incluyó la participación de un equipo interdisciplinario, dietistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas respiratorios y trabajadores sociales que interactuaron con el paciente durante cuatro semanas de cinco días cada una. Las áreas que fueron evaluadas fueron: espirometría, rendimiento en ejercicio, ansiedad, depresión, autoeficacia del EPOC, carga auto percibida y dignidad. Esta última fue evaluada a través de una entrevista, donde el entrevistador calificó la gravedad global de la afectación en una escala de 0 (sin pérdida de la dignidad) a 6 (pérdida completa de la dignidad). Los resultados indicaron que casi la mitad de los pacientes (n = 96; 49.2%) no reconocieron ninguna pérdida de dignidad en absoluto. Del resto, 74 pacientes (37.9%) recibieron puntuaciones que indicaban una pérdida de dignidad mínima o leve (por debajo de 3 en la escala 0 a 6). Para 25 pacientes (12.8%) que obtuvieron una puntuación de 3 o más en la escala se consideró que la pérdida de la dignidad era una preocupación continua y significativa. Al finalizar el tratamiento, hubo una fuerte mejoría entre los pacientes que reportaron una pérdida problemática de dignidad en el ingreso. De esos 25 individuos, 22 (88%) recibieron puntuaciones de menos de tres al finalizar el tratamiento. Los autores concluyeron que la prevalencia de la pérdida prominente de la dignidad entre los pacientes con EPOC en estadio III y IV es al menos tan alta como entre los que reciben cuidados paliativos por cáncer: 5 a 10%.

Así mismo, indican que la pérdida de dignidad puede representar una preocupación entre las personas con enfermedades médicas, y no sólo en el contexto al final de la vida.

De acuerdo a un estudio de correlación (Mecillas, 2017) que evaluó deterioro de la dignidad y pensamientos catastróficos con el Inventario de Dignidad del Paciente y Escala de Catastrofización ante el dolor, con 39 participantes de un hospital público de la Ciudad de México que tenían un diagnóstico de dolor crónico no oncológico, se encontró que existe una alta relación entre el deterioro de dignidad y pensamientos catastróficos cuando tienen un episodio de dolor. Además la autora hace hincapié en que existe deterioro de la dignidad en más de la mitad de la población evaluada.

Chochinov (2007), sugiere que aquellos que se encuentren en la práctica clínica, en la enseñanza y en todas las subespecialidades médicas, en equipos multidisciplinarios y demás profesionales de salud relacionadas que tenga el privilegio de cuidar de pacientes en cualquier etapa del ciclo vital humano, tiene el deber de respetar, proteger y restaurar la dignidad de las personas que buscan una atención, ya sea si son jóvenes o viejos y sin importar su problema de salud, pues dicha labor es la esencia de la medicina.

Impacto de la intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico

La intensidad de dolor se refiere a la magnitud de la experiencia sensorial y emocional desagradable asociado al actual daño tisular o potencial o descrito en términos de dicho daño (Covarrubias-Gómez, Hernández-Martínez, Ruiz-Ramírez, & Collada-Estrada, 2014). Sin embargo, el dolor crónico involucra más que una experiencia subjetiva de la intensidad de dolor de quien lo padece (IASP, 2010) y a través del Modelo Biopsicosocial (Engel, 1977) se puede decir que el dolor crónico involucra un deterioro tanto físico como psicosocial.

Autores como Stefane, Santos, Marinovic, y Hortense (2013) evaluaron la percepción de la intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico lumbar y la compararon con los niveles de incapacidad física y calidad de vida. Fue un estudio transversal realizado en una Clínica de Dolor de Sao Paulo. Se evaluaron a 97 participantes (67 mujeres y 30 hombres), la mayoría con más de 60 años con diagnóstico establecido de dolor lumbar crónico no oncológico. Se utilizó una escala del 0 al 10 para medir la intensidad de dolor y el Cuestionario Roland-Morris para evaluar la incapacidad de los individuos con dolor lumbar. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la versión resumida de WHOQOL-100, construido por la Organización Mundial de la Salud y

validado para la lengua brasileña que abarca un dominio general y cuatro dominios específicos (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente). Se obtuvo una media de dolor de 5.4, en calidad de vida una media de 48.1 puntos y en incapacidad con una media de 14.4. El dominio físico de calidad de vida fue el más perjudicado con 44.1 puntos. Se concluyó que la intensidad de dolor es responsable sólo del 4% de la incapacidad física y de un 8% en la afectación en el dominio físico en la calidad de vida, mientras que hubo nula relación entre intensidad de dolor y calidad de vida. Sin embargo, la incapacidad es responsable del impacto en calidad de vida en un 61% donde el dominio físico es el más afectado, es decir, que a niveles más elevados de incapacidad física mayor será la afectación en calidad de vida.

Otro estudio (Ekici et al., 2010) realizado en Turquía evaluó el estado emocional y el nivel de actividad física de 33 mujeres con dolor crónico generalizado y 68 mujeres con fibromialgia. Utilizaron el cuestionarios como el de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), el instrumento de actividad física, de actividad física en tiempo libre, de actividad física en el hogar y el trabajo y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Los resultados indicaron que el grupo de dolor crónico generalizado tuvo mayores puntuaciones de deterioro físico que el grupo de fibromialgia ($p < 0,05$), sin embargo el último grupo tuvo puntuaciones más altas de dolor, cansancio matutino y depresión. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en relación con el estado de salud y la actividad física ($p > 0,05$), sin embargo, el aumento de la intensidad del dolor y la propagación del dolor tienen efectos negativos sobre el funcionamiento físico y el estado emocional, en especial en las mujeres con fibromialgia.

Asimismo, un estudio similar realizado en 2014 (Garbi et al., 2014) evaluó la relación entre las variables intensidad de dolor percibido en pacientes con dolor lumbar crónico, la discapacidad relacionada a las actividades de la vida diaria y los niveles de depresión. Los 60 participantes recibían tratamiento médico en la Clínica para Tratamiento del Dolor de la Facultad de Medicina de Ribeiraro Preto en Brasil, eran mayor de 18 años y tenían un diagnóstico establecido de dolor lumbar crónico no oncológico. Emplearon el Cuestionario Roland-Morris de Incapacidad, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Categoría Numérica para evaluar la intensidad de dolor. Se trató de un estudio transversal. La media de la intensidad de dolor fue de 7.38 puntos (dolor elevado), la media de incapacidad fue de 19.87 puntos (incapacidad baja) y la media de depresión fue de 24.98 puntos. Se observó que los participantes de este estudio presentaron altos niveles de dolor, incapacidad y depresión y que la intensidad de dolor está correlacionada

positivamente a la incapacidad y a la depresión, sin embargo, la incapacidad tiene correlación positiva todavía mayor con la depresión.

Otro estudio en 2015 (Boggero & Carlson, 2015) evaluó la interacción entre la intensidad de dolor y el componente afectivo del funcionamiento emocional, social y de vida cotidiana en pacientes con dolor crónico orofacial. Para el estudio se evaluaron 472 personas que buscaban tratamiento para el dolor crónico. Se empleó el Inventario de Dolor Multidimensional de West Haven-Yale (WHYMPI) que mide cómo el dolor afecta el funcionamiento diario y también la Escala Visual Análoga (EVA) fue necesaria para evaluar la intensidad de dolor. Los resultados indicaron que una alta intensidad de dolor se asoció con un peor funcionamiento físico, posiblemente a que la intensidad de dolor más que ser un evento desagradable exige atención y recursos cognitivos, dejando al paciente menos disponible para otras actividades. También se encontró que una mayor intensidad de dolor se asoció con un mayor apoyo social.

Por otro lado, otro estudio (Pereira et al., 2014) analizó la relación entre intensidad de dolor y el estado de salud autopercebido en pacientes con dolor crónico de edad avanzada (mayores de 60 años). Para ello 872 personas brasileñas fueron evaluadas a través de visitas domiciliarias. La intensidad de dolor crónico se midió con una escala numérica del 0 al 10 y la autopercepción de salud se midió por medio de una escala verbal (muy buena, buena, justa, pobre, muy pobre). Como resultados, el 52.7% de las personas mayores presentan dolor crónico de intensidad grave. Se encontró que presentar dolor grave está asociado a padecer un mayor número de enfermedades crónicas, a la incapacidad física, reducir el contacto social y actividades de ocio, afectar la calidad de vida y a generar una “mala” y “muy mala” percepción de salud.

Recientemente un estudio (Mansfield, Thacker, Spahr, & Smith, 2017) realizó una revisión sistemática que tuvo como objetivo determinar los factores asociados con la actividad física en pacientes con dolor cervical crónico. Dicha investigación incluyó cuatro estudios que incluyeron factores relacionados con la participación de la actividad física en pacientes con el mismo padecimiento. Los resultados sugirieron que el ocio, los hábitos de trabajo y los niveles de dolor pueden afectar la actividad física de estas personas.

Otro estudio en 2008 (Turk et al., 2008) se llevó a cabo para identificar los dominios que son relevantes para los pacientes con dolor crónico para poder determinar el valor y satisfacción de los pacientes cuando reciben tratamiento. Durante la Fase 1 del estudio se realizaron grupos

focales para generar un conjunto de dominios que los pacientes consideraron importantes, identificándose 19 dominios que sugirieron eran necesarios tener en cuenta para evaluar la efectividad de cualquier tratamiento. La Fase 2 tuvo el objetivo de examinar la importancia de los dominios identificados a partir de una muestra de 959 personas con dolor crónico. Se desarrolló una encuesta y se publicó en el sitio web de *American Chronic Pain Association*. Los participantes evaluaron cada dominio con una escala del 0 a 10 (0 = "nada importante" y 10 = "extremadamente importante"). Los resultados indicaron que además de reducir el dolor, los aspectos más importantes fueron la fatiga, debilidad, problemas de sueño, bienestar emocional y disfrutar de la vida.

Sin embargo, otro estudio (Boggero, Rojas-Ramirez, de Leeuw, & Carlson, 2016) realizado en Estados Unidos evaluó la percepción de la satisfacción con la vida en diferentes padecimientos de dolor crónico orofacial y determinó si variables emocionales (procesamiento del dolor y sentimientos de depresión, irritabilidad y tensión), variables físicas (intensidad de dolor y fatiga) y variables sociales (apoyo social, actividades recreativas y sociales) pueden predecir la calidad de vida. Se evaluó a 343 personas de una Clínica de Dolor Orofacial. Se utilizó una escala del 0 a 7 para evaluar la satisfacción con la vida; para medir la intensidad de dolor y desagrado del dolor se utilizó la Escala Visual Análoga, para la afectación en calidad de vida fue necesario el Inventario de Dolor Multidimensional de West Haven-Yale y para evaluar la fatiga en la última semana se utilizó el Inventario de Fatiga Multidimensional-Versión Corta. Los resultados sugirieron que la depresión, irritabilidad y tensión se asociaron con una menor satisfacción con la vida. Por el contrario, el funcionamiento social mantiene dicha satisfacción en algunos padecimientos, mientras que la intensidad de dolor fue un predictor fuerte de la insatisfacción con la vida en solo tres padecimientos, sin embargo, después de controlar la intensidad de dolor en pacientes con mialgia mediada central se consideró que existen otras variables que pueden afectar la baja satisfacción con la vida.

Llorca, Muriel, González-Tablas y Diez (2007) mencionan que el número de meses o años con dolor no repercute en el paciente sustancialmente ya que los síntomas de depresión y ansiedad que pueden presentarse tienden a estabilizarse con el tiempo, sin embargo, el sufrimiento de los pacientes incrementa cuando el dolor impide o provoca un abandono total en las actividades físicas, laborales, en los roles o en las relaciones familiares, además es de gran importancia la manera en cómo el paciente se percibía y comportaba antes del diagnóstico de la enfermedad.

Por su parte, Viggers y Caltabiano (2012) investigaron el papel de la resiliencia en 87 adultos australianos con un diagnóstico de dolor crónico. Los resultados indicaron que después de controlar la intensidad del dolor y la catastrofización ante el dolor, la resiliencia se asoció significativamente con la calidad de vida con respecto a la salud mental. Dicha información proporciona evidencia para comenzar a generar programas de manejo de dolor que incluya la aplicación de la resiliencia y estrategias de afrontamiento.

En cuanto a Lefebvre y colaboradores (1999), evaluaron a 128 personas con artritis reumatoide, los cuales respondieron cuestionarios durante 30 días que proporcionaba información sobre el dolor articular, estado de ánimo positivo y negativo, el uso de estrategias para sobrellevar el dolor y eficacia de afrontamiento. Se llevó a cabo un análisis de regresión para determinar el grado en que las medidas de autoeficacia se relacionaron con las medidas diarias de dolor. Los resultados indicaron que la autoeficacia se asoció significativamente con una menor calificación del dolor, menor estado de ánimo negativo y mayor capacidad de afrontamiento y eficacia de afrontamiento, lo que sugiere que la autoeficacia puede estar relacionada con la efectividad percibida de estrategias de afrontamiento ante el dolor.

Por su parte, Denison, Åsenlöf y Lindberg (2004) indicaron que, en 161 personas con dolor crónico no oncológico, evaluadas con el índice de Discapacidad del Dolor, con el cuestionario de autoeficacia, catastrofización e intensidad de dolor, se encontró que la intensidad de dolor tiene un efecto pequeño sobre la discapacidad física y es la autoeficacia la que repercute en una proporción considerable sobre la discapacidad percibida cuando se tiene dolor. Incluso, el sexo, la edad y la duración del dolor no están relacionadas con dicha discapacidad.

Con respecto a Boggero, Geiger, Segerstrom y Carlson (2015) quienes evaluaron a 508 personas estadounidenses con dolor crónico no oncológico (entre algunos diagnósticos: dolor muscular, dolor en articulaciones, dolor neuropático, fibromialgia, dolor orofacial). La edad promedio fue de 46 años y se utilizó el Inventario de Dolor Multidimensional de West Haven-Yale (WHYMPI) y con la Escala Visual Análoga para monitorear el dolor. Con un modelo de regresión lineal se encontró que la intensidad de dolor moderó la relación entre la edad y la interferencia en la vida diaria por el dolor, de forma que a mayor intensidad de dolor los adultos mayores informaron menor interferencia que las personas más jóvenes. Dicho hallazgo es consistente con la teoría de la selectividad socioemocional, que postula que a medida que las personas

envejecen se vuelven más motivadas para implementar estrategias conscientes e inconscientes para regular sus emociones maximizando el efecto positivo y minimizando el negativo lo que les permite mitigar los efectos de una elevada intensidad de dolor.

A manera de resumen, la intensidad de dolor que se reporta en pacientes con dolor crónico no oncológico es un factor importante que está vinculado principalmente con la afectación en el estado emocional, en la discapacidad física, en el funcionamiento social y en la calidad de vida, no obstante la relación con dignidad no se encontró precisamente mencionada en la presente revisión. También se encontró que existen otro tipo de variables que moderan el malestar psicológico como la autoeficacia, estrategias de afrontamiento, resiliencia, la teoría de la selectividad emocional, las cuales tienen mayor impacto que la intensidad de dolor.

De acuerdo con la información recabada previamente se propone el desarrollo de una investigación que indague la influencia que tiene la intensidad de dolor en la percepción de la dignidad en pacientes con dolor crónico no oncológico.

Método

Planteamiento del problema

Los estudios revisados hasta el momento sugieren que el concepto de dignidad ha sido abordado primordialmente en personas con cáncer avanzado (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002) y han sido pocas las investigaciones que han descrito la relación de este concepto en otras poblaciones como lo es en personas con dolor crónico no oncológico (Mecillas, 2017), pese a que la evidencia mencionada indica que la evaluación y tratamiento de la dignidad no es propia de pacientes con cáncer terminal (Solomon et al., 2016).

De igual manera los estudios que toman en cuenta la intensidad de dolor en este tipo de población se han inclinado más hacia cómo la intensidad de éste afecta la calidad de vida y la incapacidad física y emocional (Boggero & Carlson, 2015; Ekici et al., 2010; Mansfield, Thacker, Spahr, & Smith, 2017; Stefane, Santos, Marinovic, & Hortense, 2013), sin embargo no se han realizado estudios que evalúen específicamente intensidad de dolor y dignidad en una población con dolor crónico no oncológico.

Conforme a la literatura revisada se puede considerar que tanto la intensidad de dolor y dignidad han sido apenas estudiadas por separado en esta población y no han sido abordadas en conjunto para demostrar el efecto que tiene la primera sobre la segunda. El Modelo de Dignidad del Paciente, pese a ser una propuesta desarrollado a partir de la experiencia de pacientes con un diagnóstico de cáncer avanzado, los autores señalan que es bastante flexible para poder aplicarlo a otro tipo de poblaciones (Errasti, Martínez, Carvajal, Arantzamendi, 2014). Por lo tanto, la pregunta de investigación del presente estudio es ¿Cuál es la relación entre la percepción de la dignidad y la intensidad de dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico de la División de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”?

Como objetivo del presente estudio se pretende identificar la relación entre la intensidad de dolor y dignidad en personas adultas y adolescentes con dolor crónico no oncológico de la División de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Ciudad de México.

Diseño

Dado que el estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las variables intensidad de dolor y dignidad, es decir, no se realizó ninguna manipulación de la variable y ya que los datos fueron recolectados en un sólo momento, el estudio tiene un diseño de investigación no experimental, de tipo transversal-correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Participantes

Los participantes fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico. Se evaluó a 29 personas en un periodo de 10 meses de enero a noviembre de 2016 que asistieron a la División de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y fueron referidos por el área médica para evaluación psicológica de primera vez. En la figura 3 se explica a través de un diagrama de flujo el proceso de exclusión e inclusión de los participantes al trabajo de investigación.

- **Criterios de inclusión**

Pacientes, hombres y mujeres, ya sea adolescentes o adultos, atendidos en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, que tengan diagnóstico establecido de dolor crónico no oncológico y sean referidos por el área médica para la evaluación.

- **Criterios de exclusión**

Pacientes con diagnóstico establecido de dolor agudo, dolor oncológico o fibromialgia (ya que pertenecen a otros protocolos de investigación).

- **Criterios de eliminación**

Pacientes que no concluyan la evaluación psicológica o que presenten alteraciones en el estado mental según la evaluación clínica.

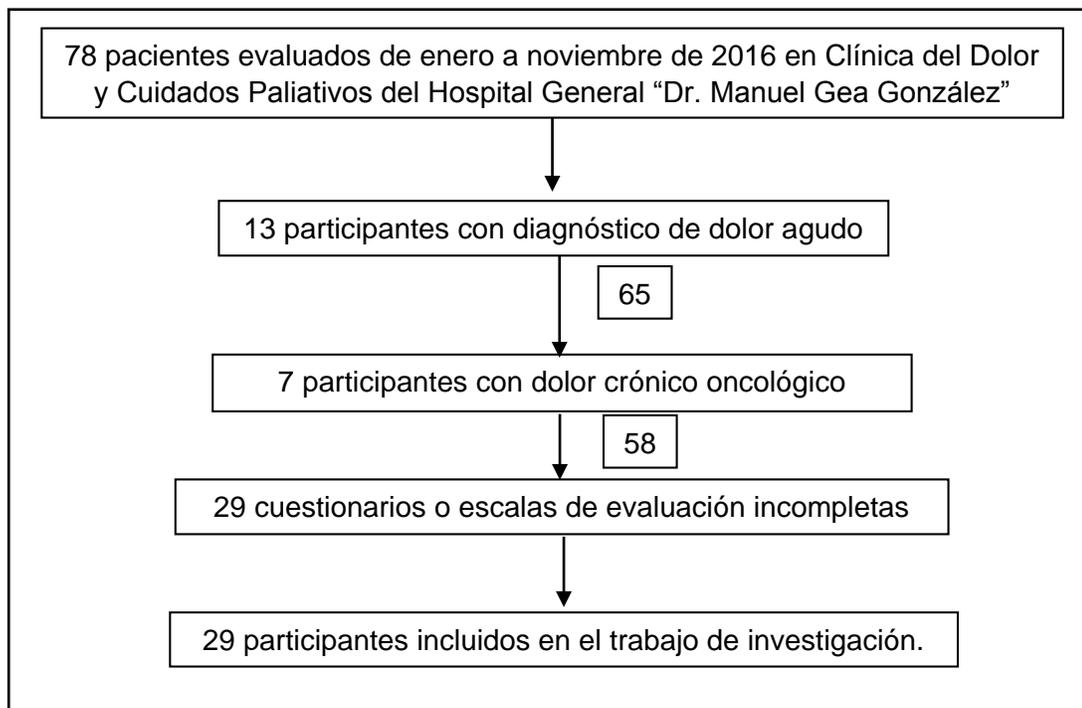


Figura 3. Proceso de exclusión e inclusión de los participantes

La media de edad de los participantes fue de 61 años (DE=17.26), donde tres cuartas partes de ésta estuvo constituida por mujeres. De acuerdo a la escolaridad, el nivel de estudios más predominante fue de primaria, seguido por licenciatura. Poco más de la mitad son casados. En

cuanto a religión, la católica fue la más predominante; la mayoría de las personas se dedicaban al hogar o se encontraban empleadas. La evaluación de los participantes se realizó, en su mayoría, en consulta externa y casi dos terceras partes de la población tenían una comorbilidad médica. En la Tabla 1 se muestran datos sociodemográficos de los participantes.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de participantes.

Categoría	n (%)	Categoría	n (%)
Sexo		Ocupación	
Mujer	22 (75.9%)	Desempleado	4 (13.8%)
Hombre	7 (24.1%)	Hogar	14 (48.3%)
		Empleado	10 (34.5%)
		No Respondió	1 (3.4%)
Escolaridad		Comorbilidades	
Sin educación	3 (10.3%)	Diabetes	2 (6.9%)
Primaria	11 (37.9%)	Hipertensión	10 (34.5%)
Secundaria	3 (10.3%)	Diabetes e Hipertensión	3 (10.3%)
Preparatoria	4 (13.8%)	Otros	3 (10.3%)
Licenciatura	7 (24.2%)	Ninguna	11 (37.9%)
No respondió	1 (3.4%)		
Estado Civil		Primer Contacto	
Soltero (a)	12 (41.4%)	Consulta externa	27 (93.1%)
Casado (a)	17 (58.6%)	Hospitalización	2 (6.9%)
Creencia Religiosa			
Católico (a)	24 (82.8%)		
Cristiano (a)	3 (10.3%)		
Sin Religión	2 (6.9%)		

Medición

Definición Conceptual

Dolor. “...una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con el daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño” (IASP, 2010, p. 5).

Dignidad. El Modelo de Dignidad (Chochinov et al., 2002) sugiere que la percepción de la dignidad está conformada por tres áreas: 1) Preocupaciones relacionadas con la enfermedad (cuestiones derivadas de la enfermedad que se vinculan con el nivel de independencia y experiencia de los síntomas); 2) Repertorio de la conservación de la dignidad (herramientas que las personas utilizan para mantener el sentido de la dignidad); y 3) Factores ambientales que influyen en la calidad de las interacciones con los demás.

Definición Operacional

Dolor. Con el objetivo de medir esta variable, en la presente investigación se utilizaron las escalas:

Escala Visual Analógica. Originalmente descrita por Scott y Huskinsson en 1976, la EVA es un segmento cuya longitud representa diferentes intensidades de dolor. Esta escala se utiliza comúnmente en el ámbito clínico que puede ser utilizada para comparar la intensidad del dolor de pacientes que reciben diferentes tratamientos analgésicos. Consiste en un segmento de usualmente 10 cm de longitud, donde cada extremo representa los límites extremos de la experiencia dolorosa; así un extremo indica “sin dolor” y el otro “máximo dolor soportable”. Al paciente se le explica en qué consiste la escala y se le pide que marque con una línea el punto que considere se asemeja a la intensidad de su dolor.

La manera en que está diseñada la escala puede interferir con la correcta obtención de la información y crear un sesgo en los resultados pues la mayoría de las dificultades con la EVA deriva de la incapacidad de entender el concepto, las variaciones en la reproductibilidad (sobre todo en la longitud de la escala) y las dudas que pueda generar la relación de la medición con la experiencia del dolor, sin embargo, las ventajas de dicha escala son su sensibilidad, simplicidad, reproductibilidad y universalidad por su empleo transcultural, la posibilidad de un

análisis estadístico paramétrico y que no se limita a 10 unidades para describir la intensidad del dolor, permitiendo mayor detalle en la calificación. Si la escala se reproduce guardando las dimensiones originales y además se explica de manera que el paciente pueda entender su empleo, es una herramienta muy fiable para valorar la intensidad del dolor (Malouf y Baños, 2003). Sin embargo esta herramienta es sensible a cambios en los niveles de dolor. Algunas personas pueden encontrar dicha escala muy abstracta para entenderla, especialmente entre pacientes con disfunción cognitiva, pacientes postoperatorios (ya que los niveles de consciencia y atención pueden estar alterados después de recibir anestesia o ciertos analgésicos) y pacientes con discapacidad física como visión o destreza manual reducidas (IASP, 2010).

Escala Descriptiva Verbal. Descrita por Keele (1948), representa una escala de intensidad en la que el paciente realiza una autoevaluación global de la intensidad de su dolor utilizando adjetivos que se denominan descriptores. Es muy fácil de utilizar y no requiere mucho tiempo del investigador; su principal desventaja es que evalúa las características cualitativas del dolor y solamente nos proporciona información sobre su intensidad. Aunque existen muchas variantes, la más común consta de cinco adjetivos entre los que el paciente debe escoger el que describa mejor la intensidad de dolor, por ejemplo, “ausencia de dolor”, “dolor leve”, “dolor moderado”, “dolor intenso” y “dolor insoportable” (Malouf & Baños, 2003). Ya que esta herramienta se basa en el uso del lenguaje para describir el dolor, depende de la interpretación subjetiva y la comprensión de los pacientes lo que puede ser un poco complicado para algunas culturas o para poblaciones muy jóvenes o muy viejas, para los que tienen deficiencia cognitiva y los analfabetos (IASP, 2010).

Escala de Caras de Dolor de Wong Baker. Es una escala que comprende seis dibujos de caras, con expresiones que van de una amplia sonrisa (representando “sin dolor”) hasta una cara muy triste y llorosa (representando “el peor dolor”), en la escala cada una de las caras se va volviendo progresivamente más triste. El proveedor de salud apunta a cada cara, usando las palabras para describir la intensidad del dolor y pide al paciente que elija la cara que describa mejor el dolor que siente, con el número asignado a esa cara documentado por el equipo de trabajo. Sin embargo, la escala a veces es susceptible a evaluar el estado emocional en lugar del dolor (IASP, 2010).

Se ha encontrado que la Escala Descriptiva Verbal y Escala de Rostros además de evaluar el dolor también evalúa lo desagradable que implica tener dolor, es decir, aspectos emocionales

también se ven reflejados al usar dichas escalas por lo que se recomienda usar con precaución (Thong, Jensen, Miró, & Tan, 2018).

Con respecto a lo anteriormente mencionado es recomendable no sustituir una escala por otra ya que cada una evalúa el dolor de diferente manera y reemplazar escalas o trabajar con una sola limitaría la respuesta del paciente (Kliger et al., 2015). Obtener distintos resultados al evaluar el dolor con las diferentes escalas puede deberse a cuatro posibles causas: confusión del paciente acerca de que el dolor pueda ser medible, dudas sobre lo que tiene que evaluar específicamente, qué experiencia usar como referente y dificultad en el paciente para promediar el dolor percibido (Robinson-Papp, George, Dorfman, & Simpson, 2015). De acuerdo a Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2010) para mejores resultados en la evaluación del dolor es necesario que el profesional de salud pida al paciente que describa con sus propias palabras la experiencia de dolor percibida mientras que el profesional también hace uso de las escalas de dolor para determinar con mayor exactitud el dolor referido.

Es importante recalcar que el uso de las escalas de dolor incluidas en este estudio se basa únicamente en un acuerdo y consenso establecido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor con los profesionales de la salud ya que, hasta el momento, dichas escalas carecen de una validación estadística (IASP, 2010).

Dignidad. Inventario de Dignidad del Paciente. Para la realización del presente estudio se utilizó la versión adaptada previamente a la población mexicana con enfermedad crónica avanzada, la cual cuenta con un alfa de Cronbach $\alpha = 0.92$ lo cual indica una fiabilidad de consistencia interna excelente siendo suficientemente confiable. El inventario permite evaluar e identificar el deterioro de la dignidad que contribuye al sufrimiento del paciente. Está compuesto por 25 reactivos con 5 opciones de respuesta: 0 = “Nunca lo he sentido”, 1 = “Si, pero no es un problema”, 2 = “Es un problema leve”, 3 = “Es un problema moderado”, 4 = “Es un problema grave”. Incluye 5 factores: síntomas de distrés, distrés existencial, dependencia, paz mental y apoyo social (Leo & Galán, 2016).

Los rangos de calificación del Inventario de Dignidad adaptado a la población mexicana son los que se muestran en la Tabla 2 (Leo, 2016).

Tabla 2.

Puntaje para determinar nivel de deterioro de dignidad.

Puntaje	Nivel de Deterioro
0 – 11	Sin deterioro
12 – 26	Deterioro Leve
27 – 39	Deterioro Moderado
+ 40	Deterioro Grave

Es de gran importancia añadir que durante la impresión de dicho instrumento fueron omitidos por error los reactivos 21 (*“He sentido poco apoyo de mi familia y amigos”*) y 25 (*“He sentido que soy tratado sin respeto y comprensión por parte de los demás”*). Debido a ello se recurrió a realizar un análisis de confiabilidad por alfa de Cronbach, obteniéndose un coeficiente de $\alpha = .75$, indicando que el Inventario de Dignidad del Paciente con los dos reactivos omitidos aún era confiable para evaluar a la población.

Procedimiento

Los pacientes que se incluyeron en el presente trabajo de investigación asistieron por primera vez a la División de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” donde fueron evaluados por el área médica y recibieron un diagnóstico de dolor crónico. Posteriormente acudieron al área de psicología en un cubículo especializado dentro de la clínica para realizar la evaluación psicológica inicial donde psicólogos capacitados aplicaron los instrumentos correspondientes, tales como Escala Visual Análoga, Escala Descriptiva Verbal, Escala de Caras e Inventario de Dignidad.

La sesión de evaluación duró 50 minutos aproximadamente, donde se recabaron datos personales del paciente y se aplicó la batería psicológica ya mencionada. Al inicio de la evaluación a cada paciente se le mencionó lo siguiente: “es importante conocer el impacto que tiene el dolor en su vida diaria y sus emociones ya que el dolor puede modificar la manera en cómo se siente, es decir, muy triste o muy preocupado puede intensificar la percepción del dolor, es por ello que evaluaremos a través de una serie de preguntas su estado emocional y su

intensidad de dolor durante las últimas semanas. Además, algunas de estas preguntas también permiten conocer cómo el dolor puede estar afectando distintos aspectos personales. Con base en los resultados y en caso de requerirlo, se determinará el plan de tratamiento de las próximas sesiones. Asimismo, la información que usted nos brinde será confidencial y únicamente será utilizada con fines de investigación”.

El psicólogo evaluador leyó cada reactivo de cada instrumento y opciones correspondientes en voz alta, así mismo se adaptó a las características del paciente que así lo requería por problemas visuales, auditivos, dificultad para escribir, edad avanzada o dolor. Al finalizar la evaluación se brindó una breve interpretación al paciente de acuerdo a los resultados obtenidos en cada instrumento, acompañado de algunas recomendaciones para el manejo de ansiedad, depresión o control del dolor.

En caso de requerir un seguimiento terapéutico se programó una cita en dos semanas con los psicólogos de la maestría de Medicina Conductual para dar inicio a la atención psicológica. Se dejó cita abierta en caso de que el paciente no presentara afectaciones o si éste solicitara el servicio posteriormente.

Cabe destacar que los resultados de esta investigación se obtuvieron de las evaluaciones de rutina como parte del proceso de atención de la clínica, por lo tanto, no fue necesario someter a comités de ética e investigación. Sin embargo, sí se solicitó a los participantes su firma en el consentimiento informado para la evaluación y se destacó que la participación era voluntaria y en caso de rechazar participar en ella su atención médica y psicológica en la clínica del dolor no se vería afectada.

Al finalizar la sesión de evaluación psicológica, dentro de la clínica fueron capturadas las respuestas del paciente en la base de datos correspondiente, la cual fue diseñada con el paquete estadístico SPSS versión 19. Al término del tiempo destinado para la captura de respuestas a las evaluaciones se realizará el análisis estadístico correspondiente utilizando el mismo paquete SPSS. Se publicarán y difundirán los resultados de la investigación.

Por medio del análisis estadístico se calcularon las medidas de tendencia central; para la variable con nivel de medición intervalar (Escala Visual Análoga) se obtuvo la media y desviación estándar, mientras que para las variables con nivel de medición ordinal (Inventario de Dignidad,

Escala Descriptiva Verbal y Escala de Caras de Dolor) se obtuvo la mediana. También se calcularon las frecuencias y porcentajes de las respuestas obtenidas en cada una de las escalas.

Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman para la Escala Descriptiva Verbal, Escala de Caras de Dolor y para el Inventario de Dignidad del Paciente pero en su forma ordinal (el puntaje total agrupado en cuatro niveles). También se usó el análisis de correlación de Pearson para la Escala Verbal Análoga y para el Inventario de Dignidad del Paciente pero en su forma intervalar (puntaje total sin agrupar en niveles) debido a la distribución de la muestra y al nivel de medición ordinal de dichos instrumentos. Se consideró el nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados

Resultados del Análisis Descriptivo

Al analizar las medidas de tendencia central y dispersión de cada uno de los instrumentos utilizados se obtuvo que tanto la Escala Descriptiva Verbal, Escala Visual Análoga e Inventario de Dignidad ubicaron a los pacientes en niveles leves, es decir, indican intensidad de dolor y deterioro en la dignidad leves, mientras que Escala de Caras de Dolor indicó que la intensidad de dolor es moderado.

Puntajes máximos como el obtenido en el Inventario de Dignidad indica que hubo pacientes que reportaron un deterioro grave de la dignidad. Dichos resultados se muestran a continuación (véase Tabla 3).

Tabla 3.

Análisis descriptivo de escalas de dolor e Inventario de Dignidad.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Desviación Estándar
Escala Descriptiva Verbal	1	5	3	1.38
Escala de Rostros	0	10	6	3.52
Inventario de Dignidad	0	87	15	25.94
			Media	
Escala Verbal Análoga	0	8.20	3.15	2.93

Las frecuencias obtenidas de los puntajes totales de cada instrumento, tal como se muestra en las siguientes gráficas, indican que en el caso de la Escala Visual Análoga la puntuación 1 se registró en un 24.1% y el valor 0 en un 17.1% (véase Figura 4).

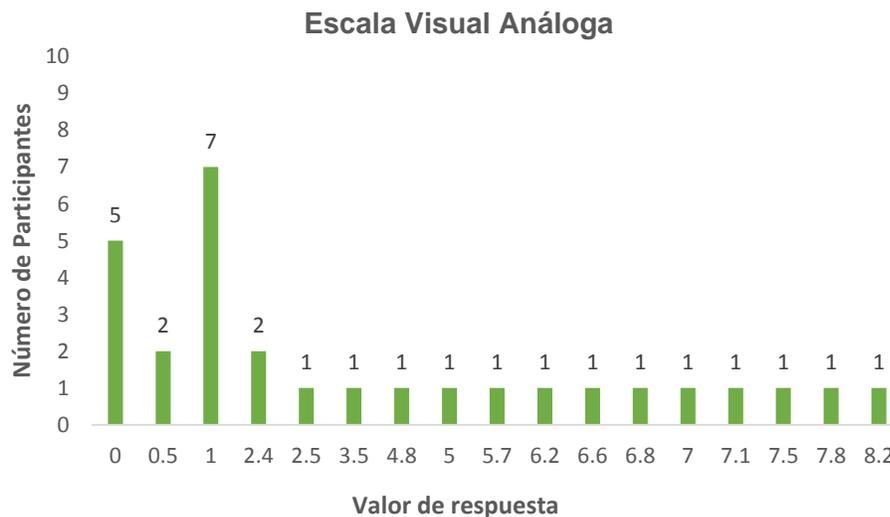


Figura 4. Frecuencias y porcentaje de las puntuaciones obtenidas en la Escala Visual Análoga.

Para la Escala Descriptiva Verbal el porcentaje que se mostró más alto fue del 27.6% tanto para “dolor moderado” y “dolor intenso”, seguido por el 20.7% de “nada de dolor” (véase Figura 5).

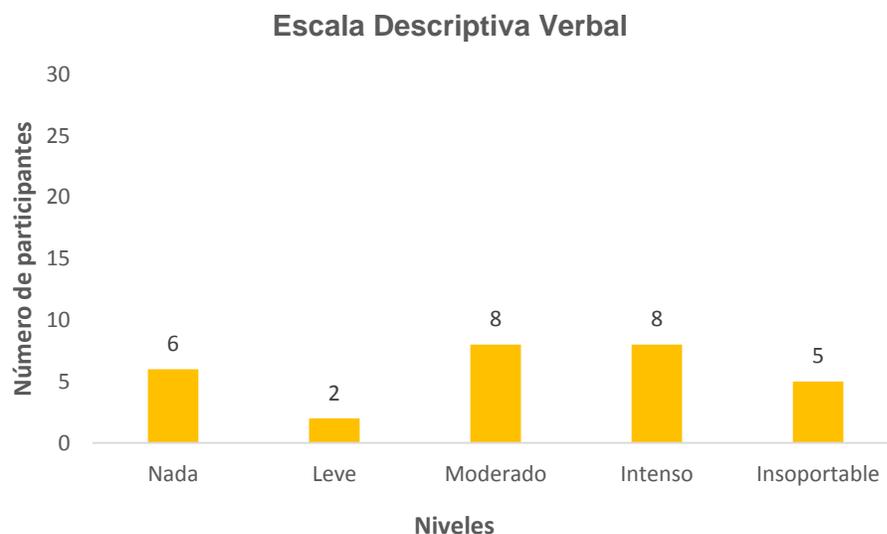


Figura 5. Frecuencias y porcentaje de las puntuaciones obtenidas en la Escala Descriptiva Verbal

En cuanto a la Escala de Rostros de Dolor la puntuación reportada en un 27.6% fue el valor 6, seguido del valor 10 con un 24.1% (véase Figura 6).

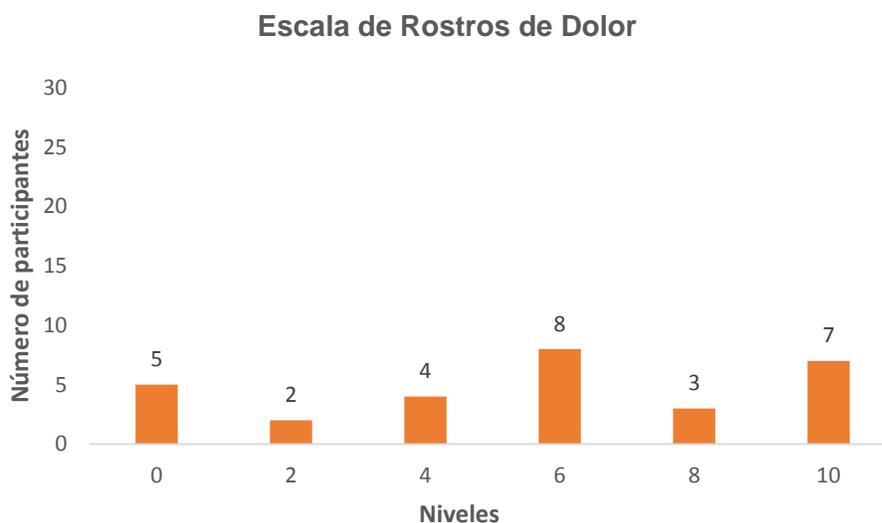


Figura 6. Frecuencias y porcentaje de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Rostros de Dolor.

En el Inventario de Dignidad del Paciente se registró el 41.4% para el nivel “sin deterioro”, seguido por “deterioro leve” y “deterioro grave” en un 24.1% (véase Figura 7).

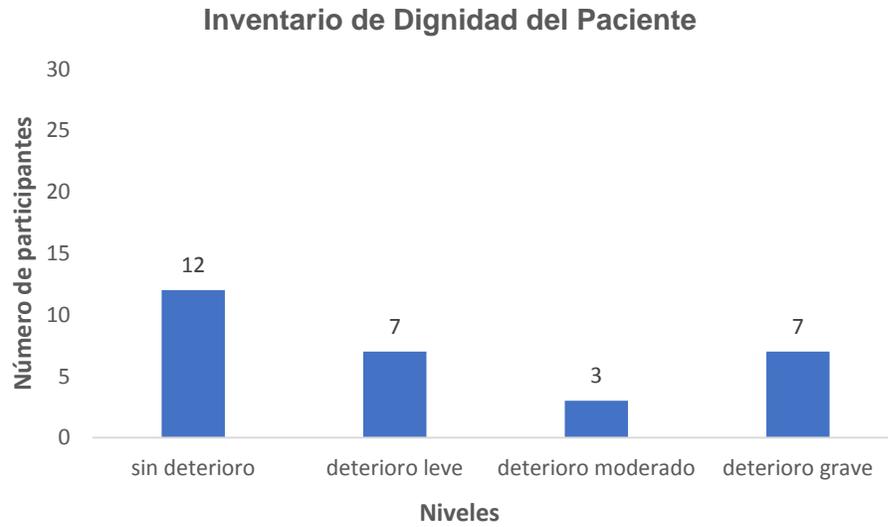


Figura 7. Frecuencias y porcentaje de las puntuaciones obtenidas en Inventario de Dignidad del Paciente

En la Figura 8 se compara el número de participantes que reportaron algún tipo de deterioro de dignidad (leve, moderado, grave) y quienes no reportaron ningún deterioro con base en el Inventario de Dignidad del Paciente.

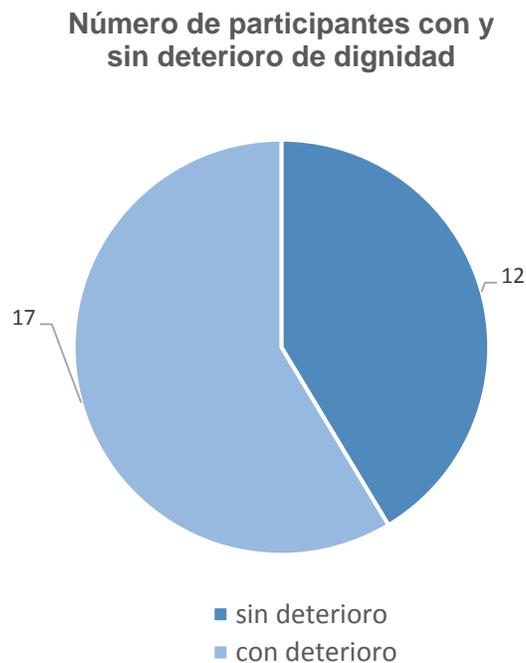


Figura 8. Número de participantes con y sin deterioro de dignidad.

Resultados del Análisis Correlacional

Por medio del análisis de correlación se identificó que la variable de intensidad de dolor (de acuerdo a las tres escalas de dolor ya señaladas) se relacionó con la variable de dignidad de forma leve pero no en todos los casos los resultados fueron significativos.

De tal forma que al correlacionar el Inventario de Dignidad del Paciente (niveles de dignidad) con la Escala Descriptiva Verbal se obtuvo una relación positiva, leve y no significativa ($r=.289$); de acuerdo a la Escala de Caras de Dolor y el Inventario de Dignidad del Paciente (niveles de dignidad) se obtuvo una relación positiva, leve y significativa ($r=.368$); y con respecto a la intensidad de dolor medido con la Escala Visual Análoga y con el Inventario de Dignidad del Paciente (puntaje total) se encontró una relación positiva, leve y no significativa ($r_s=.168$). De modo que, por la dirección obtenida de los datos, a mayor intensidad de dolor registrado en las escalas de dolor se espera más deterioro de la dignidad del paciente, sin embargo por la fuerza de la correlación de los datos (leve) esta asociación es pequeña (véase Tabla 4 y Tabla 5).

Tabla 4.

Correlaciones Rho de Spearman de niveles de Dignidad (IDP) y escalas de Dolor

ESCALA DE DOLOR	INVENTARIO DE DIGNIDAD (Niveles de Dignidad)
Escala Descriptiva Verbal	.289
Escala de Caras de Dolor	.368*

Nota: *Correlación significativa en el rho de Spearman $p \leq .05$

Tabla 5.

Correlación de Pearson de puntaje total de Dignidad (IDP) y Escala Visual Análoga

ESCALA DE DOLOR	INVENTARIO DE DIGNIDAD (Puntaje Total)
Escala Visual Análoga	.168

Nota: *Correlación no significativa en Pearson $p \leq .05$

Adicionalmente, el análisis de correlación de Rho de Spearman también sugirió que al correlacionar las escalas de dolor, la Escala Descriptiva Verbal y la Escala de Caras de Dolor tienen una relación positiva, fuerte y significativa ($r = .851$), es decir, al obtener una puntuación elevada en una de las escalas de dolor se espera que en la otra escala también se obtenga una puntuación alta, lo que implica que ambas miden dolor de forma muy similar. Esto no ocurre con la Escala Visual Análoga en relación con las otras dos escalas de dolor, ya que el análisis de correlación de Rho de Spearman indicó una relación positiva, leve y no significativa (véase Tabla 6).

Tabla 6.

Correlación de Escalas de Dolor

	Escala Visual Análoga	Escala Descriptiva Verbal
Escala Descriptiva Verbal	.324	
Escala de Caras de Dolor	.241	.851*

Nota: *Correlación significativa en el Rho de Spearman $p \leq .05$

Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos, la pregunta de la presente investigación ¿existe relación entre la intensidad de dolor y el nivel de dignidad en pacientes con dolor crónico no oncológico? se responde afirmativamente: existe una asociación entre la intensidad de dolor y deterioro de la dignidad en personas que viven con dolor crónico no asociado a cáncer de las personas evaluadas de la División de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Ciudad de México, por lo cual, estos datos no deben ser generalizados y deberán ser tomados con cautela hasta obtener una muestra mayor en futuras investigaciones.

Dicha asociación entre las variables permite identificar que los pacientes evaluados perciben un deterioro de la dignidad relacionada con el aumento de la intensidad de dolor. Por lo tanto es posible esperar que a mayor intensidad de dolor también se presente una mayor afectación en la dignidad. Sin embargo, el índice de correlación es leve, lo que nos hace pensar que existen otras variables que influyen en la relación intensidad del dolor y dignidad. Será labor de próximas investigaciones dar respuesta a este cuestionamiento.

Este resultado coincide con el trabajo de Mecillas (2017) en el que describe que las personas que tienen dolor crónico no oncológico evocan una serie de pensamientos que les generan sufrimiento, ocasionado por los episodios de dolor y que a su vez impacta negativamente en la percepción de la dignidad. Así mismo, coincide con lo mencionado por Llorca, Muriel, González-Tablas y Diez (2007) que indican que el dolor impide o provoca un abandono total de las actividades laborales, físicas, en las relaciones sociales y familiares entonces el sufrimiento del paciente aumenta y no necesariamente éste se asocia al número de meses o años que ha estado presente la enfermedad.

Ahora bien, la relación entre dignidad e intensidad de dolor puede explicarse de tal forma que las personas que tienen dolor crónico no oncológico se enfrentan a la disminución de la habilidad para caminar, hacer ejercicio, realizar actividades domésticas y presentan una tendencia excesiva al reposo (Delgado & Mateos, 2015) por lo tanto, la capacidad funcional y el mantenimiento de la normalidad (por ejemplo, mantener la misma rutina de ir a jugar con amigos los fines de semana) se reduce y afecta la dignidad del paciente (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002). El paciente con dolor crónico no oncológico con depresión presenta

una menor funcionalidad ocasionada por el dolor, lo que genera un mayor aislamiento social (Jang et al., 2002; Saito, Kai, & Takizawa, 2012). Aunado a síntomas de ansiedad, el paciente percibe el dolor con mayor intensidad y genera pensamientos catastróficos ante el dolor por lo que evita actividades que podrían generarlo o intensificarlo (por ejemplo, disminuir su jornada laboral; faltar a clases; dejar de jugar con nietos) (Maganto, Mingote & López, 2015; Plata, Castillo y Guevara, 2004) por lo que la capacidad funcional se ve aún más afectada y con ello la dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002). De igual forma, la dignidad disminuye cuando el paciente inicia una lucha constante para mantener el sentido de sí mismo pues se observa ajeno, distinto y deja de realizar actividades que lo reafirman como tal (ejemplo, “Ya no soy lo que solía ser”) (Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017).

Con el tiempo las personas con dolor crónico presentan dificultad para asistir a eventos de ocio, sociales, familiares y se produce un deterioro en las relaciones familiares, interpersonales o en las habilidades sociales mismas (Maganto, Mingote & López, 2015), por lo que la preservación del rol del paciente se ve afectada (por ejemplo, cumplir el papel de abuelo y asistir a los festivales de sus nietos) y a su vez disminuye el sentido de dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

También se puede hablar de la dificultad del paciente para mantener un estilo de vida independiente o ser autosuficiente ya que una persona con dolor crónico no oncológico tiene siete veces mayor probabilidad de abandonar un trabajo en comparación con personas que no lo padecen (Delgado & Mateos, 2015), así, se altera no solo la autoestima sino también la percepción de dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

El paciente necesita de otras personas para realizar tareas como ir al baño o comer lo que genera la sensación de ser una carga para los demás, incluso el ser aseado o no tener una habitación propia y estar a la vista de otros afecta el mantenimiento del orgullo y se invade su privacidad de tal forma que contribuye a la disminución de la dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

Por otro lado, las relaciones familiares de las personas con dolor crónico no oncológico suelen modificarse y basarse únicamente en los cuidados hacia la persona enferma (por ejemplo, llevarlos a las citas médicas o monitorear su dolor y ayudar a disminuirlo), por lo que éste puede percibir una red de apoyo limitada (Maganto, Mingote & López, 2015), poco afectiva e incluso

carente de un tono de cuidado adecuado (por ejemplo, el paciente observa gestos de desagrado en familiares hacia él durante su cuidado) ya sea de familiares, amigos o incluso profesionales sanitarios. Tanto una red de apoyo limitada y un tono de cuidado desfavorable contribuyen a la afectación de la dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

Por otra parte, el paciente puede considerar que no se involucra lo necesario en las decisiones sobre su propio cuidado y tampoco considera que se haga algo para ayudarlo, lo que genera sentimientos de ira y desesperación al sentirse incomprendido (ejemplo, “necesito que el médico me respete, me escuche y comprenda el efecto que tiene el dolor en mi vida”). De tal forma que la falta de autonomía e incluso el poco apoyo percibido generan una percepción negativa de la dignidad (Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017).

Además, las personas con dolor crónico no oncológico tienden a recordar información negativa sobre su salud y su enfermedad y dejan de disfrutar de la vida social, del ocio o del sexo (Blumer & Heilbronn, 1982; Maganto, Mingote & López, 2015), es decir, dejan de concentrarse en situaciones que les ayuda a reafirmar su sentido de dignidad como “vivir el momento” (ejemplo, ver que sus hijos y nietos lo fueron a visitar o celebrar su cumpleaños) (Toye, Seers, Hannink & Barker, 2017). Por consiguiente el paciente se preocupa por la intensidad de los síntomas, como el dolor, tiene incertidumbre acerca de su enfermedad (Plata, Castillo y Guevara, 2004) y genera distrés sintomático que a su vez afecta la dignidad.

Así mismo, estos pacientes tienen dificultad para concentrarse, recordar eventos importantes con su familia o amigos (por ejemplo, no recordar el cumpleaños de un familiar o una cita con compañeros del trabajo) (Bushnell et al., 2015), es decir, la memoria a largo plazo y de trabajo se ven afectadas (Gelonch et al., 2013), algunas veces por causa del tratamiento farmacológico para el dolor, por lo que la capacidad cognitiva se ve disminuida y con ello también el sentido de dignidad (Chochinov, Hack, McClement, Kristjanson, & Harlos, 2002).

Sin embargo, cabe mencionar que la relación entre ambas variables no resulta alta y significativa posiblemente a que otros factores intervienen para generar un menor impacto en la dignidad. La resiliencia y las estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor crónico suponen tener un mayor efecto en la calidad de vida que la intensidad de dolor y la catastrofización (Viggers & Caltabiano, 2012), incluso la autoeficacia ayuda a evaluar con menor intensidad el dolor diario, el estado de ánimo y a aumentar la efectividad percibida de las estrategias de

afrontamiento (Lefebvre et al., 1999). Es decir, la intensidad de dolor explica únicamente una proporción en la afectación de la dignidad, esto sugiere que la resiliencia y la autoeficacia son más determinantes para generar menor discapacidad en el paciente con dolor crónico (Denison, Åsenlöf, & Lindberg, 2004).

Otra de las posibles causas de una leve relación entre intensidad de dolor y dignidad es la edad de los participantes de este estudio (61 años) ya que los adultos mayores emplean una serie de estrategias para maximizar el afecto positivo en comparación con los adultos jóvenes, es decir, tienen mayores habilidades para mantener el bienestar psicológico cuando se enfrentan a niveles altos de intensidad de dolor lo que les permite seguir realizando las actividades diarias (Boggero, Geiger, Segerstrom, & Carlson, 2015). Dicha información también concuerda con lo mencionado por otros autores (Solomon et al., 2016) donde las personas mayores evaluadas muestran mayor organización social, familiar y ocupacional, una mayor disposición a expresar sus preocupaciones acerca de la enfermedad y una fuerte creencia de que el diagnóstico y su impacto son oportunas para la edad que tienen.

Por otro lado, las escalas de dolor utilizadas en esta investigación evaluaron dicho síntoma de diferente manera, lo cual coincide con el trabajo de Kliger y colaboradores (2015) donde indica que las escalas tienen diferente sensibilidad ante el dolor y por lo tanto no debe sustituirse una por otra. Esto puede explicarse a través de cuatro posibles causas en la valoración del dolor del paciente al momento de contestar la escala: 1) confusión acerca de que el dolor pueda ser medible, 2) dudas sobre lo que tiene que evaluar específicamente, 3) qué experiencia usar como referente y 4) dificultad para promediar el dolor percibido (Robinson-Papp, George, Dorfman, & Simpson, 2015). En general, el dolor no se ve meramente reflejado a través de la escala, lo que evita tener puntajes certeros del dolor del paciente, y a su vez, evita conocer mejor la relación entre intensidad de dolor y dignidad.

Igualmente, existe la posibilidad de que, a pesar de la búsqueda de estandarización en la aplicación de los instrumentos, la forma en que los psicólogos evaluadores dieron las instrucciones al paciente contribuyó a que las escalas no fueran lo suficientemente sencillas de comprender o el vocabulario empleado no fue de acuerdo al nivel cognitivo de las personas ya que se debe recordar que en su mayoría los pacientes evaluados contaron con un nivel de escolaridad bajo.

Es importante tomar en cuenta que la forma de evaluar de cada escala la vuelve susceptible a errores, por ejemplo la Escala Visual Análoga puede ser muy abstracta y por ello difícil de entender o dependen del lenguaje, la interpretación subjetiva, capacidad cognitiva, escolaridad o edad del paciente, para poder contestar adecuadamente, lo que también sucede con la Escala Descriptiva Verbal (IASP, 2010), mientras que la Escala de Rostros y la Escala Descriptiva Verbal son susceptibles a evaluar el estado emocional del dolor en lugar de evaluar el dolor mismo (IASP, 2010; Thong, Jensen, Miró, & Tan, 2018).

También es necesario recordar que de acuerdo a los criterios de exclusión de este trabajo de investigación, por cuestiones éticas no fueron tomadas en cuenta aquellas personas que en primera instancia reportaron un dolor grave o insoportable ya que contestar las preguntas o completar los cuestionarios resultaría incómodo, molesto o bien, los pacientes no tendrían la disposición física para llevarlas a cabo. Por lo tanto los puntajes muy altos en las escalas de dolor no fueron considerados. Probablemente dichos puntajes hubieran permitido mostrar una mayor relación entre las dos variables de estudio: intensidad de dolor y dignidad.

Es importante destacar que los resultados de este trabajo también demuestran que cerca de la mitad de las personas evaluadas refirieron afectación en la dignidad. Esto sugiere que dicha pérdida no es exclusiva de aquellas personas que tienen una enfermedad oncológica o que se encuentran en la etapa final de la vida. Esto concuerda con lo reportado en otras investigaciones donde personas con distintos padecimientos médicos ven mermada su dignidad (Albers, Pasman, Deliens, de Vet, & Onwuteaka-Philipsen, 2013; Borhani, Abbaszadeh & Moosavi, 2014; Solomon et al., 2016).

Una de las principales aportaciones de esta investigación fue demostrar que la pérdida de la dignidad está presente también en poblaciones con padecimientos médicos como dolor crónico no oncológico. Lo cual implica que es necesario generar intervenciones psicológicas que se enfoquen en la preservación de la dignidad de estos pacientes. Para lo cual el equipo interdisciplinario puede ser beneficiado con la práctica del A, B, C y D del cuidado de la conservación de la dignidad que propone Chochinov (2007). Esta herramienta ayuda a los profesionales de la salud a practicar la humanidad de la atención médica.

También, fue posible conocer que la pérdida de la dignidad no se relaciona con el tiempo que lleva una persona viviendo con dolor sino con la incapacidad y el abandono de las actividades

diarias. Por lo tanto se sugiere que las intervenciones dirigidas a esta población prioricen dichos aspectos para mejorar la percepción de la dignidad del paciente. Asimismo, ya que la dignidad no es un estado permanente puede ser susceptible al cambio por medio de una adecuada atención sanitaria. La forma en la que el equipo de salud puede ayudar a promover y mejorar la dignidad incluye varios aspectos: respetar los sentimientos, pensamientos y valores del paciente; volver al paciente un agente activo y libre para decidir o hacer comentarios; ser escuchado por el personal de salud y familia; mejorar el entorno físico donde habita el paciente; tomar en cuenta que la dignidad no se promueve cuando el personal de salud domina, toma las decisiones o se enfoca en el diagnóstico y no en la persona enferma y sus afecciones (Caspari, Aasgaard, Lohne, Slettebø, & Nåden, 2013).

Otro de los hallazgos de esta investigación fue conocer que la resiliencia, las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia son habilidades que ayudan a mantener un mejor sentido de dignidad en pacientes con dolor crónico no oncológico. Esto indica que los profesionales de salud mental también deberían incluir en su tratamiento el desarrollo o refuerzo de dichas habilidades para mejorar o prevenir dicho deterioro. Mientras que la intensidad de dolor está más relacionada con la incapacidad física, depresión y calidad de vida no es determinante para la pérdida de la dignidad en esta población.

Asimismo, fue posible comprender que la afectación en la dignidad en personas con dolor crónico no oncológico no siempre impacta en mayor medida a las poblaciones mayores, pues los más jóvenes incluso pueden verse mayormente afectados. Para ello, es importante prestar atención a información relevante que sugiera pérdida de la dignidad en personas más jóvenes.

Con respecto a las escalas de dolor, debido a la diferente forma de evaluar de cada una de ellas y al ser susceptible a diversos errores se recomienda al profesional sanitario considerar cada una de dichas limitaciones de cada escala, ya que a veces se debe acoplar el lenguaje e incluso el tipo de escala de dolor de acuerdo a las características del paciente. Igualmente, se sugiere al evaluador pedir al paciente que describa con sus propias palabras la experiencia de su dolor mientras que el profesional también hace uso de las escalas para determinar con mayor exactitud el dolor referido (IASP, 2010). También, se sugiere sustituir la Escala de Rostros por la Escala de Dolor de Caras Revisada (*Faces Pain Scale-Revised*) ya que dicha versión fue validada para evaluar la intensidad de dolor en personas de edad avanzada y beneficia a aquellas personas con problemas para comprender las escalas numéricas o las analogías visuales (Miró,

Huguet, Nieto, Paredes, & Baos, 2005). Asimismo, carecer de escalas de dolor validadas limita el uso adecuado de las mismas, interfiere con la obtención de datos importantes de los pacientes e incluso los tratamientos médicos y psicológicos se basan en datos recabados por medio de estas escalas que si bien no tienen una validez estadística. Por lo que es importante sugerir a futuras investigaciones la validación en población mexicana de las escalas de dolor que se implementaron en este estudio.

A modo de conclusión, ayudar a mejorar la dignidad del paciente no tiene como único objetivo recibir un trato digno cuando una persona enferma, sino también provee al paciente de mayor satisfacción y adherencia a su tratamiento, genera un alto impacto en su recuperación y por consiguiente mayor calidad de salud y reinserción a la vida diaria (Borhani, Abbaszadeh, & Moosavi, 2014).

Limitaciones y sugerencias del estudio

El presente estudio tuvo ciertas limitaciones que sugieren tomar los datos con cautela; primeramente, debido a que el estudio no es de tipo experimental o explicativo no es posible hacer referencia a una causalidad entre las variables estudiadas y únicamente se limita a exponer la relación entre ellas. Además, ya que se decidió recurrir a un estudio transversal, es decir, evaluar al paciente en un solo momento, se dejó de lado la posibilidad de evaluar la intensidad de dolor y percepción de la dignidad de los pacientes a lo largo del tiempo, lo que hubiera permitido saber si existen cambios antes, después o a largo plazo luego de la intervención médica y psicológica o el avance de la enfermedad. Por último, el número de participantes puede considerarse bajo, de forma que no constituye una muestra representativa de la población estudiada y por lo tanto no se recomienda generalizar los resultados.

Una propuesta para las próximas investigaciones es desarrollar un inventario breve de dignidad que esté validado en población con dolor crónico no oncológico de tal manera que más personas puedan ser evaluadas y que la complejidad y extensión del cuestionario no impida contemplarlas. También, en esta población, considerar realizar un estudio de casos y controles en los que se evalúe al paciente en diferentes momentos, así como extender el número de participantes para poder generalizar los hallazgos. Se recomienda a los investigadores contemplar más investigaciones de tipo cualitativo o en su caso, desarrollar un estudio mixto, que abarque estudios cualitativos como cuantitativos, ya que el concepto de dignidad tiende a ser un concepto subjetivo es difícil medirlo y establecer una definición concreta, por lo tanto, este estudio permitiría tener una comprensión más amplia del fenómeno, complementar los hallazgos y se conocería la dirección de futuras investigaciones. Así mismo quienes sigan esta línea de estudio, se sugiere investigar otros factores que quizá estén ocasionando deterioro en la dignidad de esta población, como la percepción de autoeficacia o de autonomía, como otros que aún no hayan sido contemplados.

REFERENCIAS

- Acevedo, J. C., Abraham A., Casasola, O. de L., Nelson C., Giorgis, M. D., Sandra F., Alberto V., et al. (2009). *Guías para el diagnóstico y el manejo del dolor neuropático. Consenso de un grupo de expertos latinoamericanos*. (Primera edición). Bogotá: Farmaproyectos Latinoamericana.
- Albers, G., Pasman, H. R. W., Deliens, L., de Vet, H. C. W., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1030–1038.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.06.012>
- Asociación internacional para el estudio del dolor, IASP. (2010). *Guía para el manejo del dolor en condiciones de bajos recursos*. Washington, DC: Autor.
- Bagarrán, B. A., Mejía A. S., & Gutiérrez, R. L. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*. 49 (suplemento 4). S488-S494. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a08.pdf>
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(7), 381–406.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7086394>
- Boggero, I. A., & Carlson, C. R. (2015). Somatosensory and Affective Contributions to Emotional, Social, and Daily Functioning in Chronic Pain Patients. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 16(2), 341–347. <https://doi.org/10.1111/pme.12598>
- Boggero, I. A., Geiger, P. J., Segerstrom, S. C., & Carlson, C. R. (2015). Pain intensity moderates the relationship between age and pain interference in chronic orofacial pain patients. *Experimental aging research*, 41(4), 463-474.
<https://doi.org/10.1080/0361073X.2015.1053770>

- Boggero, I. A., Rojas-Ramirez, M. V., de Leeuw, R., & Carlson, C. R. (2016). Satisfaction with Life in Orofacial Pain Disorders: Associations and Theoretical Implications. *Journal of oral & facial pain and headache*, 30(2), 99–106.
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Moosavi, S. (2014). Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 20.
- Börsbo, B. (2008). Relationships between Psychological Factors. Disability, Quality of Life and Health in Chronic Pain Disorders. 1079. Recuperado de <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:126949/FULLTEXT01.pdf>
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 10 (4), 287- 333. <https://doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Burch, V. (2014). *Vivir bien con el dolor y la enfermedad: Mindfulness para liberarte del sufrimiento*. Editorial Kairós.
- Bushnell, M., Case, L., Ceko, M., Cotton, V., Gracely, J., Low, L., Villemure, C., et al. (2015). Effect of environment on the long-term consequences of chronic pain. *Pain*, 156 (0 1), S42–S49. <http://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460347.77341.bd>
- Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Slettebø, Å., & Nåden, D. (2013). Perspectives of health personnel on how to preserve and promote the patients' dignity in a rehabilitation context. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2318-2326. <https://doi.org/10.1111/jocn.12181>
- Chen, B., Li, L., Donovan, C., Gao, Y., Ali, G., Jiang, Y., Sun, W., et al. (2016). Prevalence and characteristics of chronic body pain in China: a national study. *SpringerPlus*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2581-y>
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ: British Medical Journal*, 335(7612), 184–187. <https://doi.org/10.1136/bmj.39244.650926.47>

- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet*, 360(9350), 2026–2030. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)12022-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)12022-8)
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* (1982), 54(3), 433–443. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00084-3)
- Clark, J. (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nurse Times*. 106 (20), 16-19. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20552859>
- Company, E. S., & Abasolo, M. C. M. (2004). Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Persona y Bioética*, 8(21), 49–64.
- Correa, G. (2014). *Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales*. Universidad de Chile. 25(2), 189-199
- Covarrubias, G. A. (2010). Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista Mexicana de Anestesiología*. (33) 1, 106-109. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101y.pdf>
- Covarrubias, G. A., Guevara, L. U., Betancourt, S. J., Delgado, C. M., Cardona, C. A. & Hernández, M. J. (2005). Evaluación del sueño en el dolor crónico no maligno. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 28 (3), 130-138. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2005/cma053d.pdf>
- Covarrubias, G. A., Guevara, L. U., Lara, S. A., Tamayo, V. A., Salinas, C. J. & Torres, G. R. (2008). Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 46 (5), 467-472. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085b.pdf>
- Covarrubias-Gómez, A., Hernández-Martínez, E. E., Ruiz-Ramírez, S., & Collada-Estrada, M. L. (2014). Assessment of Pain and Other Symptoms in Mexican Patients With Advanced

- Illness. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(4), 394–398.
<https://doi.org/10.3109/15360288.2014.959235>
- Delgado, M. M. R., & Mateos, L. L. (2015). *El dolor: Definición, prevalencia y consecuencias de un mal que todos experimentamos*. Editorial Grupo 5.
- Denison, E., Åsenlöf, P., & Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111(3), 245-252. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.07.001>
- División técnica de información estadística en salud. Motivos de consulta en medicina familiar en el IMSS 1991-2002. (2003). *Rev Med IMSS*. 41, 441-448.
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457–467. <https://doi.org/10.2147/JPR.S105892>
- Ekici, G., Cavlak, U., Yağci, N., Baş Aslan, U., Can, T., & Cobankara, V. (2010). Comparison of emotional status and physical activity between women with chronic widespread pain and fibromyalgia. *Agri: Agri (Algoloji) Dernegi'nin Yayin Organidir = The Journal of the Turkish Society of Algology*, 22(2), 61–67. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20582747>
- Elzahaf, R. A., Johnson, M. I., & Tashani, O. A. (2016). The epidemiology of chronic pain in Libya: a cross-sectional telephone survey. *BMC Public Health*, 16, 776.
<http://doi.org/10.1186/s12889-016-3349-6>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Errasti-Ibarrondo, B., Martínez García, M., Carvajal Varcárcel, A., & Arantzamendi Solabarrieta, M. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, XXV() 243-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87532349004>

- Fayaz, A., Croft, P., Langford, R. M., Donaldson, L. J., & Jones, G. T. (2016). Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open*, 6(6), e010364. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010364>
- Garbi, M. de O. S. S., Hortense, P., Gomez, R. R. F., Silva, T. de C. R. da, Castanho, A. C. F., Sousa, F. A. E. F., Sousa, F. A. E. F., et al. (2014). Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 569–575. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3492.2453>
- Greenspan, J. D., Craft, R. M., LeResche, L., Arendt-Nielsen, L., Berkley, K. J., Fillingim, R. B., Traub, R. J., et al. (2007). Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. *Pain*, 132(Suppl 1), S26–S45. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.014>
- Guevara, Uriah. (2005). Dolor mixto. Cambiando paradigmas. *Anestesia en México*, Vol. 17, 12-20. Recuperado de <http://anestesiaenmexico.org/RAM5/docs/paradigmas.html>
- Gureje, O., Korff, M. V., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent Pain and Well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*, 280(2), 147–151. <https://doi.org/10.1001/jama.280.2.147>
- Gutiérrez, E. J. C., & Cuevas, S. G. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. Editorial El Manual Moderno.
- Hall, S., Longhurst, S., & Higginson, I. (2009). Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes. *Age and Ageing*, 38(4), 411–416. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp069>
- Hardt, J., Jacobsen, C., Goldberg, J., Nickel, R., & Buchwald, D. (2008). Prevalence of Chronic Pain in a Representative Sample in the United States. *Pain Medicine*, 9(7), 803–812. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00425.x>
- Harstall, C. & Ospina, M. (2003). How Prevalent Is Chronic Pain? *Pain Clinical Updates*. 11 (2), 1-4.

- Hernández, R., Fernández, C & Baptista, M, P. (2010). Metodología de la investigación, Quinta Edición. McGraw-Hill interamericana.
- International Association for the Study of Pain, IASP. (1994). Classification of chronic pain (2° ed.). Seattle, DC: Autor. Recuperado de <http://www.iasppain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Jacobson, N. (2007). Dignity and health: a review. *Soc Sci Med.* 64 (2), 292-302.
doi: 10.1016/j.socscimed.2006.08.039
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J., & Mortimer, J. A. (2002). The Role of Mastery and Social Resources in the Associations Between Disability and Depression in Later Life. *The Gerontologist*, 42(6), 807–813. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.807>
- Jensen, T. S., Gottrup, H., Kasch, H., Nikolajsen, L., Terkelsen, A. J. & Witting, N. (2001). Has basic research contributed to chronic pain treatment? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45: 1128–1135. <https://doi:10.1034/j.1399-6576.2001.450913.x>
- Kliger, M., Stahl, S., Haddad, M., Suzan, E., Adler, R., & Eisenberg, E. (2015). Measuring the Intensity of Chronic Pain: Are the Visual Analogue Scale and the Verbal Rating Scale Interchangeable? *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 15(6), 538-547. <https://doi.org/10.1111/papr.12216>
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M. J., Krebs, E. E., Damush, T. M., & Tu, W. (2011). Reciprocal Relationship between Pain and Depression: A 12-Month Longitudinal Analysis in Primary Care. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 12(9), 964–973. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.03.003>
- Lefebvre, J. C., Keefe, F. J., Affleck, G., Raezer, L. B., Starr, K., Caldwell, D. S., & Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*, 80(1-2), 425-435.

- Leo, R. S., & Galán, L. N. (2016). Adaptación de la escala de depresión posnatal de Edimburgo y el inventario de dignidad del paciente en población paliativa mexicana. *Investigación en Psicología básica y aplicada: avances y perspectivas*. México.
- Leo, Rodríguez, J. S. (2016). *Adaptación, validación y confiabilidad del Inventario de Dignidad del Paciente en población Mexicana con enfermedad crónica avanzada*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México, México.
- Li, J. X. (2015). Pain and depression comorbidity: a preclinical perspective. *Behavioural Brain Research*, 0, 92–98. <http://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.04.042>
- Llorca, G. J., Muriel, C., González, T. M., & Diez, M. (2007). Relación entre características de dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 1 (26) 35.
- Maganto, V. V., Mingote, A. J., & López E. M. (2015). *Dolor, asistencia clínica. Manejo en el ámbito médico-psicológico*. Ediciones Díaz Santos. 26-28. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=oOU_CwAAQBAJ&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- Malouf, J., & Baños, J. E. (2003). La evolución clínica del dolor. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*.
- Manchikanti, L., Fellows, B., Pampati, V., Damron, K., Beyer, C., & Barnhill, R. (2002). Comparison of psychological status of chronic pain patients and the general population. *Pain Physician*, 5(1), 40-48. Recuperado de <http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MjYx&journal=10>
- Mansfield, M., Thacker, M., Spahr, N., & Smith, T. (2017). Factors associated with physical activity participation in adults with chronic cervical spine pain: a systematic review. *Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.01.004>

Meana, M., Cho, R., & DesMeules, M. (2004). Chronic Pain: The Extra Burden on Canadian Women. *BMC Women's Health*, 4(Suplemento 1), S17. Recuperado de <http://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S17>

Mecillas, Cruz, M. A. (2017). *Relación entre dignidad y catastrofización ante el dolor en pacientes con dolor crónico no oncológico*. (Tesis Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2017/abril/309198707/Index.html>

Melzack, R., & Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. A new conceptual model. En D. Kenshalo (Ed.): *The skin senses*. Springfield: Charles C. Thomas.

Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 171-179

Miró, J., Huguet, A., Nieto, R., Paredes, S., & Baos, J. (2005). Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. *The Journal of Pain*, 6(11), 727-735. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.06.005>

Moix, J. & Davi, J. (2012). *Intervención psicológica en dolor crónico*. Barcelona: Herder.

Recuperado de

<http://jennymoix.com/sites/default/files/descargables/investigacion/dolor/dolor-cronico-final-formato-bonito-0.pdf>

Montealegre, G. D. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista CUIDARTE*, 5(1). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.106>

Ojeda, B., Salazar, A., Dueñas, M., Torres, L. M., Micó, J. A., & Failde, I. (2014). The impact of chronic pain: The perspective of patients, relatives, and caregivers. *Families, Systems, & Health*, 32(4), 399–407. <https://doi.org/10.1037/fsh0000069>

OMS *Día Mundial de la Salud Mental: Dignidad y Salud Mental*. (2015). Recuperado 20 de Abril, de http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es

- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. DC: Autor. Recuperado 15 de mayo de 2017, de http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/3PedPainGLs_coverspanish.pdf
- Palermo, T. M., Law, E., Churchill, S. S., & Walker, A. (2012). Longitudinal course and impact of insomnia symptoms in adolescents with and without chronic pain. *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, 13(11), 1099–1106. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.08.003>
- Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P. de, Souza, L. A. F., Pereira, G. de A., Nakatani, A. Y. K., Bachion, M. M., Bachion, M. M., et al. (2014). Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 662–669. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3591.2465>
- Plata, M. M., Castillo, O. M. & Guevara, L. U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 27 (1), 16-23. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cma041d.pdf>
- Robinson-Papp, J., George, M. C., Dorfman, D., & Simpson, D. M. (2015). Barriers to Chronic Pain Measurement: A Qualitative Study of Patient Perspectives. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 16(7), 1256-1264. <https://doi.org/10.1111/pme.12717>
- Rudilla, D., Barreto, P., & Oliver A. (2014). Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. *Psicooncología*. 11 (1), 7-18. http://doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44913
- Saito, T., Kai, I., & Takizawa, A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: A randomized trial

- among older migrants in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 539–547.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.002>
- Sánchez, A. P., & Escribano, C. C. (2017). Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*, 16(2), 281–294. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>
- Shaw, W. S., Linton, S. J., & Pransky, G. (2006). Reducing sickness absence from work due to low back pain: how well do intervention strategies match modifiable risk factors? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(4), 591–605. <https://doi.org/10.1007/s10926-006-9061-0>
- Skuladottir, H., & Halldorsdottir, S. (2011). The quest for well-being: self-identified needs of women in chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 81–91.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00793.x>
- Söderberg, S., Lundman, B., & Norberg, A. (1999). Struggling for Dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living with Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9(5), 575–587. <https://doi.org/10.1177/104973299129122090>
- Solomon, B. K., Wilson, K. G., Henderson, P. R., Poulin, P. A., Kowal, J., & McKim, D. A. (2016). Loss of Dignity in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 529–537.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.007>
- Stefane, T., Santos, A. M. dos, Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 14–20.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100004>
- Swedish Council on Health Technology Assessment. (2006). *Methods of Treating Chronic Pain: A Systematic Review*. Stockholm: Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447986/>

- Taloyan, M., & Löfvander, M. (2014). Depression and gender differences among younger immigrant patients on sick leave due to chronic back pain: A primary care study. *Primary Health Care Research & Development*, 15(1), 5-14.
<https://doi.org/10.1017/S1463423612000564>
- Thong, I. S. K., Jensen, M. P., Miró, J., & Tan, G. (2018). The validity of pain intensity measures: what do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scandinavian Journal of Pain*, 18(1), 99-107. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0012>
- Torrance, N., Smith, B. H., Bennett, M. I. & Lee, A. J. (2006). The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey. *The Journal of Pain*. 7 (4), 281-289. [https://doi: 10.1016/j.jpain.2005.11.008](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.11.008)
- Toye, F., Seers, K., Hannink, E., & Barker, K. (2017). A mega-ethnography of eleven qualitative evidence syntheses exploring the experience of living with chronic non-malignant pain. *BMC Medical Research Methodology*, 17, 116. <http://doi.org/10.1186/s12874-017-0392-7>
- Treede, R. D., Jensen T. S., Campbell, J.N., Cruccu, G, Dostrovsky, J. O. & Griffin, J. W. (2008). Neuropathic pain. Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70, 1630- 5.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., Rappaport, B. A., et al. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, 137(2), 276–285.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.002>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies of pain. In J. D. Loeser, C. R. Chapman, D. C. Turk, & S. H. Butler (Eds.), *Bonica's management of pain* (3rd ed., pp.17-25). Hagersstown, MD: Lippincott Williams y Wilkins.
- Valentine, N., Darby, C., & Bonsel, G. J. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems

- responsiveness” in 41 countries. *Social Science & Medicine* (1982), 66(9), 1939–1950.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.12.002>
- Van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*, 7(4), 209–217.
<https://doi.org/10.1177/2049463713493264>
- Velázquez, I., Muñoz, M., Sánchez, M., Zenner, A., & Velázquez, L. (2012). Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 19(2), 49-58. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462012002200002
- Viggers, L. C., & Caltabiano, M. L. (2012). Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 508-513.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00726.x>
- Viñals, M. T., & Bueno, V. C. (2011). *La experiencia del dolor*. Editorial UOC.
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332.

Anexos

Inventario de Dignidad del Paciente

		Nunca lo he sentido (0)	Sí, pero no es un problema (1)	Es un problema leve (2)	Es un problema moderado (3)	Es un problema grave (4)
1	Me he sentido incapaz de llevar a cabo actividades de la vida diaria como preparar mis alimentos, preparar mi ropa.					
2	Me siento incapaz de hacer cosas como ir al baño, bañarme, comer o vestirme solo.					
3	He tenido malestar físico cuando me estreso o estoy nervioso, por ejemplo: dolor, dificultad para respirar o náuseas.					
4	Siento que los demás ya no me ven como antes.					
5	Me he sentido deprimido (a). (Triste).					
6	Me he sentido ansioso (a). (Inquieto, desesperado).					
7	Me he sentido preocupado y con dudas acerca de mi enfermedad o tratamiento.					
8	Me he sentido preocupado acerca de mi futuro.					
9	Me he sentido inseguro o con dudas sobre mis decisiones.					
10	Me he sentido incapaz de hacer mis actividades normales.					
11	He sentido que ya no soy el mismo de antes.					
12	He sentido que ya no valgo la pena o que no soy valorado.					
13	Me he sentido incapaz de llevar a cabo roles importantes (Ej. Esposo (a), padre/madre).					
14	He pensado que la vida ya no tiene sentido o propósito.					
15	He sentido que no he hecho nada importante en mi vida.					
16	He sentido que tengo "asuntos pendientes", como cosas sin decir o incompletas.					

17	He pensado que mi vida espiritual no tiene sentido. (Mis creencias o mi relación con Dios ya no tiene sentido).					
18	He sentido que soy una carga para los demás.					
19	He sentido que no tengo el control sobre mi vida.					
20	He sentido que mi enfermedad y necesidades de cuidado han reducido mi privacidad (intimidad).					
21	He sentido poco apoyo de mi familia y amigos.					
22	He sentido poco apoyo por parte del personal de salud (médicos, enfermeras, etc.).					
23	He sentido que ya no soy capaz de "luchar" contra los problemas de mi enfermedad.					
24	Me he sentido incapaz de aceptar las cosas tal como son.					
25	He sentido que soy tratado sin respeto y comprensión por parte de los demás.					

ESCALA VISUAL ANÁLOGA



ESCALA DESCRIPTIVA VERBAL

NADA LEVE MODERADO INTENSO INSOPORTABLE

ESCALA DE ROSTROS

