

# Calidad de vida y dolor crónico en personas mayores institucionalizadas

**Autor:** García Gil, Mari Paz (Grado en enfermería; Máster en enfermería de cuidados críticos, urgencias y emergencias; Máster en gerontología, dependencia y protección de los mayores, Enfermera).

**Público:** Profesionales de enfermería y de la Salud. **Materia:** Ciencias de la Salud. **Idioma:** Español.

**Título:** Calidad de vida y dolor crónico en personas mayores institucionalizadas.

## Resumen

El porcentaje de personas mayores de 65 años se sitúa en un 18'7% previendo un aumento de 15'9 puntos para el año 2066. Casi la mitad de la población mayor de 65 años padece algún dolor crónico y más de la mitad ven afectada su vida diaria. Nuestro trabajo va dirigido al estudio de la calidad de vida y del dolor crónico en mayores institucionalizados con el objetivo de analizar dicha relación.

**Palabras clave:** Mayores, Dolor crónico, Residencia, Calidad de vida y Salud.

**Title:** Quality of life and chronic pain in institutionalized elderly people.

## Abstract

The percentage of people over 65 years stands at 18'7%, predicting an increase of 15'9 points for the year 2066. Almost half of the population over 65 years suffers from chronic pain and more than half of them has consequences in their daily life. Our work is the focused on the study of quality of life and chronic pain in institutionalized elderly people with the aim of analyzing this relationship.

**Keywords:** Elderly people, chronic pain, geriatric, quality of life and health.

Recibido 2018-06-12; Aceptado 2018-06-20; Publicado 2018-07-25; Código PD: 097041

## INTRODUCCIÓN

Según los datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística (2016), en el supuesto de que se continúe con las tendencias demográficas actuales, se predice que a partir de 2017 habrá un descenso paulatino de la población en todo el período que abarca dicha previsión, que se define hasta 2066. (1)

En 2016, hubo un ligero aumento de la población, sin embargo, a partir de 2017 la población española disminuirá. Se prevé que para el 2031, la población española se sitúe en 45,9 millones de personas, un 1,2% menos que en 2016. De esta manera, en 2066 habría 41,1 millones de personas, una disminución del 11,6% respecto al 2016. (1)

Todo esto se puede justificar debido al aumento de las defunciones y a la disminución de la natalidad. Y es que, entre 2016 y 2030 habrá un 22% menos de nacimientos que entre 2000 y 2015. Así, el documento afirma que «en 2031 la cifra anual de nacimientos habría descendido un 19,5%». (1)

Este descenso del número de nacimientos está determinado, en mayor medida, por un menor número de mujeres en edad fértil. Las estimaciones afirman que habría un 16,6% menos de mujeres entre 15 y 49 años para el 2031. (1)

En cuanto a la esperanza de vida, alcanzaría los 83,2 años en varones y los 87,7 años para las mujeres en torno al año 2031, lo que equivaldría a un aumento de 3,3 y de 2,3 años respectivamente en referencia a los valores actuales. (1)

Si se mantuviera la tendencia que se rige actualmente, lo hombres tendrían una esperanza de vida de 88,5 años y las mujeres de 91,6 años para el año 2065. (1)

En cuanto al aumento de las defunciones, estaría causado por el envejecimiento de la población, al haber más personas mayores, morirían más. Así, entre 2016 y 2030 habría un 12,7 % más que entre 2001 y 2015. Todo esto daría lugar a un saldo vegetativo negativo, es decir, habría más defunciones que nacimientos en los próximos 50 años. (1)

Es preocupante ver cómo la tasa de dependencia proyectada hacia las personas mayores de 64 años aumentaría en 36,1 puntos, situándose el porcentaje total en un 64,9% para 2066 si se continuara con la tendencia demográfica actual. (1)

El envejecimiento, también conocido como vejez o senectud, podemos enmarcarlo dentro de «un proceso natural, gradual, universal e irreversible que produce cambios a nivel psicológico, biológico y social, que no tienen por qué impactar sobre la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas mayores.» (2)

Es por ello que podemos definir el envejecimiento como un proceso multidimensional, puesto que no solo abarca una dimensión de nuestra vida, sino que se ven implicados numerosos aspectos repercutiendo todo ello en el resultado de nuestro proceso de envejecimiento, dando lugar a distintos tipos de envejecimiento y modelos que veremos en el siguiente punto. (2)

Aquel envejecimiento en el que nuestra probabilidad de enfermar es baja, así como nuestra probabilidad de padecer algún tipo de discapacidad y que se acompaña con una alta capacidad física y cognitiva incluyendo un «compromiso activo con la vida» (3), es el que podríamos definir como el envejecimiento con éxito, es decir, un envejecimiento en el que, no solo, estés sano físicamente, sino que cobra importancia la unión que se tenga con la vida, con la sociedad.

Dicho tipo de envejecimiento sería el que los gerontólogos deben proponerse como objetivo a conseguir. El ayudar a las personas mayores a lograr un envejecimiento exitoso y productivo, manteniendo su rol, sus actividades y su unión con la sociedad.

A su vez podríamos distinguir otro tipo de envejecimiento denominado «envejecimiento saludable», sería aquel en el que hay una ausencia de enfermedad exclusivamente. Dicho término conlleva errores, puesto que une el hecho de no tener ninguna enfermedad a tener una buena calidad de vida. (3)

Como hemos mencionado, el concepto de envejecimiento es un concepto multidimensional que involucra numerosos factores de la vida de la persona, es por ello que el envejecimiento no se centra solo en el bienestar físico. Así mismo, el concepto de calidad de vida, como ya veremos más adelante, también debe considerarse multidimensional.

Es importante distinguir entre envejecimiento cronológico y envejecimiento funcional. El primero viene definido por «el hecho de haber cumplido los 65 años». El segundo concepto viene asociado a «las limitaciones de la propia vejez». (3)

Los factores que influyen en el proceso de envejecer son múltiples, sin embargo, la OMS los enmarca en dos principales: el entorno y el estilo de vida. Aunque no podemos obviar factores como la genética, el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. (4)

El entorno es un factor que comienza a tener relevancia desde la infancia repercutiendo en la forma de envejecer. Así mismo, el entorno está ligado a los estilos de vida, puesto que influye en su establecimiento y mantenimiento. (4)

En cuanto al estilo de vida, está demostrado que el llevar una dieta equilibrada, la realización de actividades físicas de manera periódica y la abstención de malos hábitos (fumar, alcohol, etc.) conlleva a disminuir la probabilidad de sufrir enfermedades, además de mejorar nuestras cualidades tanto físicas como mentales. (4)

## **OBJETIVOS**

En este Trabajo, pretendemos hacer un estudio descriptivo transversal para analizar la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores que presentan algún tipo de dolor crónico.

Los objetivos específicos que planteamos en nuestro trabajo son:

- Identificar y describir la calidad de vida de las distintas personas que participan en el estudio.
- Analizar los resultados obtenidos en cuanto a calidad de vida, dolor, sexo y edad.
- Designar la hipotética relación entre calidad de vida y la autopercepción del dolor.

## **METODOLOGÍA**

El tamaño muestral de nuestro estudio ha sido de 27 personas mayores de 65 años, de los cuales un 58,8% corresponde a mujeres y un 41,2% a hombres. La muestra completa padecía algún tipo de dolor crónico de mayor o menor intensidad según la escala EVA y no mostraban alteraciones cognitivas que pudieran interferir en su percepción de la calidad de vida.

El estudio que hemos llevado a cabo es un estudio de tipo descriptivo y correlacional. Elegimos este diseño por ofrecernos la ventaja de poder estudiar distintas dimensiones al mismo tiempo. Por lo que nuestra investigación se centra en describir

las variables que forman parte de nuestro objeto de estudio y de explicar las distintas relaciones que se establecen entre ellas.

En cuanto a la transversalidad del estudio hemos creído conveniente que, este tipo de diseño era el más adecuado por varios motivos: el tiempo invertido para realizar el trabajo de campo es bajo, la capacidad de este tipo de estudios para poder analizar varias variables, la capacidad del investigador para realizar una buena selección de la muestra, el bajo coste económico y, por último, este tipo de estudios plantea una base sobre la que trabajar para futuras líneas de investigación.

Los principales motivos por los que no hemos realizado un estudio de tipo longitudinal han sido, sobre todo, la limitación temporal y el elevado coste de los mismos.

El cuestionario utilizado para el estudio ha sido el «cuestionario de salud SF-36.», fue desarrollado por Ware y Sherbourne en el año 1992 (5)

## RESULTADOS

### Tratamiento de datos.

Para el manejo de los datos hemos utilizado el programa «IBM SPSS Statistics» versión 25.1. Al no ser nuestras variables de naturaleza métrica y debido al pequeño tamaño de la muestra, hemos procedido a realizar los test de normalidad para que, de esta manera, podamos verificar si las variables sujetas a análisis siguen o no una distribución normal, de esta manera podemos determinar los procedimientos estadísticos a realizar, pudiendo ser tanto de naturaleza paramétrica como no paramétrica. En la Tabla mostramos los resultados de las pruebas de normalidad realizadas a cada una de las dimensiones.

### Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
FUNCIÓNFÍSICA	,122	17	,200*	,925	17	,179
ROLFÍSICO	,418	17	,000	,635	17	,000
DOLOR	,177	17	,163	,917	17	,133
SALUDGENERAL	,177	17	,163	,870	17	,022
VITALIDAD	,088	17	,200*	,983	17	,978
FUNCIÓNSOCIAL	,176	17	,168	,907	17	,088
ROLEMOCIONAL	,331	17	,000	,742	17	,000
SALUDMENTAL	,225	17	,023	,925	17	,178

\* Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

<sup>a</sup> Corrección de significación de Lilliefors

### FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Como hemos señalado, nos debemos fijar en la prueba de normalidad de «Shapiro-Wilk» debido a nuestra muestra es inferior a 30 casos. De esta manera nos encontramos que la mayoría de nuestras variables siguen una distribución normal a excepción del rol físico, salud general y rol emocional. Es por ello que procederemos a la utilización de test paramétricos para nuestro estudio.

Para el estudio de las diferencias entre dos muestras independientes utilizaremos la «T de Student». Para analizar las distintas asociaciones entre nuestras variables utilizaremos tablas de contingencia. En cuanto a los análisis de las correlaciones lo hemos realizado mediante el coeficiente de correlación de Pearson, utilizando el valor de  $p \leq 0,05$  como el límite para la significación estadística.

Para determinar la fiabilidad de las distintas escalas de medida en cada una de las dimensiones del cuestionario hemos procedido a realizar el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. (28)

### **Perfil demográfico de la muestra.**

En este punto vamos a redactar las características demográficas de la muestra estudiada. Con respecto al sexo, la muestra está compuesta por un 58,82% de mujeres y un 41,18% de hombres. En lo referente a edad, encontramos que un 23,53% de la muestra se encuentra en la franja de edad situada entre 80 y 84 años, un 35,29% se sitúa entre los 85 y 89 años y, por último, un 41,18% de la muestra se encuentra entre los 90 y 94 años (véase Tabla 13 y Gráfico 8).

Al centrarse nuestro trabajo en el dolor y su afectación a las distintas áreas que forman parte de la calidad de vida, comentaremos el perfil de dolor que presenta nuestra muestra. Un 17,65% de nuestra muestra afirma que experimenta «muchísimo dolor», la parte mayoritaria, un 35,29% afirman que sienten «mucho dolor», un 29,41% lo experimenta de manera «moderada» y un 17,65% afirman que sienten «poco dolor»

### **CONCLUSIONES**

La principal limitación que nos hemos encontrado a la hora de realizar nuestro estudio ha sido el bajo tamaño muestral, impidiendo que la mayoría de las hipótesis no tengan resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, sí podemos afirmar que todos nuestros resultados muestran indicios que pueden ser comparados con otros estudios con mayor tamaño muestral, pudiendo abrir futuras líneas de investigación en las que estudiar a una mayor tasa de población.

En nuestro estudio encontramos, corroborado con la bibliografía comparada, una relación importante entre autopercepción del dolor y sensación de salud.

Hay una correlación significativa bilateral entre dolor y función física. La mejor funcionalidad física en el mayor va asociada a una mejor percepción de la sensación dolorosa. Esta correlación bilateral también ocurre con el rol físico y el estado de salud general.

Un buen estado de salud con adecuadas capacidades para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria va unido a una óptima percepción del dolor muy relacionada con la salud general de la persona y su calidad de vida.

Hemos encontrado relación ente la vitalidad de la persona y su percepción de dolor, pudiendo afirmar que el buen estado de vitalidad de la persona mayor hace que haya una mejor percepción de la sensación dolorosa a nivel individual. En definitiva, cuando una persona mantiene una calidad de vida que le permita tener energía y ganas de afrontar cada día, el dolor que la persona percibe disminuye.

No hemos podido relacionar de manera estadísticamente significativa el dolor percibido con la función social de la persona, tampoco con el rol emocional del individuo mayor y su salud mental, debido, seguramente, al reducido tamaño muestral. Sin embargo, las correlaciones que insinúan nuestro estudio corresponden con la literatura revisada, la peor percepción dolorosa está asociada a peor salud mental. Así, en personas que padezcan dolor crónico de manera moderada, su salud mental, así como su función social y su rol emocional se verá afectada de manera directamente proporcional a la intensidad del dolor.

No hay correlación estadísticamente significativa entre edad y percepción del dolor, por las características muestrales anteriormente indicadas. El paso de los años, por sí solos, no debiera influir en una mejor o peor percepción del dolor. Es cierto que hay enfermedades asociadas y éstas pueden cambiar esa autopercepción algida (demencia, Párkinson, diabetes, etc.), especialmente todas las patologías neurodegenerativas, pero no podemos justificar el dolor por la edad de la persona, es más, nuestros resultados muestran indicios que, comparados con la bibliografía revisada, podemos afirmar que a mayor edad la percepción del dolor mejora, es decir, que las personas mayores experimentan menos dolor que las personas adultas o jóvenes. En muchos casos se asocia dicha correlación al aumento y mejora de los mecanismos de afrontamiento de las personas mayores con respecto a otras edades. Por lo que cabe decir que nunca debe ser una justificación que una persona mayor tenga dolor a causa de su edad.

No hay diferencias estadísticamente significativas entre la autopercepción del dolor y el sexo en nuestro estudio. Aunque, como en casos anteriores, nuestros resultados se orientan a que las mujeres tienen, ligeramente, una peor percepción del dolor que los hombres. Nuestros resultados están de acuerdo con la literatura comparada, aunque sería necesario realizar el estudio con un mayor tamaño muestral.

Finalmente, comentando el viejo aforismo latino «mens sana in corpore sano», la autopercepción adecuada del dolor, el dolor sentido individualmente, va asociada a un buen estado integral del mayor (físico, mental y emocional) y para conseguir éste es necesario una actividad integral, física y cognitiva, elaborada e integrada en un plan diario vital: deambulación,

ejercicio físico, ejercicio cognitivo, alimentación, ocio, tiempo libre, etc. Porque como dijo el escritor y dramaturgo francés Jules Renard: «La vejez existe cuando se empieza a decir: nunca me he sentido tan joven.».

### Bibliografía

- (1) Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2016-2066. INE 2016:1- 19.
- (2) Revista 60 y más. Entrevista Dr. Alberto Castellón. Ministerio de Sanidad IMSERSO 2017.
- (3) Alberto Castellón Sánchez del Pino. Envejecimiento. Modelos de envejecimiento. Teorías e investigaciones actuales sobre envejecimiento. Intervenciones antienvjecimiento. Atención sanitaria a la población mayor. 2nd ed. Granada; 2017. p. 7-14.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. 2015 [citado el 5 de enero de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- (5) Ware J. E.; Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36).
- I. Conceptual framework and item selection.. Med Care 1992;30(6):83-473.
- (6) Botero de Mejía B. E.; Pico Merchán M. E. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia promoci. Salud [Internet]. 2007. 12(1): 11-24.
- (7) Molero M. M.; Pérez-Fuentes M. C. Salud y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2011;4(1):249-258.
- (8) Rubio Olivares D. Y.; Rivera Martínez L.; Borges Oquendo L. C.; González Crespo F. V. Calidad de vida en el adulto mayor. VARONA [Internet]. 2015;(61):1-7.
- (9) Vidal Domínguez M.J.; Labeaga Azcona J. M.; Casado Durandez P. et al. Salud en las personas mayores. In: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2016. Las personas mayores en España. Colección personas mayores ed. Madrid; 2016. p. 267-284.
- (10) Peñalba B.; Compairé C.; De las Heras M. Los pacientes con dolor visitan hasta cuatro veces más al médico que aquellos que no lo sufren. SED 2017.