

Relación entre la intensidad del dolor y las variables sexo y edad en sujetos con dolor crónico

Carmen Susana Cardoso, Daniel Antonio Porras y Esther Contreras

susanacardoso2004@yahoo.es

filocrata@gmail.com

estherc47@hotmail.com

Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela

Resumen

El objetivo de este estudio fue verificar y analizar las posibles relaciones entre la estimación del nivel de intensidad de dolor crónico, sexo y edad, y analizar la descripción del dolor reportado verbalmente. Se aplicó un instrumento a 102 participantes atendidos en el Hospital Oncológico Luís Razzetti, con diagnóstico de dolor crónico, mayores de 20 años de edad (inclusive). Se realizó un análisis descriptivo y cualitativo. Se encontró que existe una asociación moderada-baja significativa para dichas variables, el nivel de instrucción influye en la descripción del dolor y éste es concebido como un fenómeno biológico; sin embargo las evidencias conducen a concluir con bastante certeza que el reporte verbal que indica la descripción verbal del dolor es aprendido.

Palabras clave: dolor crónico, estimación de la intensidad del dolor crónico, sexo y edad.

Relationship between the intensity of pain and the sex and age variables in subjects with pain

Abstract

This research verified and analyzed the possible relations between the estimate of the level of chronic pain intensity, sex and age. It also analyzed the description of pain reported orally. An instrument was applied to 102 participants over 20 years of age from the “Hospital Oncológico Luis Razzetti” with chronic pain. It was a descriptive and qualitative study. The results revealed that there is a significant moderate – low association between the variables, the level of instruction has an influence on the description of pain and it is seen as a biological phenomenon; however, we can conclude that the oral report of the description of pain is learned.

Key words: chronic pain, estimate of the intensity of chronic pain, sex, age

El dolor no se limita únicamente al factor biológico, sino que también es resultado de variables psicológicas. Así lo indicó Beecher (1956, cp. Araoz, Burte y Carrese, 1998) al señalar que la intensidad del sufrimiento está determinada, en gran medida, por lo que significa el dolor para el paciente. De esta manera, Beecher (1957, cp. Araoz, et al., 1998) describe al dolor como una experiencia bidimensional que está compuesta por un estímulo sensorial y por un componente emocional.

Sin embargo, esta idea no siempre fue concebida de esta manera, sino que se consideraba que la experiencia del dolor resultaba virtualmente equivalente a la cantidad de tejido dañado. Este planteamiento se atribuye originalmente a Descartes, quien propuso en el siglo XVII que el cuerpo funcionaba de forma mecánica. De acuerdo con Descartes, la mente funcionaba según unos principios propios y que el cuerpo y la mente interactuaban de un modo limitado (Brannon y Feist, 2001). Se observa entonces, como bien lo indica Melzack (1993, cp. Brannon y Feist, 2001) que Descartes no sólo influyó en el desarrollo de la ciencia, la fisiología y la medicina, sino también en la idea de que el dolor es una experiencia física que no está influida por factores psicológicos.

Con el tiempo, este planteamiento fue cambiado para dar paso a nuevos modelos y teorías, intentando integrar muchos aspectos, los cuales aunque diferían en sus explicaciones, coinciden en que el dolor es una experiencia multidimensional y compleja.

Melzack (1973, cp. Araoz, et al., 1998), por su parte, enumera algunas de las posibles variables individuales que pueden influir en la experiencia del dolor de una persona; entre ellas menciona a la ansiedad, la depresión, la sugestión, el condicionamiento anterior, la atención, la evaluación y el aprendizaje cultural. De esta forma, se ha defendido que la experiencia del dolor está determinada por diferentes variables, siendo una de ellas las características personales que pueden actuar como variables diferenciales en la vivencia de la experiencia de dolor (Ramírez-Maestre, Esteve, López-Martínez y Anarte, 2001).

Parece entonces sensato hablar de una serie de determinantes de la experiencia del dolor y de las respuestas del sujeto a éste. Específicamente, ciertas características personales o variables psicosociales del sujeto con dolor crónico, como la variable sexo y edad, podrían asociarse con el reporte de la intensidad del dolor crónico.

Muchas investigaciones en relación con las variables sexo, edad e intensidad del dolor se han realizado, no obstante, no quedan claras las relaciones entre ellas. Algunos estudios sugieren que existen diferencias en el dolor informado entre hombres y mujeres, ya sea éste agudo o crónico (Ellermeier y Westphal, 1995) y Sullivan, Tripa y Santor (2000, cp. Ramírez-Maestre, et al., 2001) siendo las mujeres las que evalúan al estímulo doloroso como más intenso que los hombres (Feine, Bushnell, Miren y Duncan, 1991) y otras investigaciones como la de Turk y Okifuji (1999) que indican no encontrar diferencias en el nivel de intensidad de dolor según el sexo.

Referente a la edad, estudios indican que la edad sí es una variable importante en la modulación del dolor, de ésta, una relación es negativa entre ellas, de tal forma que a medida que aumenta la edad cronológica de los pacientes, disminuye el dolor manifestado por éstos (Ramírez, et al., 1999; Rodríguez, et al., 1998; Wu, 1991; Dobratz, 1995 y Williamson, et al., 1995, cp. Anarte, Ramírez, López y Esteve, 2001). Sin embargo, el estudio realizado por Anarte et al. (2001) encontró que la edad no parece guardar una relación significativa con el padecimiento de dolor crónico.

Dadas las faltas de consistencia en los hallazgos antes señalados, la presente investigación estuvo dirigida a evaluar las posibles relaciones entre las variables sexo y edad y la estimación de la intensidad del dolor, en pacientes con dolor crónico.

Además de ello, se identificaron otras variables, tales como el grado de instrucción y el diagnóstico clínico, que en este caso fue únicamente con pacientes oncológicos para tener mayor homogeneidad de la población estudiada; además se consideraron también el lugar de procedencia de cada paciente y criterios de presencia de dolor, tomando como criterio mínimo el de tres meses (Beecher, 1990, cp. Brannon y Feist, 2001). Adicionalmente, se registró si los sujetos recibían tratamiento psicológico, cuáles medicamentos usaban, que hacían para aliviar el dolor y, finalmente, la descripción que ellos realizaban acerca de su dolor.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Se estudió a 102 sujetos de ambos sexos, atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico Luís Razzetti con diagnóstico de dolor crónico (3 meses ó más de evolución), mayores de 20 años de edad (inclusive) que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es de tipo descriptivo correlacional, porque su finalidad fue determinar la asociación existente entre dos variables o más, que en este caso es entre las dichas variables sexo y edad con el reporte verbal del sujeto que refiere la intensidad del dolor crónico (Arias, 2006).

Adicionalmente, se controló algunas variables en el estudio, a saber:

- Grado de instrucción aprobado.
- Diagnóstico clínico.
- Si recibía tratamiento psicológico o no.
- Tiempo de la presentación del dolor crónico, cuyo criterio mínimo era de tres meses de presentación.
- Nombre de los medicamentos para aliviar el dolor.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue un estudio de campo, el cual buscaba descubrir las relaciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas, en estructuras sociales reales y cuando no es posible llevar a cabo la aleatorización ni manipular variables independientes (Kerlinger y Lee, 2002). Como sucedió en este caso, hay variables que ya estaban dadas en el sujeto, vg. la variable sexo y edad; las cuales no se pudieron manipular. En el caso de la variable sexo, ésta es una variable orgánsmica. En el caso de la edad, estas características las poseían los sujetos en diversos grados cuando participaron a la situación de investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

Asimismo, fue una investigación de campo porque se evaluó el fenómeno, en el lugar natural donde ocurrió, es decir, se evaluó la estimación

del nivel de intensidad del dolor crónico en el Hospital, en donde los sujetos recurren para el control de su dolencia. Se realizó a través de una escala de estimación numérica, la cual permitió establecer las relaciones entre el sexo, edad y la estimación de la intensidad del dolor.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

El Instrumento solicitaba datos de carátula (número de cédula, nacionalidad, nivel de instrucción aprobado, sexo, edad, lugar de procedencia) información del diagnóstico clínico, tiempo de presentación de dolor, si recibía tratamiento psicológico, cuáles medicamentos usaba para aliviar el dolor, qué hacía para aliviar el dolor.

Asimismo, el Instrumento contenía la Escala de Estimación Numérica que se empleó para evaluar el nivel de intensidad del dolor crónico reportado por los sujetos, escala descrita Penzo (1989).

Dicha escala, fue clasificada dentro de la categoría de autoinforme, y es una estimación *cuantitativa* y *numérica* del nivel de la intensidad del dolor, que permitió a los sujetos realizar una estimación de la misma, mediante una escala que va de 0 a 10, siendo 0 “ausencia de dolor” y 10 “dolor insoportable” (Penzo, 1989).

Según Penzo (1989) este tipo de medida ha sido una de las más utilizadas en la estimación de la intensidad del dolor, dado que en diferentes estudios se ha reportado una alta y positiva correlación con otros procedimientos psicológicos de evaluación del dolor crónico, llegando a ser de 0.59 entre una Escala Verbal y la Escala Numérica y de 0.86 con la Escala Numérica y la Escala Analógica Visual (Huskisson, 1976), otros estudios arrojaron una fuerte asociación entre la Escala Numérica para la estimación de la intensidad de dolor por cáncer con la escala Analógica Visual (Kremer et al., 1981; Wilkie et al., 1990; Paice and Cohen, 1997; Sze et al., 1998; cp. Jensen, 2003). En otro estudio, de 0.71 entre las mismas pruebas, es decir la Escala Analógica Visual y la Escala Numérica (Reading y Cox, 1979).

Daut et al. (1993; cp. Jensen, 2003) realizó un estudio donde examinó la confiabilidad de test-retest de la escala de estimación numérica de la intensidad encontrando muy buena estabilidad para la escala de estimación numérica de la intensidad del peor dolor ($r = .93$) y para el promedio de dolor de $r = .78$.

Finalmente, se solicitó la descripción del dolor, de acuerdo con la apreciación de cada persona disponiendo para ello de espacio en blanco para escribir.

Entre los materiales empleados fueron: tabla de madera tamaño oficio para cada investigador, caja de lápices con borra, sacapuntas e instrumento impreso en una hoja tamaño carta.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó el permiso en la respectiva institución, se seleccionó de forma no probabilística a 102 sujetos, considerando los criterios para incluirlos en el estudio. Se inició la evaluación con una entrevista semi-estructurada, luego se aplicó el instrumento, solicitándoles que respondieran de forma verbal a las preguntas que se le formulaba y éstas eran registradas por el investigador. Una vez finalizada la aplicación del instrumento a todos los sujetos, se realizó el análisis de los instrumentos.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos, se utilizó el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 11.0) para Windows XP Home.

Se calculó una matriz de correlaciones usando el coeficiente de correlación Punto Biserial para las variables sexo y estimación de la intensidad del dolor crónico y otra matriz de correlación de Spearman para la variable edad y la estimación de la intensidad del dolor crónico; por último se utilizó una Correlación Múltiple para explorar las posibles relaciones entre las variables sexo, edad y estimación de la intensidad del dolor crónico.

El estudio incluyó algunas variables controladas para explorar las características de la población; para ello se realizó una descripción de la distribución de los datos. Además, se realizó un análisis cualitativo a la descripción verbal que realizaron los sujetos de su dolor.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El 34.3% (35 sujetos) del total de sujetos correspondieron al sexo masculino y el 65.7% al sexo femenino, siendo este último el dato que más se repite (67 sujetos). Corresponde a la categoría de “Adulterez Temprana” el 4, 17.6% (18 sujetos)” que incluye las edades comprendidas entre 20-40 años. El 55.9% (57 sujetos) representa la categoría de “Adulterez Intermedia”, que va desde 41-65 años de edad y el 26.5% (27 sujetos) pertenece a la “Adulterez Tardía” que comprende 66 años de edad o más. En relación con la nacionalidad, un 95.1% (97 sujetos) eran venezolanos y 4.9% (5 sujetos) eran de nacionalidad extranjera.

Para el nivel de instrucción se elaboraron varias categorías, que van desde “Analfabeta” hasta “Licenciatura”. El 3.9 % de los datos (4 sujetos) corresponde a la categoría de “Analfabeta”, 16.7% (17 sujetos) pertenece a la categoría de “Primaria Incompleta”, 29.4% (30 sujetos) a la “Primaria Completa”, 25.5 % (26 sujetos) corresponde a la “Secundaria Incompleta”, 18.6% (19 sujetos) representa a la “Secundaria Completa”, el 2% (2 sujetos) al “Técnico Superior” y, finalmente, 3.9% (4 sujetos) corresponde a “Licenciatura”. La mayoría pertenece a la categoría de “Primaria Completa”, seguido de “Secundaria Incompleta” y en tercer lugar “Secundaria Completa”.

El lugar de procedencia más frecuente fue el área del Distrito Capital con un 49% (50 sujetos), seguido de ésta del estado Miranda con 25.5% (26 sujetos), luego se encuentra el Edo. Vargas con 5.9% (6 sujetos), Estado Guárico con 4.9% (5 sujetos), Estado Aragua con 3.9% (4 sujetos), Mérida y Monagas con 2% (2 sujetos) cada uno, y con 1% (1 sujeto) cada uno, Nueva Esparta, Anzoátegui, Sucre, Táchira, Trujillo, Bolívar y Carabobo.

Se pudo apreciar que de los sujetos evaluados, el 68.6% presentaba cronicidad corta de dolor (desde 3 meses hasta 24 meses) es decir 70 sujetos, el 28.4% (29 sujetos) una cronicidad media que va desde 25 meses hasta 120 meses y 2.9% una cronicidad larga, mayor a 121 meses (3 sujetos). En cuanto al tratamiento psicológico, se encontró que el 2.9% de los sujetos, esto es, tres sujetos, recibía tratamiento psicológico y el 97.1% (99 sujetos) no lo recibía.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

El primer objetivo específico describió la relación entre la variable intensidad del dolor crónico y la variable sexo. La exploración de las relaciones se llevó a cabo mediante el estadístico de correlación Punto Biserial para variables dicotómicas auténticas y variables de intervalo. El estadístico idóneo hubiese sido el coeficiente de correlación Biserial por Rangos de Curen-ton (Curen-ton, 1956), sin embargo Glass (1966; cp. Glass y Stanley, 1986) demostró que era algebraicamente equivalente al punto biserial, que facilita operaciones cómo el contar inversiones o acuerdos.

De esta manera, la correlación entre la variable Sexo y la variable Estimación del Nivel de Intensidad del Dolor Crónico, medida a través de la escala de estimación numérica de dolor, fue moderada con un índice de .291, siendo esta correlación significativa al .01 (Sig.= .003). Véase la Tabla 1.

Tabla 1.

Correlación Punto Biserial para las Variables Sexo y la Variable Intensidad del Dolor.

		Intensidad de Dolor	Sexo
Intensidad de Dolor	Correlación de Pearson	1	,291**
	Sig. (bilateral)	,	,003
	N	102	102
Sexo	Correlación de Pearson	,291**	1
	Sig. (bilateral)	,003	,
	N	102	102

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico también se utilizó el estadístico para correlacionar variables ordinales de Spearman, con ello se describió la posible asociación de los eventos en el espacio de las variables edad e Intensidad del dolor crónico. La correlación que arrojó fue baja de .195, siendo ésta significativa al .05 (sig. =.05).

Tabla 2.

Correlación de Spearman para la Variable Edad y la Intensidad del Dolor Crónico.

			Intensidad de dolor	Categorías de edad
Rho de Sperman	Intensidad de dolor	Coefficiente de correlación de Pearson	1,000	,195*
		Sig. (bilateral)	,	,050
		N	102	102
	Categorías de edad	Coefficiente de correlación de Pearson	,195*	1,000
		Sig. (bilateral)	,050	,
		N	102	102

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Para establecer la posible relación entre las tres variables estudiadas: Sexo, Edad y Estimación de la Intensidad del Dolor Crónico, se utilizó el análisis de regresión múltiple de Pearson, sabiendo que éste se emplea con variables de nivel de intervalo o de razón. No obstante, Kerlinger y Lee (2002) señalan que es posible realizar este procedimiento, dado que en las ciencias del comportamiento muchas de las variables psicológicas son nominales y ordinales, asumiéndose en ellas el supuesto de intervalos iguales, observándose que los errores no han sido tan graves como se ha hecho parecer. Siendo el punto de vista de estos autores de naturaleza pragmática “el supuesto de la igualdad de intervalos funciona”, sin embargo, advierten que la interpretación de los resultados debe realizarse cuidadosamente.

Para realizar el análisis de regresión múltiple, se cumplió con el supuesto de normalidad. La Tabla 3 muestra el coeficiente de Regresión Múltiple e indica una correlación de .366, siendo ésta moderada-baja, y el coeficiente de determinación explica el 13,4% de la varianza total.

Tabla 3
Coefficiente de Correlación Múltiple

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,366 ^a	,134	,117	2,665

^a Variables predictoras: (Constante), Categorías de edad, Sexo.

ANÁLISIS CUALITATIVO

Para realizar el análisis cualitativo sobre la descripción que realizaron los sujetos acerca de su dolor, se consideraron los planteamientos de Taylor y Bogdan (1986).

En primer lugar, se realizó una matriz que recogía todo en términos descriptivos y frases en los cuales los sujetos hacían referencia a la descripción de su dolor. Para ello, se revisaron todas las respuestas y se elaboraron algunas categorías. De esta manera, se clasificaron las respuestas en: (a) respuestas de “menor elaboración o concretas”, que se caracterizaron por describir el dolor en términos de dónde se ubica, cuándo empieza, las limitaciones que le produce y, finalmente no saber cómo describirlo y (b) “mayor elaboración o abstractas”, cuyas respuestas se caracterizaron por describir el dolor con adjetivos o palabras con sentido figurado.

A diferencia de los términos descriptivos empleados comúnmente en las escalas verbales, los sujetos señalaron distintos términos descriptivos con mayor frecuencia que los contenidos en dichas escalas, siendo éstos señalados en la figura 1

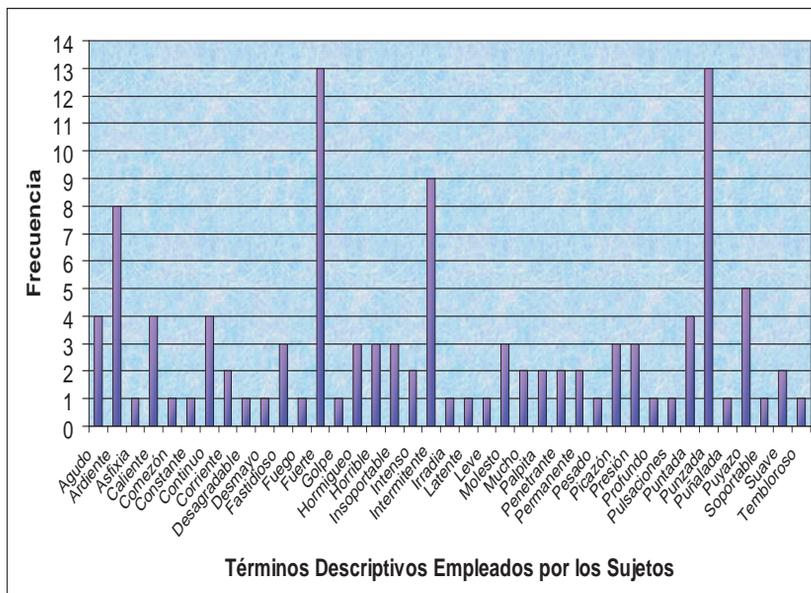


Figura 1. Distribución de frecuencia de los términos descriptivos empleados por los sujetos para describir su dolor.

Tal como se observa en la figura 1, los términos descriptivos del dolor fueron muy variados, sin embargo sobresalen algunos con mayor frecuencia, como lo son: (a) “fuerte” que fue empleada en 13 oportunidades, lo que representa un 11% del porcentaje total de palabras empleadas por los sujetos para describir su dolor; (b) “punzada” con el mismo puntaje, 13 (11% de veces empleada); (c) “intermitente” 9 veces usada por los sujetos, representando un 7.8% del total; (d) “ardiente” empleada 8 veces, esto es un 6.9% del total.

La *figura 2* muestra los términos descriptivos que se excluyen de las escalas verbales comúnmente usadas.

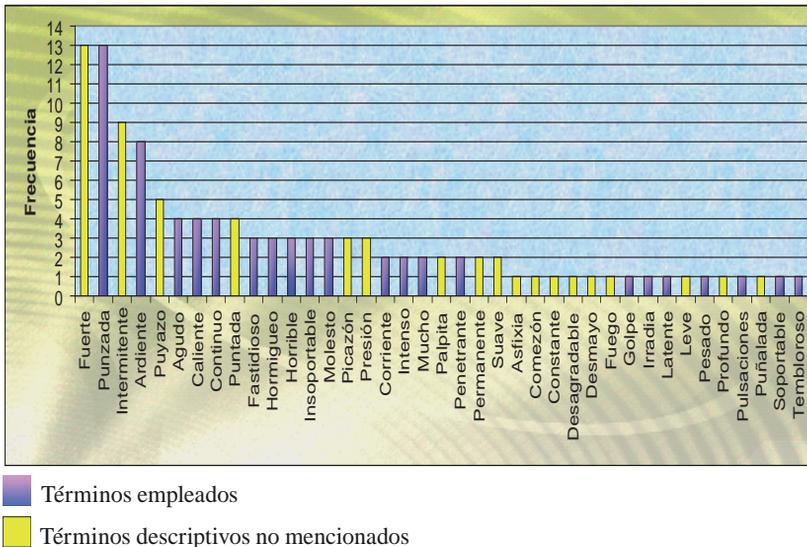


Figura 2. Distribución de frecuencia de los términos descriptivos empleados por los sujetos para describir su dolor, resaltando aquéllos que no son utilizados en las escalas verbales comunes.

También se analizó las respuestas emitidas por los sujetos de este estudio en función de la variable sexo y de la variable edad. La *figura 3* muestra las respuestas emitidas por los sujetos según la variable sexo, considerando la N total de cada subgrupo para su mejor apreciación. Para el sexo Masculino el mayor porcentaje estuvo ubicado en la categoría abstracta, de mayor elaboración, en segundo lugar las respuestas concretas o de menor elaboración y en tercer lugar las respuestas mixtas. Igualmente, el sexo Femenino presenta el porcentaje de respuestas de mayor elaboración o abstractas en primer lugar, seguido de respuestas mixtas y por último de respuestas concretas. Es de acotar que para ambos sexos un pequeño porcentaje no respondió, oscilando entre 2,86% y 2,99%.

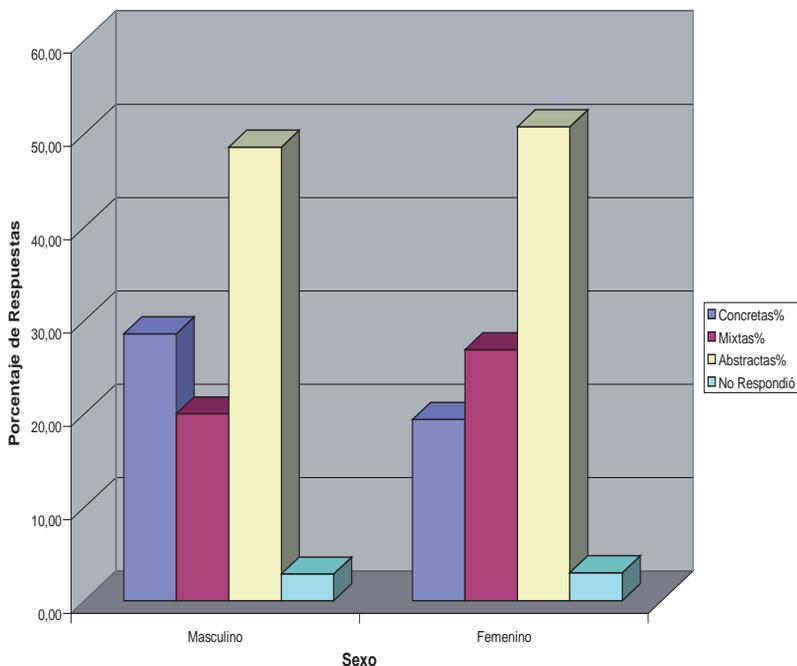


Figura 3. Porcentaje de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable sexo.

La figura 4, indica que el mayor porcentaje de respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable edad, son de naturaleza abstractas. Para la categoría “Adulthood Temprana” está seguida de respuestas mixtas y por último de respuestas concretas. Para la “Adulthood Intermedia”, es similar el porcentaje de respuestas concretas y mixtas, respectivamente. En la categoría “Adulthood Tardía”, también ocupa el segundo lugar las respuestas de menor elaboración y finalmente las respuestas mixtas.

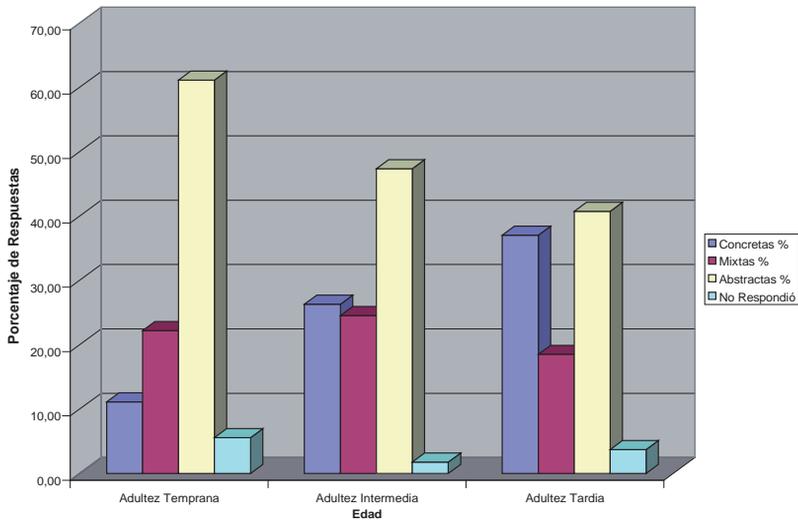


Figura 5. Porcentaje de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor según la variable edad.

Otro criterio que se usó para analizar las descripciones del dolor fue según el nivel de instrucción, siendo el nivel de instrucción clasificado de la siguiente manera: analfabeta (no sabe leer ni escribir) primaria incompleta (haber cursado entre primer grado hasta sexto grado, sin haber concluido este último grado) primaria completa (haber aprobado sexto grado), secundaria incompleta (haber cursado desde séptimo grado hasta decimosegundo grado, sin haberlo concluido), secundaria completa (haber obtenido el título de Bachiller), técnico superior (haber obtenido el título de Técnico Superior) y licenciatura (haber obtenido el título de Licenciado).

Para una mejor apreciación de los resultados de la tabla anterior, véase la figura 6.

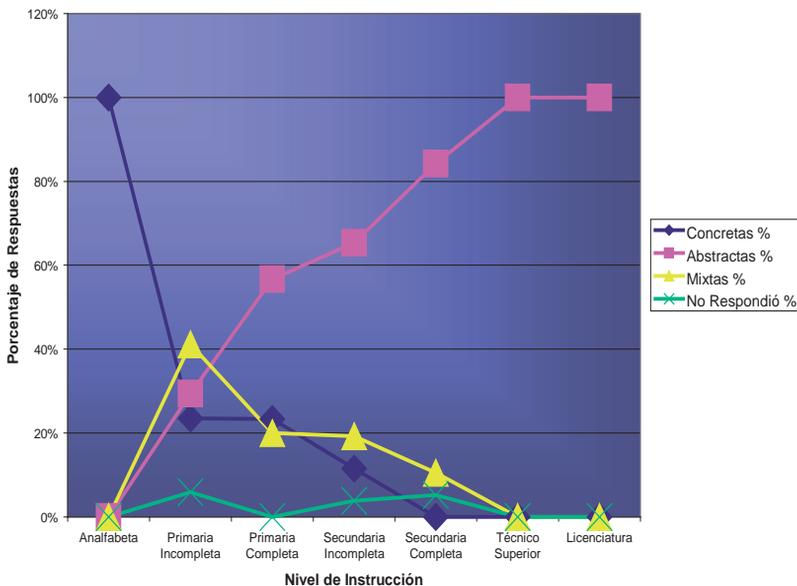


Figura 6. Porcentaje de las respuestas dadas por los sujetos a la descripción de su dolor, según el nivel de instrucción.

Se puede decir que el nivel de instrucción “Analfabeta” conformado por el 3.92% de los sujetos del total presentaron todas respuestas que se pueden clasificar como de “menor elaboración”, caracterizándose por describir precariamente el dolor que reportan sentir, la ubicación de lo que siente o señalar el momento en que empieza a sentir dolor. Ejemplo de sus respuestas fueron: “duele en el pulmón”, “cuando empiezo a caminar es que me duele” y otros sujetos contestaban “no sé”.

El 16.67% de los sujetos que se clasificaron como “Primaria Incompleta”, 3.92% del total de sujetos describieron su dolor en términos concretos, 4.91% del total de los sujetos en términos abstractos, el 6.86% del total de forma mixta, esto es, que combinaban sus respuestas con descripciones concretas y abstractas y el 0.98 % (1 sujeto) no contestó. Algunas de sus respuestas fueron: “no puedo caminar, me hace llorar”, “es fastidioso, que me agarra en la costilla”, “va del cuello a la espalda”, “es fuerte”, “es caliente”, “es una presión en la barriga”.

En relación con la pregunta “¿Que hace usted para aliviar el dolor?” las respuestas se clasificaron en: terapia farmacológica y terapia psicológica. Los resultados se muestran en el figura 7.

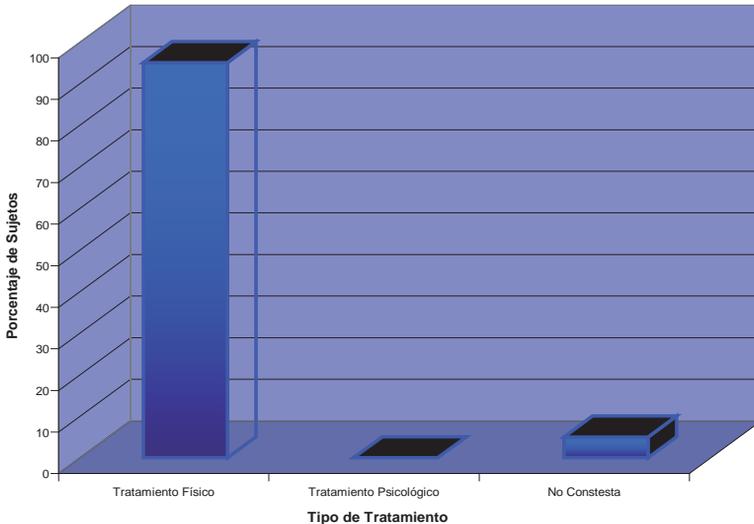


Figura 7. Distribución de las respuestas de los sujetos a la pregunta “¿Qué hace usted para aliviar el dolor?”

El 95% de los sujetos informaron ingerir medicamentos, de ellos el 38.2% tuvo prescrito Opioides Potentes, el 33.3% Opioides Débiles y el 23.50% anti-inflamatorios no esteroideos (AINES). Nadie indicó realizar tratamiento psicológico para aliviar su dolor, coincidiendo este resultado con las respuestas a la pregunta “¿recibe tratamiento psicológico?”, en la cual apenas una persona indicó que asistía a terapia psicológica, registrándose un 5% que no contestó qué hacía, ni especificó qué tomaba para aliviar su dolor.

Así mismo, aparte de tomarse el medicamento, 33.66% de los sujetos reportaron algunos comportamientos que emitía para aliviar su dolor, ellos se presentan en la figura 8.

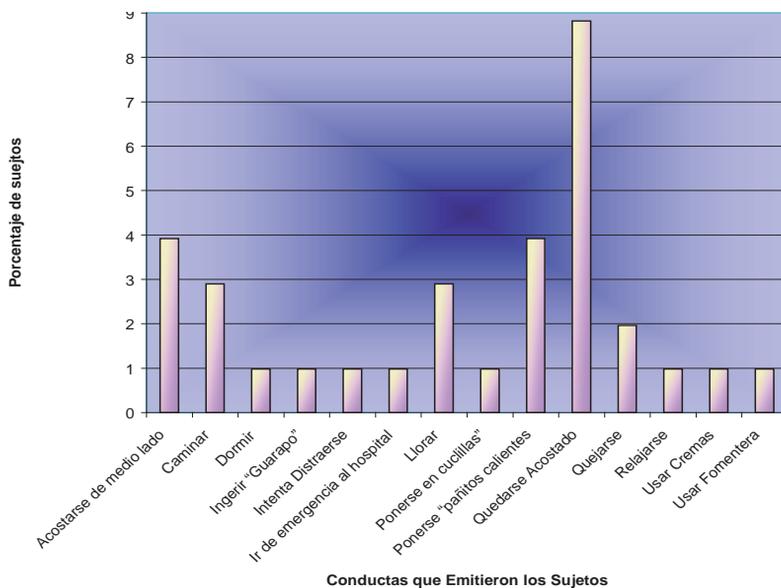


Figura 8. Conductas que emiten los sujetos para aliviar su dolor.

Otro criterio que se empleó para analizar cualitativamente las respuestas de los sujetos, fue relacionar la estimación del nivel de intensidad de dolor con los tipos de fármacos prescritos para aliviar el dolor.

Para una mejor visualización de los resultados observe la figura 9.

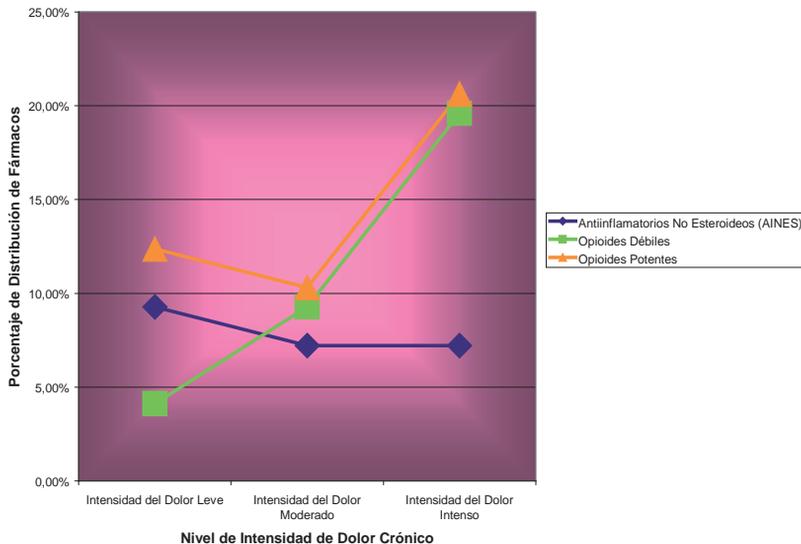


Figura 9. Distribución de los tipos de fármacos según el nivel de intensidad del dolor estimado.

Se consideraron a los 97 sujetos (95%) que indicaron el tipo de fármaco prescrito. Estos resultados muestran que en todas las categorías de nivel de intensidad, la mayoría tienen prescrito fármacos potentes. De los 25 sujetos que estimaron su nivel de intensidad en la categoría leve, que va de 0 a 3, 12,37% de los sujetos tienen prescritos fármacos opioides potentes, el 9,28% tiene prescritos antiinflamatorios no esteroides (Aines) y 4,12% le recetaron opioides débiles.

Así mismo, de los 26 sujetos que estimaron su nivel de intensidad en la categoría moderada, que va de 4 a 6, 10,31% de los sujetos le indicaron opioides potentes, el 9,28% opioides débiles y el 7,22% le recetaron antiinflamatorios no esteroides.

Igualmente, de los 46 sujetos que indicaron un nivel de intensidad en la categoría intenso, que va del 7 al 10, 20,62% de los sujetos tiene prescrito opioides potentes, 19,59% de los sujetos opioides débiles y 7,22% tienen recetados antiinflamatorios no esteroides.

DISCUSIÓN

Conforme a los resultados obtenidos respecto a las posibles relaciones entre las variables disposicionales estudiadas, sexo, edad y Estimación del Nivel de Intensidad de Dolor Crónico se puede decir que existe una asociación moderadamente significativa entre ellas.

Para las variables sexo y estimación de la intensidad del dolor, se empleó una medida de correlación, que establece la posible relación entre los fenómenos, la cual fue moderada y significativa. Como es bien sabido, en los pacientes con dolor crónico oncológico, las causas del dolor son principalmente debidas al tratamiento o a la propia enfermedad, sin embargo, las posibles variaciones, en cuanto a la medición o estimación de los indicadores del dolor, no son claras. El hallazgo de una correlación moderada y significativa, es un indicador más de que la variable sexo juega un papel importante en el sistema de variables, que modulan la respuesta de dolor. Si se considera al sexo como una variable disposicional es posible explicar el papel que ésta, como variable moduladora de la respuesta dolorosa, afecta en la estimación del nivel de intensidad del dolor.

Es por ello que es factible considerar que esta variable puede estar afectando la respuesta emitida por los sujetos, posiblemente por un proceso de socialización, proveniente de su identificación con uno u otro sexo. Otra posible explicación, está en las características de la escala numérica, en la cual algunos autores señalan que la sociedad puede suministrar usos y asociar propiedades, de forma diferencial a la escala. Un ejemplo, se encuentra en el uso de la medida de 0-10 en la vida cotidiana, el cual el hombre utiliza para labores como el trabajo de madera, tuberías, construcción, dibujo, entre otros mientras que en la mujer, está asociado con la costura, pintura, diseño, arquitectura, etc.; esto hechos quizás pueden dificultar o facilitar, la asociación y el uso de esta escala.

En cuanto a la correlación entre la variable edad con la estimación del nivel de la intensidad del dolor, en este estudio, se encontró relaciones bajas, pero significativas, indicando que la variable edad puede estar funcionando como variable moduladora en este sistema de variables. A partir de este hallazgo, quedaría por estudiar en qué proporción la variable edad, podría estar modulando, los indicadores que componen la respuesta de dolor.

Para lograr el tercer objetivo específico de esta investigación, se utilizó la correlación múltiple, para el cual se verificó el supuesto de normalidad. La correlación arrojó relación moderada-baja para el sistema de variables estudiadas, Sexo, Edad y Estimación del Nivel de Intensidad de Dolor Crónico. Estos resultados confirman que las variables sexo y edad, presentan un aporte significativo para la estimación del nivel de intensidad del dolor, afectando su respuesta.

Respecto al análisis cualitativo de las descripciones del dolor reportadas por los sujetos se puede realizar las siguientes consideraciones. En primer lugar, hay una variedad de palabras, característico del idioma español, que las personas emplean para describir su dolor, siendo algunas de ellas, adjetivos y palabras con sentido figurado.

En este sentido, es de hacer notar, que las palabras utilizadas por las personas en este estudio, fueron adjetivos o adverbios distintos a las que presentan algunas escalas verbales para estimar el nivel de intensidad de dolor crónico, tal como es el caso de la escala elaborada por Keele (1948), la cual incluye términos descriptivos como: “Ligero, Moderado, Intenso, Atroz”. O como es el caso de la escala verbal de intensidad incluida en el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ), en donde se incluyen términos cómo: “Ligero, Molesto, Perturbador, Horrible y Atroz”. Asimismo, estos vocablos difieren de los términos descriptivos de la escala que nombra Penzo (1989): “Nada, Poco, Medio, Bastante, Mucho”.

Asimismo, comparando las palabras emitidas por los sujetos de este estudio con los términos empleados en el Cuestionario de Dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire o MPQ) (Melzack y Torgerson, 1971), se observa que de los 78 adjetivos del Cuestionario original sólo 14 coinciden con los reportados por los sujetos en esta investigación, excluyéndose así 26 términos descriptivos de mayor elaboración, además de las respuestas de menor elaboración.

Igualmente, comparándolo con el mismo Cuestionario, pero adaptado por Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994), se puede apreciar que de 66 adjetivos o descriptores, únicamente 11 de ellos coincide con las respuestas de mayor elaboración dadas por los sujetos del presente estudio; sin considerar las respuestas de menor elaboración. Se debe destacar que la totalidad de los términos descriptivos de mayor elaboración dada por los sujetos fue de 40, por lo que 29 términos se encuentran fuera del rango de descriptores de dicho instrumento.

Clasificando a los sujetos según la Variable Sexo, el mayor porcentaje de respuestas referido a la descripción de su dolor es de carácter abstracto para ambos sexos, difiriendo en el porcentaje de respuestas en el segundo lugar, siendo para el sexo Masculino de naturaleza concreta y para el sexo Femenino respuestas mixtas, ocurriendo lo opuesto en el tercer lugar.

Considerando la variable edad, se observa que dentro de las respuestas emitidas por los sujetos a la descripción de su dolor, el mayor porcentaje está representado por las respuestas de la categoría de mayor elaboración, siendo éstas mayores en porcentaje en la categoría de “Adulthood Temprana” respecto a las categorías de “Adulthood Intermedia” y “Adulthood Tardía”.

El porcentaje de respuestas abstractas, va disminuyendo entre los grupos, a medida que pasa a la siguiente categoría de mayor edad. Por otro lado, las respuestas de elaboración concreta van aumentando a medida que pasa a la siguiente categoría de mayor edad. Las respuestas mixtas, se mantienen en porcentajes similares en los tres rangos de edad siendo mayor en la categoría “Adulthood Intermedia” seguido de “Adulthood Temprana” y finalmente en la “Adulthood Tardía”.

El nivel de instrucción fue otro criterio que se usó para analizar las descripciones del dolor. Se observó que la elaboración de las respuestas de los grupos es diferente, se descubrió que a medida que aumenta el nivel de instrucción, las respuestas son de mayor abstracción.

Los sujetos que conforman el nivel de instrucción “Analfabeta” reportan su dolor únicamente en términos de localización, limitaciones o indican no saber describirlo. El grupo del nivel de instrucción “Primaria Incompleta” empieza a emplear términos descriptivos, el siguiente nivel de instrucción, “Primaria Completa” reporta mayor número de respuestas con términos descriptivos, en el nivel de instrucción “Secundaria Incompleta” la elaboración de las respuestas es mayor en comparación con los grupos anteriores. Los sujetos clasificados en la categoría “Secundaria Completa”, describen su dolor únicamente con adjetivos y/o palabras con sentido figurado. Esto demuestra mayor abstracción en las respuestas reportadas por los sujetos de este estudio. Al igual que el grupo de “Secundaria Completa”, los sujetos del nivel “Técnico Superior”, emplean solamente términos descriptivos que emiten adjetivos y palabras con sentido figurado. El grupo de “Licenciatura” también presenta respuestas de mayor elaboración, describen su dolor con adjetivos y palabras con sentido figurado. A pesar de que ambos grupos –Analfabeta y Licenciatura- lo conformaron cuatro

personas, se observa que existen diferencias entre sus respuestas en cuanto al nivel de elaboración, siendo concretas para el grupo de “Analfabetas” y abstractas para el grupo de “Licenciatura”.

Esto parece indicar que el nivel de instrucción se relaciona con la descripción del dolor, puesto que a medida que la persona tiene un mayor nivel de instrucción, mayor es su número de palabras que califican su dolor, por lo tanto, el aprendizaje de un mayor vocabulario o un grado de instrucción superior influye en la descripción del mismo. Esto coincide con el planteamiento de Schoenfeld (1980) que considera que el reporte del dolor humano está influenciado por la historia de aprendizaje de cada individuo, producto del proceso de socialización. Entonces, la conducta calificada como dolorosa, es definida socialmente y enmarcada dentro del contexto cultural o en palabras del propio autor de “naturaleza social”.

Los adjetivos que acompañan a los niveles de la escala de estimación numérica están consistentemente relacionados con los valores de la escala, es decir, los términos descriptivos están asociados a una categoría de intensidad y esto sugiere que se aprenden términos para calificar ciertos niveles de intensidad. Los adjetivos parecieran estar abalados por la comunidad verbal, como términos descriptivos.

Sin embargo, como se vio en los análisis cualitativos de los datos hay algunas palabras que se repitieron en igual frecuencia en las tres categorías (Nivel de Intensidad de Dolor leve, moderado, e intenso). Esto puede indicar que estas palabras no son descripciones representativas del nivel de intensidad del dolor, pueden ser un indicador de otras propiedades del dolor, como por ejemplo: cualidad diferente al de intensidad. Por supuesto, es conveniente realizar un estudio más exhaustivo para poder identificar las palabras descriptivas del nivel de intensidad del dolor, considerando así el idioma y otros factores psicosociales como el nivel de instrucción.

En relación con la pregunta “¿Que hace usted para aliviar el dolor?” las respuestas se clasificaron en terapia farmacológica, terapia psicológica y se hizo una categoría denominada “otras” cuyas respuestas no estaban relacionadas con dichas terapias. Los resultados muestran que nadie indicó realizar tratamiento psicológico, esto señala que la experiencia del dolor es considerada únicamente como un fenómeno biológico y, como tal, ha de ser tratado con terapias físicas.

También el hecho de cómo se considera el fenómeno del dolor desde el punto de vista psicológico, estos resultados también apuntan a una falta de conocimiento que tiene los sujetos acerca de la efectividad de los tratamientos psicológicos, los cuales han demostrado resultados eficaces en el alivio del dolor, como lo son: la intervención psicosocial, terapia conductual, terapia de grupo y otras técnicas (Buela-Casal y Moreno, 1999; Araoz, Burte y Carrese, 1998).

El hecho de que ninguno de los sujetos entrevistados realizara un tratamiento psicológico en los hospitales, puede asociarse con la escasez de psicólogos en los hospitales y a la poca importancia que se les da el área de la salud, son muchos los pacientes para ser atendidos y poco el personal de psicólogos dedicados a esta área. Como un ejemplo de ello, en el Hospital Oncológico “Luís Razzetti” sólo hay un psiquiatra y un psicólogo para atender a la población de la Unidad de Cuidados Paliativos.

Por otro lado, además de tomarse los medicamentos, lo cual es la conducta de la mayoría de la población (95%), el 33.66% de los sujetos reportaron otros comportamientos para aliviar su dolor, entre los principales se registraron quedarse acostado, acostarse de medio lado, ponerse “pañitos calientes”, caminar y llorar.

Estas conductas generalmente funcionan reforzando positiva o negativamente la experiencia del dolor. Por ejemplo, la atención de familiares o amigos que le ofrecen al sujeto, refuerzan positivamente el llanto.

Siente Dolor	Llora	Familiares y/o amigos le prestan atención.
ED	Conducta de Dolor	Refuerzo Positivo

O quedarse acostado, refuerza negativamente la experiencia del dolor, porque al disminuir el movimiento el sujeto experimenta alivio.

Siente Dolor	Quedarse acostado	Alivia el dolor
E^P	Conducta de Dolor	Refuerzo Negativo

Estos son sólo hipótesis, que se recomienda explorar en futuras investigaciones. Un criterio adicional que se empleó para analizar cualitativamente las respuestas de los sujetos, fue relacionar la estimación del nivel de intensidad de dolor con los tipos de fármacos prescritos para aliviar el mismo. Existe una proporcionalidad entre la cantidad de sujetos que reportan dolor intenso y el tipo de fármaco reportado; en este caso, potente, por otro parte en los niveles de intensidad leve y moderado, el tipo de fármaco no corresponde con lo esperado señalado por la escalera analgésica de la OMS, siendo de mayor uso opioides potentes en todas las categorías.

En la escala de intensidad de dolor leve, la mayor proporción de los sujetos le fue recetado opioides potentes, en el segundo nivel de intensidad AINES (Antiinflamatorios no Esteroideos) como es lo recomendado y en tercer lugar opioides débiles. En el nivel de intensidad de dolor moderado, el tipo de fármaco que mayormente fue prescrito fue opioides potentes, en segundo lugar opioides débiles que es lo esperado y en tercer lugar AINES. En la estimación del nivel de intensidad de dolor intenso, como era de esperar, el opioide que mayormente fue indicado fueron los opioides potentes, seguido de opioides débiles y por último, AINES.

En las Unidades de Cuidados Paliativos, los sujetos van a ser tratados para el manejo del dolor debido a dos condiciones (a) dolor causado por el tratamiento y (b) dolor asociado a la enfermedad (Foley, 1979 y Bonica , 1980; cp. Buela-Casal y Moreno, 1999); en ambas condiciones y dependiendo de la cronicidad del dolor, los sujetos por lo general se dirigen a las unidades para el tratamiento del dolor en distintos niveles de intensidad.

Muchos sujetos reportaron un nivel de intensidad leve, no obstante, tienen prescrito fármacos opioides potentes, este reporte pudo ser producto del efecto de algún medicamento o rescate que hayan consumido previamente a la aplicación del instrumento. De igual forma, ocurre con los sujetos que estimaron un nivel de intensidad moderado y le fue prescrito opioides potentes. El fin de la medicación es evitar una sensación aversiva para el sujeto que en este caso es la experiencia del dolor, por tanto es de esperar que se sobreestimen la medicación, en vez de evitar el uso de fármacos opioides, por ejemplo, como excusa de una posible adicción por parte del sujeto.

REFERENCIAS

- Anarte, M., Ramírez, C. López y Esteve (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor oncológico y benigno. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8 (2), 102-110.
- Araoz, D., Burte, J. y Carrese, M. (1998). Control de dolor por medio de la hipnosis. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 385-400). Madrid: Siglo XXI.
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (5ta ed). Caracas: Episteme.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo – Thomson Learning.
- Buela-Casal, G. y Moreno, S. (1999). Intervención psicológica en cáncer. En M. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 505-535). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Curenton, E. (1956). Rank-Biserial Correlation. *Psychometrika*, 21 (3), 287-290.
- Ellermeier, W. y Westphal, W. (1995). Gender differences in pain ratings and pupil reactions to painfull pressure stimuli. *Pain*, 61, 435-439.
- Feine, J., Bushnell, M., Miren, D. y Duncan, L. (1991). Sex differences in the perception of noxious heat stimulo. *Pain*, 44, 255-262.
- Glass, G. y Stanley, J. (1986). *Métodos estadísticos aplicados a la ciencia social*. México: Prentice Hall.
- Huskisson, E. (1976). Assessment for clinical trials. *Clinics in Rheumatic Disease*, 2, 37-49.
- Jensen, M. (2003). The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *The Journal of Pain*, 4 (1), 2-21.
- Keele, K. (1948). The pain chart. *Lancet*, 2, 6-8.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994)
- Melzack, R. y Torgerson, W. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 54-59.
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez – Roca.

- Reading, A. y Cox, D. (1979). The measurement of pain. En D. Osborne, M. Gruneberg, y J. Eiser (Eds.), *Research in Psychology and Medicine*. Nueva York: Academic Press.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., López-Martínez, A. y Anarte, M. (2001). Diferencias en la percepción del dolor relacionadas con las variables sexo y edad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8(8), 562-568.
- Schoenfeld, W. (1980). El dolor: un reporte verbal. En V. Colotla, V. Alcaraz, y O. Schuster (Eds.), *Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual en la investigación biomédica* (pp. 220-234). México: Trillas.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. La Búsqueda de Significados*. Argentina: Paidós.
- Turk, D. y Okifuji, A. (1999). Does sex make a difference in the prescription of treatments and the adaptation to chronic pain by cancer and non-cancer patients? *Pain*, 82, 139-148.