



**Universidad
Norbert Wiener**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA**

**“CATASTROFISMO ANTE EL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS
MAYORES QUE SE ATIENDEN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
TECNOLOGÍA MEDICA EN TERAPIA FISICA Y REHABILITACION**

Presentado por:

BACHILLERES:

**LA SERNA GALLEGOS, LUCIA VIOLETA
MARAVÍ LOYOLA, YIYE JUDITH**

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Esta tesis y todo este esfuerzo están dedicados en primer lugar a mis padres, Lily Gallegos Mansilla y Miguel La Serna La Rosa, porque ellos me ayudaron y lo siguen haciendo, siempre confiaron en mí, apostaron por darme una carrera y nunca me abandonaron, también han sido el ejemplo de responsabilidad y trabajo. En segundo lugar, a mi familia, mi esposo y mis hijos que fueron mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio y en la obtención de la licenciatura en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación. En un tercer lugar y no menos importante con mucho cariño a mis hermanas.

Lucia V. La Serna Gallegos

El presente trabajo le dedico a Dios, porque siempre me guía en cada paso y decisión que tomo ya que es el único que hace todo posible; como segundo lugar dedico a mis padres y hermanas, que desde que nací lo único que he recibido es sus cuidados, educación, mi primera formación como persona con todos los valores morales y sobre todo mucho amor que es imprescindible para ser buenos profesionales en salud.

Yiye Judith Maravi Loyola.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por sus bendiciones, por guiarnos a lo largo de nuestras vidas, por ser la fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Agradecemos a nuestros familiares por ser la base y columna de nuestra primera formación personal, para nuestro desarrollo y desenvolvimiento con ética y profesionalismo. Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación, por todas sus enseñanzas y conocimientos impartidos en nuestros años de estudio, por sus consejos y recomendaciones para ser buenas profesionales en la carrera la cual terminamos amándola y comprometidas en ser profesionales con calidad y calidez. En especial al Licenciado Juan Vera Arriola, asesor de nuestra tesis quien nos ha guiado con su paciencia y su rectitud como docente. Agradecemos al Dr. Cesar Beramendi, Lic. Dula Valle, Lic. Rosana Tarazona, Dr. José Farías, Esperanza Rebaza y Lupe Rojas, por sus recomendaciones y apoyo para hacer posible nuestro trabajo de investigación y demostrarnos que el objetivo y pilar de un hospital es la promoción y prevención en salud. Por último y no menos importante agradecemos a cada uno de las personas que aceptaron ser parte de nuestra investigación, por su tiempo y paciencia. ¡Gracias a todos!

Asesor: Mg. Juan Vera Arriola

JURADO

- **Dra. Claudia Arispe Alburqueque (presidenta)**
- **Dr. Javier Casimiro Urcos (secretario)**
- **Mg. Hugo Cerdán Cueva (vocal)**

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1	Planteamiento del problema	13
1.2	Formulación del Problema	15
1.2.1	Problema General	
1.2.2	Problema Específico	
1.3	Justificación	15
1.4	Objetivos	17
1.4.1	Objetivo General	
1.4.2	Objetivos Específicos	

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes	18
2.2.	Base teórica	21
2.1.	Terminología básica	35
2.1.	Variables e indicadores	36

CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1	Tipo y Nivel de Investigación	37
3.2	Población y Muestra	37
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	39
3.4	Procesamiento de datos y análisis estadísticos	41
3.5	Aspectos éticos	42

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados	43
4.2. Discusión	56

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	59

REFERENCIAS	61
--------------------	----

ANEXOS:	67
----------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de Catastrofismo en los adultos mayores	43
Tabla 2: Género de los adultos mayores con dolor crónico	44
Tabla 3: Edad de los adultos mayores con dolor crónico	45
Tabla 4: Grado de instrucción de los adultos mayores con dolor crónico	46
Tabla 5: Tiempo con dolor crónico de los adultos mayores.	47
Tabla 6: Enfermedades de los adultos mayores con dolor crónico.	48
Tabla 7: Nivel de catastrofismo según su Género	49
Tabla 8: Pruebas de Chi-cuadrado	50
Tabla 9: Nivel de Catastrofismo según Grado de Instrucción	50
Tabla 10: Pruebas de Chi-cuadrado	51
Tabla 11: Nivel de catastrofismo según tiempo de enfermedad	52
Tabla 12: Pruebas de correlación Chi-cuadrado	53
Tabla 13: Nivel de Catastrofismo según enfermedad asociada	53
Tabla 14: Pruebas de Chi-cuadrado	55

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nivel de Catastrofismo en los adultos mayores	43
Gráfico 2: Género de los adultos mayores con dolor crónico	44
Gráfico 3: Edad de los adultos mayores con dolor crónico	45
Gráfico 4: Grado de instrucción de los adultos mayores con dolor crónico	46
Gráfico 5: Tiempo con dolor crónico de los adultos mayores	47
Gráfico 6: Enfermedades de los adultos mayores con dolor crónico	48
Gráfico 7: Nivel de catastrofismo según su Género.	49
Gráfico 8: Nivel de Catastrofismo según Grado de Instrucción	51
Gráfico 9: Nivel de catastrofismo según tiempo de enfermedad	52
Gráfico 10: Nivel de Catastrofismo según enfermedad asociada	54

RESUMEN

En la actualidad se cuenta con avances importantes respecto a la comprensión de la anatomía, la fisiología y la psicología del dolor, además de los novedosos procedimientos en los tratamientos; no obstante, el dolor crónico en adultos mayores continúa siendo infravalorado. El objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de catastrofismo ante el dolor crónico que presentan los adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018. Fueron evaluados 251 adultos mayores de ambos sexos, con mayor frecuencia de mujeres. Dentro los principales resultados se evidenciaron niveles altos de catastrofización en los adultos mayores que padecen dolor crónico (86%). La mayor cantidad de adultos mayores que presenta niveles elevados de catastrofismo se relaciona con el grado de instrucción, siendo $p < 0,005$. Se concluye que los adultos mayores presentan niveles elevados de catastrofismo y siendo más elevado en aquellos que presentan niveles bajos de instrucción.

Palabras claves: catastrofismo, dolor crónico, adulto mayor, fisioterapia.

ABSTRACT

Currently there are important advances in understanding the anatomy, physiology and psychology of pain, as well as novel procedures in treatments; However, chronic pain in older adults continues to be undervalued. The aim of the present study was to determine the levels of catastrophism in the face of chronic pain that we present in a hospital in Lima in 2018. We evaluated 251 older adults of both sexes, with a higher frequency of women. Among the main results were high levels of catastrophization in older adults suffering from chronic pain (86%). The greater number of older adults with high levels of catastrophism is related to the level of education, with $p < 0.005$. It is concluded that older adults have high levels of catastrophism and are higher than low levels of education.

Key words: catastrophism, chronic pain, elderly, physiotherapy.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad se cuenta con avances importantes respecto a la comprensión de la anatomía, la fisiología y la psicología del dolor, además de los novedosos procedimientos en los tratamientos; no obstante, el dolor crónico en adultos mayores continúa siendo infravalorado.

En el contexto europeo, la prevalencia del dolor crónico se presenta de tal manera que dos de cada diez personas lo padecen, sobre todo cuando se trata del dolor lumbar¹, así mismo Cecchi², menciona que es la principal causa de que una persona presente dolor crónico.

En los Estados Unidos el dolor crónico está presente en tres de cada diez personas adultas mayores, es decir, en más de 100 millones de adultos. Asimismo, se estima que el costo para el tratamiento del dolor crónico sobrepasa los 100 mil millones de dólares al año.³

Dado que, el dolor crónico engloba una problemática multifactorial donde intervienen aspectos físicos como psicológico, tiende a relacionarse con la presencia de una reducida calidad de vida lo que afecta a casi todos los aspectos sociales de una persona, sin contar con que la persona afectada ha de requerir el uso constante de recursos sanitarios contribuyendo a una significativa carga socioeconómica o, de tratarse de personas adultas mayores dependientes, en carga para sus familiares debido a una incapacidad producida por el dolor⁴. Esto

último refiere también el instituto de estadísticas del Perú (presencia de patologías que producen dolor crónico).

Un estudio en España⁵ reporta que el 26% de la población sufre alguna forma de dolor crónico, en Colombia, la prevalencia de dolor crónico en pacientes con alteraciones cervicales fue de 31%⁶. Por otro lado, existen datos que manifiestan que 98 millones de personas en América Latina sufre alguna forma de dolor, y el 40% de ellos no se sienten conformes con el manejo de su dolor, además, se estima que de 10 a 55% de las personas que padecen dolor, lo tienen por más de tres meses⁷.

Existen muchos factores que hacen que el dolor en una persona se vuelva crónico, no obstante, existen algunos fenómenos psicológicos que pueden contribuir a esto, uno de ellos, que será punto central de la presente investigación, la catastrofización se trata de un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico⁸. Este hecho hace que los adultos mayores catastrofizadores presenten un pronóstico desfavorable independientemente al tratamiento que se esté empleando en ellos, ya que las incidencias de la catastrofización empeoran la intensidad, duración y evolución del dolor, además de la respuesta emocional de la persona y el funcionamiento motor⁹.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los niveles de catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es la percepción de catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según el género?
- 2) ¿Cuál es la percepción de catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según el grado de instrucción?
- 3) ¿Cuál es la percepción del catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según duración del dolor?
- 4) ¿Cuál es la percepción del catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según la enfermedad asociada al dolor?

1.3. Justificación

Desde una perspectiva teórica, la importancia del estudio radica en que permite investigar la catastrofización mediante un constructo psicológico en el cual están involucrados aspectos cognitivos, emocionales y conductuales, las cuales pues, intensifican las sensaciones de dolor que son percibidas lo cual tiende a desencadenar en que una persona se muestre perturbada frente al dolor. La

catastrofización, trae consigo respuestas desadaptativas vinculadas al miedo, la evitación y el afrontamiento inadecuado, los cuales contribuyen a que un tratamiento o terapia tenga poca efectividad o simplemente no haya efectividad alguna, por lo tanto, la probabilidad de que una persona catastrofizadora tenga un empeoramiento de la calidad de vida sobre todo con la presencia de incapacidad física.

Desde una perspectiva práctica, los resultados del estudio permitirán obtener información basada en datos tangibles y cuantificables, permitiendo identificar los aspectos de debilidad por parte de los adultos mayores respecto al dolor, lo que permitirá al profesional establecer o desarrollar una relación de comunicación e implementar labor pedagógica lo cual se hace imprescindible, ya que, hay evidencia demostrable que cuando el profesional tratante del dolor hace que el paciente comprenda la fisiología y biología del dolor, aporta a que dicho paciente cambie la forma de pensar respecto al mismo, evitando el desarrollo de miedo debido al desconocimiento, implicando de esta manera, al paciente como parte del tratamiento efectivo.

Desde una perspectiva social, la justificación del estudio radica en la socialización, propiamente dicha del paciente, ya que, una persona que tienen altos índices de catastrofización, y que no se identifican las debilidades de dicha catastrofización o no tiene una comunicación adecuada con el profesional, por lo general, va a desarrollar dependencia de terceras personas debido a la incapacidad física producto de la catastrofización, desencadenando muchas veces en una depresión geriátrica. Por lo tanto, un paciente que esté debidamente informado será capaz de identificar los aspectos contextuales que desarrollan sus posibles respuestas

maladaptativas y generar respuestas de control y desarrollarse con mejor calidad de vida con la sociedad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los niveles de catastrofismo ante el dolor crónico que presentan los adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- 1) Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según el género.
- 2) Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según el grado de instrucción.
- 3) Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según duración del dolor.
- 4) Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según enfermedad asociada al dolor.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales

Ordóñez, Contreras, y cols, (2017) hicieron en México un estudio de investigación con la finalidad de estudiar la “Calidad de vida laboral, catastrofismo y aceptación del dolor crónico osteomuscular en mujeres trabajadoras”. Según los autores, se trató de un estudio de carácter analítico, transversal y correlacional, contaron con la participación de 88 mujeres con dolor crónico a quienes se le aplicó la Escala de Catastrofización (PCS). Entre los principales resultados se tiene que, en general el 93.2% de las mujeres tienen nivel alto de catastrofización, de manera específica, el mismo nivel fue representado por el 88.6% respecto a la rumiación cognitiva, por el 92.0% respecto a la magnificación de la catastrofización y, por el 85.2% respecto a la desesperanza¹⁰.

Muñoz y cols, (2016). ejecutó en España una investigación titulada “Chronic Neck Pain and Cervico-Craniofacial Pain Patients Express Similar Levels of Neck Pain-Related Disability, Pain Catastrophizing, and Cervical Range of Motion”, donde estudiaron la catastrofización ante el dolor crónico de cuello y el dolor cervico-craneofacial. Se trató de un estudio con diseño no experimental de corte transversal, contaron con la participación de 44 pacientes, a quienes se les aplicó la Pain Catastrophizing Scale (PCS). Los resultados más representativos señalan

que el grupo de pacientes que presentó dolor crónico de cuello, tiende a presentar mayores índices de catastrofización comparados con los que presentaron dolor cervico-craneofasial¹¹.

Martínez, Gancedo y cols (2016), desarrollaron un estudio en España titulado “Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia”, con la finalidad de evaluar el efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia. Se trató de un estudio transversal en 50 pacientes con diagnóstico de fibromialgia, a quienes se les aplicó la Escala PCS-SP para evaluar el pensamiento catastrofista. Los resultados evidenciaron una puntuación media de catastrofización general de 34.36, y se correlacionó de manera directa y muy significativa con el tiempo de síntomas, no obstante, no se halló correlación significativa con el uso de terapias alternativas, el nivel de estudio, la convivencia y la presencia de depresión.¹²

La Touche y cols, (2015) realizaron en España una investigación titulada “Cambios sensomotora masticatorios después de una prueba de masticación experimental influenciada por la catastrofización del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor en el cuello en pacientes con cefalea atribuida a trastornos temporomandibulares”, con la finalidad de estudiar la influencia de la catastrofización ante el dolor en la discapacidad relacionada al dolor del cuello en pacientes con cefalea atribuida a trastornos temporomandibulares. Fue un estudio experimental de casos y controles. Participaron 83 pacientes con cefalea crónica

atribuida y 36 personas sanas a quienes se les evaluó el pesamiento catastrofista con la versión española del PCS. Los resultados señalaron que las puntuaciones medias fueron de 17.09 en pacientes con dolor moderado, 15.8 en pacientes con dolor leve y 5.46 en personas sanas, la prueba ANOVA, señala que dichas puntuaciones son significativamente diferentes, predominando los mayores índices de catastrofización en pacientes que tienen mayor intensidad de dolor.¹³

Cecchi y cols., (2015), en su estudio titulado: “Dolor en pacientes que acuden a rehabilitación ambulatoria: resultados de un estudio piloto”; estudiaron en Italia el dolor en pacientes que acuden a rehabilitación ambulatoria. Fue un estudio observacional en el que participaron 189 a quienes les aplicaron la Escala de Catastrofización (PCS). El 55.56% presentaron algún grado de pensamiento catastrófico; evidenciaron también que los pacientes que presentan mayores índices de catastrofismo, tienden también a consumir mayor cantidad de drogas.²

Cuetos-Pérez, (2018), desarrolló en España un estudio titulado “Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia”, para conocer la relación entre catastrofización y aceptación del dolor en pacientes con Fibromialgia. Fue un estudio correlacional con diseño no experimental de corte longitudinal a un año de seguimiento en el que participaron 55 pacientes con diagnóstico de fibromialgia quienes fueron evaluado con la Escala de catastrofización (PCS). Los resultados muestran que la catastrofización se relaciona de manera directa y significativa con el mayor impacto de fibromialgia, y, de manera inversa y significativa con la edad del paciente; no encontró correlación significativa con el nivel de estudio¹⁴.

E. Miró, Diener, y cols (2012), ejecutó un estudio en España donde evaluó los principales síntomas clínicos en pacientes con fibromialgia. Fue un estudio no experimental en el que participaron dos grupos clínicos con diagnóstico de fibromialgia (21 varones y 21 mujeres), quienes fueron evaluados con la Pain Catastrophizing Scale (PCS). Los resultados evidenciaron que los varones manifiestan tener mayor intensidad de dolor que las mujeres.¹⁵

2.2. Bases Teóricas

Dolor

El entendimiento del dolor, a lo largo de la historia ha evolucionado y con ello se han manifestado cambios significativos; si nos centramos en los últimos 35 años observaremos que se ha pasado desde una posición restrictiva, unidimensional, en la que se considera al dolor como un fenómeno de naturaleza fisiológica y de carácter multidimensional. Así, se puede definir el dolor como experiencias perceptivas resultantes de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales¹⁶. En el caso de los adultos mayores, el dolor esta habitualmente subtratado, necesitando un enfoque sistémico y holístico para cada paciente, considerando sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales¹⁷.

Componentes del dolor

El dolor es una experiencia compleja, el resultado de la interacción de múltiples factores que con frecuencia no han sido definidos de forma clara y precisa, siendo justamente ésta la causante de confusión de terminologías. Para evitar tal confusión e implementar avances para tratamientos más eficaces será preciso definir con exactitud los niveles o componentes relacionados a la experiencia de dolor; estos son:¹⁸

- **Nocicepción**

La nocicepción es un fenómeno fisiológico y es identificado como un proceso sensorial que implica la detección de daño tisular (activación de receptores) mediante transductores especializados activados a través de un nivel de energía mecánica, térmica o química (suficiente para dañar las células) que transmiten las señales desde la periferia hasta el sistema nervioso central. La información recibida puede provenir por influencia de cambios inflamatorios y neurológicos, los cuales, por consiguiente, alteran las características de la respuesta.

- **Percepción del dolor**

Implica un proceso perceptivo en la cual intervienen los centros nerviosos superiores y se da respuesta a la nocicepción. El origen de este se da en la médula espinal y el cerebro, aparece como consecuencia de una

estimulación nociva, por una lesión o una herida; sin embargo, existen lesiones que pueden poner en manifiesto algún tipo de dolor sin la presencia del estímulo nocivo, como son las lesiones al sistema nervioso periférico, médula espinal o del cerebro.

- **Sufrimiento**

Es una experiencia en respuesta a una afección negativa generada en el cerebro (dolor, miedo, ansiedad, estrés, entre otros estados psicológicos), cuyo origen resulta complicado de definir ya que aún no se ha podido diferenciar si se produce cuando se recibe la información que indica “dolor” o si se da lugar a la activación de circuitos que conducen a la producción de dolor a nivel de la médula espinal y el cerebro.

- **Conductas relacionadas con el dolor**

El hacer muecas, cojear, solicitar atención médica persistentemente y faltar al trabajo son expresiones, formas de comunicar el sufrimiento; estas manifestaciones están relacionadas con el dolor y raras veces se presentan solas ya que reciben la influencia de factores ambientales. Tienen cualidades que se pueden describir: inicio, duración, intensidad, frecuencia, periodicidad, tipo. Las conductas relacionadas con el dolor también se pueden medir en términos de grado de discapacidad que producen, consumo de asistencia sanitaria o efecto sobre la calidad de vida.¹⁸

Tipos de dolor

Los tipos de dolor pueden presentarse mediante cinco formas claramente diferenciadas lo cual ha permitido clasificarlos en función a su duración, a la enfermedad o afección a la que está asociado (patogenia), En función a la zona del cuerpo donde se desarrolla (localización) y, curso e intensidad con la que se presenta. Así tenemos¹⁹:

- **Según su duración** ¹⁹

Agudo

Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico y causado por un dolor tisular concreto. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas

Subagudo

Dolor que se caracteriza por la duración, siendo esta mayor de setenta y dos horas a comparación del crónico que se puede durar de meses a años.

Crónico

Se caracteriza por ser ilimitado en su duración, en detalle, puede determinarse si la presencia del dolor ocurre de tres meses a más, es decir, persiste en el tiempo incluso después de cesar la causa originaria, por lo general se explica sobre la base de distintos componentes psicológicos que

acompañan al dolor como la depresión y ansiedad que tiende a desencadenar en una catastrofización del dolor.

- **Según su patogenia¹⁹**

Neuropático

Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas, puede aparecer espontáneamente o produciendo una respuesta alterada a estímulos normales. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.

Nociceptivo

Este tipo de dolor es el más frecuente, causado por la presencia de un estímulo doloroso en los nociceptores del sistema nervioso. Por la diferencia en el patrón de inervación se puede clasificar como somático o visceral.

Psicógeno

Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo, es aquél en el que predomina la dimensión afectiva emocional sin causa orgánica que lo justifique. Es típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

- **Según la localización²⁰**

Somático

Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

Visceral

Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos.

- **Según el curso²⁰**

Continuo

La persona que padece dolor de naturaleza continua tiende a percibirlo a lo largo de las veinticuatro horas del día, por lo que se caracteriza por la persistencia del dolor a pesar de los esfuerzos, tanto por la persona como de la intervención clínica o médica para tratar dicho dolor tratarlo.

Irruptivo

Exacerbación súbita y transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable; Dicho de otro modo, es un dolor agudo dentro de la

cronicidad del dolor. Como subtipo se tiene al dolor incidental que inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

- **Según la intensidad** ²⁰

Leve

Se describe como leve cuando la persona que lo padece, por lo general puede desempeñar sus actividades cotidianas como domésticas, laborales, entre otros; el desarrollo de estas actividades puede realizarse sin problemas en el proceso ya que el dolor no es significativo para que lo impida.

Moderado

Son las molestias que interfiere con las actividades habituales; el dolor moderado puede ser superado mediante la intervención o tratamientos donde involucra opioides menores, conocidos también como analgésicos

Severo

Referido a la intensidad de dolor que no solo interfiere con las actividades diarias, sino también con el descanso. Precisa opioides mayores.

Dolor en el adulto mayor ²¹

Estudios han demostrado que las personas mayores pueden experimentar mayor dolor que los jóvenes, pero son menos propensos a quejarse. En EE.UU. la sexta parte de los adultos mayores que vivían en una casa de reposo padecían dolor diariamente y que dos tercios de ellos tenían dolor moderado a severo. Con respecto a la medicación, se encontró que a los adultos mayores de 85 años no se le administraban analgésicos frente al dolor (comparado con personas más jóvenes). En Australia 22% de adultos mayores que viven en asilos reportaron no recibir medicación alguna al manifestar algún tipo de dolor; esto puede deberse a que no siempre es posible distinguir entre los diferentes tipos de dolor, especialmente en los adultos mayores debido a factores tales como el deterioro cognitivo.

Dolor crónico ²¹

Señalado como cualquier tipo de dolor que dure más tiempo del esperado para resolverlo; siendo esto un impedimento ya que no existe un tiempo establecido para catalogarlo como crónico. La procedencia del dolor puede localizarse en un sitio diferente al de su procedencia siendo común en patologías de los órganos internos o vísceras que derivan el dolor a la región lumbosacra interconectando las vías nociceptivas primarias con otros segmentos espinales.

Aspectos psicosociales del dolor crónico²²

Al dolor crónico se le asocian componentes psicológicos, emocionales y sociológicos que hacen que una persona adolorida crónicamente sea más propensa a desencadenar ansiedad o depresión, sobre todo en personas de mayor edad (adultos mayores) trayendo como consecuencia que al paciente le tome más tiempo recuperarse alterando su experiencia frente al dolor; factores sociales como la falta de condiciones o servicios de atención y las limitaciones físicas también intervienen como agravantes de las afecciones psicosociales del paciente.

Medición del dolor ²¹

La evaluación y control del dolor en adultos mayores son aspectos indispensables para el cálculo de la intensidad, localización, cualidad y duración; para ello, una de las formas más usadas para medirla es a través de una escala verbal en la que se interroga al paciente para que indique su nivel de dolor en una escala de 0 a 10, donde el 0 indica ausencia de dolor y el 10, el peor dolor posible.

La escala visual análoga (EVA) presenta las medidas de intensidad de dolor en una gráfica, donde el paciente marca su nivel de padecimiento. Después del examen médico general, se analizarán las áreas dolorosas del cuerpo para buscar hallazgos que correlacionen el análisis con la historia clínica, se inspeccionará la piel a fin de encontrar cambios en el color, edema, pérdida de vello o cabello, etc, asociado con la lesión, patología o con el síndrome doloroso regional complejo. La palpación localizará áreas dolorosas o cambios en la intensidad de las mismas, presencia o

no de puntos gatillo que, junto con la correlación entre la respuesta verbal y no verbal del paciente, clarificará el diagnóstico.²³

Otras formas de medición del dolor

Escalas: Tienen por objetivo evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento, más que en la consideración «diagnóstica» del dolor tenemos²³:

- Escala de dolor funcional (FPS)
- Escala de evaluación numérica (NRS)
- Escala visual análoga (VAS)
- La escala de expresión facial (FS)
- Escala de Andersen (EA)
- Escala descriptiva o verbal del dolor (VRS)

Cuestionarios multidimensionales: no sólo evalúan la intensidad del dolor, sino otros aspectos, tales como: la incapacidad o la alteración de la afectividad. Los más empleados son:

- Cuestionario de McGill-Melzack (MPQ)
- Test de Lattinen
- Cuestionario de Wisconsin (BPI)

Catastrofismo ante el dolor²⁴

Desde el constructo de la ansiedad, se estableció un constructo denominado Catastrofización con la finalidad de explicar la forma en cómo una persona reacciona de manera anticipada a determinadas eventualidades a las que les asocia desencadenantes con carácter de fatalidad. La catastrofización tiene una base conceptual ligada a un estilo cognitivo donde una persona emplea esquematizaciones desadaptadas caracterizadas por la polarización de problemas diversos vinculados a eventos emocionales tales como un trauma, o del ambiente en el cual se desarrolla como individuo o como sociedad.

Se trata de un constructo psicológico cuya complejidad se explica por la presencia de diferentes variables, hoy en día, diversos autores la definen como una orientación altamente negativa hacia el dolor (real o anticipado) donde intervienen aspectos emocionales y cognitivos con altos componentes negativos; Martínez-Calderon²⁵ la define como un factor que tiene influencia notable en las individualidades de personas que experimentan dolor, esto puede darse mediante un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que incorporan la rumiación sobre el dolor, la magnificación de síntomas relacionados con el dolor y sentimientos de desesperanza.

Un dato importante que refiere Ruscheweyh y cols²⁶ es que la catastrofización ante el dolor, va a depender del tipo de dolor, además, puede variar a lo largo de la vida de una persona, donde van a interferir diversos componentes asociados al dolor, tales como los aspectos emocionales como sensoriales, cabe mencionar que son los jóvenes o adultos jóvenes quienes tienden a enfocar el dolor desde una

perspectiva más emocional, a comparación de los adultos mayores, quienes lo enfocan más desde una perspectiva sensorial.

Sullivan, mencionado por Olmedilla ²⁷, junto a otros colaboradores, emplean el constructo “catastrofismo ante el dolor” que posee la función de modular las respuestas ante estímulos dolorosos, y que en los últimos años acaparó la atención al demostrar una relación consistente entre el “catastrofismo” y las “manifestaciones de malestar” delimitándolos dentro de un contexto teórico en el que el catastrofismo puede atribuir a que una sensación dolorosa más sea intensa de dos formas; incrementando el centro de atención en la sensación dolorosa y/o en la respuesta emocional ante el daño recibido. Además, el catastrofismo puede originarse como un medio para el afrontamiento ante sensaciones nocivas cuya finalidad es el de recibir apoyo social.

Origen del modelo de catastrofización

Seyler y cols²⁸, plantean un modelo transaccional de tensión y afrontamiento el cual puede explicar respuestas como la catastrofización ante el dolor. Los autores del modelo mencionan que, cuando una persona afronta una situación que pertenece a un momento pasado o a una situación de expectativa futura relacionada al dolor, puede evaluarla de dos formas fundamentales; por un lado está la evaluación primaria, la cual determina si dicha situación es importante o no es de mucha importancia y, además si es de carácter benévolo o es significativamente problemático, y por otro lado está el desencadenamiento de desesperanza en la posibilidad de carencia de alternativas de afrontamiento.

Dimensiones de la Catastrofización²⁴

Rumia cognitiva

En detalle, la rumia cognitiva, es un proceso primario, que hace referencia a la centralización de los pensamientos enfocados en el dolor o, se pone en manifiesto la incapacidad para redirigir la atención a otros aspectos diferentes del dolor.

Magnificación

Es un proceso de evaluación primaria, donde la persona tiende a considerar que el dolor representa una amenaza sobrevalorada, donde una persona tiende a exagerar el daño asociado al dolor.

Desesperanza

Pertenece a un proceso de evaluación secundaria, donde la persona identifica las alternativas para afrontar una situación estresante, la misma que pueda ser ejecutable y cuán exitosa puede ser. En la medida que aumente la catastrofización, se incrementa también, la indefensión o desesperanza, lo que significa que, si una persona experimenta altos niveles de catastrofización, puede ser ineficaz al momento de afrontar el dolor.

Variables psicológicas que influyen en la catastrofización²⁸

Los estudios realizados sobre la catastrofización del dolor, o las modulaciones cognitivas que tiene las personas frente al dolor, han identificado o determinado la asociación significativa de diversas variables psicológicas que pueden influir a la presencia de altos índices de catastrofización o las que tienden a relacionarse con niveles bajos de la misma.

Variables psicológicas que influyen de manera negativa

Seyler y cols²⁸ identifican un conjunto de variables que tienden a influir en los pacientes de tal manera que intensifican el grado de catastrofización. El estado de ánimo, la severidad del dolor, el estrés, la discapacidad física. Asimismo, el miedo vinculado al dolor es un aspecto relevante dado que la presencia de ello, conduce a la evitación, lo cual desencadena en síntomas depresivos, elevados niveles de intensidad de dolor y, desde alguna incapacidad motora o la discapacidad permanente. Existe también relación entre la presencia de catastrofización y la presencia de dolor crónico de espalda baja.

Variables psicológicas que influyen de manera positiva

Silva y cols²⁹, menciona que una de las principales variables que contribuye a una notable disminución de la catastrofización, es la aceptación, ya que ello significa

que la persona esté menos angustiada, menor probabilidades de desarrollar cuadros depresivos, y mayor funcionalidad social.

El autor define a la aceptación como el resultado del acuerdo que establece el paciente y el dolor, lo cual da las bases para la reestructuración de objetivos de vida tomando en cuenta o incluyendo la realidad del dolor. Además, se hace referencia a que los rasgos de personalidad esquizoide, evitativo, dependiente y pasivo-agresivo se correlaciona de manera inversa con la aceptación y de manera directa con la catastrofización. A esto, se suma, que una mentalidad predispuesta a la desarrollar aceptación de una realidad, facilita de manera notable la capacidad de adaptación de una persona permitiéndole posibilidades de mejoras en la calidad de vida sobre todo en pacientes geriátricos con dolor crónico.

2.3. Terminología básica.

- **Catastrofización:** Percepción negativa y excesiva frente a una experiencia dolorosa real o imaginaria que posee la función de modular las respuestas ante estímulos dolorosos.
- **Rumia cognitiva:** Proceso primario, que hace referencia a la centralización de los pensamientos enfocados en el dolor.
- **Magnificación:** Proceso de evaluación primaria, donde una persona tiende a exagerar el daño asociado al dolor.
- **Desesperanza:** Proceso de evaluación secundaria, donde la persona identifica las alternativas para afrontar una situación estresante.

2.4. Variables e indicadores

Catastrofismo: (adaptado de la Escala de Catastrofización del dolor)²⁸

Variable de Investigación	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Valor
Catastrofismo	Rumia cognitiva	Percepción de pensamientos enfocados al dolor	Pain Catastrophizing Scale (autor Sullivan 1995) una escala que evalúa actitud y utilizo la Escala de Likert	0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
	Desesperanza	Percepción ineficaz al momento de afrontar el dolor		0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo
	Magnificación	Percepción exagerada del dolor		0: Nada en absoluto 1: Un poco 2: Moderadamente 3: Mucho 4: Todo el tiempo

Unidad de Observación: Características del adulto mayor con dolor crónico

Unidad de Observación	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Valor
Características del adulto mayor con dolor crónico	Demográficas	Edad	intervalo	1= 60 - 71 años 2= 72 - 83 años 3= 84 - 95 años
		Género	nominal	0: Varón 1: Mujer
		Grado de Instrucción	ordinal	0: Sin estudios o Básico 1: Técnico 2: Universitario
	Factor Biológico	Enfermedad asociada	Nominal	0= osteoartritis 1= artritis 2= enf. MMSS 3= enf. MMII 5= otras
		Tiempo de dolor	Ordinal	0= <1 año 1= 1-2 años 2= >2 años

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de Investigación:³⁰

El estudio fue de enfoque cuantitativo dado que se recurrió al método deductivo mediante el conteo de datos y procesos matemático estadístico, a fin de dar respuesta al problema de investigación.

Fue de alcance descriptivo simple, puesto que se describe las variables tal cual aparecen en el contexto de investigación. Se buscó especificar las propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Se describieron tendencias de un grupo o población; asimismo, se analizó la presencia de la variable central del estudio según variables, como: género, edad, grado de instrucción, tipo de familia según integrantes y enfermedad asociada al dolor.

El estudio se realizó bajo los lineamientos del diseño no experimental, ya que no existió manipulación deliberada de las variables de modo que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Asimismo, fue de corte transversal debido a que se realizó una sola medición en el tiempo.

3.2. Población y muestra

Población

La población estuvo comprendida por los pacientes adultos mayores que acuden al servicio de terapia física de un Hospital de Lima, con dolor crónico, siendo aproximadamente de 720 en el mes de octubre y noviembre del 2018.

Muestreo. - Por conveniencia:

Criterios de inclusión:

- Varones y mujeres adultos mayores (considerado por OMS = mayores de 60 años).
- Varones y mujeres que presenten dolor crónico (dolor más de 3 meses).
- Varones y mujeres que se atienden en el Hospital donde se realiza la encuesta.
- Varones y mujeres que desearon participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Varones y mujeres con dolor agudo.
- Varones y mujeres con alguna enfermedad o trastorno neurológico que impida llenar el cuestionario.
- Varones y mujeres con alteraciones de la conciencia.
- Varones y mujeres que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
- Varones y mujeres que no desean participar en el estudio.

Cálculo de Muestra: cálculo de población finita

Los pacientes adultos mayores que fueron atendido por dolor crónico fueron de N=720. Para el tamaño de muestra probabilística se utilizó la fórmula de Roberto Hernández.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Z = Valor de Z para la seguridad o nivel de confianza. Generalmente 95% ($\alpha=0,05$).

p = Proporción (prevalencia) de la variable. maximizar con p = 0,5.

q = 1 – p

d = Precisión depende del Investigador. Costo y tiempo.=0.05

N = Tamaño de la Población de estudio.

$$n = \frac{720(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 \cdot (720 - 1) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} = 251.7$$

= Redondeado a 252

3.3. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos

Nuestra investigación utilizó como técnica la encuesta y como instrumento a la Escala de Catastrofización del Dolor.

Técnica

Se solicitó permiso al director del hospital con una carta de autorización para poder realizar la investigación en dicho nosocomio. Los meses de recolección de datos fueron entre 15 de octubre y 15 de noviembre del año 2018.

Se coordinó con la responsable del servicio de terapia física para poder obtener autorización y acceso al servicio donde se aplicó la encuesta.

Se aplicó la encuesta a los pacientes que cumplían los requisitos en su sesión de terapia, explicándole al paciente a través de un consentimiento informado y firmado voluntariamente.

La encuesta tuvo duración de 10 minutos. Se agradeció al término de la encuesta al paciente por su colaboración.

Instrumento

Se empleó la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS por sus siglas en inglés), creada por Sullivan et al. en 1995, adaptada al español por García et al. (2008, citado en Seyler et al., 2014)²⁸. Es un constructo explicado por tres factores a los que el autor denominó: Rumia cognitiva (preocupación constante e incapacidad de inhibir pensamientos relacionados con el dolor, 4 reactivos), Magnificación (la exageración de lo desagradable del dolor, 3 reactivos) y Desesperanza (pérdida de la esperanza por lograr algo, o por que desaparezca algún aspecto físico y/o psicológico perjudicial para la salud, 6 reactivos). Los anclajes de respuesta están en base al sistema Likert, que se evalúa de 0 (nada en absoluto), 1(un poco), 2(moderadamente), 3(mucho) y 4 (todo el tiempo). Puntuaciones más altas indican niveles más altos de catastrofismo.

- Rumiación 0 -16 puntos
- Desesperación 0-24 puntos
- Magnificación 0-12 puntos
- TOTAL 0-52 puntos.

Validez

García et al. (2008, citado en Seyler et al., 2014)²⁸ sometió el instrumento a un análisis factorial confirmatorio (AFC) con la finalidad de estudiar los datos de ajuste al constructo propuesto por Sullivan y cols²⁷, y citado por Olmedilla, los resultados

confirmaron el ajuste del modelo de tres factores con valoraciones CFI =.99; IFI = 0.99; NFI = .97; NNFI = 0.99; RFI = .96; CN =135,17.

Confiabilidad

García et al. (2008, citado en Seyler et al., 2014)²⁸ evaluó la consistencia interna de los ítems en una muestra de 135 personas, obteniendo valoraciones de 0.94 para la escala total, 0.92 para el factor “Rumia cognitiva”, 0.74 para el factor “Magnificación”, y 0.90 para el factor “Desesperanza”.

Para la presente investigación, se realizó un estudio piloto en 45 personas adultas mayores evaluando las respuestas en función a la consistencia interna de los ítems calculando el coeficiente del alfa de Cronbach cuyas valoraciones obtenidas confirman la confiabilidad del instrumento: 0.893 para la escala total, 0.874 para Rumia cognitiva, 0.756 para Magnificación y 0.798 para Desesperanza. (Anexo)

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadísticos.

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos; se recurrió a la estadística descriptiva e inferencial. Respecto a los resultados de la estadística descriptiva se calcularon las medidas de tendencia central así como la distribución de las frecuencias de la variable general y por dimensiones con el fin de conocer el comportamiento de proporciones de las categorías cualitativas (alto o bajo), para éste último, los datos fueron sometidos a la prueba chi cuadrado de proporciones, a fin de señalar el predominio significativo de una de las mencionadas categorías.

3.5. Aspectos éticos.

El estudio es de tipo no experimental que establece el compromiso de total privacidad, intimidad confidencialidad y anonimato sobre la información de los participantes, por lo cual en primer lugar se informó a cada participante sobre los objetivos del estudio y la encuesta, por consiguiente, se presentó un consentimiento informado donde no existe compromiso y obligación de participación, todos los participantes tienen la información correspondiente.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

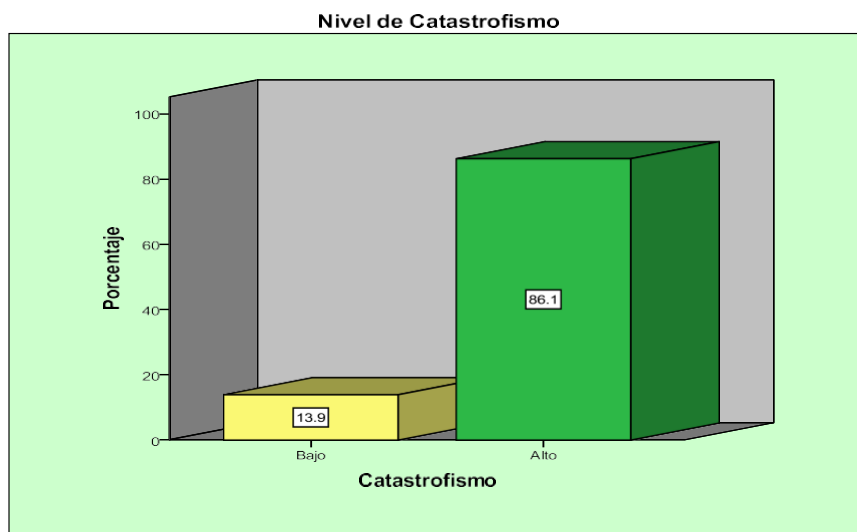
4.1. Resultados

Tabla 1: Nivel de Catastrofismo en los adultos mayores

Nivel de Catastrofismo	n	Porcentaje
Alto	217	86,1
Bajo	35	13,9
Total	252	100,0

Fuente propia

Gráfico 1: Nivel de Catastrofismo en los adultos mayores.



Fuente propia

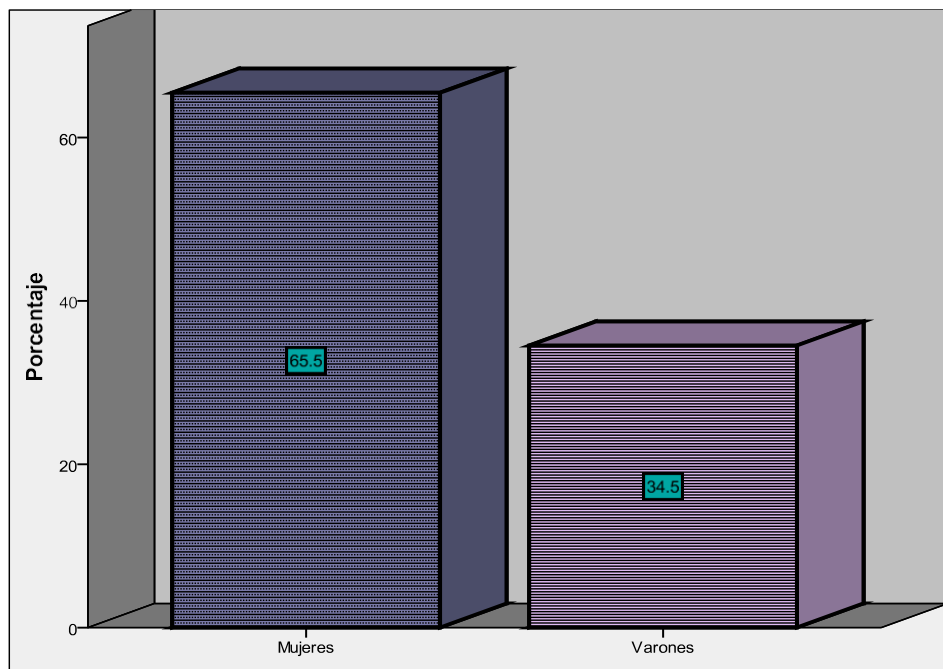
ANÁLISIS: En la Tabla 1 y el Gráfico 1, que presenta el nivel de catastrofismo en los adultos mayores, el 86,1% (n=217) presenta un nivel alto de catastrofismo y sólo el 13,9% (n=35) presentó un nivel bajo de catastrofismo.

INTERPRETACIÓN: Para nuestra investigación de los 252 casos evaluados con la escala, se identifica que hay un nivel alto de catastrofización de adultos mayores que padecen dolor crónico.

Tabla 2: Género de los adultos mayores con dolor crónico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Mujeres	165	65.5	65.5
Válidos	Varones	87	34.5	100.0
	Total	252	100.0	

Gráfico 2: Género de los adultos mayores con dolor crónico.



Fuente propia

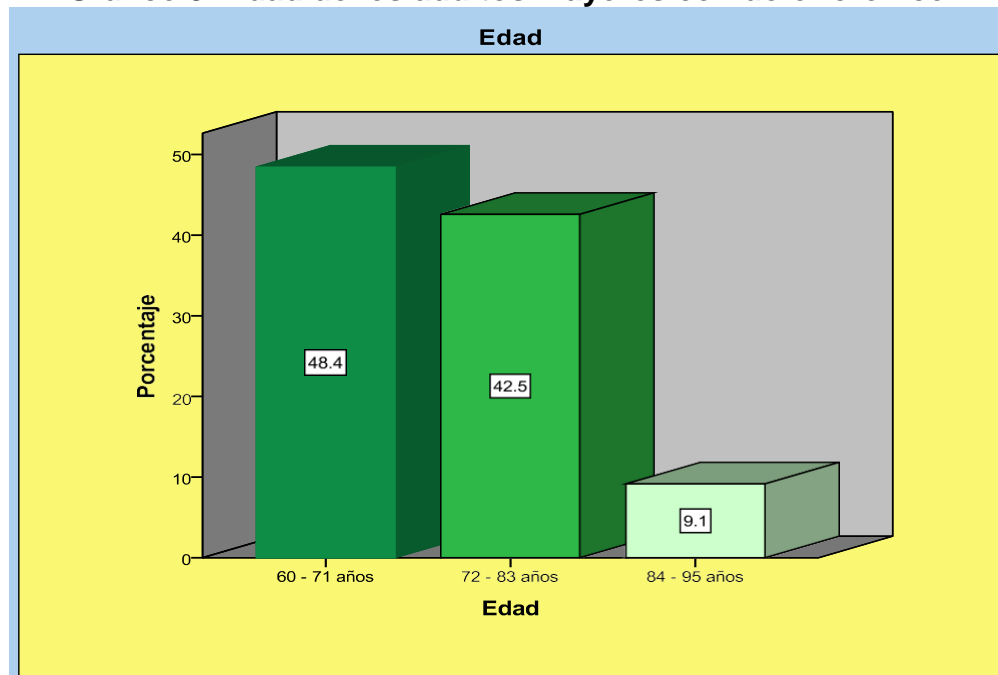
ANÁLISIS: En la tabla N°2 y el gráfico N°2 que representa el género de la población en estudio correspondiente a que el 65.5% son del género femenino y el 34.5% son del género masculino de la muestra de 252 personas adultos mayores.

INTERPRETACIÓN: En relación a los datos y resultados obtenidos, más del 60% que participaron de la investigación son del género femenino adultas mayores.

Tabla 3: Edad de los adultos mayores con dolor crónico.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60 - 71 años	122	48.4	48.4	48.4
	72 - 83 años	107	42.5	42.5	90.9
	84 - 95 años	23	9.1	9.1	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Gráfico 3: Edad de los adultos mayores con dolor crónico.



Fuente propia

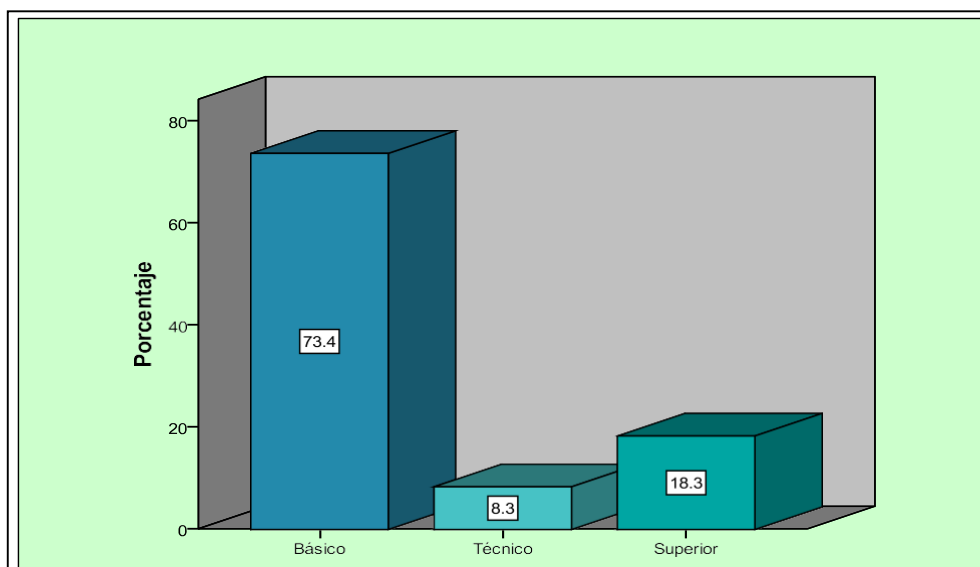
ANÁLISIS: En la tabla N°3 y el gráfico N°3 que representa la edad de la población en estudio correspondiente a un 48.4% está entre las edades 60-71 años; el 42.5% están entre las edades 72 – 83 años y solo el 9.1% están entre edades del 84 – 95 años.

INTERPRETACIÓN: En relación a los datos y resultados obtenidos, el mayor porcentaje de personas adultas mayores con dolor crónico oscila entre las edades 60 - 71 años y es probable porque ellos aun se encuentran con alguna actividad de la vida diaria.

Tabla 4: Grado de instrucción de los adultos mayores con dolor crónico.

		Grado de instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Básico	185	73.4	73.4	73.4
	Técnico	21	8.3	8.3	81.7
	Superior	46	18.3	18.3	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Gráfico 4: Grado de instrucción de los adultos mayores con dolor crónico.



Fuente propia

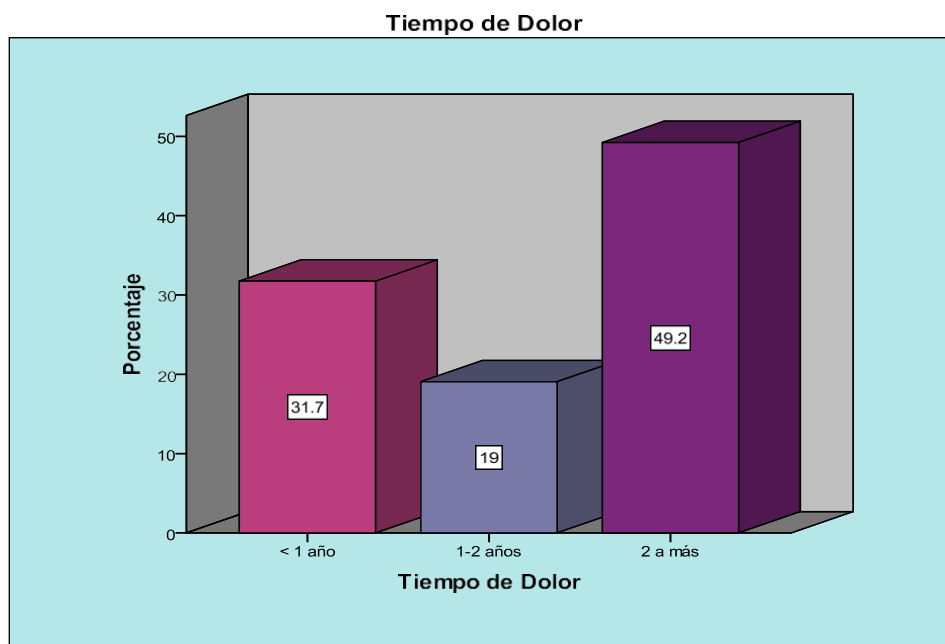
ANÁLISIS: En la tabla N°4 y el gráfico N°4 que representa grado de instrucción de la población investigada, se evidencia con un 73.4% tienen un grado de instrucción básico, un 18.3% grado de instrucción superior y un 8.3% grado de instrucción técnico.

INTERPRETACIÓN: En relación a los datos y resultados obtenidos, el mayor porcentaje de personas adultas mayores con dolor crónico tienen un grado de instrucción básico (dentro de ellos están los que solo se quedaron en su primaria, secundaria incompleta).

Tabla 5: Tiempo con dolor crónico de los adultos mayores.

Tiempo del Dolor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	< 1 año	80	31.7	31.7	31.7
	1-2 años	48	19.0	19.0	50.8
	2 a más	124	49.2	49.2	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Gráfico 5: Tiempo con dolor crónico de los adultos mayores.



Fuente propia

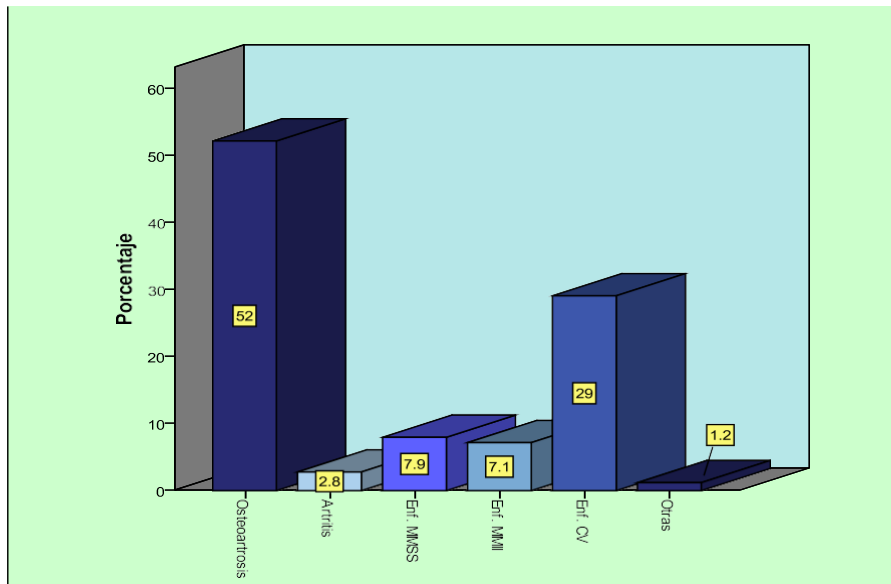
ANÁLISIS: En la tabla N°5 y el gráfico N°5 que representa el tiempo del dolor crónico, se evidencia con un 49.2% padecen con el dolor más de dos años, con un 31.7% menor de un año y con un 19% lo padecen entre uno a dos años.

INTERPRETACIÓN: En relación a los datos y resultados obtenidos, el mayor porcentaje de personas adultas mayores con dolor crónico lo padecen más de 2 años.

Tabla 6: Enfermedades de los adultos mayores con dolor crónico.

		Enfermedades			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Osteoartrosis	131	52.0	52.0	52.0
	Artritis	7	2.8	2.8	54.8
	Enf. MMSS	20	7.9	7.9	62.7
	Enf. MMII	18	7.1	7.1	69.8
	Enf. CV	73	29.0	29.0	98.8
	Otras	3	1.2	1.2	100.0
	Total	252	100.0	100.0	

Gráfico 6: Enfermedades de los adultos mayores con dolor crónico.



Fuente propia

ANÁLISIS: En la tabla N°6 y el gráfico N°6 que representa las enfermedades que aquejan al adulto mayor con dolor crónico, se evidencia que un 52% padecen con osteoartrosis, 29% con enfermedades en columna vertebral, 7.9% y 7.1% con enfermedades en miembro superior e inferior respectivamente, 2.8% con artritis y otras enfermedades 1.2%.

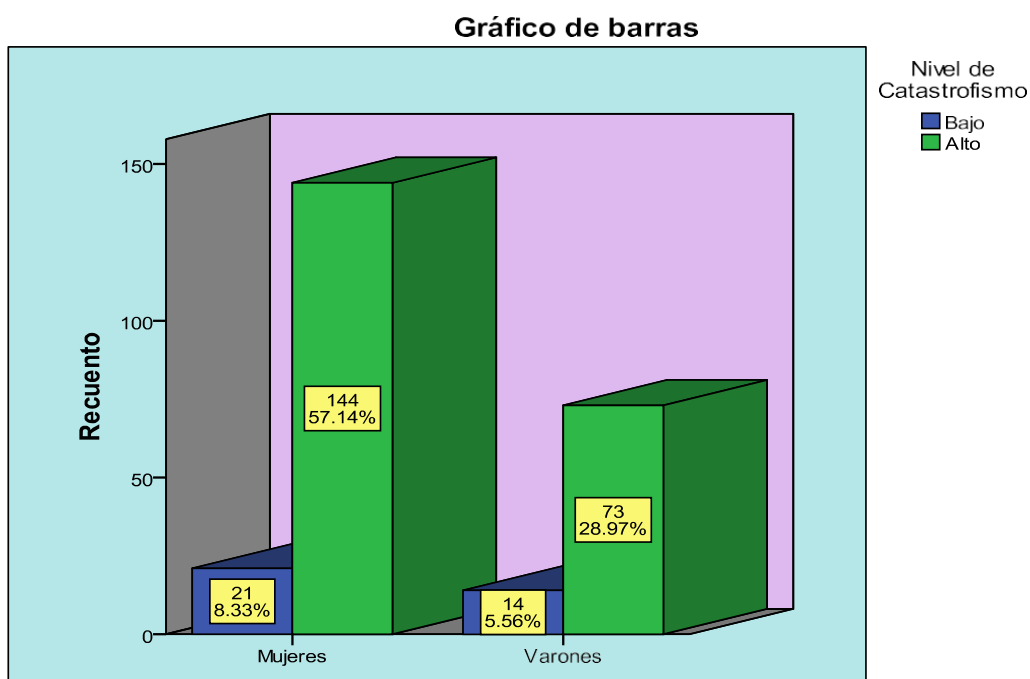
INTERPRETACIÓN: En relación a los datos y resultados obtenidos, el mayor porcentaje de personas adultos mayores con dolor crónico tienen osteoartrosis, seguido de enfermedades en columna vertebral (principalmente lumbar y cervical)

Tabla 7: Nivel de catastrofismo según su Género.

	Nivel de catastrofismo					
	Bajo		Alto		Total	
Género	N	%	n	%	n	%
Femenino	21	8,3	144	57,1	165	65,5
Masculino	14	5,6	73	29,0	87	34,5
Total	35	13,9	217	86,1	252	100,0

Fuente propia

Gráfico 7: Nivel de catastrofismo según su Género.



Fuente propia

ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: En la tabla N°7 y el gráfico N°7, en relación al nivel de catastrofismo según su género se evidenció que existe mayor cantidad de mujeres adultas mayores con alto nivel de catastrofismo: 57,1% (n=144), seguido por los varones adultos mayores: 29,0% (n=73).

Tabla 8: Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,539 ^a	1	,463		
Corrección por continuidad ^b	,295	1	,587		
Razón de verosimilitudes	,529	1	,467		
Estadístico exacto de Fisher				,452	,290
Asociación lineal por lineal	,537	1	,464		
N de casos válidos	252				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,08.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Fuente propia

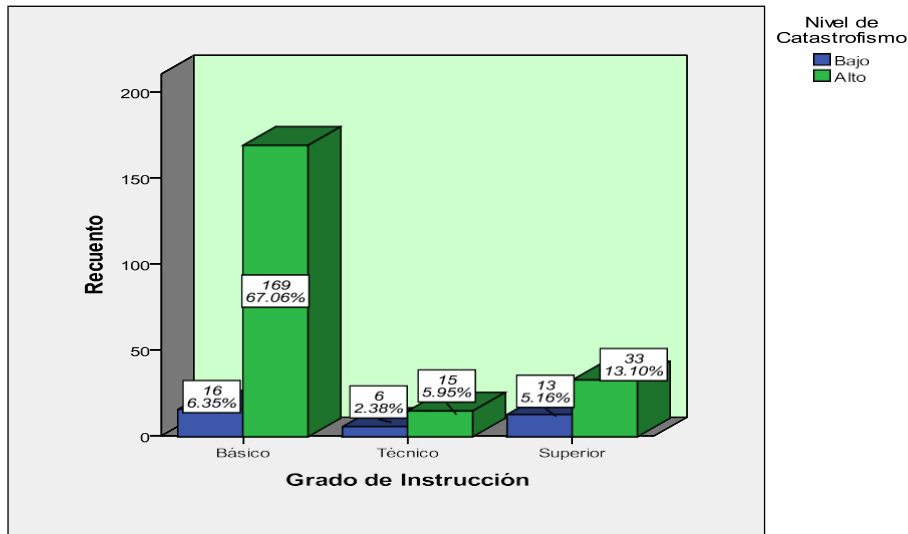
INTERPRETACIÓN: En tabla N°8, con la prueba Chi-cuadrado se identifica que en relación a los datos y resultados obtenidos, No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de catastrofismo y el género, siendo el $p=0,463$.

Tabla 9: Nivel de Catastrofismo según Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	Nivel de catastrofismo					
	Bajo		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
Básico	16	6,3	169	67,1	185	73,4
Técnico	6	2,4	15	6,0	21	8,3
Superior	13	5,2	33	13,1	46	18,3
Total	35	13,9	217	86,1	252	100,0

Fuente propia

Gráfico 8: Nivel de Catastrofismo según Grado de Instrucción



Fuente propia

ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: En la tabla N°9 y el gráfico N°8, en relación al nivel de catastrofismo según grado de instrucción, muestra que los adultos mayores con un grado de instrucción básico presentan alto nivel de catastrofismo: 67,1% (n=169).

Tabla 10: Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,977 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	14,275	2	,001
Asociación lineal por lineal	14,347	1	,000
N de casos válidos	252		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,92.

Fuente propia

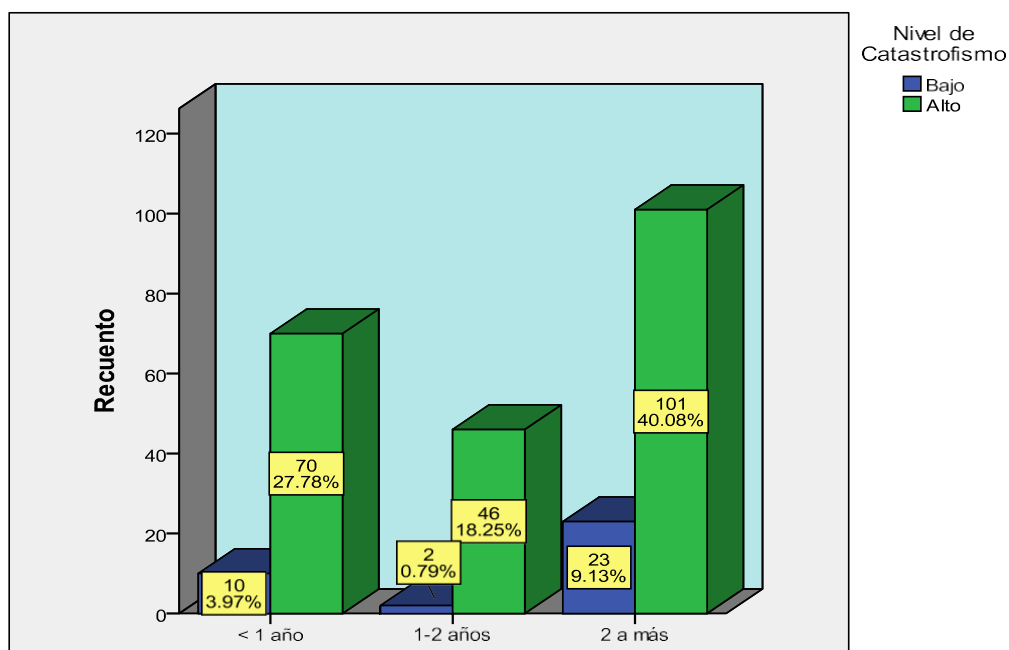
INTERPRETACIÓN: En tabla N°10, con la prueba Chi-cuadrado se identifica que en relación a los datos y resultados obtenidos, Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de catastrofismo y el grado de instrucción, siendo el $p=0,000$.

Tabla 11: Nivel de catastrofismo según tiempo de enfermedad

Tiempo de enfermedad	Nivel de catastrofismo					
	Bajo		Alto		Total	
	n	%	n	%	N	%
<1 año	10	4,0	70	27,8	80	31,7
1 a 2 años	2	0,8	46	18,3	48	19,0
> 2 años	23	9,1	101	40,1	124	49,2
Total	35	13,9	217	86,1	252	100,0

Fuente propia

Gráfico 9: Nivel de catastrofismo según tiempo de enfermedad



Fuente propia

ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: En la tabla N°11 y el gráfico N°9, en relación al nivel de catastrofismo y el tiempo con la enfermedad se aprecia lo siguiente: alto nivel de catastrofismo en adultos mayores con dolor de más de 2 años: 40,1% (n=101).

Tabla 12: Pruebas de correlación Chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,174 ^a	2	,146
R de Pearson	-,090	2	,156
Spearman	-,098	1	,122
N de casos válidos	252		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,67.

Fuente propia

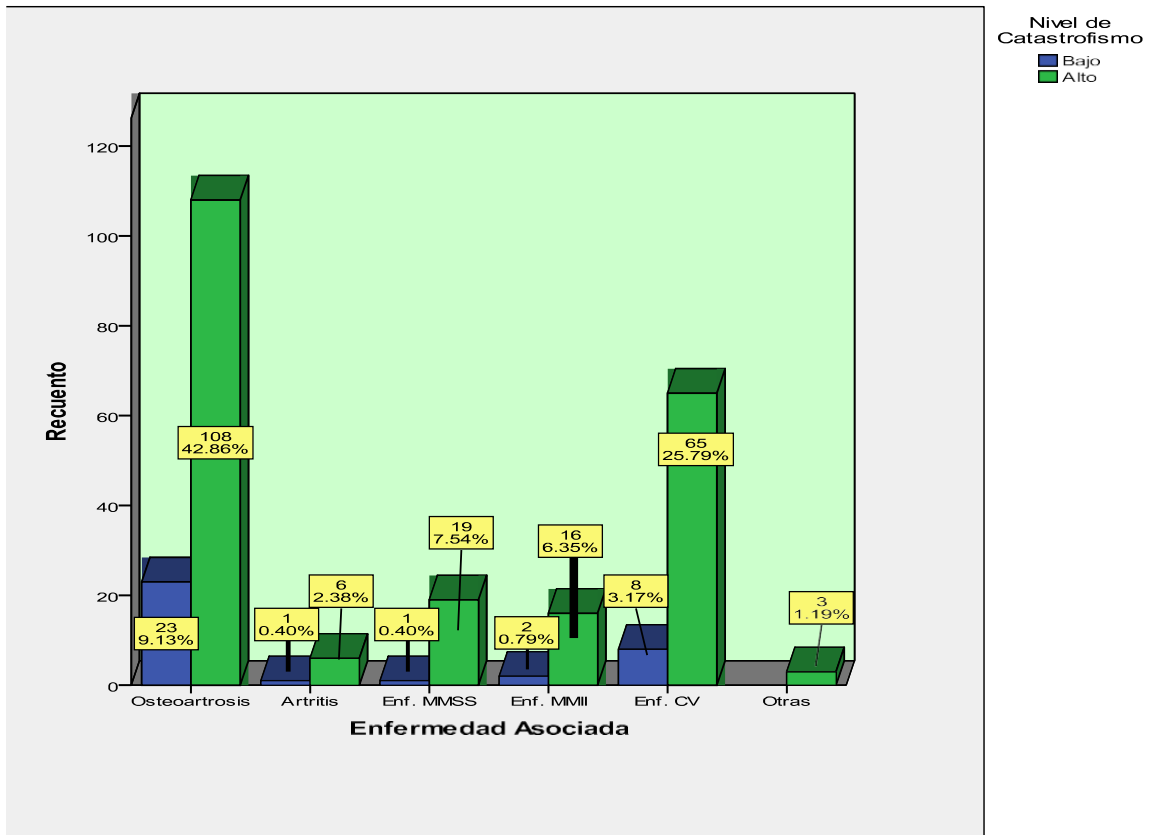
INTERPRETACIÓN: En tabla N°12, con la prueba Chi-cuadrado se identifica que en relación a los datos y resultados obtenidos, No se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de catastrofismo y el tiempo de enfermedad.

Tabla 13: Nivel de Catastrofismo según enfermedad asociada

Enfermedad asociada	Nivel de catastrofismo					
	Bajo		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%
Osteoartrosis	23	9,1	108	42,9	131	52,0
Artritis	1	0,4	6	2,4	7	2,8
Enf. Miembro Sup.	1	0,4	19	7,5	20	7,9
Enf. Miembro Inf.	2	0,8	16	6,3	18	7,1
Enf. Col. Vertebral	8	3,2	65	25,8	73	29,0
Otras	0	0,0	3	1,2	3	1,2
Total	35	13,9	217	86,1	252	100,0

Fuente propia

Gráfico 10: Nivel de Catastrofismo según enfermedad asociada
Fuente propia



ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: En la tabla N°13 y el gráfico N°10, en relación al nivel de catastrofismo y la enfermedad asociada se evidencia lo siguiente: mayor cantidad de adultos mayores con nivel alto de catastrofismo presentan alguna enfermedad de tipo osteoartrosis: 42,9% (n=108), seguida de enfermedades que afectan a la columna vertebral: 25,8% (n=65).

Tabla 14: Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,920 ^a	5	,561
Razón de verosimilitudes	4,648	5	,460
Asociación lineal por lineal	2,459	1	,117
N de casos válidos	252		

a. 5 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,42.

Fuente propia

INTERPRETACIÓN: En tabla N°14, con la prueba Chi-cuadrado se identifica que en relación a los datos y resultados obtenidos, No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de catastrofismo y la enfermedad asociada, siendo $p=0,561$.

4.2. Discusión

Valorar el nivel de catastrofismo es de vital importancia desde el enfoque biopsicosocial y sobre todo en adultos mayores que son una población vulnerable. Es por esto que estos resultados son importantes en nuestra realidad.

El presente estudio mostró un alto nivel de catastrofismo en la población estudiada, siendo 86,1%. Resultados similares obtuvo Ordoñez y cols¹⁰ donde el 93,2% de su población estudiada presentó niveles elevados de catastrofismo, teniendo en cuenta que en su población fueron sólo mujeres. En el presente estudio hallamos que el 57,1% de mujeres presenta un nivel elevado de catastrofismo. Resultados similares a los encontrados por Miró y cols¹⁸ que halló niveles más altos en mujeres. Sin embargo, la población estudiada por ellos fue en pacientes con fibromialgia. En nuestro estudio ningún paciente presentó dicho diagnóstico.

Nuestro estudio evidenció mayor cantidad de pacientes con osteoartrosis, siendo el 52%; seguido por los pacientes con alguna enfermedad en columna vertebral, siendo 29%; Y en su distribución con el nivel de catastrofismo se halló que el 42,9% de pacientes con niveles elevados presenta osteoartrosis y el 25,8% alguna enfermedad en columna vertebral. No diferenciamos la zona de afectación en columna vertebral, pero si se tienen en cuenta los hallazgos brindados por Muñoz y cols¹¹; y La Touche y cols¹³ que la zona que presenta mayor relación con el nivel de catastrofismo es la columna cervical. Es importante para futuros estudios diferenciar las zonas a nivel de la columna puesto que la zona lumbar también presenta altos niveles de cronificación y posible catastrofismo como lo muestran Gonzales y cols³¹ en una población donde encontraron niveles altos de kinesiofobia relacionados a dolor lumbar crónico.

En los adultos mayores evaluados se evidenció que los que presentan síntomas de la enfermedad mayores a 2 años de evolución muestran niveles altos de catastrofismo, siendo el 40,1%. Estos pacientes en su mayoría son clasificados como polifarmacias, que quiere decir que tienen diversos tratamientos farmacológicos y el consumo de estas drogas es elevado. Martínez y cols²⁵ encontró altos niveles de catastrofismo relacionado al tiempo de síntomas. Por su parte, Cecchi y cols² hallaron que los niveles elevados de catastrofismo se relacionan con un mayor consumo de fármacos. Los adultos mayores son más propensos a presentar pensamientos negativos en relación a su situación sanitaria. Esto debe ser abordado desde un enfoque biopsicosocial y tratar de evitar que lleguen a cronificar síntomas.

Un aspecto importante a tomar en cuenta en nuestros resultados es que existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de catastrofismo y el grado de instrucción ($p=0,000$); evidenciándose que los adultos mayores con niveles elevados de catastrofismo tienen un menor grado de instrucción, ya sea básica o sin estudios. Este dato es muy importante pues podría dar algunos acercamientos a lo que se viene manejando en el campo de neurociencia del dolor, y es que las personas que conocen mejor la enfermedad son las que presentan mejores niveles de afrontamiento y mejor manejo de su sintomatología. Así mismo las personas que tienen una visión positiva de su enfermedad presentan menores niveles de catastrofismo y cronificación como lo demuestra Ordoñez y cols¹⁰.

Es necesario evaluar y estudiar el impacto sobre los adultos mayores acerca de la educación que se le puede brindar mostrando las características de su enfermedad de una manera didáctica y con un sentido de positivismo. Es por ello la importancia del tiempo de evaluación dedicado a la entrevista con el paciente, asimismo como

lo mencionan Sullivan y Seyler²⁸ es muy importante ubicar las palabras adecuadas para explicar la situación al paciente y detectar las banderas amarillas en frases que ellos nos pueden estar mencionando.

Por último, este estudio debe de ser tomado en cuenta para futuras investigaciones al respecto.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los adultos mayores presentan un nivel elevado de catastrofismo llegando a ser el 86,1%.
- Las mujeres adultas mayores son las que presentan niveles elevados de catastrofismo, siendo 57,1%.
- Los adultos mayores con dolor crónico con grado de instrucción básico presentan niveles elevados de catastrofismo, siendo el 67 %.
- Los adultos mayores con sintomatología mayor a 2 años de evolución presentan niveles elevados de catastrofismo. (40,1%)
- Los adultos mayores con osteoartrosis (42,9%) y enfermedades de columna vertebral (25,8%) presentan niveles elevados de catastrofismo.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda abordar al paciente desde un enfoque biopsicosocial, reconociendo así más factores como las emociones, su entorno y/o los pensamientos sobre su enfermedad; para poder intervenir de manera más efectiva en los pacientes.
- Se recomienda realizar más investigaciones con otro estrato social y /o un muestreo en diversos distritos.
- Según las referencias y resultados obtenidos en nuestra investigación se recomienda a las instituciones de salud que puedan incluir la evaluación de

catastrofización del dolor, ya que puede ser de suma importancia para el conocimiento y manejo del dolor.

- Se recomienda realizar una intervención multidisciplinaria con terapias cognitivo – conductual, ya que en investigaciones demuestra que se reduce la catastrofización en diversas condiciones clínicas.
- No se tomó en consideración en nuestras características sociodemográficas la ocupación actual del paciente; por la tanto se recomienda tomar en cuenta para futuras investigaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blanco, E., Espinosa, J., Marcos, H., & Rodríguez, M. *Guía de buena práctica clínica en dolor y su tratamiento* (1a edición). (2014) España: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf
2. Cecchi, F., Paperini, A., Molino, R., Pasquini, G., Boni, R., Castagnoli, C., Macchi, C. Dolor en pacientes que acuden a rehabilitación ambulatoria: resultados de un estudio piloto, (2015) *10*(1), 351-357. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1199-3>
3. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain*. 2010 Nov;11(11):1230-9. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.002. Epub 2010 Aug 25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20797916>
4. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):119-30. doi:10.1037/a0035514. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24547798>
5. Jiménez, M. *Catastrofización y Aceptación: Correlación de Constructos Psicológicos con la Percepción del Dolor en pacientes con Fibromialgia* (Tesina de Licenciatura). (2013) Universidad de Zaragoza, España. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/9306?ln=es>

6. M.A. Erazo, L. Pérez, C.C. Colmenares, H. Álvarez, I. Suárez y F. Mendivelso. Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Soc Esp Dolor* 2015; 22(6): 241-248
7. Varanda-Pereira, Pereira de Vasconcelos. Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jul.-ago. 2014;22(4):662-9 DOI: 10.1590/0104-1169.3591.2465. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00662.pdf
8. Loeser, J. (2007). Cuestiones actuales en el manejo del dolor. En *Diagnóstico y tratamiento en el dolor*. Disponible en: <https://www.proquest.com/products-services/ebooks/ebooks-main.html>
9. Noyman-Veksler G, Lerman SF, Joiner TE, Brill S, Rudich Z, Shalev H, Shahar G. Role of Pain-Based Catastrophizing in Pain, Disability, Distress, and Suicidal Ideation. *Psychiatry*. 2017 Summer;80(2):155-170. doi: 10.1080/00332747.2016.1230984. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28767335>
10. Ordóñez, C., Contreras, M., & González, R. Calidad de Vida Laboral, Catastrofismo y Aceptación del Dolor Crónico Osteomuscular en Mujeres Trabajadoras, (2017) 19(58), 26-30. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492017000100026>. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-5800026.pdf>
11. Muñoz, D., Gil, A., López, A., Lopez-de-Uralde, I., La Touche, R., & Fernández, J. Chronic Neck Pain and Cervico-Craniofacial Pain Patients

- Express Similar Levels of Neck Pain-Related Disability, Pain Catastrophizing, and Cervical Range of Motion. *Pain Research and Treatment*. Volume 2016, Article ID 7296032, 8 pages. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7296032>
12. Martínez, A., Gancedo, A., Chudáčik, M., Babío, J., & Suárez, P.. Estudio transversal del efecto de la catastrofización y ansiedad ante el dolor sobre la capacidad funcional y el consumo de fármacos en pacientes con fibromialgia, (2016) 23(1), 3-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.11.002>
13. La Touche, R., Paris, A., Gil, A., Pardo, J., Díaz, S., & Fernández, J. Cambios sensomotora masticatorios después de una prueba de masticación experimental influenciada por la catastrofización del dolor y la discapacidad relacionada con el dolor en el cuello en pacientes con cefalea atribuida a trastornos temporomandibulares, (2015).16(20), 2-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s10194-015-0500-1>
14. Cuetos-Pérez JM, Amigo-Vázquez I. Relación del apoyo social y familiar con la aceptación del dolor en pacientes con fibromialgia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2018, 18 2, 151-161. Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen18/num2/487/relacion-del-apoyo-social-y-familiar-con-ES.pdf>
15. Miró, E., Diener, F., Martínez, M., Sánchez, A., & Valenza, M. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos, 2012, 24(1), 10-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/727/72723431002/>

16. Dagnino, J. Definiciones y clasificación del dolor, 1994 23(3), 10-15.
Disponible en:<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1034/914>
17. Moix, J., & Casado, I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico, 2011, 22(1), 41-50. Disponible en:
<https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>
18. Miró, J. El dolor: aspectos conceptuales. En *Dolor crónico, procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. (2010) (2ª edición, p. 224):
Desclée De Brouwer. Recuperado de
<https://www.edesclée.com/tematicas/psicologia/dolor-cronico-procedimientos-de-evaluacion-e-intervencion-psicologica-detail>
19. Puebla, F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico, (2005) 28(3), 139-143. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
20. Rabah, E. Guías de dolor FEDELAT, (2017) 3(1), 1-12. Disponible en:
<http://fedelat.com/wp-content/uploads/2018/03/dolor-oncologico-no-cronico.pdf>
21. Maestre, J. El dolor en el adulto mayor, (2001) 32(4), 184-188. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc01036>
22. Moix, J., & Casado, I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico, (2011) 22(1), 41-50. Disponible en:
<https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a3>

23. M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno , F. Bandrés Moyá , M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre y L. Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-236. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
24. Cheng ST, Chen PP, Chow YF, Chung JWY, Law ACB, Lee JSW, Leung EMF, Tam CWC. The Pain Catastrophizing Scale-short form: psychometric properties and threshold for identifying high-risk individuals. Int Psychogeriatr. 2019 Feb 20:1-10. doi: 10.1017/S1041610219000024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30782232>
25. Martinez-Calderon J, Jensen MP, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain Catastrophizing and Function In Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin J Pain. 2019 Mar;35(3):279-293. doi: 10.1097/AJP.0000000000000676. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30664551>
26. Ruscheweyh, R., Willemer, C., Krüger, K., Duning, T., Warnecke, T., Sommer, J., ... Flöel, A. Actividad física y funciones de memoria: un estudio de intervención. (2011) 32(7), 1309-1319. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2009.08.001>.
27. Olmedilla, A., Ortega, E., & Abenza, L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles, (2013) 13(1), 83-94. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1578-84232013000100009

28. Seyler, A., Hernández, L., Freyre, Á., González, M., & Sullivan, M. Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor, (2014) 61(24), 18-24. Disponible en:http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5522ff2905431_original261.pdf
29. Silva, J., Gonzales, J., Mas, T., Marques, S., & Partezani, R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, 2016 34(3), 251-258. Disponible en:
<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>
30. Hernández Sampieri y otros. Metodología de la Investigación. 5ta. Ed. ed. Mc Graw Hill. Impreso en México. 2010
31. Gonzales B., Terrazas P. Asociación entre kinesofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un Hospital de Lima, 2017. Repositorio UPNW. 2017. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1330/TITULO%20-Terrazas%20Antaquispe%2C%20%20Percy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación titulada: "Catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima, 2018" una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los bachilleres: Lucia La Serna Gallegos y Judith Maravi Loyola, ambas egresadas de la Universidad Privada Norbert Wiener. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario que permitirá obtener información necesaria para el desarrollo de la investigación. Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODO	INSTRUMENTO
CATASTROFISMO ANTE EL DOLOR CRÓNICO EN ADULTOS MAYORES QUE SE ATIENDEN EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2018	General	General	General	Diseño	Escala de Catastrofización del Dolor (PCS por sus siglas en inglés)
	¿Cuáles son los niveles de catastrofización ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018?	¿Determinar los niveles de catastrofización ante el dolor crónico que presentan los adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018?	Existen elevados niveles de catastrofismo ante el dolor crónico en adultos mayores que se atienden en un Hospital de Lima en el año 2018.	Diseño no experimental de corte transversal de tipo descriptivo simple	
	Específicos	Específicos		Población	
	1)¿Cuál es la percepción de catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según el género?	Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según el género		Está constituida por 720 adultos mayores con dolor crónico	
	2)¿Cuál es la percepción de catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según el grado de instrucción?	Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según grado de instrucción.		Muestra	
3)¿Cuál es la percepción del catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según duración del dolor?	Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según duración del dolor.		Se tomará 252 pacientes hallado por la fórmula para población finita.		
4)¿Cuál es la percepción del catastrofismo frente al dolor crónico en adultos mayores, según la enfermedad asociada al dolor?	Describir la percepción de catastrofismo, de manera general, frente al dolor crónico en adultos mayores, según enfermedad asociada al dolor.		Estadísticos		
				<ul style="list-style-type: none"> • Estadística descriptiva • Prueba de chi-cuadrado 	

Validación de Instrumentos

Validación de jueces

Ítem		JUECES										Acuerdos	V Aiken	P	
		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10				
1	Coherencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
2	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
3	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
4	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
5	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
6	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
7	Coherencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
8	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
9	Coherencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
10	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
11	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
12	Coherencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00	0.001	Válido
13	Coherencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Relevancia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido
	Pertinencia	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0.09	0.001	Válido

Análisis de correlación ítem - test

	Correlación total de elementos corregida
1 Cuando ocurre una catástrofe, ayudo donando dinero o víveres.	0,697
2 Colaboraría con instituciones de beneficencia.	0,627
3 Si alguien perdió algún objeto personal, le ayudo a buscarlo	0,806
4 Estoy de acuerdo con brindar hospedaje a personas.	0,639
5 Comparto mis útiles escolares y/o materiales de trabajo.	0,683
6 Cuando me percató de un robo doy aviso a las autoridades	0,593
7 Trabajaría como voluntario (a) en grupos como cruz roja o bomberos.	0,624
8 Acostumbro a donar dinero o en especie, para apoyar a las personas necesitadas.	0,532
9 Ante una catástrofe, pienso que unidos podemos salir adelante.	0,689
10 Ayudo a personas de la tercera edad y con capacidades diferentes a cruzar la calle	0,561
11 Brindaría alimento a personas que vienen de fuera.	0,480
12 Me gustaría ser paramédico aunque no recibiera un sueldo	0,491
13 Cuidaría enfermos sin recibir un pago.	0,619

Confiabilidad de instrumento

		Alfa de cronbach
Variable central	Catastrofización	0.893
Dimensiones	<i>Rumia cognitiva</i>	0.874
	<i>Magnificación</i>	0.756
	<i>Desesperanza</i>	0.798

Instrumento

INSTRUMENTO DE CATASTROFIZACIÓN DEL DOLOR

Instrucciones:

A continuación, se le presentan 13 premisas relacionadas al dolor que padece, la información que nos brinde servirá para mejorar nuestros procesos y de ese modo contribuir a una mejora de su calidad de vida. Para responder la presente escala, deberá de sombrear el recuadro correspondiente a una de las cinco alternativas de respuesta relacionadas a la frecuencia con la que ocurre alguna situación específica del dolor.

Antes de inicial, por favor, bríndenos los siguientes datos:

- Sexo: Varón Mujer
- Edad: [] años
- Nivel de estudio: Sin estudios o estudios básicos; Técnico; Superior
- Duración del dolor: [] meses
- Tipo de familia: Conyugue; Conyugue e hijos; Sólo hijos; Extendido; Unipersonal
- Enfermedad asociada al dolor: [.....]

		Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Todo el tiempo
1	Estoy preocupado todo el tiempo pensando en si el dolor desaparecerá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Siento que ya no puedo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Es terrible y pienso que esto nunca va a mejorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Es horrible y siento que esto es más fuerte que yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Siento que no puedo soportarlo más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Temo que el dolor empeore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	No dejo de pensar en otras situaciones en las que experimento dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Deseo desesperadamente que desaparezca el dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	No puedo apartar el dolor de mi mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	No dejo de pensar en lo mucho que me duele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	No dejo de pensar en lo mucho que deseo que desaparezca el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	No hay nada que pueda hacer para aliviar la intensidad del dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Me pregunto si me puede pasar algo grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por su participación

Toma de datos

