

Calidad de vida y atención plena en adulto mayor con dolor crónico.

Paula Juanita Valentina Coy Mayorga.

Tatiana Morales Caicedo.

Fredy Alexander Rodríguez Castellanos.

Director de la investigación.

Universidad Santo Tomás.

Bogotá Colombia.

Facultad de psicología.

2019.

Tabla de contenido

1. Resumen.....	5
1.1 Abstract.....	6
2. Problematización.....	7
2.1. Planteamiento problema.....	7
2.2. Pregunta de investigación.....	11
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	15
4.1. Objetivo general.....	15
4.2. Objetivos específicos.....	15
5. Marco epistemológico.....	15
6. Marco disciplinar.....	18
7. Marco multidisciplinar.....	24
8. Marco normativo.....	27
9. Antecedentes investigativos.....	28
9.1 Calidad de vida y dolor crónico.....	28
9.2 Dolor crónico y atención plena.....	34
9.3 Calidad de vida y atención plena.....	38
9.4 Mindfulness como concepto.....	40
10. Método.....	42
10.1. Participantes.....	43
10.2. Instrumentos.....	44
10.3. Procedimiento.....	46
11. Consideraciones éticas.....	50

12. Resultados.....	51
13. Discusión.....	60
14. Conclusiones.....	67
15. Alcances.....	68
16. Limitaciones.....	69
17. Sugerencias.....	70
18. Referencias.....	71

Lista de tablas y figuras

Figuras.

Figura 1. Distribución de sexo.....	52
Figura 2. Distribución del estado civil.....	53
Figura 3. Frecuencia de la comorbilidad de patologías.....	54

Tablas.

Tabla 1. Alpha de cronbach de los instrumentos.....	55
Tabla 2. Estadísticos descriptivos.....	55
Tabla 3. Tabla cruzada de dolor crónico y atención plena.....	56
Tabla 4. Tabla cruzada de dolor crónico y calidad de vida.....	56
Tabla 5. Tabla cruzada de atención plena y calidad de vida.....	57
Tabla 6. Tabla de correlaciones de Pearson.....	58

Resumen

La presente investigación tiene como objeto principal determinar si existe una asociación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena, en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá Boyacá, desde un alcance metodológico correlacional, donde la muestra está compuesta por 70 participantes elegidos por medio de un muestreo de tipo no probabilístico o dirigido.

Los instrumentos administrados para medir las variables fueron, el cuestionario McGill, el cuestionario SF-36 y Mindful Attention Awareness Scale (MASS), dado que permiten conocer los índices de dolor crónico, calidad de vida y atención plena respectivamente.

Para el análisis de resultados, se utilizó la prueba de correlación de Pearson, que corresponde a un análisis de tipo paramétrico, dado que las variables a analizar se comportan de manera normal, la muestra supera los 30 participantes, y las variables son de tipo escalar, obteniendo como resultado la asociación entre las diferentes variables.

Finalmente, los resultados indican que, a partir del análisis estadístico, variables como dolor crónico y atención plena obtuvieron una correlación de Pearson de -0,46, revelando una asociación inversamente proporcionales entre las variables; así como ; dolor crónico y calidad de vida al obtener como resultado una correlación de Pearson -0,41; por su parte, las variables calidad de vida y atención plena, arrojaron como resultado una correlación de Pearson de +0,33, reflejando una relación directamente proporcional entre dichas variables.

Palabras Clave: Adulto Mayor, calidad de vida; dolor crónico y atención plena.

Abstract

The main purpose of this research is to determine if there is an association between chronic pain, quality of life and full attention, in a group of older adults, belonging to a psychosocial care center in the municipality of Chiquinquirá Boyacá, from a correlational methodological scope, where the sample is composed of 70 participants chosen through non-probabilistic or targeted type sampling.

The instruments administered to measure the variables were the McGill questionnaire, the SF-36 questionnaire and the Mindful Attention Awareness Scale (MASS), given that they allow knowing the rates of chronic pain, quality of life and mindfulness, respectively.

For the analysis of results, the Pearson correlation test was used, which corresponds to a parametric type analysis, given that the variables to be analyzed behave in a normal manner, the sample exceeds 30 participants, and the variables are scalar., obtaining as a result the association between the different variables.

Finally, the results indicate that, from the statistical analysis, variables such as chronic pain and mindfulness obtained a Pearson correlation of -0.46, revealing an inversely proportional association between the variables; as well as; chronic pain and quality of life, resulting in a Pearson correlation -0.41; On the other hand, the quality of life and mindfulness variables resulted in a Pearson correlation of +0.33, reflecting a directly proportional relationship between these variables.

Keywords: Elderly, quality of life; Chronic pain and mindfulness.

Problematización

Planteamiento del problema

El dolor es definido como una experiencia sensorial, subjetiva y emocional que se encuentra condicionada a interpretaciones personales de quien lo padece, influidas por su edad, situación cognitiva, estado emocional, y experiencia permitiendo que el sujeto lo perciba incluso sin alguna justificación física o biológica visible; sus dimensiones son: emocional, sensorial, cognitiva y conductual o psicológica (Romero, Tejero y Atanasio, 2017, p. 46).

El dolor crónico es aquel que persiste en el tiempo de 3 a 6 meses, incluso aunque las causas que lo desencadenaron desaparezcan; éste posee tres variedades, la primera es el de tipo agudo recurrente, caracterizada por períodos de dolor punzante que se repiten periódicamente. La segunda es el crónico agudo, que hace referencia a la presencia de un padecimiento continuo y de duración ilimitada (también conocido como maligno), finalmente la tercera es el dolor crónico no maligno, que se presenta debido a causas que no amenazan la vida del paciente, pero le provocan un importante deterioro físico y psíquico (Romero, Tejero y Atanasio, 2017, p. 46).

El dolor crónico se presenta generalmente en las personas con enfermedades físicas, tales como artritis, osteoporosis, lumbalgia y condiciones osteomusculares (en los miembros inferiores, superiores y craneofaciales), junto a enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes tipo 2, enfermedades respiratorias, obesidad y enfermedades cardiovasculares (Guerrero y Gómez, 2014, p. 41).

El fenómeno del dolor, se ha tratado de medir a partir de diferentes instrumentos, tales como el Cuestionario McGill (MPQ), uno de los más utilizados en América Latina, evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos tales como: localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad; este instrumento permite obtener distintos resultados, como el PRI (Pain Rating

Index), también conocido en español como IVD (Índice de Valoración del Dolor), y una puntuación independiente para cada una de las cuatro áreas evaluadas: PRI sensorial, PRI emocional, PRI valorativo y PRI miscelánea (Boyle, Fernández y Ortet, 2011, p. 113).

Según González y Moreno (2007), citado por Molina, Figueroa y Uribe (2013, p. 56), el dolor afecta la calidad de vida de quienes lo experimentan, dado que éste hace parte de la cotidianidad de los individuos y genera una limitación o evitación de las actividades diarias; por otra parte, Arteaga, Santacruz y Ramírez en el 2011 (citados por Cerquera, Uribe, Matajira, y Correa, 2017, p. 401) afirman, que los pacientes con procesos dolorosos tienen una calidad de vida más deteriorada en comparación a quienes consultan por otro tipo de procesos.

Según Tieska (2005, p. 82) la calidad de vida se divide en 8 dimensiones:

“La primera es la función física, que mide el grado de limitación de las actividades como el autocuidado, caminar, subir escaleras o inclinarse; la segunda es el rol físico, que hace referencia al nivel en que la salud corporal interfiere en el rendimiento, la limitación o la dificultad en la realización de las actividades diarias; la tercera es el dolor corporal, que valora su intensidad y sus consecuencias; la cuarta es la salud general que incluye el estado actual y sus perspectivas en el futuro; la quinta es la vitalidad, que cuantifica el sentimiento de energía con el de cansancio o agotamiento; la sexta es la función social, encargada de estimar el grado en que las afectaciones físicas o emocionales influyen en las interacciones y las relaciones del individuo; la séptima es el rol emocional, que mide el nivel en que este tipo de problemas interfiere en las actividades diarias del sujeto y la última dimensión es la de salud mental, que evalúa el control conductual y emocional de la persona”.

El instrumento óptimo para medir la calidad de vida de los participantes en esta investigación es el SF 36 (Health Survey 36), ya que evalúa de manera eficaz las dimensiones

mencionadas anteriormente; consta de 36 ítems, y es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en estudios que miden el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud en Colombia (Romero, 2010, p.p. 1).

Se ha identificado que una de las técnicas utilizadas para reducir el dolor crónico es el mindfulness, también denominado atención plena (Chiesa y Serretti, 2011. Citado por Henriksson, Wasara y Rönnlund, 2016, p. 587), dado que proporciona beneficios a personas con problemas crónicos de salud, en términos de mejorar su calidad de vida y reducir la ansiedad y la depresión, pues se ha evidenciado que a mayor atención plena se presenta mayor calidad de vida (Schoultz, Atherton, Hubbard y Watson, 2013, p.p. 42), generando un aumento en la aceptación, la tolerancia y la reducción de la angustia psicológica asociada al padecimiento (Veehof, Oskam, Schreurs, y Bohlmeijer, 2011. Citado por Henriksson, et al., 2016, p. 588).

“La palabra Mindfulness es la traducción de pali -sati- al inglés, que implica conciencia, atención y recuerdo, y su transcripción al castellano no es estándar, pues ha sido traducida como atención plena, conciencia plena, atención consciente, atención intencional, conciencia inmediata, o conciencia del momento” (Delgado, Rodríguez, Sánchez y Gutiérrez, 2012, p. 31).

Bishop (2002), citado por de Boer, Steinhagen, Versteegen, Struys y Sanderman (2014, p. 4), define de manera general el Mindfulness como "un estado de conciencia y concentración en el momento presente, en el que se acepta el instante actual sin evaluar los pensamientos o las reacciones emocionales de la situación", sin embargo, teniendo en cuenta que existen más lecturas del concepto, el presente ejercicio investigativo busca abordar el mindfulness como una capacidad del ser humano y una herramienta terapéutica.

Según Rodríguez (2017, p. 47):

“El Mindfulness es una capacidad básica y universal del ser humano, que consiste en la posibilidad de ser consciente de los contenidos de la mente en cada

momento, practicando la autoconsciencia. El Mindfulness se plantea como una herramienta accesible y disponible de forma natural para cualquiera”.

Respecto al Mindfulness como herramienta terapéutica:

“Ésta es una técnica aliada de las terapias de tercera generación que han transformado en los últimos años el enfoque de intervención psicoterapéutica vigente hasta ahora, incorporando al modelo de cambio, de conducta y/o pensamiento, el de aceptación de aquello que no se puede cambiar en la vida” (Lavilla et al., 2008, citado por Delgado et al., 2012, p. 40).

Dado que según Siegel, 2007, citado por Delgado et al., 2012 (p. 39)

“Existe notable evidencia empírica, psicoterapéutica y neurofisiológica, que revela que las aplicaciones específicas de mindfulness mejoran la capacidad de regular las emociones, de combatir las disfunciones emocionales, optimizar las pautas cognitivas y reducir los pensamientos negativos. Se observa un mejorable funcionamiento del organismo, pues hace que los procesos de curación, de respuesta inmunitaria, la reactividad al estrés y la sensación general de bienestar físico funcionen más eficazmente. Las relaciones con uno mismo y con los demás también mejoran ya que aumenta la capacidad de empatía y compasión”

El Mindfulness (atención plena) puede ser fortalecido por medio de su práctica, y posee unas condiciones iniciales para la misma, como que el sujeto logre enfocar la atención en el momento presente de manera intencional, sin emitir juicios acerca de la experiencia y de manera no-reactiva, además de la importancia de que el individuo regrese la atención en el momento presente cada vez que note que ésta se distrae (Kabat-Zinn, 1990 citado por López y Hernández, 2016, p. 55).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, y con el fin de evaluar el proceso de

Mindfulness se aplicará el cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MASS), dado que posee una excelente consistencia interna y es considerado una medida válida y confiable en muestras colombianas, su estructura consta de una escala tipo Likert de 15 ítems con una puntuación de 6 niveles (Ruiz, Suárez y Riaño, 2016, p.p. 9), además éste instrumento permite medir de forma concisa y breve el mindfulness en poblaciones sin experiencia previa de participación en una intervención de éste tipo (Bergomi, Tschacher y Kupper, 2012, citado por Rodríguez, 2017, p. 53).

El Centro Vida Años Dorados del municipio de Chiquinquirá, es una institución que busca promover el cuidado, el bienestar integral, y la asistencia social de sus beneficiarios, además de brindar herramientas y apoyar actividades como: socialización, recreación, lúdica, capacitación y productividad; con el fin de generar un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores, es decir las personas que cuentan con sesenta (60) o más años de edad (Ley N° 1276, 2009, p.p. 9).

En las investigaciones consultadas anteriormente se evidencia una asociación entre el dolor crónico y la calidad de vida, así como entre el dolor crónico y el mindfulness, sin embargo, no se encontraron investigaciones que contengan una correlación entre estas 3 variables, razón por la cual surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una relación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena en adulto mayor de 60 años, perteneciente a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá?

Justificación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) señala que para el año 2050, uno de cada cinco habitantes en el mundo será mayor de 60 años, lo que determina que el envejecimiento demográfico y los problemas de salud asociados al envejecimiento aumentaran

en las próximas décadas; lo que conlleva cambios de orden biológico, psicológico y social, donde el individuo es propenso a padecer enfermedades crónicas y desarrollar síntomas asociados al dolor crónico; es por esto que, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations definió el dolor “como el quinto signo vital, pues es una de las experiencias humanas más complejas, fuente de trastornos psicológicos y fisiológicos, y una de las causas más comunes de consulta” (Alvarado y Salazar, 2014; p.p 5).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), “Colombia parte de una población base equivalente a 42.888.592 a junio 30 de 2005 y se prevé que para el año 2020 será 50.912.429 habitantes, esto significa que existe una tasa de crecimiento promedio anual de 1,25 por cien habitantes en el periodo 2000-2005 disminuyendo quinquenio a quinquenio hasta llegar a una tasa del 1,09 por cien habitantes en el quinquenio 2015-2020”. Estos datos estadísticos, determinan que el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida implican una reducción del peso poblacional de los menores de quince años, y el incremento de los mayores de 60 años. En efecto, en el 2020 el peso del grupo de jóvenes menores de quince años se reduce en un 18,1% mientras el grupo de 60 y más se incrementa en un 42,1%. Lo anterior, indica el proceso de envejecimiento que comienza a cambiar a la población colombiana, lo cual determina la necesidad de reorientar y generar políticas de acuerdo con los cambios en la dinámica poblacional. (DANE, 2010, p. 47)

Por otra parte, es importante mencionar que, dentro de las estadísticas de suicidio en Colombia, según el instituto de medicina legal y ciencias forenses; se evidencia que el mayor riesgo de suicidio de las personas de 70 años o más sólo existe entre los hombres; de los cuales llama especial atención los que tienen entre 80 y más años de edad, su tasa es 251% superior a la tasa de la población en general. En el caso de las mujeres, “el envejecimiento no tiene un efecto mayor sobre sus tasas de suicidio, por lo que a partir de los 35 años ocurren menos de dos suicidios por 100.000 mujeres mayores de cinco años en cada grupo de edad, incluyendo a

las mujeres adultas mayores. (Montoya, 2015, p. 430).

En Colombia la Asociación Nacional del Estudio del Dolor realizó ocho encuestas nacionales desde el año 2000. Los resultados de 2014 evidencian que los dolores más frecuentes en los colombianos son: osteomusculares (64.5%), craneofaciales (23,3%), abdominales (7.8%) y, en el pecho y el tórax (3.3%). Por su parte, el 97.3 % de las personas con manifestaciones craneofaciales localizan su dolor a nivel cefálico (Guerrero y Gómez, 2014, p. 39).

De la población anteriormente mencionada el 2.8% reporta el dolor como crónico, refiriendo que estas dolencias han afectado su calidad de vida a nivel laboral (36%), emocional (34.1%), sueño (33.3%), vida social (27.3%) y vida sexual (21.9%); finalmente, se evidencia en la mayoría, que el dolor ha sido tratado con medicamentos (94.5%), remedios caseros (46.6%), fisioterapia (40.9%), medicina alternativa (29.7%), cirugía (17%) y bloqueos (12.6%) (Guerrero y Gómez, 2014, p. 40-42).

En este orden de ideas, es pertinente resaltar que la conceptualización de psicología de la salud según Piña y Rivera (2006) citado por Palacios y Pérez-Acosta (2017, p. 8), indica que:

“la Psicología de la Salud debe entenderse simple y llanamente como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las condiciones de la investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud (Piña y Rivera, 2006, p. 673)”.

En este orden de ideas, mindfulness (atención plena), como técnica, disminuye los síntomas psicológicos, en donde las personas aprenden a tomar conciencia de las sensaciones de su cuerpo, pensamientos y emociones sin ser juzgados. Este método, reduce los juicios y pensamientos negativos, que son las principales causas de los síntomas psicológicos y probablemente conduce a su eliminación favoreciendo la productividad y calidad de vida del individuo (Solati, Mousavi, Kheiri, y Hasanpour-Dehkordi, 2017, p.p.3-5).

Es desde este panorama, que la Universidad Santo Tomás, pretende generar conocimientos socialmente relevantes del proceso de salud y enfermedad, así como de bienestar psicológico. En este sentido el presente proyecto de grado se inserta en la línea de investigación “Calidad de vida y bienestar en contextos de salud”, en la cual se plantean interrogantes sobre estos fenómenos en individuos, grupos sociales y organizaciones; favoreciendo el desarrollo de entornos saludables y productivos.

La investigación en curso será abordada desde un alcance metodológico correlacional, que pretende identificar si existe una relación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena en adulto mayor de 60 años, perteneciente a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá, teniendo en cuenta que a partir de la revisión literaria pocos estudios e investigaciones que contengan estas tres variables; por lo que surge la necesidad de abordar este fenómeno, puesto que el dolor crónico es un tema de salud pública, que a medida que la población envejezca será pertinente visibilizar, lo que conlleva una serie de condiciones que limita e incapacita la productividad y autonomía en la calidad de vida del adulto mayor, y es allí donde la psicología puede generar un aporte al respecto. Es una investigación que se realiza en una institución que busca favorecer el bienestar psicosocial que tiene como objetivo estratégico promover una cultura de envejecimiento activo, recuperando y manteniendo el máximo grado de autonomía de los adultos mayores, restableciendo sus derechos y calidad de vida, para lo cual se hará una lectura desde las bases conceptuales de

atención plena, con el fin de comparar su asociación con las variables como dolor crónico y calidad de vida.

Objetivos

General

- Determinar si existe una asociación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá.

Específicos

- Establecer el nivel de dolor crónico en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá.
- Describir el nivel de -calidad de vida en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá.
- Identificar el nivel de atención plena en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá.

Marco Epistemológico

Para la presente investigación se asumirá como propuesta epistemológica el Positivismo; como contexto en los primeros párrafos se realizará una breve introducción de la historia del Positivismo y sus aplicaciones, teniendo en cuenta que el positivismo supone que la realidad puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente, y por tal razón, se debía encontrar un método adecuado y válido para “descubrir” esa realidad.

Posteriormente, se dará una lectura de cómo el positivismo se basa en constructos hipotéticos, que según Mayntz en 1985 (citado por Meza, 2015, p. 3) responden a una estructura objetiva de la realidad que implican elementos descriptivos y valorativos del fenómeno, y, además, ordenan y evalúan la percepción del sujeto, guían sus acciones y facilitan la comunicación.

Como se mencionó anteriormente, el paradigma positivista en particular asume la existencia de un método específico para conocer la realidad, por tanto, el principio de la ciencia positivista se centra su atención, afirmando que el sujeto tiene una posibilidad absoluta de conocer la realidad mediante un método específico (Dobles, Zúñiga y García, 1998; citados por Meza, 2015, p.1).

La corriente positivista sustenta que la realidad es única y que puede ser fragmentada para su análisis donde las partes logran ser manipuladas independientemente, en este sentido, según Dobles, Zúñiga y García (1998) citados por Meza (2015, p. 2), esta corriente parte de teorías previamente seleccionadas que, a partir de un enfoque hipotético - deductivo, sugieren hipótesis que se pueden contrastar en la investigación para confirmarlas o eliminarlas

Por otro lado, Dobles, Zúñiga y García (1998) citados por Meza (2015, p.1; p.p.6), afirman que los científicos positivistas pueden obtener un conocimiento objetivo del estudio del mundo natural y social; ya que para ellos las ciencias naturales y las ciencias sociales utilizan una metodología similar para emplear la misma lógica y procedimientos de investigación, por esta razón, se considera que el método científico es único y el mismo en todos los campos del saber.

En este sentido, siguiendo a Gutiérrez (1996) citado por Meza (2015, p.1; p.p 7), el paradigma positivista busca en los fenómenos sociales, las causas o hechos con independencia de los componentes subjetivos de los individuos.

En conexión con lo anterior, desde la perspectiva positivista como lo indican Dobles, Zúñiga y García (1998) citados por Meza (2015, p. 1), los sentidos, la razón y los instrumentos que utiliza el sujeto le permiten contemplar un acercamiento directo con la realidad, por esta razón, el método de la ciencia es descriptivo; esto significa que la ciencia describe los hechos y determina las relaciones constantes entre los mismos, mediante leyes que permiten la predicción de las causas.

Por esta razón, Juhos (1971) citado por Standler (2010, p. 142), plantea que “el positivismo y el empirismo fundados de manera lógica resultan ser en consecuencia un método epistemológico analítico que parte de los diferentes tipos de proposiciones de las ciencias y la vida cotidiana por los procedimientos de obtención y comprobación de los mismos”. De acuerdo a lo anterior, esta postura epistemológica, responde a constructos hipotéticos como calidad de vida, dolor crónico y atención plena, los cuales, a pesar de tener un componente subjetivo en el individuo posibilitan el análisis de la experiencia sensorial entre el sujeto y el objeto lo que permite la elaboración y aplicación de pruebas cuantitativas confiables y verídicas, como lo son el MPQ, instrumento por excelencia que mide la intensidad de dolor en el sujeto; SF – 36, que mide a partir de 8 criterios específicos la calidad de vida de los individuos y el MAAS, un instrumento que cuantifica la atención plena de los sujetos; generando datos cuantitativos que describen la experiencia del individuo con su realidad y permite conocer las relaciones o asociaciones que existe entre dichos constructos, esa asociación se establece a través de pruebas estadísticas fundamentadas sobre las probabilidades matemáticas.

Marco Disciplinar

En este apartado se pretende exponer una revisión teórica de la psicología con relación a las variables, calidad de vida, dolor crónico y atención plena. Por esta razón, como lo indica Calatayud (1999) citado por Díaz (2010, p.p. 14), la Psicología de la salud “es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención en salud”; que se interesa por el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en el estado de salud, la condición de enfermar, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, incluyendo acciones útiles como: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los pacientes enfermos y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los individuos.

Desde esta lógica, la psicología de la salud, contempla aportes enriquecedores de la psicología positiva, que como lo indica García (2014, p.p 4) supone un “modelo salutogénico orientado a la promoción y el desarrollo personal, complementario del tradicional modelo patogénico” por su apuesta a una psicología orientada a la salud, al bienestar subjetivo y psicológico, al crecimiento y la autorrealización personal, como un nuevo campo de investigación empírica; lo que denomina Seligman (s.f) (citado por García,, 2014, p.p. 9) *Positive Health*; que hace referencia al sentido de bienestar físico, ausencia de síntomas de pesadez, sentido de durabilidad, resistencia y confianza en el propio cuerpo, un *locus* de control sobre la salud interna, optimismo, alto nivel de satisfacción vital, emoción positiva, mínima y adaptativa emoción negativa y alto sentido de compromiso.

En contexto a lo anterior, Carol Ryff (s.f) (citado por García, 2014, p.p. 14) propone un modelo multidimensional sobre el bienestar psicológico, entendido como: El desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida que incluye seis dimensiones:

autoaceptación (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada), *relaciones positivas* (relaciones interpersonales de calidad), *autonomía* (sentido de autodeterminación), *dominio del entorno* (capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante), *crecimiento personal* (sentido de crecimiento y desarrollo como persona) y *propósito en la vida* (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido), que fortalecen la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas.

Por esta razón, es importante mencionar que las investigaciones sobre el bienestar en la vejez, exploran relaciones entre el bienestar psicológico y variables tales como: la autoestima; la actividad social; el afrontamiento; los rasgos de personalidad; el apoyo social; el funcionamiento del self; el nivel y estilo de vida; el estado funcional; la salud; la religión y variables sociodemográficas tales como: edad, sexo y estado civil (Lombardo, 2012, p. 53).

En este sentido, como lo plantea Palacios, Torres y Mena (2009, p.125), respecto a la variable edad, los datos obtenidos de diferentes investigaciones indican que la percepción que las personas mayores tienen de la vejez varía en función de la edad cronológica, y tiende a ser más negativa a medida que aumenta la edad en esta etapa de ciclo vital.

Por otro lado, con respecto a la variable sexo, se ha comprobado que las mujeres tienen una percepción de la vejez más negativa que los hombres. Este fenómeno está asociado a factores sociales, económicos y de salud.

Finalmente, en lo que se refiere al estado civil, Bazo y Maiztegui (s.f) citados por Palacios et al. (2009, p.125) señalan que las autopercepciones de los adultos mayores son diferentes en función de esta variable. Así, se ha encontrado que “las personas mayores viudas experimentan sentimientos de soledad más frecuentemente que las casadas y que tienen una percepción de la propia salud más negativa”.

En este sentido, es la expectativa de vida la que marca en la vejez, la necesidad de acomodar sus objetivos, emociones y proyectos a ese límite de tiempo.

Al mismo tiempo, la psicología del desarrollo de la edad adulta, según Martínez (2007) citado por Parra (2017, p. 47), contempla dos teorías del envejecimiento; la primera es conocida como teorías del envejecimiento normativo, que como lo indica Peck (1968) citado por Parra (2017,p. 49), propone cuatro dilemas del desarrollo adulto: el primero es el aprecio de la sabiduría vs. el aprecio de la fuerza física; para este autor, a medida que empieza a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas canalizan gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales; el segundo conflicto es la socialización vs. la sexualización en las relaciones humana, que establece un ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos; el tercer dilema es la flexibilidad emotiva vs. el empobrecimiento emotivo; y finalmente la flexibilidad vs. la rigidez mental, donde se lucha contra la obstinación en sus hábitos por desconfiar de las nuevas ideas.

Por otro lado, Baltes (1989) citado por Parra (2017, p.75), propone una teoría sobre el envejecimiento exitoso, explicando que es allí, en esta etapa del ciclo vital, donde se logra conseguir un nivel funcional estable, un estado satisfactorio y una autoimagen positiva a partir de tres procesos de adaptación: a) Selección: entendido como la reformulación de las metas de desarrollo y establecimiento de preferencias; b) Optimización: comprendido como la adquisición o perfeccionamiento de medios, recursos y conductas que permiten obtener las metas previstas; y, c) compensación: dirigida al mantenimiento del nivel funcional o estatus bio - psico-social.

Planteando que el objetivo de la interacción entre estos tres procesos es “lograr un sistema de vida satisfactorio, exitoso y activo, aún a pesar de las limitaciones obvias que impone por sí misma la edad”.

En este sentido, la OMS (2002) citado por Parra (2017, p. 66) utiliza el término envejecimiento activo para definir el envejecimiento, como esa etapa del ciclo vital que *“permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de*

todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados”.

Por lo tanto, el envejecimiento activo tiene por objetivo, el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Su planificación estratégica está basada en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos), que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen, y respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

En este sentido, es importante mencionar que la salud juega un papel importante en esta etapa del ciclo vital; las enfermedades crónicas o no transmisibles en la actualidad son un problema de salud pública, por lo que es necesario resaltar que estas están acompañadas de síntomas como el dolor crónico que afecta la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas.

Con respecto a lo anterior, cabe mencionar que el dolor ha sido comprendido y abordado desde diferentes teorías; así como lo señala Herrera (2003, p.p 36), existen tres teorías importantes: la primera es conocida como la teoría de la especificidad del dolor, la cual explica la transmisión del dolor. Se basa en la concepción de que siempre hay una relación de causa-efecto en la percepción del dolor, y propone que hay receptores específicos del dolor (nociceptores), que proyectan impulsos sobre vías nerviosas específicas de dolor (A-delta y fibras C) por la médula espinal hacia el cerebro; la segunda es la teoría del patrón del dolor la cual surgió cuando se demostró que los nociceptores respondían a estímulos como la presión y la temperatura, y no solo al dolor. Sugiere que no hay nociceptores específicos para el dolor, y que este resulta de una combinación de intensidad de estímulos y del patrón de suma central de impulsos en el cuerno dorsal de la médula espinal; y la tercera teoría es, la teoría del control de

las compuertas en la percepción del dolor la cual se basa en las dos anteriores y es ampliamente utilizada en la clínica, aunque no tiene completo apoyo de evidencia experimental. Fue propuesta originalmente por Melzack y Wall (1965) citado por Herrera (2003, p. 36), afirman que el dolor pasa por una serie de vías nerviosas, en donde tiene que atravesar compuertas. Esta teoría propone que el dolor alcanza un nivel de conciencia antes de ser percibido, y si este puede ser prevenido, la percepción disminuye o se elimina.

En contexto a lo anterior, Turk y Okifuji (2001) citado por Costa y Pinto (2011, p. 39), definen el dolor crónico como el dolor que se extiende más allá del tiempo esperado de curación, y resistió seis meses o más desde el inicio. Estudios previos han encontrado que el dolor severo es un riesgo al factor de mortalidad, de enfermedades del corazón y enfermedades respiratorias en particular (Torrance, Elliott, Lee y Smith, 2010; citado por Costa y Pinto, 2011, p. 39), desde allí se ha implementado el ejercicio del método de mindfulness que ha tomado fuerza en los últimos años en el tratamiento contra el dolor.

Por esta razón, cabe mencionar que el dolor crónico afecta la calidad de vida de las personas y es así como Blanco (1985) citado por Moreno y Ximénez (1996, p. 7) plantea que la calidad de vida, necesariamente depende del espacio de ciclo vital, de las aspiraciones, de las expectativas de las referencias vividas y de las necesidades individuales y colectivas del sujeto, es así, que la psicología entiende por concepto calidad de vida al “tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria que; aunque retoma componentes del bienestar objetivo, se basa en la percepción y estimación de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y a los elementos integrantes de las mismas”.

Villalobos (1989) citado por Mora et al. (2004, p.4), indica que las personas mayores no cuentan con suficientes recursos económicos, lo que limita el poder satisfacer de forma

adecuada sus necesidades básicas; en contraparte las que están institucionalizados, experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados y aislados de su núcleo familiar, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros.

En contexto a lo anterior, es necesario mencionar que existe una tendencia de tratamientos alternativos, diferentes a los fármacos que posibilitan el bienestar físico y subjetivo de las personas cuando éstas padecen algún tipo de dolor, es por ello que el ejercicio de mindfulness o atención plena de origen budista, introducido a occidente por Jon Kabat Zinn (2005) citado por Gonzales (2014, p.p. 67) lo define desde la capacidad humana como “la conciencia que surge de prestar atención, con propósito, en el momento presente y sin juzgar”, está compuesto por cinco principios que integran el bienestar subjetivo del individuo, el primero de ellos es la atención y la conciencia; referida a la habilidad de estar completamente consciente, a partir de ejercicios de monitoreo cognitivo, emocional y corporal producidos por las influencias del entorno; el segundo es estar en el momento presente, el aquí y el ahora; el tercer principio comprende el impacto del funcionamiento mente - cuerpo producido por eventos externos que en su mayoría no pueden ser controlados por los individuos; el cuarto, refiere la práctica de mindfulness, como un ejercicio de aceptación y aprecio propio que busca la tranquilidad; y finalmente el quinto principio resalta un aspecto ético de la dimensión que favorece el potencial de la justicia, la paz y el balance ecológico del mundo social (Nilson y Kazemi, 2016; citado por Bortmas et al, 2017, p.50).

Si bien se sabe que la práctica tradicional de *Mindfulness* tiene raíces milenarias, sus métodos han experimentado un aumento de interés y popularidad en los últimos años. El modelo de tratamiento fue conocido como *Mindfulness* basado en la reducción del estrés y ha sido incorporado paulatinamente a las intervenciones en dolor crónico.

El entrenamiento en esta práctica busca desarrollar la habilidad para estar conectado de modo flexible con lo que está pasando en el presente. Para que la conexión se produzca, el sujeto debe tener una actitud de aceptación de los contenidos mentales negativos asociados al dolor, con lo cual se espera minimizar las respuestas automáticas de afrontamiento.

La práctica de la atención plena o *mindfulness* permite a la persona percatarse de que sus pensamientos y sentimientos son transitorios, siempre cambiantes y frecuentemente orientados ya sea al pasado (recuerdos negativos) o al futuro (preocupaciones), con el grado de estrés que eso involucra.

Los métodos o herramientas terapéuticas del *Mindfulness* incluyen: meditación basada en la respiración, meditación basada en el cuerpo (escáner corporal), caminar basado en la meditación. En forma complementaria se usan ejercicios de yoga para mejorar la conciencia del cuerpo, la resistencia y flexibilidad corporal.

Marco Multidisciplinar

La medicina, en su definición epidemiológica y fisiopatológica, menciona que el dolor crónico, a diferencia del dolor catalogado como normal, no cumple una función protectora, sino que se caracteriza por transformarse en enfermedad y se relaciona con alteraciones presentes en el sistema nervioso central (SNC), lo que tiende a mantener la sensación de dolor en ausencia de una lesión y puede llegar a magnificar su percepción, desencadenando que estímulos indoloros se perciban como dolorosos o que estos estímulos sean más dolorosos de lo esperado (Romero, Tejero y Atanasio, 2017, p. 46). El tratamiento que propone la medicina se enfoca en el ámbito farmacológico, con medicamentos como agentes anticonvulsivantes, que tienen graves consecuencias secundarias, antidepresivos, analgésicos locales, opiáceos, antagonistas

de los receptores NMDA y la potenciación de analgesia mediante antagonistas opiáceos, que no siempre resultan efectivos (Cruciani y Nieto, 2006, p, 322).

El campo de la fisioterapia, afirma que el dolor es el síntoma principal que acompaña el curso de las alteraciones físicas, en especial las patologías osteomusculares, generando limitaciones funcionales en el sujeto, razón por la cual éste dolor debe ser minimizado de manera rápida y eficaz (Fonseca citado por Torres, Sanabria y Guerra 2009, p. 68), las intervenciones que propone esta área de la salud son los protocolos de intervención terapéutica compuestos por modalidades físicas como la termoterapia, infrarrojos y crioterapia; también se plantea la aplicación de modalidades eléctricas como tens, ultrasonido y corriente interferencial, y por último, la modalidad cinética dentro de la cual se establece la realización de facilitación neuromuscular propioceptiva y los ejercicios activos libres, intervenciones que han demostrado efectividad en la reducción de la sensación del dolor por los pacientes (Torres, et al., 2009, p. 66).

Según Goberna, Mayo y Lojo (2014, p. 50), el dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad de las personas que lo padecen, lo cual compromete su calidad de vida y su salud en general, por lo que el área de enfermería propone un plan de atención que promueva el autocuidado del paciente, generando adherencia al tratamiento por medio de aspectos como: a) la garantía de la comprensión de la información recibida sobre su diagnóstico y las posibilidades terapéuticas para su patología, b) proporcionar formación, información y educación sobre el cumplimiento de horarios, efectos secundarios y la utilización de recursos, c) potenciar el autocuidado a través de técnicas de educación para la salud, como la realización de ejercicio, normas posturales y estilos de vida saludables, d) promover una mayor independencia del paciente, ayudando a la adaptación de las limitaciones que la enfermedad pudiera ocasionarle.

Aunque la efectividad de esta intervención se desconoce, es posible que permita aminorar los efectos del dolor crónico y sus consecuencias tanto a nivel personal como para el sistema sanitario, pues un paciente comprometido con su proceso conoce los fármacos que debe consumir, acata las recomendaciones médicas y se adhiere de forma correcta al tratamiento.

El derecho por su parte, menciona que el alivio del dolor debe ser considerado un derecho humano y se convierte en un problema de salud pública, pues se establece que “toda persona tiene derecho a disfrutar el más alto nivel de salud física y mental”, además del artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (citado por Brennan y Cusins, 2005, p.p. 8), según el cual “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”, asimismo Margaret Somerville (citada por Brennan y Cusins, 2005, p.p. 17), menciona que el hecho de no proporcionar un alivio adecuado del dolor, sin razón alguna, constituye una negligencia, lo cual es considerado una violación directa a los derechos humanos.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 (p.p. 2) busca ofrecer la protección social y la garantía del bienestar de la población mediante la inclusión del sistema de pensiones, riesgos profesionales, y el sistema general de seguridad social en salud, con el fin de que todos los habitantes logren acceder a la atención en salud bien sea por medio del régimen contributivo o subsidiado, además de la creación del POS (Plan Obligatorio de Salud) y el PAB (Plan de atención Básica) que incluyen los servicios que deben ser ofrecidos por el sistema de salud y la atención a nivel de prevención y promoción respectivamente.

En cuanto a la antropología, se habla del dolor no solo como una sensación sensorial provocada por un estímulo, sino que también se experimenta de manera subjetiva por distintos filtros que aumentan o disminuyen su intensidad, es decir que el dolor compromete de manera directa la relación del ser humano con su entorno, dada la significación afectiva y su percepción, que se ve influida por la experiencia del sujeto y se convierte en una experiencia

simbólica y representativa, ya que éste se construye y se ritualiza socialmente, pues *“no se considera el dolor solamente como la configuración de signos clínicos, sino como un síndrome de experiencias vividas, cargadas de significaciones y explicaciones, mediatizadas por la cultura y la subjetividad individual”*; pues para algunos el dolor crónico les permite reconocerse y forjar una identidad a partir de él, negociar con los demás y obtener un rol específico en su medio social, familiar o laboral (Bustos, 2000, p. 111).

Marco Normativo

Teniendo en cuenta que la vejez hace parte del ciclo vital, y que según el DANE (2010), para el año 2020 el grupo de personas mayores a 60 años incrementará en un 42,1% en Colombia, se implementaron las siguientes normas a nivel nacional enfocadas al envejecimiento.

Como primera instancia, está la política Nacional de envejecimiento y vejez 2007 - 2019, que busca fomentar el envejecimiento activo en la población, lo cual implica la creación e implementación de políticas públicas orientadas a garantizar un envejecimiento saludable y a promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable, en cuanto a la protección social, se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos (Art. 1, Ley 789 de 2002, p.p. 1-6), las estrategias específicas a utilizar estipuladas en la presente ley son la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, permitiendo la autonomía del sujeto y el desarrollo de sus habilidades, además del favorecimiento de estilos de vida saludables, mejorando el bienestar de los adultos mayores, su salud y su productividad.

Posteriormente, se crearon los centros de atención psicosocial al adulto mayor (centros vida), que son instituciones destinadas a promover el cuidado, el bienestar integral y la asistencia social de sus beneficiarios, además de proveer espacios favorables para la socialización, la recreación, la lúdica, la capacitación y la productividad, con el fin de generar un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores, además de una atención integral brindada por personal capacitado para desarrollar programas básicos tales como: nutrición, atención psicosocial, cultura - deporte y recreación, atención primaria en salud, capacitación en actividades productivas, encuentros intergeneracionales y promoción de la construcción de redes de apoyo (Ley N° 1276 de 2009, p.p. 10).

Por otra parte, la ley N° 1850 del 2017 (p.p. 1), que regula el maltrato a los adultos mayores, menciona que los centros vida y las entidades gubernamentales encargadas de ofrecer sus servicios a las personas mayores de 60 años, deben ejercer labores de prevención y promoción de la salud, además de velar por la garantía de los derechos de la tercera edad, entre ellas la creación de parámetros para la identificación temprana del abuso, la acogida e intervención al sujeto víctima, y el seguimiento del caso con las entidades competentes.

Antecedentes Investigativos

Con el fin de poder conocer que se ha investigado hasta la fecha sobre calidad de vida y atención plena en adulto mayor con dolor crónico, se retoman diferentes artículos de revistas indexadas que dieran cuenta de las variables, calidad de vida, dolor crónico y atención plena; esto con el ánimo de identificar si existe una relación o asociación entre las tres variables mencionadas anteriormente.

Calidad de vida y dolor crónico.

García y Rodríguez (2007) citado por Molina, et al., (2013, p.56), indican que existe un vínculo recíproco entre la calidad de vida y la salud de las personas, por esta razón, sostienen que la calidad de vida es “un indicador de la evolución del estado de salud, como expresión estratégica de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento” , en ese sentido, Molina, et al., (2013, p.57) plantean que el dolor forma parte de la vida cotidiana de muchos seres humanos que sin duda alguna repercute en el deterioro de su calidad de vida a causa de la intensidad de dolor que perciben o experimentan.

El dolor y su impacto sobre la calidad de vida en pacientes hospitalizados.

El objetivo de este estudio es conocer la relación entre la intensidad que se percibe del dolor, la calidad de vida y el estado de ánimo en pacientes que han sido hospitalizados. Dicha investigación tiene un enfoque metodológico descriptivo con diseño trasversal; se aplicó en un hospital de tercer nivel en granada España; con una muestra compuesta por 271 pacientes; donde los resultados reflejan un deterioro en cada una de las dimensiones del instrumento Perfil de Salud de Nottingham (PSN) que mide calidad de vida, así como como aumenta la ansiedad y la depresión, cuando el dolor es más intenso (Molina et al., 2013, p.1).

Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor.

Por otro lado, variables como dependencia funcional y dolor crónico en adulto mayor evidencia la relación que existen entre ellas, así como lo indican De Andrés, Acuña y Olivares (2014), citado por Cerquera, et al. (2017, p.p. 1), en dicha investigación que tiene como objetivo identificar la asociación existente entre la dependencia funcional y el dolor al cual hace referencia, aquella experiencia sensorial y emocional desagradable causada por injuria real o potencial a un tejido. Para dicho estudio se utilizó como método una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Redalyc, Google académico, EBSCO, Medline, entre otras, donde fueron

seleccionados 60 artículos que estuviesen incluidos en revistas indexadas. Es así como, los resultados de este estudio revelan que el 79,8 % de los participantes con dependencia funcional, refieren sufrir de dolor crónico y tener un deterioro en las habilidades para realizar sus tareas, al punto de requerir ayuda de otras personas.

Calidad de vidas del adulto mayor con dolor crónico secundario a osteoartrosis en la fundación hogares la Candelaria de los municipios Madrid y Tenjo, Colombia.

Con respecto a la población adulto mayor, se han realizado estudios que determinar la calidad de vida, de los individuo en este ciclo vital, es por esto que Porras y Méndez (2015, p.p 1), realizan un estudio descriptivo transversal, aplicado a una muestra de personas escogidos al azar entre hombres y mujeres mayores de 60 años, con diagnóstico de dolor crónico asociado a osteoartritis de una o varias articulaciones, en manejo del dolor crónico con métodos farmacológicos y no farmacológicos, funcionales, sin alteraciones mentales, que se encuentran institucionalizados, lo cual reveló que el 83% de la población tiene una percepción buena con lo que respecta a su calidad de vida, refiriendo que la enfermedad no afecta su funcionalidad; este aporte es importante en la investigación, ya que es su mayoría los estudios sobre enfermedad crónica y calidad de vida se asocia negativamente entre sí.

Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011.

El objetivo de dicha investigación es establecer la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con discapacidad física en la ciudad de Medellín, Colombia; con un alcance metodológico descriptivo y un diseño trasversal. Para este estudio, se obtuvo una muestra de 175 personas con discapacidad física de la ciudad de Medellín, registradas en la encuesta de calidad de vida del año 2011, a quienes se les aplico el cuestionario de calidad de vida SF – 8 relacionado con salud. Con la información que se obtuvo se realizó un análisis

univariado, bivariado y multivariado. Finalmente, los resultados de dicha investigación indican que la calidad de vida relacionada con la salud del 40% y el 6,3% de los participantes es muy buena (Cardona, et al, 2014, p.2).

Calidad de vida, emociones negativas, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en personas con dolor crónico: efectos de un programa con intervención psicológica.

Leal, Gascón y Rodríguez (2017, p.p 1) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de un programa de intervención grupal en dolor crónico. Con un diseño metodológico cuasi experimental; la muestra estuvo compuesta por 105 participantes de la unidad de dolor del Hospital General Universitario de Alicante, a quienes se aplicó un batería de cuestionarios pre y post a la aplicación del programa. Estos median el nivel de dolor, calidad de vida, depresión, atributos del sueño y autoeficiencia. Los resultados de la investigación revelaron mejoras significativas en los niveles anteriormente mencionados.

El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad de una muestra de personas con dolor crónico.

El objetivo de esta investigación es identificar las variables cognitivo conductuales que ayudan a predecir la capacidad funcional de las actividades de la vida diaria de las personas mayores con dolor crónico relacionado con artrosis y determinar el papel de la capacidad funcional en la interferencia del dolor, así como la capacidad predictora de las variables cognitivo-conductuales, toda vez controlado el efecto de aquélla. Para ello se evaluó a 104 personas mayores (85,6% mujeres, 14,4% varones; 51,9% en comunidad, 48,1% en centros residenciales), con una edad media de 74,32 años, en las variables: intensidad, frecuencia y duración del dolor, estilo y estrategias de afrontamiento, conductas de dolor, creencias,

autoeficacia, discapacidad funcional (actividad de la vida diaria) e interferencia del dolor en las actividades cotidianas. Finalmente, los resultados revelaron que la capacidad funcional puede predecirse en un 51% por un modelo que contemple tanto variables cognitivo-conductuales, como relativas a la enfermedad, tales como afectación radiológica, evitación, catastrofismo y creencias de estabilidad. Así mismo, los análisis muestran el papel preponderante de los elementos conductuales de afrontamiento activo en la interferencia del dolor, por encima de las variables relativas a la enfermedad, lo que pone de manifiesto la importancia del entrenamiento en este tipo de estrategias en las personas mayores con dolor articular (López, Montorio y Fernández, 2010, p.p. 2-3).

Flexibilidad psicológica y aceptación del dolor como variables predictoras de la calidad de vida y bienestar emocional en personas con dolor crónico.

Puelles (2016, p.p. 1), presenta en su trabajo de investigación la relación que existe entre la aceptación del dolor y la calidad de vida, el bienestar emocional niveles de ansiedad y depresión, y el grado de dolor que refieren personas que padecen dolor crónico. Para ello se obtuvo una muestra de 40 participantes diagnosticados con dolor crónico. Para medir variables como aceptación y flexibilidad psicológica se aplicaron los instrumentos Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPA-Q), The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT) y Psychological inflexibility in pain scale (PIPS); por otro lado, se midió calidad de vida con el cuestionario SF-12; y bienestar emocional con la Escala de satisfacción con la vida. Finalmente, los resultados reflejan que las personas con mayor aceptación y flexibilidad psicológica tienen mejor calidad de vida y refieren sentir menos dolor.

Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética.

Este estudio tiene como objetivo determinar la calidad de vida auto percibida según el Cuestionario de Salud SF-12 en relación con el dolor crónico secundario a patologías osteoarticulares y/o musculoesqueléticas en personas atendidas en el Consultorio de Especialidades, Unidad de Reumatología del Hospital Dr. Gustavo Fricke. El estudio tiene un alcance metodológico correlacional de corte transversal; con población adulto mayor de 65 años o más que cumplen con los criterios de inclusión. Los instrumentos que se utilizaron son: encuesta sociodemográfica, Cuestionario de Salud SF-12 y Escala numérica de dolor. Los resultados de dicha investigación reflejan que el estudio no demuestra dependencia entre dolor crónico y calidad de vida.

“En relación con el índice de CVAP, se obtuvieron valores entre 23 y 36, que corresponden a la media de calidad de vida, con Kendall's tau-a = -0,1608 y $\text{Prob} > |z| = 0,0949$, por lo que son más o menos discordantes. En cuanto a la relación entre calidad de vida e intensidad de dolor, los participantes del estudio que presentaron dolor leve, moderado e intenso manifestaron percibir la calidad de vida entre buena y regular, con un 88,8, 96,7 y 100%, respectivamente. No se indicaron respuestas de muy buena o muy mala CVAP (tabla 1). En relación con las dimensiones del cuestionario calidad de vida que se relacionan de manera significativa con el dolor según: Análisis de regresión categórica, indica: $r^2 = 0,524$, $F = 1,352$, valor $p = 0,226$. Donde R^2 es el equivalente a cuán ajustados están los valores observados al modelo planteado. El complemento de este es el que representa cuándo se ajusta a un error de medida que se utiliza en todos los modelos estadísticos. F es el estadístico de prueba del test de significancia utilizado en la regresión categórica (ANOVA). Este permite calcular el valor p de interés para saber si se acepta o no la relación entre las variables de estudio. P equivale a la probabilidad de aceptación o rechazo de una

hipótesis; en este caso se tiene un valor de 0,226, haciendo la comparación con el umbral de corte más utilizado (0,05). Este valor es mayor, por lo que no se rechaza la hipótesis de independencia (H_0) en las variables. En otras palabras, no existe relación significativa entre el dolor y la calidad de vida medida por el instrumento SF-12 en los adultos mayores entrevistados”

Se deduce que la calidad de vida se ve influenciada por complejas variables, tanto físicas como psicológicas o sociales. Además, se puede asociar que las personas mayores presentan niveles más altos de autoeficacia en el período de la vejez, según consta en los últimos estudios de calidad de vida en la vejez de Chile, y que ambas variables son constructos difíciles de cuantificar debido al componente subjetivo (Rodríguez, 2017, p. 168).

Calidad de vida del adulto mayor que acude al centro médico solidario de comas.

Como lo plantea Carlos (2018, p.10) el objetivo del trabajo de investigación es determinar la calidad de vida del adulto mayor que acude al Centro Médico Solidario de Comas. Desde un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo descriptivo con diseño no experimental de corte transversal, donde la muestra del estudio estuvo compuesta por 70 adultos mayores de 60 años a quienes se les evaluó mediante el cuestionario SF - 36 que mide la calidad de vida compuesto por 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental cuyo valor nivel es bueno, regular y malo. Finalmente, los resultados revelan que la calidad de vida de los adultos mayores es regular con un 57%, buena calidad de vida con un 43%.

Dolor crónico y atención plena

Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo.

El objetivo de esta investigación es proporcionar estrategias de afrontamiento a los pacientes ante los sentimientos y pensamientos negativos relacionados con el dolor, además de promover una posición como agentes activos frente a la enfermedad.

La evaluación se desarrolló en dos sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una, donde se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas, hábitos, información relacional sobre la familia y red social, etc. Dichos datos se consiguieron a través de una entrevista semiestructurada construida especialmente para el programa; basados en el Protocolo de Evaluación Psicológica de Fibromialgia, y aplicación del Cuestionario Brief Pain Inventory, (BPI), Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, FIQ y la Entrevista diagnóstica estructurada, MINI para las categorías diagnósticas de Depresión, Ansiedad y Consumo de tóxicos. La muestra estuvo compuesta por 46 pacientes con edades comprendidas entre los 25 y los 65 años. Finalmente, los resultados obtenidos a partir del FIQ indican que el impacto del dolor en la capacidad física, la posibilidad de realizar el trabajo habitual y el grado en el que se ha podido ver afectada la actividad laboral remunerada, además de aspectos subjetivos como dolor, fatiga, sensación de cansancio y rigidez, y el estado emocional, mejoran de forma llamativa tras finalizar el tratamiento grupal (la puntuación en el FIQ pasa de 70,82/100 a 49/100) (Almendro, et al., 2011, p.215).

Alivio del dolor basado en atención plena.

En este estudio se examinaron los efectos de la meditación de atención plena en 15 sujetos sanos sin dolor después de la participación en una breve intervención de atención plena (cuatro sesiones, 20 min / sesión) basada en la meditación y el dolor experimentalmente inducido (diez 12 mesetas de 49 ° C) usando etiquetado de spin arterial (ASL) funcional magnética resonancia de imágenes (fMRI). Después de la intervención de Meditación de cuatro sesiones, se produjo una reducción media del 40% en la intensidad del dolor y una

reducción del 57% en las puntuaciones de desagrado del dolor, Por lo tanto, la meditación puede reducir el dolor ajustando la amplificación de eventos sensoriales nociceptivos a través de procesos de control. Les dieron una crema placebo para comparar y en mindfulness funcionó mejor, a diferencia de a la meditación de atención plena, a la meditación falsa la produjo una mayor activación en el tálamo y desactivación del ACC rostral. Finalmente, los resultados revelan que mientras se ejerce la meditación después de un breve entrenamiento (menos de 1 semana) se producen reducciones significativas en la intensidad del dolor (Zeidan y Vago, 2016, p.p. 1).

Efectos del entrenamiento de atención plena basado en la intensidad del dolor, la aceptación del dolor y la satisfacción con la vida en personas con dolor crónico.

Henriksson, et al., (2016, p.1) realizaron un estudio a partir del programa Mindfulness – living with pain diseñado con la intención de ayudar a las personas con dolor crónico a encontrar nuevas formas de lidiar con su dolor, este programa se basó en intervenciones desde la terapia cognitivo conductual. El programa incluyó ejercicios comunes de Mindfulness Based Intervention (MBI), como escaneos corporales, atención consciente de los movimientos, anclajes respiratorios y conciencia bondadosa (una práctica de meditación), dichas técnicas que mostraron efectos en varios problemas de salud relacionados con el dolor, incluida la disminución de la catastrofización y, en particular, mayor aceptación del dolor. Los componentes principales en el programa son los ejercicios de atención plena de 10 minutos que los participantes realizan dos veces al día, además de cuatro escaneos corporales diferentes y cuatro tipos de respiración, variaciones de movimientos conscientes que eran simples y fáciles de realizar. También se incluyeron prácticas de compasión como la amabilidad fluyendo, el tesoro del placer y la bondad hacia uno mismo y la bondad a otros.

Efectos de la meditación de atención plena en el dolor crónico.

Estudios posteriores mencionan que la meditación con atención plena son prometedoras para mejorar el dolor crónico. A los pacientes de Mindfulness se le aplicó el Protocolo MBSR (reducción de estrés basada en conciencia plena) enseñándoles a meditar diariamente durante 45 minutos en casa y siguiendo las instrucciones en un CD. Después de 6 meses de finalizar la intervención los siguientes puntajes han cambiado en una dirección más positiva: medidas de dolor, la escala de depresión y las medidas de aceptación al dolor. Este estudio mostró que la meditación en atención plena, que fue modelado en el protocolo de Reducción de Estrés basada en Conciencia Plena (MBSR), tuvo un efecto significativo en la vida de pacientes con dolor crónico a largo plazo. En el área de aceptación al dolor el efecto del tratamiento de meditación y atención plena mostró resultados positivos en los pacientes tales como su participación en actividades cotidianas a pesar de dolor lo cual se relaciona con la mejora en su calidad de vida.

Es común pensar que el Mindfulness no cambia las medidas de funcionamiento físico y que sus efectos son cortos o lentos, pues al principio del tratamiento parece lógico que el resultado se vea reflejado en la reducción de los niveles de dolor, pero el proceso de meditación implica prestar más atención al cuerpo y al dolor mismo, permitiéndoles tener más conciencia sobre la condición de dolor real, reconociéndolo y relacionándolo de una manera diferente, dado que el Mindfulness no está dirigido a minimizar el dolor sino más bien a cambiar esta relación con el dolor. La meditación va acompañada de procesos de aprendizaje con el fin de acceder a un "espacio interno" personal de descubrimiento, lo que para unos puede ser un proceso interesante, pero para otros puede llegar a ser una batalla dolorosa por sí misma, la meditación implica cambio en los horarios y las actividades diarias del sujeto y su estilo de vida (La Cour, y Petersen, 2015, p.p 1).

Evaluación del programa de manejo del dolor basado en mindfulness: efectos sobre el bienestar y múltiples medidas de atención plena.

Este estudio involucró una investigación piloto de efectos del dolor basado en mindfulness de Breathworks, programa de gestión de bienestar. Breathworks enseña la atención plena incrustada en La base budista de la "bondad amorosa". Se empleó un diseño de factores mixtos de 2×2 . Entre los participantes el factor fue Grupo (Intervención Grupo o grupo de comparación) y el factor de participantes fue el tiempo en el que los participantes fueron probados; ya sea antes de la intervención (Tiempo 1) o post-intervención (Tiempo 2).

Las medidas dependientes fueron los puntajes en las medidas de bienestar. Los participantes asistieron a reuniones grupales semanales (cada una con una duración de 2½ horas) en las cuales fueron guiados a través de una exploración experiencial progresiva de atención plena. Los temas incluyeron conciencia de la respiración, exploración corporal, movimiento consciente, conciencia bondadosa y la atención plena en la vida diaria, esto permite el contacto con las sensaciones reales del cuerpo (en oposición a pensamientos, ideas o miedos sobre estas sensaciones. La atención plena en la vida diaria implica concienciar a la vida cotidiana ordinaria, que incluye comer, dormir y los comportamientos habituales.

Finalmente, el presente estudio demostró que el Mindfulness contribuye a una mejora del bienestar sin la reducción del dolor necesariamente, reforzando la importancia de la aceptación del dolor para la clínica (Cusens, Duggan, Thorne y Burch, 2010, p. 1-3).

Calidad de vida y Atención plena

Eficacia de la terapia basada en la atención plena para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida en pacientes con trastorno de excoriación.

El objetivo principal de este tipo de terapia es permitir que los participantes reconozcan la forma de su mente y adquieran la capacidad de cambiar intencionalmente una forma de mente a otra. Ocurre en el momento, es decir, la capacidad de ser consciente durante las rutinas de la vida, por ejemplo, puede ser una percepción inmediata de los sentidos de su pie tocando el suelo o respirando. El enfoque intencional en la terapia basada en mindfulness dirige la concentración individual hacia sus metas y valores actuales incontrolablemente, de modo que se mejorará el desempeño individual, la satisfacción y el ritmo en función de las actividades rutinarias y la calidad de vida (Arab, Baghouli y Barzegar, 2016, p.p 1).

Programa de Atención plena en Mayores.

El objetivo de este trabajo es estudiar el efecto de un Programa de Atención Plena en el bienestar emocional y psicológico y en la calidad de vida de 8 adultos mayores con sentimientos de malestar, soledad y afecto negativo internados en una residencia de ancianos. El programa está constituido por sesiones de evaluación pre-intervención, 8 sesiones de intervención, sesiones de evaluación post-intervención y sesiones de seguimiento (1, 3 y 6 meses). Los resultados reflejan cambios significativos en afecto negativo (niveles de ansiedad y tristeza), calidad de vida y bienestar psicológico (Castro, 2017, p.1).

Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness) en pacientes con fibromialgia.

Parra (2011, p. 19) plantea que el objetivo este trabajo es probar la eficacia de la Terapia cognitiva basada en la conciencia plena (TCBCP) en la mejora del impacto de la fibromialgia, la depresión, la ansiedad, la intensidad de dolor y la calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. Con un alcance metodológico explicativo y un diseño experimental de grupos aleatorios pre-post tratamiento con seguimiento a los tres meses. La muestra estaba compuesta

por 34 pacientes (33 mujeres y 1 hombre) con edades comprendidas entre 30 y 77 años. Los resultados indicaron que la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (TCBCP) resultó efectiva en la mejora del impacto de la fibromialgia [$F(1,29)= 17,43$, $p< 0.001$, $\eta^2 = 0,37$], de la depresión [$F(1,60)= 7.20$, $p< 0.01$, $\eta^2 = 0,19$], de la ansiedad [$F(1,60)= 3.18$, $p< 0.05$, $\eta^2= 0,09$] y de la percepción de salud mental [$F(1,42)= 8.39$, $p< 0.01$, $\eta^2 = 0,28$].

Estudio piloto de un modelo grupal de meditación de atención plena (mindfulness) de manejo de la ansiedad para estudiantes universitarios en puerto rico.

El principal objetivo de este estudio piloto fue evaluar la viabilidad, aceptación e impacto de una intervención grupal adaptada culturalmente para estudiantes universitarios predominantemente puertorriqueños. La muestra estuvo conformada por 26 participantes. los que se reunieron por espacio de ocho semanas. Cada reunión tuvo una duración de 90 minutos en las que se enseñaron y practicaron estrategias de atención plena y se asignaron ejercicios de práctica diaria. Se tomaron medidas pre y post para medir las siguientes variables: estrés académico, depresión y ansiedad generalizada (CCAPS-34), afecto positivo y negativo (PANAS), atención plena (MAAS), estrés percibido (EEP-14), así como bienestar psicológico (EBP. Finalmente, se observó un aumento significativo en atención plena ($z=-2.71$, $p< .03$). También se observó una disminución significativa en ansiedad generalizada ($z=-2.28$, $p<.02$) y estrés académico ($z=-2.49$, $p<.01$) (Bonilla y Padilla, 2015, p. 72).

Mindfulness como concepto

El Mindfulness Disposicional y su Relación con el Bienestar, la Salud Emocional y la Regulación Emocional.

La investigación elaborada por Baer, Smith, Hopkings, Krietemeyer y Toney, 2006 (citados por Cepeda-Hernández, 2015, p.2) se señala que el mindfulness, comprendido como

rasgo disposicional, hace referencia a “un conjunto de conductas observables, disposiciones o tendencias innatas de los seres humanos, relacionadas a la tendencia natural de ser consciente (mindful)”, presentando rasgos específicos que contienen diferencias individuales (Brown & Ryan, 2003) citado por Cepeda-Hernandez (2015, p.2), que pueden ser arraigados. Dicho estudio realiza una revisión narrativa de literatura, de los últimos 10 años, con el objetivo de conocer: “¿Cuáles son los hallazgos en torno a la relación entre el mindfulness disposicional y el bienestar, la salud emocional y la regulación emocional?”. Por lo tanto los resultados revelados concluyen que la literatura revisada es consistente en señalar “la relación entre la presencia del rasgo de mindfulness disposicional en los individuos e indicadores de bienestar, salud emocional y regulación emocional y el impacto de estos en emociones, pensamientos, conductas y estilos de vida más positivos”. Finalmente, los resultados obtenidos abarcaron una totalidad de las investigaciones corte cuantitativo, de tipo no experimental. No se encontraron estudios cualitativos que cumplieran los criterios de inclusión establecidos. El 30 % de los estudios fueron publicados entre los años 2005 al 2009, mientras que el 70% datan de los años 2010 al 2015. (Cepeda-Hernández, 2015, p. 2-14).

Mindfulness- un estudio de dos generaciones.

El estudio realizado por Mazumdar (2015, p. 18-19) revela que el principal objetivo fue comparar el alcance de atención plena entre dos generaciones que tienen una brecha de 20 a 30 años entre ellos, para determinar si la diferencia en términos de conciencia de momentos presentes y emociones profundas. Los análisis extrajeron tres dimensiones de comportamiento; Mecánica, distraída, y desatenta. Para este propósito, se aplicó el instrumento de Atención plena, Escala de Wareness (MAAS), un cuestionario de 15 ítems, que mide la conciencia receptiva y atención al presente. Dicha investigación se centra en temas que determinan la

atención plena y la experiencia impulsada por la consideración del individuo. La muestra estuvo compuesta por 228 participantes con diferentes grupos de edad que abarca 50-59 años y 20-29 años. Esta diferencia es un indicador del grado de conciencia y el grado de atención. El estudio adoptó un método de muestreo por conveniencia o método de muestreo incidental no probabilístico. Los resultados revelaron que “el grupo más antiguo (-.92) está situado en el polo negativo representando la atención plena y el grupo más joven (.56) es encontrado en el polo positivo que representa la desconfianza, indicando que hay un alto nivel de atención plena experimentada por el grupo mayor, mientras que el más joven demuestra un grado significativo de "falta de memoria".

Método

La presente investigación utilizó un diseño no experimental, puesto que fue realizada sin manipular variables, permitiendo que el investigador observe los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural o en situaciones ya existentes; su tipo es transversal, dado que la recolección de los datos se ejecutó en un tiempo único, describiendo variables o analizando su incidencia en un momento específico.

En cuanto a su alcance, éste es correlacional, teniendo en cuenta que busca conocer la relación o el grado de asociación que existe entre las variables: dolor crónico y calidad de vida, y dolor crónico con atención plena; realizando como primera instancia una medición de cada una de ellas.

Posteriormente, y con el fin de analizar los resultados del presente trabajo investigativo, se utilizó el programa SPSS en su versión 25, en el que se agregaron, tabularon y categorizaron los datos arrojados por los cuestionarios, las estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas, y las correlaciones entre variables.

Después, es necesario establecer si las variables presentes en los objetivos de investigación (calidad de vida, atención plena y dolor crónico), se comportan de manera normal, utilizando para ello el análisis de Kolmogorov - Smirnov, dado que la muestra supera los 50 participantes, dependiendo de sus resultados, se establecerá si el estadístico para identificar una correlación o asociación entre las variables, es de tipo paramétrico o no paramétrico, de ser una correlación paramétrica se utilizará la prueba de Correlación de Pearson, si por el contrario, es una prueba no paramétrica, se realizará la Correlación de Rho de Spearman para identificar si existe una asociación entre las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 304).

Participantes

La presente investigación comprende como población a los beneficiarios de un centro de atención psicosocial al adulto mayor en Chiquinquirá Boyacá, de los que participaron 70 sujetos, siendo éste un número representativo de un universo de 300 personas y 80 casos tipo identificados, que fueron elegidos por medio de un muestreo de tipo no probabilístico o dirigido, puesto que según Hernández, Fernández y Baptista en el 2014 (p. 189-190) “éste supone un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización”, pues no se pretende que los casos sean estadísticamente representativos de la población, “viendo así su utilidad para estudios que requieren no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características” (especificadas en los criterios de inclusión).

Con el fin de llevar a cabo la elección de los participantes se tienen en cuenta los siguientes criterios de inclusión: la presencia de dolor crónico con más de seis meses de evolución que genere repercusión en la calidad de vida de los participantes, debido a un

padecimiento de alguna enfermedad física como artritis, osteoporosis; o enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes tipo 2, enfermedades respiratorias, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

A su vez, los criterios de exclusión son: a) la presencia de enfermedades crónicas graves (renales y oncológicas), b) la presencia de síntomas psicóticos, condiciones físicas o mentales que incapaciten al sujeto para ofrecer su consentimiento informado de manera consciente, voluntaria, c) la imposibilidad de comunicarse verbalmente y d) la presencia de interdicción.

Es relevante aclarar que los criterios de inclusión y exclusión mencionados anteriormente surgen de investigaciones consultadas de manera previa, tales como el VIII Estudio Nacional de Dolor (prevalencia del dolor crónico en Colombia), realizado por Guerrero y Gómez (2014, p. 3), y la valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España: Estudio STEP (Rodríguez 2006, p.p. 14).

Instrumentos

Con el fin de medir las variables se aplicarán 3 instrumentos: el cuestionario McGill, el SF-36 y el Mindful Attention Awareness Scale (MASS), dado que permiten conocer los índices de dolor crónico, calidad de vida y atención plena respectivamente.

El cuestionario de dolor McGill (McGill Pain Questionnaire-MPQ) está compuesto por 78 palabras consideradas descriptores del dolor, posee las dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa y se divide en 20 subcategorías, la primera es el “Present Pain Index” (PPI) encargado de valorar la intensidad del dolor con subclases denominadas misceláneas; lo sensorial posee 10 subclases que son: consistencia/matidez, sensibilidad táctil, frialdad, calor, tracción, constricción, incisión, punción, localización y duración; la dimensión afectiva comprende 4 subescalas que son: tensión, signos vegetativos, miedo y castigo.

El cuestionario McGill en la evaluación del dolor es útil dado que es capaz de discriminar entre los niveles de dolor que presenta el sujeto y la diferencia entre sus tipos (Martín, Zaz, Grau, Monitorio y Cesar, 2008, p. 507). Este instrumento posee una versión abreviada que presenta los mismos valores de confiabilidad y validez (que será utilizada en la presente investigación), consta de 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos), e incluye el índice PPI y una escala visual analógica para medir la intensidad del dolor.

Según Alvarado, Castañeda y Vásquez (2015, p. 13), las correlaciones del cuestionario McGill con otros instrumentos utilizados para la medición del dolor, oscilan en 0.88, entre ellas, la correlación establecida con el cuestionario SIP (Perfil de Impacto de la Enfermedad) encargado de medir las molestias físicas y psicológicas percibidas por el sujeto; por otra parte, las puntuaciones de la versión abreviada se correlacionan con la versión estándar, oscilando entre 0,65 y -0,94 para la puntuación PRI, y entre 0,69 y 0,87 para la puntuación PPI, lo que representa un buen nivel de confiabilidad y consistencia interna de instrumento.

El cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos genéricos de salud más utilizados por la comunidad científica en América Latina, puesto que permite estimar un valor determinado para calcular la calidad de vida de la población, ofreciendo resultados cualitativos y cuantitativos, dado que sus 36 ítems arrojan una noción sobre el estado de salud de la persona gracias a sus 8 dimensiones: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE), salud mental (SM), y un ítem alterno encargado de medir la percepción que tiene el sujeto sobre la comparación de su estado de salud hace un año y la actual (CS); para obtener una puntuación es necesario codificar, agregar y transformar los ítems en una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), lo que indica que una mayor puntuación representa una mejor calidad de vida (Gemma et al., 2005, p.p. 6).

Además, es relevante mencionar que el cuestionario SF - 36 en su versión Española, ha sido aplicado y validado en Colombia, pues ofrece un método de calificación claro y preciso para los investigadores, lo que facilita el análisis de resultados, por ejemplo en el estudio realizado por Romero (2010, p.p. 25), se analiza la confiabilidad del instrumento, el cual *“arrojó coeficientes de Alfa de Cronbach de 0,93 en la dimensión de funcionamiento físico, (0,83) en rol físico, (0,74) en dolor, (0,82) en salud en general, (0,75) en vitalidad, (0,92) en funcionamiento social, (0,92) en rol emocional y (0,88) en salud mental”*, por lo que es posible afirmar que dada la correlación encontrada entre los ítems del cuestionario, existe un grado de acuerdo entre los mismos, y teniendo en cuenta su consistencia interna este es un instrumento confiable.

El instrumento MASS por su parte, mide el mindfulness o atención plena como aspecto central, éste evalúa la capacidad que tiene el individuo para estar atento y consciente de la experiencia presente en su vida cotidiana, independientemente de si la persona ha sido expuesta a una intervención de mindfulness o no; consta de 15 ítems que se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca), y ofrece una puntuación única a partir de la media aritmética del total de ítems, por lo que una puntuación elevada representa un mayor estado de atención plena (Soler, et al, 2012, p. 21).

Por otra parte, Ruiz, et al. (2016, p.p. 24) analizaron las propiedades psicométricas del MASS con una muestra colombiana, evaluando su consistencia interna por medio del Alfa de Cronbach, el cual arrojó una puntuación de 0. 92, una correlación adecuada entre los ítems del cuestionario, lo que representa un alto nivel de confiabilidad.

Procedimiento

El presente trabajo de investigación se divide en 7 fases:

1. Método

1.1. Aclarar el diseño de la investigación y el alcance.

1.2. Participantes: debe incluir la descripción de la muestra, el tipo de muestreo (no probabilístico), y los criterios de inclusión.

1.2.1 Teniendo en cuenta que el muestreo es de tipo no probabilístico, se elaboró una lista de chequeo que contiene los criterios de inclusión de la investigación, los beneficiarios del Centro Vida que cumplieran con dichos criterios, se seleccionaban de manera inmediata.

1.3. Instrumentos: descripción de los instrumentos, los formatos, las estrategias, los criterios de validez y sus propiedades psicométricas.

1.3.1 En ésta fase se administran los instrumentos (SF 36, MAAS y McGill), como primera instancia se proporciona al participante el consentimiento informado, se explica detalladamente y se aclaran las dudas que surjan a través de su análisis, se especifica que su participación en el estudio es absolutamente voluntario.

1.3.2 Respecto la aplicación de los instrumentos, ésta se realiza de manera individual con cada uno de los participantes y el tiempo estimado es de 40 minutos aproximadamente.

1.3.3. La puntuación de los instrumentos se realiza teniendo en cuenta el manual de cada uno de ellos y su baremación.

2. En la presente etapa se deben estipular de manera clara las consideraciones éticas del ejercicio investigativo, haciendo evidentes los principios que se preservan y la forma en la que se protegen.

3. Posteriormente viene la fase de análisis de resultados, donde se presentan de manera clara los hallazgos de la investigación; como primera instancia, es necesario ingresar los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos y los datos sociodemográficos de la población a la base de datos del programa SPSS

3.1 Con estos datos se hace un análisis de frecuencias para analizar la distribución de las variables.

3.2 Posteriormente se realiza la prueba de Kolmogorov Smirnov para establecer la normalidad de los datos, con el fin de determinar si se aplica una prueba paramétrica o no paramétrica.

3.3 Dado que en este caso los datos se comportaron de manera normal, se debe utilizar una prueba paramétrica para correlaciones, es decir la prueba de correlación de Pearson.

4 .Ésta fase contiene la discusión de la investigación, dónde los datos obtenidos son interpretados y analizados a partir de los marcos de referencia propuestos y se muestra la relación que existe con investigaciones del fenómeno realizadas anteriormente.

5. Las conclusiones del trabajo de investigación buscan exponer las ideas más relevantes de la investigación en relación a los objetivos propuestos.

6. En el apartado de alcances, limitaciones y sugerencias se mencionan las implicaciones de los resultados obtenidos en la investigación, además de sus aportes a la disciplina; las limitaciones que tuvo la investigación y las sugerencias para la realización de investigaciones futuras que aborden éste problema de conocimiento.

7. Finalmente, y dando cumplimiento a los principios éticos de la investigación se realiza la devolución de resultados.

7.1. Devolución de resultados a la población: En primera instancia se realiza a devolución de resultados a los participantes de la investigación de manera grupal, explicándoles el ejercicio investigativo nuevamente, y los hallazgos obtenidos de manera general en el estudio, mencionando los índices de calidad de vida, atención plena y dolor crónico y sus implicaciones en el bienestar, aclarando además que si alguno de

ellos desea conocer detalladamente sus resultados y una explicación de los mismos puede pedirlo a las investigadoras.

7.2. La devolución de resultados con la institución se realiza con la coordinadora del Centro de atención psicosocial al adulto mayor en el que se ejecutó la aplicación de las pruebas, explicando de manera general los resultados obtenidos y entregándole una copia de los instrumentos, además de un informe por cada instrumento aplicado en el que se explica las pruebas, sus escalas, las puntuaciones obtenidas por los participantes y su respectiva interpretación.

Consideraciones Éticas

Según el código ético del psicólogo en Colombia, en el apartado dedicado a la investigación científica, los investigadores deben basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, además de la garantía del bienestar y los derechos de los participantes, principios que fueron acatados en esta investigación, dado que no solo se busca generar un impacto positivo en la academia, sino también en cada una de las personas que hacen parte de la investigación; en cuanto a la honestidad, los hallazgos encontrados se describieron de manera verídica y se evitó el fraude, la manipulación de los resultados y el sesgo o la supresión de la información. Además, el plagio y cualquier tipo de copia fueron evitados por medio de la citación y la referenciación en formato APA, lo que reconoce el origen y la fuente de las ideas tomadas por otros investigadores.

Respecto a los participantes, éstos fueron informados del propósito de la investigación, de la misma manera se les especificó, por medio del consentimiento informado, que su participación es voluntaria, que podían retirarse del proceso cuando desearan, que su privacidad

será respetada a toda costa y que serán protegidos del daño físico y psicológico durante su participación en la investigación.

Es relevante mencionar que esta población puede tener padecimientos o limitaciones de tipo físico y mental que dificulten la aplicación de las pruebas, por lo cual es pertinente manejar un lenguaje comprensible para ellos y algunas ayudas visuales que les permitan comprender la investigación y el papel que cumple su participación en la misma. Para los usuarios que solicitaron acompañamiento extra de alguno de los profesionales que laboran en la institución, éste fue proporcionado.

Respecto el consentimiento informado, éste fue otorgado a los participantes de manera oportuna y se les proporcionó el tiempo necesario para su respectivo análisis, en caso de que el participante no contara con las capacidades de lectoescritura, este fue leído y explicado con detalle por el investigador, además fue verificado por un delegado del Centro de Atención Psicosocial al Adulto Mayor.

En cuanto a la devolución de resultados, esta se llevo a cabo de manera lúdica con los adultos mayores, explicando los resultados generales mediante una exposición, y aclarando que quienes deseen conocer sus resultados de manera individual pueden solicitarlo a las investigadoras, también se aclararon las posibles asociaciones entre las variables y que representa esto en el área de la salud, además de proporcionarles estrategias de atención plena que les permitan obtener una mejoría.

La devolución de resultados a la institución se realizó con la coordinadora del “Centro Vida Años Dorados del Municipio de Chiquinquirá”, a quien se le explicaron de manera general los niveles de atención plena, dolor crónico y calidad de vida de los participantes de la investigación, y se le entrego un informe de cada uno de los instrumentos aplicados, en el que se mencionan las generalidades de los instrumentos, el puntaje de cada individuo y su interpretación

Resultados

Con el fin de llevar a cabo la presente investigación, se seleccionó una muestra de 70 participantes pertenecientes al Centro Vida Años Dorados del Municipio de Chiquinquirá, un centro de atención psicosocial al adulto mayor en el que la edad de los beneficiarios es de 60 años en adelante, las edades más frecuentes de los participantes de la investigación se encuentran entre los 67 y los 72 años de edad, con una desviación estándar de 6.01, en cuanto al estrato socioeconómico, éste puntúa entre el nivel 1 y 2 del Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN).

Respecto al análisis de frecuencia de los datos sociodemográficos, se evidenció que la mayoría de los participantes de la investigación son mujeres (como se muestra en la figura 1).

Figura 1.

Distribución de sexo.

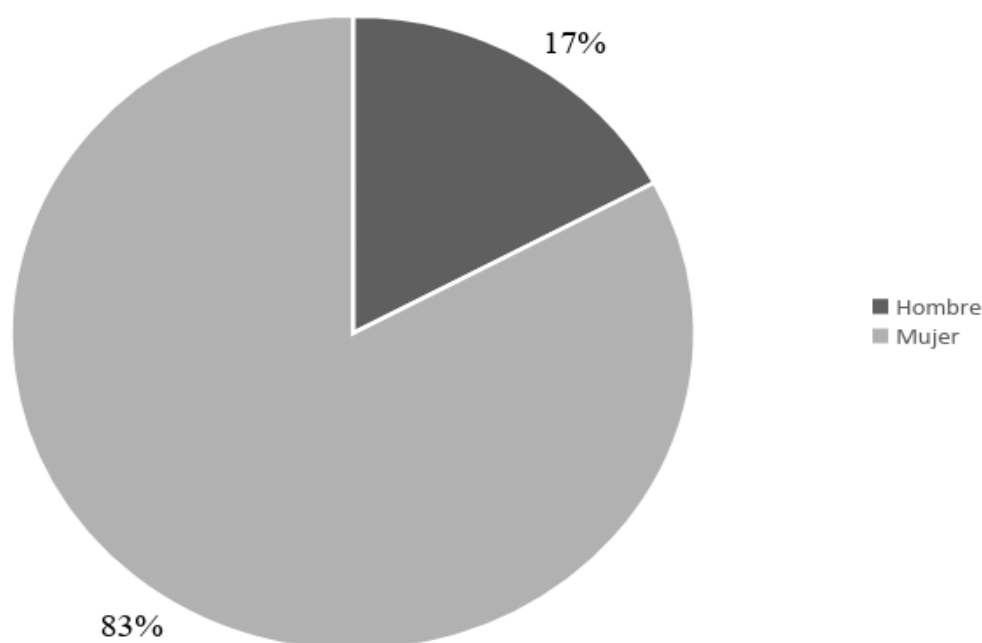


Figura 1: Distribución de sexo. Fuente: Elaboración propia

Como se corrobora en la figura 2, el estado civil más común es la viudez, y en el menos frecuente el divorcio.

Figura 2.

Distribución del estado civil.

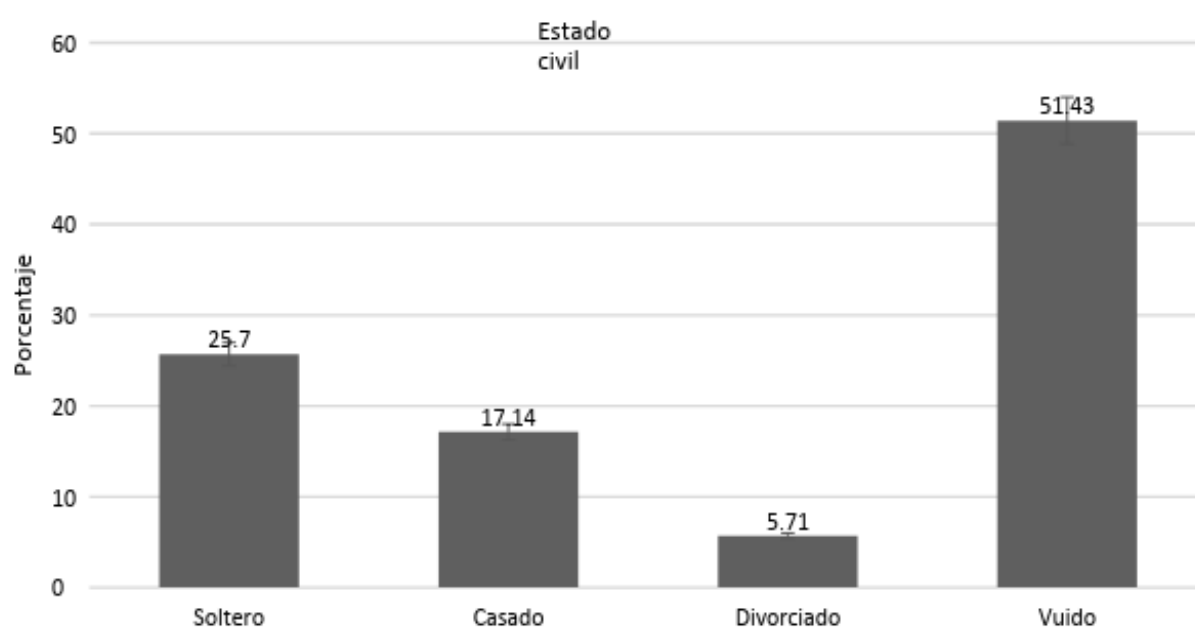


Figura 2: Distribución del estado civil. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la comorbilidad de patologías (figura 3), es decir “*la existencia de una enfermedad adicional distinta que ocurre durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad indexada bajo estudio*” (Feinstein 1970, citado por Rosas et al., 2011, p. 154), la mayoría de los participantes padece solamente una enfermedad, y la minoría padece 4 de las nombradas en los criterios de inclusión de la presente investigación, de las cuales la más frecuente es la artritis con un 28.57%, posteriormente está la hipertensión con el 24.29%, la osteoporosis con el 21.43%, las enfermedades cardiovasculares con el 20%, las enfermedades respiratorias con el 11.43%, la obesidad con el 7.14%, y la diabetes con el 7.14%.

Figura 3.

Frecuencia de la comorbilidad de patologías.

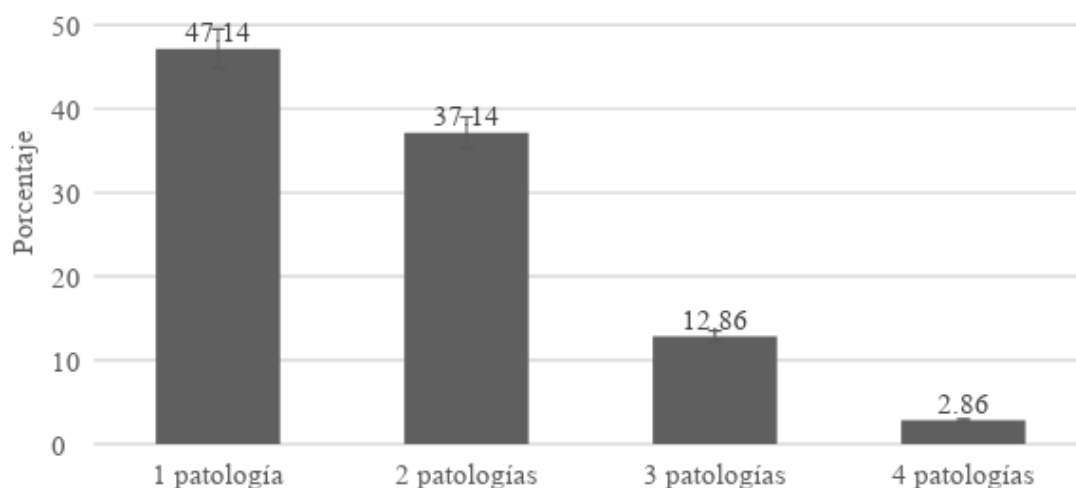


Figura 3: Frecuencia de la comorbilidad de las patologías. Fuente: elaboración propia.

Con el propósito de comprobar la confiabilidad de los instrumentos por medio de su consistencia interna, se aplicó el Alpha de Cronbach a cada uno de ellos (tabla 1), el cuestionario MAAS arrojó un nivel elevado de correlación entre los ítems que lo componen, el cuestionario SF-36 un puntaje medio, y el cuestionario McGill obtuvo un nivel bajo en la dimensión sensorial, evaluativa y miscelánea, sin embargo, es relevante mencionar que aunque éste consta de 4 dimensiones, la dimensión afectiva está conformada por 1 ítem, por lo que no es posible realizar una prueba de consistencia interna a esta categoría.

Posteriormente, para verificar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba kolmogorov - Smirnov a cada una de las variables, y teniendo en cuenta que las 3 poseen un nivel de significancia > 0.05 , es posible afirmar que éstas se distribuyen de manera normal (ver tabla 1).

Tabla 1.
Alpha de Cronbach de los instrumentos.

Instrumento	Alpha de cronbach total del instrumento	Kolmogorov Smirnov	Nivel de significancia
MAAS*	0,88	0.08	> 0,05
SF-36 – Alpha de cronbach	0,70	0,18	> 0,05
Salud general: 0,62			
Función física: 0,89			
Rol físico: 0,94			
Rol emocional: 0,86			
Función social: 0,60			
Dolor corporal: 0,53			
Vitalidad: 0,70			
Salud mental: 0,47			
McGill – Alpha de cronbach	0,38	0.08	> 0,05
Sensorial: 0,43			
Evaluativa: 0,44			
Miscelanea: 0,29			

*El cuestionario MAAS no posee dimensiones.

Para conocer las medidas de dispersión de las variables, se obtuvo la media de cada una de ellas, es decir el promedio de los datos; el puntaje mínimo y máximo obtenido en cada instrumento, y la desviación estándar, que representa la variación entre los datos de las variables, lo que permite afirmar que en cuanto dolor crónico y atención plena, los usuarios registran niveles medios; sin embargo, en la medición de calidad de vida se obtuvo un puntaje alto (tabla 2).

Tabla 2.
Estadísticos descriptivos de los instrumentos.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
McGill	16	70	43,80	12,19
MAAS	33	85	62,23	12,58
SF-36	54,2	100	89,62	10,88

Según Galvez, et al. (2006), el resultado del instrumento McGill se dividen en 3 rangos específicos, un puntaje de 0 a 40 se define como un dolor leve, de 40 a 70 como moderado, y de 70 en adelante se considera dolor intenso; en cuanto al MAAS, Ruiz, et al. (2016, p.p. 24), mencionan que a mayor puntuación obtenida, el participante posee mayor habilidad para la atención de manera plena y consciente, sin embargo, las puntuaciones promedio de los participantes no clínicos, suelen situarse en torno a los 65 puntos, por ende, los clínicos se encuentra en los puntajes de 15 a 64; respecto al SF-36, Rodríguez, Pita, Pertega y Chouza (2013, p. 419), afirman que los valores superiores o inferiores a 50, deben interpretarse como mejores o peores, respectivamente.

Para analizar la distribución de frecuencias multivariada de las variables estadísticas, se realizaron 3 tablas cruzadas, la primera fue entre dolor crónico y atención plena, la segunda entre dolor crónico y calidad de vida, y, por último, atención plena y calidad de vida.

La primera tabla cruzada (tabla 3), demuestra que la mayor frecuencia de los datos se encuentra en personas con un nivel moderado de dolor crónico, que a su vez pertenecen al grupo de casos clínicos en cuanto a atención plena, es decir participantes con un nivel menor de Mindfulness; (puntuaciones entre 15 y 64 en el instrumento MAAS) en cuanto a la menor frecuencia de los datos, ésta se encuentra en los individuos que presentan dolor intenso, y se consideran casos no clínicos para atención plena, es decir los casos que poseen un mayor nivel de Mindfulness (puntuaciones superiores a los 64 puntos en el instrumento MAAS) .

Tabla 3.

Tabla cruzada de dolor crónico y atención plena

Nivel de dolor	n % del total	Casos catalogados como clínicos según el instrumento MAAS*	Casos catalogados como no clínicos según el instrumento MAAS *	Total
Dolor leve	n	9	21	30
	% del total	12,9%	30%	42,9%
Dolor moderado	n	29	10	39
	% del total	41,4%	14,3%	55,7%
Dolor intenso	n	1	0	1
	% del total	1,4%	0%	1,4%
Total	n	39	31	70
	% del total	55,7%	44,3%	100%

* Acorde a clasificación de Ruiz, et al. (2016).

La segunda tabla cruzada (tabla 5), muestra que la mayor frecuencia de los datos se encuentra agrupada en los usuarios con un nivel moderado de dolor crónico, y mayor nivel de calidad de vida; respecto a la menor frecuencia, ésta se ubica en las personas con un intenso nivel de dolor crónico, y un mayor nivel de calidad de vida.

Tabla 4.

Tabla cruzada de dolor crónico y calidad de vida

Nivel de dolor	n % del total	Mayor nivel de calidad de vida*	Total
Dolor leve	n	30	30
	% del total	42,9%	42,9%
Dolor moderado	n	39	39
	% del total	55,7%	55,7%
Dolor intenso	n	1	1
	% del total	1,4%	1,4%

Total	n	70	70
	% del total	100%	100%

*Todos los usuarios se encuentran en el nivel de mejor calidad de vida.

La tercera tabla cruzada (tabla 5), ubica la mayor frecuencia de los datos en los participantes identificados como casos clínicos (es decir con un nivel menor de atención plena) y un puntaje mayor en cuanto a calidad de vida; en relación a la menor frecuencia, ésta se ubica en los beneficiarios catalogados como casos no clínicos, es decir con un mayor puntaje de atención plena, que poseen un nivel mayor nivel de calidad de vida.

Tabla 5.

Tabla cruzada de atención plena y calidad de vida

Nivel de atención plena	n % del total	Mayor nivel de calidad de vida*	Total
Casos catalogados como clínicos según el instrumento MAAS*	Recuento	39	39
	% del total	55,7%	55,7%
Casos catalogados como no clínicos según el instrumento MAAS *	n	31	31
	% del total	44,3%	44,3%
Total	n	70	70
	% del total	100%	100%

*Todos los usuarios reportan el nivel de mejor calidad de vida.

Con el objetivo de determinar si existe una asociación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena, se utilizó la prueba de correlación de Pearson, que corresponde a las correlaciones para un análisis de tipo paramétrico, dado que las variables a analizar se comportan de manera normal, la muestra supera los 30 participantes, y las variables son de tipo escalar.

La primera correlación (tabla 6) fue establecida entre las variables de dolor crónico y atención plena, ésta arrojó un resultado en la correlación de Pearson de -0,46, lo que afirma que existe una asociación negativa débil entre las variables, en la que los niveles de dolor crónico aumentan y los de atención plena disminuyen de manera proporcional, sin embargo, cabe resaltar que aunque se evidencia una correlación, ésta baja para generalizar los resultados obtenidos en la población.

La segunda correlación (tabla 6) se realizó con las variables de dolor crónico y calidad de vida, en ésta se comprueba que existe una asociación de -0,41, es decir una asociación negativa débil e inversamente proporcional entre las variables, entendiendo así que mientras el dolor crónico aumenta, la calidad de vida de los usuarios disminuye, y evidenciando también que, al igual que en la primera correlación, su nivel de asociación es bajo, lo que junto con el tipo de muestreo impide generalizar los resultados encontrados.

La tercera correlación desarrollada en el presente ejercicio investigativo (tabla 6), incluye las variables de atención plena y calidad de vida, el resultado obtenido representa una correlación positiva débil entre las variables de +0,33, es decir que, a diferencia de las correlaciones establecidas anteriormente, ésta es directamente proporcional, puesto que cuando la atención plena aumenta, la calidad de vida aumenta siempre una cantidad constante, sin embargo, esta correlación también es baja y no permite realizar predicciones de ninguna de las variables respecto a la otra.

Tabla 6.

Tabla de correlaciones de Pearson.

Correlación establecida	Resultados de la correlación de Pearson	Nivel de significancia
Dolor crónico y atención plena	-0,46	0,01*
Dolor crónico y calidad de vida	-0,41	0,01*
Calidad de vida y atención plena	+0,33	0,01*

*El nivel de significancia de todas las correlaciones arrojó un resultado de 0.01, lo que representa un 99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error.

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe una asociación entre dolor crónico y calidad de vida; así como; dolor crónico y atención plena en un grupo de adultos mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá; así mismo, se pretendió establecer el nivel de dolor crónico de los adultos mayores; comprender su calidad de vida e identificar su nivel de atención plena; esto, desde un alcance metodológico correlacional que permitiera establecer la asociación de tres correlaciones bivariadas, donde la tercera correlación emerge durante la investigación.

Sin embargo, cabe aclarar que, a partir de la revisión teórica y literaria, los estudios e investigaciones encontrados son escasos, tal como lo afirman Makris et al. (2014), citado por Martín (2016, p.p. 69) quienes plantean, que a pesar de su importancia epidemiológica y de las consecuencias que tiene para la calidad de vida, la especificidad del abordaje sobre el dolor en los mayores es insuficiente en todos los países; conclusión similar a la que llega, Salazar (2008), citado por Martín (2016, p.p. 70), quien afirma que la existencia de discursos dominantes, como la creencia de que el dolor es “normal” en la vejez, limitan un abordaje más exhaustivo frente a dicho fenómeno.

A partir de lo anterior, los resultados obtenidos en la presente investigación, evidencian desde los datos sociodemográficos, que la mayoría de los participantes son mujeres (83%); donde se estima que por cada hombre hay 5 mujeres que asisten al centro psicosocial; respecto al estado civil, el más común es la viudez (51.43%) y el menos frecuente es el divorcio (5.71%); respecto a la variable edad, la mayoría de los adultos mayores se encuentran en un rango de 67

a 72 años, donde estos resultados son similares a la investigación realizada por Hernández, Meneses y Yhuri, (2016) citado por Carlos (2018, p. 18) puesto que con respecto a la edad de los adultos mayores, básicamente están dentro de la etapa de senectud gradual, así como lo explica Pietro de Nicola (s.f) citado por Carlos (2018, p.19), quien afirma que posiblemente los adultos mayores ya no realizan sus actividades con normalidad, puesto que a esta edad, la mayoría de los adultos mayores presentan molestias, dolencias y malestares típicos de una edad avanzada, por tal motivo los datos obtenidos de diferentes investigaciones, indican que la percepción que las personas mayores tienen de la vejez, varía en función de la edad cronológica, y tiende a ser más negativa a medida que aumenta la edad en esta etapa de ciclo vital.

Por otro lado, los resultados reflejan que las enfermedades más comunes en los adultos mayores son artritis y enfermedades osteomusculares; conclusión similar a la que llega Martin (2016, p.p 27), quien afirma que el dolor crónico de origen osteomuscular y cardiovascular es más común y puede ser más intenso en personas de edad avanzada.

Continuando con lo anterior; los resultados de la investigación reflejan, que el nivel de dolor de los adultos mayores prevalece entre el dolor leve y moderado; hallazgos que se corroboran en la investigación de Trujillo (2007), citado por Martin (2016, p.p. 28), quien afirma que la percepción y experiencia del dolor se generan a partir de factores psicosociales del individuo, así como las experiencias y emociones vividas previamente. Por esta razón, el umbral y la tolerancia varían en las personas y aún en circunstancias diferentes los adultos mayores tienen con frecuencia múltiples condiciones y su manejo médico es dirigido por lo general a la patología de base, pero se presta poca atención al alivio de los síntomas asociados como el dolor.

Al parecer, el tipo de dolor crónico más frecuente en los mayores está localizado en músculos, articulaciones y huesos; tal como lo afirma el VIII Estudio nacional de dolor en Colombia, revelando que el 47 % de las personas señala tener dolor por más de tres meses de

duración, lo que según la clasificación de la Asociación Internacional para el estudio del dolor se constituye dolor crónico, evidenciando que el 64.5% de las causas de dolor estuvieron relacionados con el aparato osteomuscular en el momento de la medición (Guerrero y Gómez, 2014, p.p.2-3).

Por otro lado, las variables como calidad de vida, atención plena y dolor crónico se midieron por medio de estos 3 instrumentos: el cuestionario McGill, el SF-36 y el Mindful Attention Awareness Scale (MASS), puesto que dichas pruebas según Gemma et al (2005, p. 136) son las más utilizadas en América Latina, y su aplicación se realizó de forma individual y de manera asistida en algunos casos, con la población adulto mayor del centro psicosocial “Años Dorados”.

Finalmente, para verificar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba kolmogorov - Smirnov a cada una de las variables, teniendo en cuenta que las 3 poseen un nivel de significancia > 0.05 , es posible afirmar que éstas se comportan de manera normal, permitiendo la búsqueda de asociaciones a partir de una prueba paramétrica, lo que implica que posiblemente estos resultados se puedan generalizar (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p. 311).

Al aplicar la correlación de Pearson entre las variables dolor crónico y atención plena, los resultados obtenidos demostraron que la correlación de Pearson para dichas variables obtuvo un valor de -0,46, es decir que a medida en que el dolor crónico aumenta los niveles de atención plena disminuyen de manera inversamente proporcional, con respecto a lo anterior, González (2014, p.611) en su investigación plantea que al persistir el dolor, las personas comienzan a estar más expuestas a la acción de factores psicológicos, como el miedo al dolor, la ansiedad y la depresión; y factores sociales como, la pérdida de roles, riesgo laboral y conflictos familiares, afirmando que estos factores ajenos a la enfermedad influyen

negativamente en la calidad de vida de las personas, por lo que su atención está enfocada en las experiencias y sensaciones negativas que el dolor les genera.

Por otra parte, investigaciones realizadas por Morone y Greco (2007) citado por Martin (2016, p.p. 82) afirman que durante un estudio meta-analítico, en adulto mayor con dolor crónico, las técnicas utilizadas para potenciar su atención plena, demostraron ser factibles en personas de la tercera edad, quienes las aceptaban y se benefician de las mismas; conclusión similar a la que llegaron, Henriksson, et al., (2016, p. 23) quienes realizaron un estudio a partir del programa Mindfulness – living with pain, diseñado para ayudar a personas con dolor crónico a sobrellevar el dolor; dicho programa se basó en intervenciones desde la terapia cognitivo conductual, incluyendo, escaneos corporales, atención consciente de los movimientos y anclajes respiratorios, generando un impacto positivo en varios problemas de salud relacionados con el dolor, como la disminución de la catastrofización y, en particular, una mayor aceptación del dolor, demostrando que es posible disminuir el dolor crónico en adultos mayores al implementar técnicas de mindfulness que fortalecen su atención plena.

Por otra parte, la correlación de Pearson entre las variables dolor crónico y calidad de vida, arrojó un valor de -0,41, esto indica que a medida en que el dolor crónico aumenta, la calidad de vida de los usuarios disminuye, este resultado corrobora los hallazgos de Porras y Méndez (2015, p. 14-15), quienes en su investigación afirman que la afectación de la calidad de vida en el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen, y es por esto que, a partir del dolor, también existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes.

Por su parte, Daza y Villalobos (2008, p. 124) explican que en la práctica clínica son frecuentes las preocupaciones psicológicas del paciente con dolor crónico, ya que se centran en

la angustia ante la pérdida de calidad de vida, la irritabilidad e incomodidad que le supone reajustarse en el rol social, laboral y familiar y su discapacidad en lo cotidiano. Por otro lado, afirma que existen factores, tales como la importancia del diagnóstico, la actitud ante la enfermedad, la discapacidad percibida y la vulnerabilidad personal ante el dolor crónico, que pueden provocar cambios en cuanto a la intensidad, la duración y sus efectos, que probablemente generan cambios bioquímicos, cognitivos o conductuales.

Es así como, Cardona (2008) citado por Martín (2016, p.p 20) afirma que a partir de la literatura y la experiencia en la atención integral del adulto mayor, existe un impacto negativo en la calidad de vida en la tercera edad, relacionado con alivio inadecuado del dolor, puesto que, el dolor disminuye la esperanza, y aumenta la frecuencia de depresión, retarda la rehabilitación, generando aislamiento, desencadenado por trastornos del sueño y del apetito, y a su vez, aumenta la disfunción cognitiva, generando un profundo deterioro del paciente.

Por esta razón, Martín (2016, p.p. 18) afirma que durante el envejecimiento se produce una serie de cambios asociados a problemas de dolor crónico, debido a la disminución de masa muscular y agua corporal, y al aumento de grasa corporal. Además, los huesos y las vísceras se contraen lo que provoca una gran disminución en el metabolismo basal, sin embargo, estos cambios son difíciles de cuantificar y varían de persona a persona.

Por último, en la tercera correlación entre las variables: atención plena y calidad de vida, arrojo un valor de +0,33; lo que indica que a mayor atención plena en la persona, su calidad de vida aumenta de manera directamente proporcional; conclusión similar a la que llega Castro (2017, p.p 38), afirmando que variables como bienestar psicológico y felicidad subjetiva son indicativos de la calidad de vida, entendiendo el concepto de calidad de vida como un constructo multidimensional, en el cual la percepción subjetiva de la calidad de vida es un índice muy importante en el bienestar psicológico de los adultos mayores. En este orden de ideas, los procesos que permiten una mayor atención plena, generan cambios significativos

en la calidad de vida y el bienestar subjetivo en las personas de tercera edad; conclusión similar a la que llega Aponte (2015, p.157) quien afirma que los resultados encontrados permiten concluir que las dimensiones que conforman la “calidad de vida” se configuran de una manera específica y particular, dependiendo de las necesidades de la persona; entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento; y si las personas gozan de una buena calidad de vida, otros aspectos psicológicos tendrán más probabilidades de funcionar mejor.

Finalmente, es importante resaltar que la calidad de vida de los adultos mayores en esta investigación es óptima, pese a sus dolencias y molestias causadas por los síntomas del dolor; sin embargo cabe mencionar que los contextos de atención psicosocial para el adulto mayor, proporcionan una mejor calidad de vida a dicha población; en este sentido y como lo afirma Romero, Peña, Valeriano, Garrido y Macías, (2016, p. 283) existen elementos objetivos en la calidad de vida como lo son, el bienestar material, la salud objetivamente considerada, las relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad; y al mismo tiempo elementos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. (Nava, 2012, citado por Romero et al; 2016, p. 282); conclusión similar a la que llega Aponte en el 2015 (citado por Romero et al., 2016, p.159-161) afirmando que los indicadores subjetivos que componen la calidad de vida son, el grado de satisfacción que siente una persona en sus relaciones familiares y sociales y los indicadores objetivos son la frecuencia de contactos sociales o la existencia de apoyos sociales brindados por la comunidad.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe una relación entre dolor crónico y calidad de vida; y dolor crónico y atención plena en un grupo de adultos

mayores, pertenecientes a un centro de atención psicosocial en el municipio de Chiquinquirá, Boyacá; en este sentido, se corrobora que existe una relación entre las variables, puesto que los resultados obtenidos a partir de la correlación de Pearson determinaron en primer lugar, que a mayor dolor crónico, menor calidad de vida en los usuarios; obteniendo un valor correlacional de -0,47; siendo esta afirmación consistente con lo que reporta la literatura.

Por otro lado, variables como dolor crónico y atención plena obtuvieron un valor correlacional de -0,46, lo que indica que existe una asociación inversamente proporcional, ya que, al aumentar el dolor crónico en los participantes, su atención plena disminuye de manera significativa.

Por su parte, el valor correlacional de las variables calidad de vida y atención plena, es de +0,33, afirmando que existe una correlación directamente proporcional; es decir; que, a mayor atención plena, mejor calidad de vida de los participantes.

En cuanto al nivel de dolor crónico de los participantes, los resultados reflejan que la mayoría presentan un nivel moderado de dolor crónico.

Finalmente, cabe mencionar que los resultados obtenidos del nivel de calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al centro de atención psicosocial “años dorados”, a partir de la aplicación del instrumento SF-36; indica que los participantes, obtuvieron puntuaciones altas en el cuestionario, por lo que se estima que los elementos subjetivos y objetivos que componen la calidad de vida influyen de manera indirecta en la percepción que tiene las personas sobre la misma; conclusión similar a la que llega Aponte (2015, p.161-162) quien afirma que algunas variables asociadas a la calidad de vida de los adultos mayores están asociadas o directamente relacionadas a la asistencia o participación en centros institucionales del sector salud o centros recreativos- culturales que prestan sus servicios a la población adulto mayor.

Por último, se identificó el nivel de atención plena de los participantes, donde los datos obtenidos a partir de la aplicación del instrumento MAAS, arrojaron porcentajes significativos, afirmando que los participantes se encuentran en un nivel medio de atención plena.

Alcances

Teniendo en cuenta que el alcance de la presente investigación es correlacional, es preciso recordar que un estudio de estas características solamente busca conocer la asociación entre dos o más variables, permitiendo entender cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas.

El establecimiento de correlaciones contiene diferentes niveles: correlaciones perfectas (1.00 en el coeficiente de correlación de Pearson), muy fuertes (0.90 en el coeficiente de correlación de Pearson), considerables (0.75 en el coeficiente de correlación de Pearson), medias (0.50 en el coeficiente de correlación de Pearson), débiles (0.25 en el coeficiente de correlación de Pearson), y muy débiles (0.10 en el coeficiente de correlación de Pearson), además de correlaciones positivas (+) y negativas (-), que brindan al investigador datos más precisos, sobre la posibilidad de predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o una variable, a partir del valor que poseen las variables relacionadas. (Hernández, et al., 2014, p. 305)

Lo anterior permite afirmar que, aunque en los resultados se afirma que existe una correlación entre dolor crónico, calidad de vida y atención plena, es relevante evidenciar que estas asociaciones son débiles, y aunque ayudan a explicar el vínculo entre las variables, no permiten que se afirme con mayor veracidad la existencia de una gran asociación.

Respecto a la calidad de vida, los resultados obtenidos fueron muy elevados, lo que puede deberse al hecho de que el instrumento utilizado mide la calidad de vida subjetiva, es

decir la percepción que tiene el sujeto sobre su estado de salud y su funcionalidad en la vida cotidiana, dejando de lado los aspectos económicos y sociales que podrían influir en estos resultados.

Finalmente, la presente investigación genera un aporte al respecto desde un abordaje psicológico en el campo de la salud, puesto que el dolor crónico es un tema de salud pública, y por lo tanto es pertinente visibilizarlo, tal como lo afirma Solati, et al. (2017, p.p. 6), dado que conlleva una serie de condiciones que limitan e incapacitan la productividad y autonomía en la calidad de vida del adulto mayor.

Limitaciones

Una de las mayores limitaciones de la presente investigación fue el difícil acercamiento a todos los beneficiarios del centro de atención psicosocial en el que se realizó la aplicación de instrumentos, puesto que algunos de ellos pertenecían al área rural y no era posible realizar un desplazamiento a éstas zonas por parte de las investigadoras, además algunas de las personas que cumplían con los criterios de inclusión, llevaban una larga temporada sin asistir al “Centro Vida”, por lo que no era posible conocer su ubicación actual, y por ende, no se les aplicaron los cuestionarios, lo que impidió que la muestra fuera mayor.

La aplicación de los instrumentos superó el tiempo estimado y ocasionó retrasos en el desarrollo de la investigación, pues los 3 instrumentos se aplicaron de forma continua a cada participante, algunas personas manifestaron cansancio por el extenso número de ítems de cada prueba, y en la mayoría de los casos, fue necesario repetir varias veces las preguntas, aclarándolas para facilitar su plena comprensión, incluso teniendo en cuenta que los ítems de los instrumentos no ocasionan sesgo, dado que las preguntas estaban centradas en actividades y sensaciones fáciles de evaluar, con un nivel muy bajo de análisis subjetivo y cognitivo.

En cuanto a la calificación del instrumento McGill, ésta fue compleja puesto que como lo mencionan Serrano, et al. (2002, p. 111), existen diferentes manuales para la interpretación del mismo, lo que generó confusiones en su análisis y retrasos en la elaboración de los resultados de la investigación, sin embargo, se utilizó la interpretación proporcionada por Boyle, et al. (2011, p. 115), ya que ésta guarda correspondencia con los criterios proporcionados por el manual original del instrumento, por lo tanto su validez es mayor.

Sugerencias

Teniendo en cuenta que el instrumento utilizado para medir el dolor crónico en la presente investigación (McGill), arrojó un nivel bajo de confiabilidad según el Alpha de Cronbach, y en la investigación realizada por Boyle, et al. (2011, p. 111) se menciona que presenta limitaciones psicométricas importantes que afectan su confiabilidad y validez, es oportuno que en futuras investigaciones se aclaren dichas imprecisiones del instrumento, o se utilice otro cuestionario que también proporcione el índice de dolor crónico de la persona, que sea acorde a la etapa del ciclo vital de los participantes, y que esté validado en Colombia.

Aunque el cuestionario SF 36 posee un alto nivel de confiabilidad y validez, sus ítems están relacionados con lo que Cuadra y Florenzano en el 2008, y Villatoro en el 2012 (citados por Romero, et al., 2016, p. 283), denominaron “calidad de vida subjetiva”, que hace referencia a los pensamientos y sentimientos de las personas acerca de su vida, y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia; y dado que el instrumento utilizado en la presente investigación mide factores como la funcionalidad, el bienestar emocional y las relaciones sociales, deja de lado factores externos al participante, o lo que los autores mencionados anteriormente plantearían como “calidad de vida objetiva”, es decir su situación económica, su vivienda, y sus condiciones materiales en general, por lo que

en futuras investigaciones, es recomendable tener en cuenta estos aspectos y su influencia tanto en la población, como en los resultados obtenidos (Villatoro, 2012 citado por Romero, et al., 2016, p. 284).

En cuanto al instrumento MAAS, aunque Ruiz, et al. (2016, p.p. 26) realizaron una validación del cuestionario con jóvenes Colombianos en el 2016, y éste arrojó un buen nivel de consistencia interna, es preciso realizar una validación o adaptación del mismo para la población adulto mayor específicamente.

En futuras investigaciones es pertinente tener en cuenta aspectos relacionados al proceso de envejecimiento, tales como los cambios sensoperceptivos del adulto mayor, en este caso el aumento del umbral de dolor, en el que la información sensorial recibida debe ser cada vez más fuerte para que el sujeto la perciba (American Accreditation Health Care Commission, 2018, p.p. 41), ésta reducción de la sensación de dolor puede estar asociada a los hallazgos encontrados en el análisis de resultados de la investigación.

Referencias

Almendo, M. Clariana, S. Hernández, S. Rodríguez, C. Camero, B y Martin, T. (2011). *Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría; 31 (110), 213-224. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/03.pdf>

Alvarado, L. Castañeda, N y Vásquez, M. (2015). “*Sistematización de 113 pruebas psicodiagnósticas, un avance frente a la importancia de su uso en el área de la Psicología Forense*”. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21348/AlvaradoPinzonLaura2015.pdf?sequence=1>

Alvarado y Salazar. (2015). La adaptación al dolor crónico benigno en los adultos mayores. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 128-137. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100016&lng=en&tlng=es

American Accreditation HealthCare Commission. (2018). *Cambios de los sentidos por la vejez*. Enciclopedia médica Clínica Dam. Recuperado de <https://www.clinicadam.com/salud/5/004013.html>.

Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. Ajayu. 13(2). Recuperado de <https://docplayer.es/10755274-Calidad-de-vida-en-la-tercera-edad-quality-of-life-in-the-elderly.html>

Arab, M. H, Baghouli, H, y Barzegar, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based therapy on symptoms reduction and improving quality of life in patients with excoriation disorder. *Indian Journal Of Health & Wellbeing*, 7(8), 803-806. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=117944382&lang=es&site=ehost-live>

Arias, M y Verdezoto, K. (2017). *Dimensiones clínicas de la atención paliativa al adulto mayor hipertenso centros de salud licto y espoch – Lizarzaburu*. Tesis de grado.Facultad de ciencias de la salud. Universidad Nacional de Chimborazo. 3-22. Recuperado de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4200/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0014.pdf>

Boer, M. Steinhagen, H. Versteegen, G. Struys, M. y Sanderman, R. (2014). Mindfulness, Acceptance and Catastrophizing in Chronic Pain. *Plos ONE*, 9(1), 1-6. doi:10.1371/journal.pone.0087445. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=6&sid=2fc5214e-eab9-452d-9989-bfd1d4e2ca18%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=94236185&db=a9h>

Bonilla, K; Padilla, Y. (2015). “Estudio piloto de un modelo grupal de meditación de atención plena (mindfulness) de manejo de la ansiedad para estudiantes universitarios en puerto rico”. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26 (1), pp. 72. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245620006.pdf>

Bortmas, S. Gaari, E. Molina, D. Esquivel, I. Vargas, E. Murillo, C. Lewis - Bolton, S. Garcia, E y Pawlowski, J. (2017). *Desarrollo y evidencias de validez de la Escala de Mindfulness en el Trabajo (EMT) para adultos costarricenses*. Universidad Iberoamericana. (50-51). Recuperado de: <http://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/psicoinnova/article/view/15/12>

Boyle, G. Ortet-Fabregat, G y Fernández, E. (2011). El cuestionario de dolor de McGill: Consideraciones lingüísticas y estadísticas. Recuperado de:
<https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17382/18152/0>

Brennan, F y Cousins, M. (2005). *El alivio del dolor como un derecho humano*. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 12(1), 17-23. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100004&lng=es&tlng=es.

Bustos, R. (2000). *Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton*. *Acta bioethica*, 6(1), 103-111. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-569X2000000100008&lng=es&nrm=iso

Cardona, D. Agudelo, A. Restrepo, L. Sánchez, L y Segura, A. (2014). *Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, Colombia*. CES, Salud Pública. (5). Pag 137. Recuperado de
<http://search.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=100934196&lang=es&site=ehost-live>

Carlos, K. (2018). *Calidad de vida del adulto mayor que acude al centro médico solidario de Comas*. Universidad Cesar Vallejo. Facultad de ciencias médicas. 10. Recuperado de:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18108/Carlos_MKM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Castro, L. (2017). *Programa de atención plena en mayores*. Tesis de grado, Universidad de Jaén; Facultad de humanidades y ciencias de la educación. Recuperado de <http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/6241/1/TFM%20Lucia%20Santiago%20Castro.pdf>

Cepeda-Hernandez, S. (2015). *El Mindfulness Disposicional y su Relación con el Bienestar, la Salud Emocional y la Regulación Emocional*. REvista internacional de psicología. 14(2). p. 2-14. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6161344.pdf>

Cerquera, A. Uribe, A. Matajira, Y y Correa, H. (2017). *Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor*. Psicogente, 20(38), 398-409. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=0&sid=952328d6-5aae-44b9-8a66-19a6df3f8661%40sessionmgr4009&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=124370464&db=a9h>

Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de Colombia. (27 de diciembre de 2002). Ley 789 de 2002. Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0789_2002.htm

Congreso de Colombia (19 de julio de 2017). Ley N° 1850. Bogotá. Recuperado de: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201850%20DEL%2019%20DE%20JULIO%20DE%202017.pdf>

Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 34-47. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=12&sid=2fc5214e-eab9-452d-9989-bfd1d4e2ca18%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=57291312&db=a9h>

Cruciani, R y Nieto M. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 5: 312-327; 2006. Recuperado de: file:///D:/Archivos_Usuario/Downloads/Dialnet-FisiopatologiaYTratamientoDelDolorNeuropatico-6360479.pdf

Cusens, B. Duggan, G. Thorne, K y Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 63-78. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=48013335&lang=es&site=ehost-live>

Daza, J. y Villalobos, Y. (2008). Dolor en el adulto Mayor. Asociación colombiana para el estudio del dolor. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/aced-dolor-01.pdf>

Delgado, M. Rodríguez, J. Sánchez, M y Gutiérrez, R. (2012). Conociendo Mindfulness. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, N° 27, 2012, (29-46). Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ConociendoMindfulness-4202742.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2010). *Proyecciones Nacionales y departamentales de población 2005 - 2020*. Centro Andino de altos estudios CANDANE, (47). Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

Díaz, V. (2010). *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas*. Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2(1), 57-71. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=pt&tlng=es

Domínguez, A. Aguilera, S. Acosta, T. Navarro, G y Ruiz, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808-824. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000300005&lng=es&tlng=es.

Fundación Universitaria Konrad Lorenz. (2000). *Código Ético del Psicólogo, Colombia*. Revista Latinoamericana de Psicología, 32 (1), 209-225, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>

Galvez, R. Marsal, C. Vidal, J. Del Real, M. Ruiz, M y Rejas, J. (2006). El dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(2), 81-95. Recuperado en 24 de noviembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200003&lng=es&tlng=es.

García, J. (2014). *Psicología positiva, bienestar y calidad de vida*. En claves del pensamiento, 8(16), 13-29. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2014000200013&lng=es&tlng=es

Gemma,V. Ferrer, M. Rajmil, L. Rebollo, P. Permanyer-Miralda, G. Quintana, J. Santed, R. Valderas, J. Ribera, A. Domingo-Salvany, A y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

Goberna, M. Mayo, M y Lojo, V. (2014). Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2014; 21(1): 50-58 Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n1/articulo_especial.pdf

González, M. (2014). *Dolor crónico y psicología: actualización*. Revista médica clínica las condes. 25(4). p.p (612 -616). Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811>

Guerrero, A y Gómez, M. (2014). VIII Estudio Nacional de Dolor - prevalencia del dolor crónico en Colombia. Asociación Colombiana para el estudio del dolor. Recuperado de http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/viii_estudio_prevalencia_dolor_cronico_en_colombia_publicacion_pagina_aced_2014.pdf

Henriksson, J. Wasara, E. y Rönnlund, M. (2016). Effects of Eight-Week-Web-Based Mindfulness Training on Pain Intensity, Pain Acceptance, and Life Satisfaction in Individuals With Chronic Pain. *Psychological Reports*, 119(3), 586-607. doi:10.1177/0033294116675086. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=1c9de835-72ff-4784-8684-becc5f650b9c%40sessionmgr102>

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. Atlacomulco 499 - 501, Fracc. Ind. San Andrés Atoto, 53500 Naucalpan de Juárez, Edo. de México.

Herrera, B. (2003). *Abordajes teóricos para comprender el dolor humano*. Revista Aquichan. 3 (3). pág. 33. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v3n1/v3n1a06.pdf>

Iraurgi, I. Póo, M y Márkez, I. (2004). *Valoración del índice de salud SF- 36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca*. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 609-621. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n5/original4.pdf>

Izquierdo, A. (2007). *Psicología del desarrollo de la edad adulta: teorías y contextos*. Universidad Complutense de Madrid España INFAD Revista de Psicología, N° 2, 2007. ISSN: 0214-9877. pp: 67-86 International Journal of Developmental and Educational Psychology, N° 2, 2007. ISSN: 0214-9877. pp: 67-86. Recuperado de: http://infad.eu/RevistaINFAD/2007/n2/volumen1/0214-9877_2007_2_1_67-86.pdf

La Cour, P., & Petersen, M. (2015). Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine*, 16(4), 641-652. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=4&sid=2fc5214e-eab9-452d-9989-bfd1d4e2ca18%40sessionmgr120&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl>

Leal, C. Gascón, C y Rodríguez, J. (2017). *Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica*. Universitas Psychologica, 16(3), 1. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.cven>

Ley N° 1276. Orientaciones a las entidades territoriales para la aplicación de la Ley 1276 de 2009 y normas complementarias sobre “estampilla para el bienestar del adulto mayor”. Bogotá, Colombia. 2009

Lombardo, E. (2012). *Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas*. Universidad de Palermo. Recuperado de: http://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/13/Psicodebate_N13_03b.pdf

López, A. Montorio, I y Frenandez, M. (2010). *El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con dolor crónico*. Revista de la sociedad española del dolor.17 (2), 78. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n2/original2.pdf>

López, E y Hernández, M. (2016). Descripción contingencial de prácticas formales de atención plena "mindfulness". (Spanish). *Estudios Sobre Las Culturas Contemporáneas*, 22(44), 49-62. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=42ad1c7d-fa39-4d61-915f-d2db98d7ed66%40sessionmgr4010>

Lugo, L. García, H y Gómez, C. (2006). *Confiabilidad del cuestionario calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia*. Revista Facultad Nacional Salud Publica. 24 (2). 38-45. Recuperado de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/243/173>

Martin, M. (2016). *Estado del arte de la investigación sobre factores psicosociales en el dolor osteomuscular en ancianos*. VII Convención internacional de psicología “hominis”. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/308136876_Estado_del_arte_de_la_investigacion_sobre_factores_psicosociales_en_el_dolor_osteomuscular_en_ancianos

Martín, M. Zaz, B. Grau, J. Monitorio, I y Cesar, D. (2008). *Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico*. Revista de la Sociedad Española de Dolor. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v15n8/original1.pdf>

Mazumdar, D. (2014). *Mindfulness-un estudio de dos generaciones*. Diario de organizacion y comportamiento humano. 3(2). p. 16-19 Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265968923_Mindfulness_-_A_Study_of_Two_Generations

Meza, L. (2015). *El paradigma del positivismo y la concepción dialéctica del conocimiento*. Revista virtual, matemáticas, educación e internet. Recuperado de <http://revistas.tec.ac.cr/index.php/matematica/article/viewFile/2296/2087>

Ministerio de la protección social. (2007). *Política Nacional De Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019*. Bogotá Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Molina, J. Figueroa, J y Uribe, A. (2013). *El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados*. Revista Universitas Psychologica. 12(1), p.p.(56-60). Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/ehost/detail/detail?vid=0&sid=3e33fddb-850b-4814-a98f-5ad37d1f6255%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=91515267&db=zbh>

Montoya, B. (2015). *Comportamientos del suicidio. Colombia, violencia autoinfligida desde un enfoque forense*. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>

Mora, M. Villalobos, D. Araya, G y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MHSalud, 1 (1), 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2370/237017928002/>

Moreno, B y Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. Madrid, España. (6 -7). Recuperado de: <http://uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

Palacios, C. Torres, M y Mena, M. (2009). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación sociodemográfica en personas mayores de 65 años*. Revista española de geriatría y gerontología. 44(3). (117 - 170). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista->

espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estereotipos-negativos-hacia-vejez-su-S0211139X09000663

Palacios y Perez-Acosta. (2017). Evaluacion de concepto de psicologia de la salud y su diferenciacion de otros campos de accion profesional. Escuela de mediciona y ciencias de la salud. Universidad el Rosario. p. 8. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12870/BI%2024%20Rehabilitaci%C3%B3n%20web.pdf>

Parra, M. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años*. Tesis doctoral. Universitat. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf>

Parra, M. (2011). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena en pacientes con fibromialgia. Tesis doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha, Facultad de educación. 19. Recuperado de <http://fibro.pro/parra-delgado/>

Porras, L y Méndez, D. (2015). *Calidad de vida del adulto mayor con dolor crónico secundario a osteoartrosis en la fundación Hogares La Candelaria de los municipios Madrid y Tenjo, Colombia*. Universidad ciencias aplicadas y ambientales. (13-30). Recuperado de: <http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/455/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20DEL%20ADULTO%20MAYOR%20CON%20DOLOR%20CR%C3%93NICO%20SECUNDARI.pdf>

Puelles, E. (2016). *Flexibilidad psicológica y aceptación del dolor como variables predictoras de la calidad de vida y bienestar emocional en personas con dolor crónico*. Tesis Master. Universidad de Oviedo, Facultad de psicología. 2. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37689/6/TFM.Eva.Puelles.Flores.pdf>

Rodríguez, B. Pita, S. Pertega, S. Chouza, M. (2013). *Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadoras del sector pesquero usando el cuestionario SF-36*. Gac Sanit. 2013;27(5):418–424. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113000368>

Rodríguez, M. (2006). Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España: Estudio STEP. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(8), 525-532. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800003&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, N. (2017). Mindfulness: instrumentos de evaluación. Una revisión bibliográfica. *Revista de investigación en psicología social*. Recuperado de: http://repositorioubi.sisbi.uba.ar/gsd/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=psocial&d=2615_oai

Rodríguez, S. (2017). *Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética*. Gerokomos, 28(4), 168-172. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400168&lng=es&tlng=es

Romero, E. (2010). Confiabilidad del cuestionario de salud sf-36 en pacientes post-infarto agudo del miocardio procedentes de Cartagena de Indias, Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(2), 41-46. Retrieved September 09, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332010000200002&lng=en&tlng=es

Romero, G. Tejero, M y Atanasio, E. (2017). Definición. Epidemiología y fisiopatología del dolor pélvico crónico. *Dolor*, 32(2), 45-54. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com.bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=123960142&lang=es&site=ehost-live>

Romero, M. Peña, N. Valeriano, B. Garrido, E y Macias, J. (2016). Elementos subjetivos y objetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec. *Estudios sociales*. 26 (48). 282-284. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/417/41746402010.pdf>

Rosas, O. González, E. Brito, A. Vázquez, O. Peschard, E. Gutiérrez, L y García, E. (2011). Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 153-162. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112j.pdf>

Ruiz, J. Suárez, J y Riaño, D. (2016). *Psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale in Colombian undergraduates*. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121438116000060>

Sánchez, B. (2003). *Abordajes teóricos para comprender el dolor humano*. Aquichan. 3 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006

Schoultz, M. Atherton, M. Hubbard, G. y Watson, A. (2013). The use of mindfulness-based cognitive therapy for improving quality of life for inflammatory bowel disease patients: study protocol for a pilot randomised controlled trial with embedded process evaluation. *Trials*, 14(1), 2-19. doi:10.1186/1745-6215-14-431. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com.bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=93550186&lang=es&site=ehost-live>

Serrano, A. Caballero, J. Cañas, A. García-Sau, P. Serrano, C y Prieto, J. (2002). valoración del dolor (II). Pain asses - ment (II). *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 9: 109-121. Recuperado de: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf

Solati, K. Mousavi, M. Kheiri, S y Hasanpour-Dehkordi, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*, 32(5), 378-385. doi:10.5001/omj.2017.73

Soler, J. Tejedor, R. Feliu-Soler, A. Pascual, J. Cebolla, A. Soriano, J y Pérez, V. (2012). *Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)*. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 40(1), 19-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3831644>

Standler, F. (2010). *El círculo de Viena: empirismo lógico, ciencia, cultura y política*. Universidad autónoma metropolitana. México: Fondo de cultura económica. Pag 19. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/52978>

Tratar el dolor crónico supone un 2% del PIB en los países Europeos. (14 de octubre de 2017). *Diario de Sevilla*. Recuperado de https://www.diariodesevilla.es/salud/Tratar-cronico-supone-PIB-europeos_0_1181582273.html

Torres, S. Sanabria, A y Guerra, M. (2009). Manejo fisioterapéutico del dolor por medio de modalidades terapéuticas en tenosinovitis de quervain. Universidad Manuela Beltrán. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30415059006.pdf>

Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, (21), 76-86. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/817/81702108>

Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.

Zeidan, F. y Vago, D. (2016). Mindfulness meditation-based pain relief: a mechanistic account. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1373(1), 114-127. Recuperado de <http://search.ebscohost.com.bdatos.usantotomas.edu.co:2048/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116747500&lang=es&site=ehost-live>