



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional De Loja

Facultad De La Salud Humana

Carrera De Enfermería

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos
con dolor crónico del Cantón Gonzanamá.

Autor:

Stalin Enrique Condo Muñoz

Directora:

Mgtr. Katherine Michelle González Guambaña.

LOJA – ECUADOR

2024

Trabajo de Integración
Curricular previo a la obtención
del título de Licenciado en
Enfermería

Certificado del trabajo de integración curricular

Loja, 09 de octubre del 2024

Lic. Katherine Michelle González Guambaña, Mg. Sc

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estrategia de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, de autoría del estudiante **Stalin Enrique Condo Muñoz**, con **cédula de identidad Nro. 0751034265**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,

.....

Mgr. Katherine Michelle González Guambaña.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Stalin Enrique Condo Muñoz**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Autor: Stalin Enrique Condo Muñoz

Cedula de identidad: 0751034265

Fecha: Veinticuatro de octubre del dos mil veinticuatro

Correo electrónico: stalin.condo@unl.edu.ec

Teléfono: 0986411717

Carta de autorización del trabajo de integración curricular

Yo, **Stalin Enrique Condo Muñoz** declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominada: “**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá**” como requisito para optar el título de **Licenciado en Enfermería**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veinticuatro días del mes de octubre del dos mil veinticuatro.

Firma:

Autor: Stalin Enrique Condo Muñoz

Cédula de identidad: 0751034265

Dirección: Av. 8 de diciembre y lago salado **Correo electrónico:** stalin.condo@unl.edu.ec

Teléfono: 072791424 **Celular:** 0986411717

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del trabajo de integración curricular: Lic. Katherine Michelle González Guambaña,
Mg. Sc.

Dedicatoria

Quiero expresar mi gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

A las personas más importante en mi vida, las cuales amo con todo mi corazón, por las que lucho cada día, mi mayor inspiración. Mi madre Piedad por ser el pilar más importante en mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias. Mi padre Guido, quien con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por su apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas. De manera especial, a la licenciada Mgtr. Katherine González directora del trabajo de integración curricular, quien me ha guiado con su paciencia, conocimiento, enseñanza, colaboración y su rectitud como docente.

Finalmente, a mis queridos amigos quienes hicieron de esta etapa universitaria una experiencia inolvidable, los quiero mucho.

Stalin Enrique Condo Muñoz

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, especialmente a todos los docentes de la Carrera de Enfermería que me apoyaron en mi formación universitaria, gracias a ustedes culmino con éxito mi profesión.

De manera especial, expreso mi gratitud a la Licenciada Diana Vuele, Mg. Sc., docente de titulación, quien con su invaluable ayuda supieron guiar mi trabajo investigativo en forma adecuada.

Al Cantón Gonzanamá le doy las gracias por recibirme y poder realizar mi investigación de forma general a todos los adultos mayores que aun convive con una de las enfermedades crónicas y que siguen luchando para seguir adelante con su vida cotidiana.

Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera me brindaron su valiosa ayuda que permitió concluir con éxito este aporte investigativo.

Stalin Enrique Condo Muñoz

Índice de contenido

Portada.....	i
Certificación	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	ix
Índice de Anexos	ix
1. Titulo.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract	3
3. Introducción... ..	4
4. Marco teórico.	6
4.1. Dolor.....	6
4.1.1. Definición	6
4.1.2. Clasificación del dolor	6
4.1.3. Según su patogenia.	7
4.1.4. Según el curso.	8
4.1.5. Según su intensidad.....	8
4.1.6. Causas más frecuentes de dolor crónico en el paciente geriátrico.....	9
4.2. Estrategia de afrontamiento.	10
4.2.1. Definición.	10
4.2.2. Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento	10
4.2.3. Estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico.....	12
4.2.3.1. Afrontamiento cognitivo.....	12
4.2.3.2. Afrontamiento conductual.....	13
4.2.3.3. Afrontamiento afectivo.	13
4.2.3.4. Afrontamiento fisiológico.....	13
4.2.3.5. Intervenciones combinadas.....	14
4.3. Calidad de vida.....	14

4.3.1. Definición	14
4.3.2. Calidad de vida del adulto mayor	15
4.3.3. Dimensiones de la calidad de vida.....	16
4.3.3.1. Salud física.....	16
4.3.3.2. Psicológica	17
4.3.3.3. Relaciones Sociales.....	18
4.3.3.4. Ambiente.....	18
5. Metodología.	20
6. Resultados....	22
7. Discusión.....	25
8. Conclusiones.	27
9. Recomendaciones.....	28
10. Bibliografía.....	29
11. Anexos.....	36

Índice de tablas

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento	22
Tabla 2. Nivel de calidad de vida	22
Tabla 3. Características sociodemográficas y calidad de vida	23

Índice de Anexos

Anexo 1. Informe de pertinencia.....	36
Anexo 2. Designación de directora del trabajo de integración curricular.....	37
Anexo 3. Difusión de los resultados mediante la tercera jornada científica de la “Investigación como parte del proceso de la enseñanza aprendizaje” durante la semana del estudiante.	38
Anexo 4. Consentimiento informado.....	39
Anexo 5. Instrumento de recolección de datos.	40
Anexo 6. Traducción certificada del resumen.....	47

1. Título

Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón
Gonzanamá

2. Resumen

El afrontamiento ante el dolor se define como la combinación de esfuerzos cognitivos y conductuales usados para controlar el dolor, el componente cognitivo se refiere a los esfuerzos intelectuales, como la perseverancia en ignorar el dolor; mientras que los esfuerzos conductuales son las actividades relacionadas al dolor, como la disminución o aumento en la medicación. El objetivo de este estudio fue determinar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá. Se realizó de enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. El área de estudio fue el Cantón Gonzanamá, donde participaron 84 adultos mayores con dolor crónico, la técnica aplicada fue la encuesta, para ello se empleó un cuestionario conformado por tres apartados (datos sociodemográficos, escala de calidad de vida WHOQOL-BREF y escala de afrontamiento ante el dolor crónico). Los resultados demuestran que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la religión con un 89%, que pertenece al afrontamiento adecuado de tipo pasivo. El 77,0% manifiesta un nivel de calidad de vida bajo, seguido de media (19,0%) y el (4,0) calidad de vida alta. Destacan aquellos de edad avanzada (65-70 años) con un 76%, de sexo masculino (79%), instrucción primaria (73%), de estado civil: casados (81%), con ocupación en su mayoría son jubiladas (92%), sin seguro médico (84%) y todos los participantes pertenecen a la religión católica. Se concluye que la estrategia más utilizada es la religión, éste involucra la fe y un sentimiento de protección divina, además perciben una calidad de vida baja complejamente influenciado por la salud física, el estado fisiológico, el grado de autocontrol y las relaciones sociales y con su entorno.

Palabras clave: Creencias Religiosas, Envejecimiento, Conducta Adaptativa y Adulto Mayor.

Abstract

Coping in the face of pain is defined as the combination of cognitive and behavioral efforts used to control pain; the cognitive component refers to intellectual efforts, such as perseverance in ignoring pain; while behavioral efforts are pain-related activities, such as the decrease or increase in the medication. The objective of this study was to determine coping strategies and quality of life in geriatric patients with chronic pain of Gonzanamá Canton. It was realized of quantitative, descriptive, prospective, and cross-sectional approach. The study area was Gonzanamá Canton, where 84 older adults with chronic pain participated, the technique applied was the survey, for this purpose, it was employed a questionnaire made up of three sections (sociodemographic data, WHOQOL-BREF quality of life scale and chronic pain coping scale). The results demonstrate that the most frequently used coping strategy is religion with 89%, which belongs to the adequate coping of passive type. 77,0% state a low-quality life level, followed by medium (19,0%) and high (4,0) quality life level. Those of advanced age (65-70 years) stand out with 76%, male sex (79%), elementary education (73%), marital status: married (81%), with occupation mostly retired (92%), without health insurance (84%) and all participants belong to the Catholic religion. It is concluded that the most used strategy is religion, which involves faith and a feeling of divine protection, in addition, they perceive a low life quality complexly influenced by physical health, physiological state, degree of self-control and social relations and with their environment.

Keywords: Religious Beliefs, Aging, Adaptive Behavior and Older Adult.

3. Introducción

El dolor crónico es considerado como aquel dolor que perdura más allá del tiempo de la recuperación de un daño, o aquel que permanece por más de tres o seis meses (Curo y Gaspar, 2020). Las estrategias de afrontamiento hacen referencia aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales y de comportamiento de una persona (Lazarus y Folkman, 1986, como se citó en Cerquera et al., 2020). La calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Suárez et al., 2022).

En Perú se realizó un estudio sobre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adultos mayores de un centro de salud, en donde intervino una muestra de 84 adultos mayores, encontrándose una relación significativa entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida saludable, demostrando que, a medida que aumentan las estrategias de afrontamiento, mejora también la calidad de vida saludable. Los datos reportan que el 24,8% de los adultos mayores tienen un alto o muy alto nivel de adaptación ante situaciones difíciles y el 28,6% tienen una calidad de vida alta o muy alta en cuanto a la salud. Dentro de las características sociodemográficas la edad tiene un porcentaje de 38,1% de 71 a 80 años de los adultos mayores, seguido los de la edad de 60 a 70 años con un 30,5%. En la categoría de ocupación el porcentaje mayor con un 34,3% en labores del hogar, seguidamente en 31,4% en ninguna ocupación (Curo y Gaspar, 2020).

Un estudio realizado en México sobre el apoyo social y el afrontamiento del dolor crónico en 56 adultos, demuestra que, el 15,82% aplica estrategias relacionadas a la religión promoviendo el afrontamiento de tipo pasivo; también se evidenció la aplicación del afrontamiento de tipo activo, en donde el 15,29% emplea estrategias de autoafirmación, el 8,54% de autocontrol mental y el 8,91% de distracción (Morales et al., 2022).

En Chile se realizó un estudio sobre “Percepción de la calidad de vida en ancianos con dolor crónico”, en donde se identificó 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% y 96,7%, respectivamente. En el análisis de las características sociodemográficas demuestra que el sexo femenino es mayor al masculino en un porcentaje de 86% y referente a la edad, además detalla que el 44% tiene una edad de 65 a 69 años (Coy y Morales, 2019)

En la ciudad de Quito en Ecuador se realizó un estudio sobre estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en 130 pacientes de 95 años que reciben cuidados paliativos y su relación con la calidad de vida. En la CVRS (calidad de vida relacionado con la salud), el 59% de los pacientes realizaba las actividades “solo con ayuda”, seguido del “sin ayuda, pero con dificultad” con un 22,31%. En el dominio independiente sobre la apreciación global de la calidad de vida, el 29,23% respondió que se sentía “Bastante mal”. Y dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas se encontraron: el apoyo social emocional con el 99,23%, la aceptación con el 98,46% y la religión con el 97,69%. En el estudio de las características sociodemográficas se demostró que el 48% son pacientes casados y el 35% solteros. Además, que el 86,92% eran jubilados (Galán, 2020).

Otro estudio realizado en Ecuador- Tungurahua sobre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en 30 pacientes oncológicos y 30 cuidadores primarios evidenció que el 36,98% de los pacientes utilizan la búsqueda de apoyo social como estrategia de afrontamiento, seguido de la religión, con el 36,02%. En el estudio de la calidad de vida, el mayor porcentaje evidenciado en el área de funcionamiento fue el rango muy bueno, con el 35,67%, mientras que el 22,33% presentó un rango adecuado en pacientes (Mayorga y Peñaherrera, 2019).

Frente a lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación es de gran importancia porque permite mejorar las intervenciones de enfermería y garantizar una adecuada calidad de vida en los pacientes geriátricos que padecen de dolor crónico. En este sentido, el objetivo general de la investigación fue determinar las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en los pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá.; y como objetivos específicos se plantearon los siguientes: identificar las estrategias que utilizan los pacientes geriátricos con dolor crónico, describir la calidad de vida de acuerdo a las características sociodemográficas de estos pacientes y difundir los resultados obtenidos a la comunidad universitaria y sociedad en general.

4. Marco teórico.

4.1. Dolor

4.1.1. Definición

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2024), el dolor se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o que se asemeja a, un daño tisular real o potencial". Esta definición refleja la complejidad del dolor, ya que puede presentarse de múltiples maneras, lo que hace imposible reducirlo a un solo tipo. El dolor puede ser somático, como ocurre en la migraña o la osteoartritis, o neuropático, afectando diversas áreas del cuerpo de manera distinta.

El dolor es un fenómeno integral que abarca componentes biológicos, psicológicos y sociales, lo que implica que la percepción del dolor no se puede explicar únicamente a través de la actividad de las neuronas sensoriales. Es una experiencia personal influida por factores subjetivos y culturales. Además, es crucial reconocer que el dolor no siempre requiere una manifestación verbal para ser validado. Este hecho es especialmente importante cuando se trata de pacientes que no pueden comunicarse verbalmente, como los niños, las personas con discapacidades o incluso los animales, ya que ellos pueden mostrar signos de dolor a través de comportamientos o gestos no verbales (IASP, 2024).

4.1.2. Clasificación del dolor

De acuerdo a International Association for the Study of Pain [IASP] (2024), la clasificación del dolor se ha actualizado en función de varios factores, y no solo en términos de temporalidad. Se distinguen dos tipos principales: dolor agudo y dolor crónico, y cada uno tiene características específicas que implican diferentes enfoques de manejo clínico.

Dolor agudo: Es una respuesta inmediata ante una lesión o daño tisular, como una fractura o una cirugía. Este tipo de dolor tiene un papel biológico protector, ya que sirve como una señal de advertencia para que el cuerpo responda rápidamente ante un daño o enfermedad. A medida que se resuelve la causa subyacente, el dolor tiende a disminuir. Generalmente, el dolor agudo dura menos de tres meses y su resolución depende de la adecuada gestión de la lesión original (International Association for the Study of Pain [IASP], 2024). Según Figueredo (2020), el manejo temprano del dolor agudo es crucial para evitar su cronificación y mitigar el riesgo de dolor persistente.

Dolor crónico: A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico persiste más allá del tiempo normal de curación, generalmente superando los tres a seis meses. Este tipo de dolor no tiene una

función biológica protectora y, en muchos casos, se considera una enfermedad en sí misma. Está vinculado con alteraciones del sistema nervioso, como en el caso de la neuropatía diabética o el dolor nociplástico, que se observa en condiciones como la fibromialgia. Además, el dolor crónico puede tener consecuencias emocionales y psicológicas importantes, y se ve influido por mecanismos como la sensibilización central, que aumenta la percepción del dolor sin que exista necesariamente un daño tisular actual (Darnall, 2019). La cronificación del dolor es uno de los principales retos clínicos, pues implica un enfoque terapéutico más complejo para prevenir el deterioro de la calidad de vida del paciente (Raja et al, 2020).

4.1.3. Según su patogenia.

La clasificación del dolor según su patogenia, permite identificar tres categorías principales: dolor nociceptivo, dolor neuropático y dolor nociplástico. Esta diferenciación es clave para guiar el diagnóstico y tratamiento de cada tipo de dolor.

Dolor nociceptivo: Este tipo de dolor es consecuencia de la activación de los receptores nociceptivos, que responden a estímulos que lesionan o tienen el potencial de lesionar los tejidos. Se subdivide en dos tipos:

- **Dolor somático:** Resulta de una lesión en los tejidos corporales superficiales (piel, músculos, articulaciones). Suele ser bien localizado y puede describirse como punzante o doloroso.
- **Dolor visceral:** Proviene de órganos internos (como el intestino o el corazón) y es más difuso y difícil de localizar. Su presentación puede estar acompañada de síntomas como náuseas o sudoración (Bonezzi et al., 2020).

Dolor neuropático: Este tipo de dolor es causado por una lesión o disfunción en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Es característico en condiciones como la neuropatía diabética o el dolor postherpético. Uno de los síntomas distintivos del dolor neuropático es la alodinia, que se refiere a la sensación dolorosa provocada por estímulos que normalmente no causarían dolor, como el roce de la piel. Además de alodinia, pueden presentarse fenómenos como la hiperalgesia, que es una respuesta exagerada al dolor (Turk y Rudy, 2019).

Dolor nociplástico: Introducido más recientemente, este tipo de dolor no está asociado con una lesión tisular o neurológica observable. Se relaciona con una disfunción en la forma en que el cerebro y el sistema nervioso procesan las señales del dolor, lo que puede generar dolor persistente sin una causa aparente, como sucede en la fibromialgia (Kosek et al., 2021). Este tipo

de dolor se caracteriza por sensibilización central, lo que amplifica la percepción del dolor sin daño físico evidente.

4.1.4. Según el curso.

Según Strand et al.(2022)manifiesta que el dolor según su curso se clasifica de la siguiente manera:

Dolor continuo: Se caracteriza por su persistencia ininterrumpida durante todo el día, sin ofrecer periodos de alivio. Este tipo de dolor es común en enfermedades crónicas, como las patologías oncológicas o degenerativas, donde la estimulación nociceptiva permanece constante. El tratamiento del dolor continuo generalmente implica el uso de analgésicos de acción prolongada, y en algunos casos puede ser necesario recurrir a intervenciones adicionales, como la neuromodulación o los bloqueos nerviosos.

Dolor irruptivo: Según la Organización Mundial de la Salud (2020), el dolor irruptivo se caracteriza por su aparición repentina con una intensidad alta (a menudo con una EVA superior a 7) y de corta duración, generalmente entre 20 y 30 minutos. Este tipo de dolor suele presentarse sobre un dolor basal que ya está controlado, frecuentemente con opioides. Puede surgir de manera espontánea o estar asociado a factores específicos. Se recomienda el uso de analgésicos de acción rápida, como opioides de liberación inmediata, además de estrategias personalizadas para anticipar y gestionar estos episodios. Este tipo de dolor es frecuente en pacientes con cáncer, donde el dolor basal está controlado, pero pueden presentarse episodios agudos de dolor irruptivo.

Dolor incidental: Blanco et al. (2020) señalan que el dolor incidental, una subcategoría del dolor irruptivo, es transitorio y predecible, siendo desencadenado por actividades voluntarias, como el movimiento o la deambulación, o por acciones involuntarias, como la tos o el estornudo. El manejo de este tipo de dolor incluye técnicas preventivas, como la administración de medicación anticipada antes de realizar actividades que puedan provocarlo, o la modificación de dichas actividades para minimizar su aparición. Un enfoque más reciente contempla el uso de opioides transdérmicos o analgésicos de acción ultrarrápida para prever y controlar el dolor en momentos críticos.

4.1.5. Según su intensidad

Según National Institute for Health and Care Excellence (2021) manifiesta que el dolor según su intensidad se clasifica de la siguiente manera:

Leve: De acuerdo con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023), el dolor leve se caracteriza por permitir al paciente continuar con sus actividades diarias sin afectar significativamente su calidad de vida. En la escala visual análoga (EVA), el dolor leve se sitúa entre 1 y 3 puntos. Generalmente, su tratamiento incluye analgésicos no opioides, como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

Moderado: Según Smith y Scarborough (2020), el dolor moderado se ubica típicamente entre 4 y 6 puntos en la escala visual análoga (EVA) y empieza a interferir en las actividades cotidianas del paciente, como el trabajo, el ejercicio o las tareas domésticas. Para tratar este tipo de dolor, se sugiere una combinación de analgésicos no opioides y, en ciertos casos, opioides menores como el tramadol, junto con terapias adyuvantes dependiendo de la causa subyacente del dolor.

Severo: Virani et al. (2023) afirman que el dolor severo, clasificado entre 7 y 10 puntos en la escala visual análoga (EVA), tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, interfiriendo tanto en su descanso como en su capacidad para realizar cualquier actividad. El tratamiento de este tipo de dolor requiere el uso de opioides mayores, como la morfina o el fentanilo, especialmente en casos de dolor oncológico o crónico. Además, se sugiere una evaluación integral para ajustar el tratamiento farmacológico y considerar intervenciones adicionales, como la neuromodulación o terapias psicológicas, para un mejor control del dolor crónico.

4.1.6. Causas más frecuentes de dolor crónico en el paciente geriátrico.

De acuerdo con Trillo et al (2019) dentro de las patologías que producen dolor crónico en pacientes geriátricos se encuentran las siguientes:

Tabla 1. Causas más frecuentes de dolor crónico en el paciente geriátrico

Tipo de dolor	Patología que lo produce
Dolor nociceptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Espondiloartrosis • Osteoporosis • Enfermedad de Paget • Polimialgia reumática • Fracturas • Artritis reumatoide • Proceso oncológico
Dolor neuropático	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatías • Neuropatías nutricionales • Neuropatías periféricas • Neuralgia postoperatoria • Neuralgia del trigémino

Tipo de dolor	Patología que lo produce
	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso oncológico o secundario a radio o quimioterapia • Síndromes neuropáticos posquirúrgicos
Dolor mixto	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromialgia • Dolor miofascial • Espondiloartrosis • Proceso oncológico o secundario a radio o quimioterapia

Nota: Obtenido de (Trillo et al., 2019)

4.2. Estrategia de afrontamiento.

4.2.1. Definición.

Según Li et al. (2024), los desarrollos más recientes en los campos de la psicología y la neurociencia ponen de relieve el papel crucial que juegan tanto la adaptación emocional como la cognitiva en el manejo efectivo de situaciones de estrés. Estas investigaciones señalan que las estrategias de afrontamiento pueden agruparse en dos tipos fundamentales: aquellas que se enfocan en la resolución directa del problema, conocidas como "afrontamiento centrado en el problema", y aquellas que se orientan a la regulación de las respuestas emocionales, denominadas "afrontamiento centrado en las emociones". Ambas estrategias son fundamentales para ayudar a las personas a enfrentar diferentes tipos de estresores, dependiendo de la naturaleza del problema y de los recursos personales disponibles.

4.2.2. Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento

La estrategia centrada en el problema según Palamarchuk y Vaillancourt (2021) menciona que implican acciones directas que abordan la causa del estrés. Estudios recientes sugieren que este enfoque de afrontamiento se asocia con mejores resultados a largo plazo en términos de bienestar, ya que contribuye a reducir los factores estresantes a través de la planificación, la búsqueda de soluciones y la toma de decisiones informadas. Un ejemplo de esto es que, en contextos laborales o académicos, establecer prioridades y descomponer las tareas en pasos pequeños ha demostrado ser muy eficaz para disminuir el estrés.

En cambio, las estrategias centradas en la emoción según Chen et al. (2024) señalan que este tipo de afrontamiento se enfoca en manejar la angustia emocional derivada de situaciones estresantes. Las investigaciones más recientes subrayan la relevancia de la regulación emocional y el uso de técnicas como la atención plena y la reestructuración cognitiva para mejorar la capacidad de adaptación al estrés. Estas técnicas ayudan a cambiar la forma en que una persona percibe y

afronta los eventos negativos, lo que permite reducir la carga emocional y fomentar una perspectiva más equilibrada

Raja et al. (2020) explican que las estrategias de afrontamiento se clasifican en activas y pasivas:

Estrategias de afrontamiento activas: Raja et al. (2020) explican que el afrontamiento centrado en la solución de problemas se caracteriza por la adopción de estrategias activas y directas para abordar el origen del estrés o el dolor. Este tipo de afrontamiento implica la búsqueda de soluciones prácticas y viables que permitan resolver o mitigar la situación que está generando malestar. Se utiliza principalmente cuando los individuos perciben que el problema es manejable o que puede ser modificado mediante sus acciones. Las personas que emplean este enfoque tienden a analizar el problema en detalle, generar alternativas y evaluar las posibles consecuencias de sus decisiones. Este tipo de afrontamiento puede ser especialmente efectivo en situaciones donde el problema tiene una solución tangible, promoviendo una mayor sensación de control y una reducción del impacto negativo en su bienestar emocional y físico.

Según Flores (2023) las estrategias de afrontamiento en personas con dolor crónico de tipo activo son:

Religión: Es la necesidad imperativa de rezar u orar a un ente espiritual en búsqueda de ayuda o consuelo.

Catarsis: Es la acción de buscar apoyo emocional por medio de la expresión oral de las dolencias y dificultades que presenta el paciente.

Estrategias de afrontamiento pasivas: Raja et al. (2020) explican que las estrategias pasivas se caracterizan por una actitud evasiva hacia los problemas, donde los individuos intentan no pensar en la situación problemática, ignoran o niegan la realidad del dolor, o minimizan su importancia. Esta postura de resignación frente a los factores estresantes puede conducir a una menor eficacia en el manejo de los estresores, resultando en un ciclo de afrontamiento ineficaz. En contraste, las estrategias activas fomentan una gestión más efectiva del dolor y del malestar emocional, permitiendo a las personas enfrentarse a sus problemas de manera directa y constructiva. Al adoptar un enfoque activo, los individuos están más capacitados para desarrollar soluciones y ajustar sus respuestas al dolor, lo que contribuye a una mejor calidad de vida.

En cambio, las estrategias de tipo activas según Flores (2023) se clasifica como:

Distracción: Es el uso de diversos medios de entretenimiento y distracción que le permiten al paciente no pensar constantemente en sus dolencias, resultando como el método de afrontamiento ante el dolor más efectivo.

Autocontrol mental: Es el esfuerzo mental de sobreponerse al dolor por medio de los pensamientos.

Autoafirmación: Es la acción de alentarse a sí mismo, y no permitirse sucumbir ante las dolencias, con palabras de aliento y ánimo.

Búsqueda de información: Es la búsqueda constante de información para aumentar el conocimiento de la patología con el fin de controlar y mejorar los síntomas.

Falon et al. (2021) explica que el Apoyo social y contexto cultural destacan que la capacidad de buscar ayuda y contar con redes de apoyo social es crucial para un afrontamiento efectivo. Investigaciones recientes indican que el apoyo social disminuye el impacto negativo del estrés y fortalece la resiliencia, especialmente en personas que enfrentan crisis crónicas o enfermedades graves. Además, la cultura tiene una influencia significativa en la forma en que las personas valoran los eventos estresantes y utilizan estrategias de afrontamiento, lo que resalta la importancia de adoptar un enfoque contextualizado para gestionar el estrés.

4.2.3. Estrategias de afrontamiento ante el dolor crónico

Lorimer y Butler (2019) indican que las estrategias para enfrentar el dolor crónico han sido ampliamente estudiadas, revelando la compleja interacción entre dimensiones cognitivas, conductuales, emocionales y fisiológicas. En este sentido, su investigación resalta la necesidad de un enfoque multidimensional e integral para el manejo eficaz del dolor. Los tratamientos más efectivos integran intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, y farmacológicas, adaptándose de manera específica a las necesidades y características individuales de cada paciente. Este enfoque individualizado permite abordar el dolor crónico no solo desde la perspectiva física, sino también considerando el impacto emocional y cognitivo, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida y la funcionalidad diaria del paciente. Entre las estrategias de afrontamiento más relevantes destacan la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en relajación y el uso adecuado de medicamentos bajo supervisión médica.

4.2.3.1. ***Afrontamiento cognitivo.*** Radbruch et al. (2020) señalan que el afrontamiento cognitivo se basa en el uso de estrategias dirigidas a modificar la percepción e interpretación del dolor, con el objetivo de reducir su impacto emocional y psicológico. Entre las

técnicas más utilizadas se encuentra la reestructuración cognitiva, que ayuda a los pacientes a identificar y transformar pensamientos negativos o catastrofistas, contribuyendo a disminuir tanto la ansiedad como el malestar asociado con el dolor crónico. Además, subrayan la importancia de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual no solo enseña a los individuos a manejar pensamientos disfuncionales, sino que también promueve el desarrollo de una actitud más resiliente y adaptativa frente al dolor. Esta intervención combina componentes educativos y prácticos, que permiten a los pacientes afrontar el dolor de manera más efectiva, mejorando su bienestar general.

4.2.3.2. **Afrontamiento conductual:** Garland et al. (2019) sostienen que el afrontamiento conductual se refiere a la adopción de actividades y comportamientos específicos que facilitan un manejo más efectivo del dolor crónico. Una de las estrategias clave es el pacing, que implica la fragmentación de las actividades diarias, alternando ejercicio físico con periodos de descanso para evitar el sobreesfuerzo y la exacerbación del dolor. Además, los autores destacan que los programas de ejercicio supervisado no solo ayudan a controlar mejor el dolor, sino que también tienen un impacto positivo en la reducción de las limitaciones físicas y emocionales asociadas. Estas intervenciones promueven la movilidad sin incrementar el dolor, mejorando la calidad de vida del paciente y su capacidad funcional a largo plazo. El ejercicio, cuando se realiza bajo la orientación adecuada, se convierte en un componente crucial en la rehabilitación y en el mantenimiento de un estado físico óptimo.

4.2.3.3. **Afrontamiento afectivo:** Eccleston et al. (2020) indican que el afrontamiento afectivo se centra en estrategias que abordan la dimensión emocional del dolor, con el objetivo de reducir su impacto psicológico. Entre las técnicas más destacadas se encuentran el mindfulness y la Meditación Basada en la Reducción del Estrés (MBSR, por sus siglas en inglés), las cuales han ganado una mayor atención en 2024 debido a su eficacia para mejorar la regulación emocional en personas con dolor crónico. Estas intervenciones fomentan la aceptación del dolor, lo que permite a los pacientes experimentar una disminución en los niveles de ansiedad y depresión relacionados con su condición. Al integrar el mindfulness en su vida diaria, los pacientes desarrollan una mayor conciencia de su dolor sin reaccionar de forma automática o emocional, lo que contribuye a un afrontamiento más equilibrado y adaptativo.

4.2.3.4. **Afrontamiento fisiológico:** Garland et al. (2019) subrayan que el afrontamiento fisiológico se enfoca en intervenciones destinadas a facilitar la relajación física y a regular las respuestas fisiológicas frente al dolor. Entre los métodos más eficaces se incluyen la

relajación muscular progresiva, el biofeedback y la hipnosis clínica, técnicas que han ganado reconocimiento por su capacidad para aliviar la tensión muscular y reducir la intensidad percibida del dolor. Estas intervenciones no solo ayudan a disminuir el malestar físico, sino que también contribuyen a una mayor autorregulación del cuerpo ante los estresores asociados con el dolor crónico. La combinación de estas técnicas favorece un enfoque holístico del manejo del dolor, mejorando el bienestar general del paciente.

4.2.3.5. **Intervenciones combinadas:** Lorimer y Butler (2019) destacan que la investigación contemporánea sugiere que la combinación de diversas estrategias es considerablemente más eficaz que la aplicación de un enfoque único para el manejo del dolor. Los programas interdisciplinarios que integran terapias psicológicas, intervenciones físicas y educación sobre el dolor han demostrado mejores resultados en términos de mejora de la calidad de vida y reducción del impacto del dolor en las actividades cotidianas. Estas intervenciones combinadas permiten a los pacientes no solo manejar el dolor de manera más efectiva, sino también mejorar su funcionamiento físico y emocional. Además, la educación sobre el dolor capacita a los pacientes para entender mejor su condición, lo que contribuye a una mayor autonomía y a un afrontamiento más positivo.

4.3. Calidad de vida

4.3.1. Definición

Según Cáceres (2019) define que la calidad de vida (CV) es una estructura multidimensional que incluye estado de salud física y mental, factores de vida, vivienda, satisfacción de las necesidades de la vida, situación económica, constituyendo a la calidad de vida en uno de los indicadores del bienestar de la población. Posteriormente, algunos psicólogos descubrieron que la calidad de vida varía no solo con los factores objetivos, sino también con las interpretaciones subjetivas que las personas tienen de sí mismas y determinaron que algunos indicadores como la satisfacción con la vida y la felicidad, tienen un mayor impacto en la calidad de vida.

García et al. (2020) explican que la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional, que depende de una variedad de factores interrelacionados. Estos incluyen no solo las condiciones socioeconómicas y los estilos de vida, sino también el estado físico y de salud de la persona, su vivienda y el grado de satisfacción personal. Además, el entorno social en el que el individuo se desenvuelve juega un papel crucial en la determinación de su bienestar general. Los

programas interdisciplinarios que abordan estas múltiples dimensiones han demostrado ser eficaces para mejorar la calidad de vida, ya que permiten una intervención más integral que tiene en cuenta tanto los aspectos físicos como los psicosociales. Al integrar factores como la educación en salud, la intervención física y el apoyo psicosocial, estos programas logran un impacto más profundo en el bienestar de los participantes.

La CVRS se centra en las percepciones de los individuos sobre su propia salud y capacidades, sin ignorar el hecho de que puede haber diferencias entre las autopercepciones y los criterios de los profesionales de la salud sobre lo que se considera una buena vida y, por lo tanto, puede haber una interdependencia entre las dos evaluaciones. Como resultado, el concepto se ha incluido en la terminología médica, para ser utilizado como una medida de los cambios en la salud que experimentan las personas cuando tienen una enfermedad o están bajo determinado tratamiento. Existen varias definiciones de CVRS, algunas de las cuales brindan una visión compuesta al considerarla como el grado de felicidad derivado de las valoraciones que una persona hace de diversas áreas de su propia vida y que afectan a su salud (Cáceres, 2019).

4.3.2. Calidad de vida del adulto mayor

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), la calidad de vida en los adultos mayores está fuertemente influenciada por la optimización de factores clave como la salud, la participación activa en la sociedad y la seguridad. Estos elementos son esenciales para fomentar un envejecimiento saludable y activo. Para mejorar la calidad de vida en esta etapa de la vida, se recomienda un enfoque integral que combine tanto intervenciones médicas como sociales, atendiendo a aspectos importantes como la nutrición adecuada y la integración del adulto mayor en su entorno familiar y comunitario. Este enfoque permite abordar de manera más completa las necesidades físicas, emocionales y sociales de los adultos mayores, promoviendo un mayor bienestar general.

Queirolo et al. (2020) señalan que la calidad de vida en el adulto mayor está influenciada por cómo ha sido construida a lo largo de su existencia, a través de la salud y el bienestar acumulados. Este proceso es una continuación de su trayectoria vital, donde el entorno familiar y social, junto con su estado de salud, desempeñan un papel esencial. Estos factores permiten clasificar la calidad de vida del adulto mayor en niveles alto, medio o bajo, dependiendo de cómo estos elementos se interrelacionan en una etapa específica de su vida

Actualmente, este concepto considera varias variables como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, los sistemas de salud, entre otros. La calidad de vida de los adultos mayores tiene características específicas en las que no interfieren factores propios de otros grupos de edad, como el ausentismo, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, amenazan la función, modifican la estructura familiar y los roles sociales (Esmeraldas et.al, 2019).

4.3.3. Dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones de la calidad de vida abarcan una serie de áreas que influyen directamente en la percepción global de bienestar y satisfacción de una persona. Estas áreas incluyen tanto factores subjetivos, como las emociones y percepciones individuales, como factores objetivos, tales como las condiciones materiales de vida y el acceso a recursos básicos (Young et al., 2019). En términos generales, las dimensiones de la calidad de vida se manifiestan en comportamientos, percepciones o condiciones concretas que reflejan la experiencia de vida de un individuo en diversas esferas.

Es importante destacar que estas dimensiones no funcionan de manera independiente, sino que están interconectadas, influyéndose mutuamente. Un ejemplo claro de esta interacción es el impacto de la salud física sobre el bienestar psicológico; una persona con buena salud física suele experimentar mayor bienestar emocional. A su vez, el apoyo social que recibe un individuo puede ser un factor que mejore su estabilidad económica al facilitarle el acceso a diversos recursos (Young et al., 2019). Esta visión integral de las dimensiones de la calidad de vida no solo es útil para comprender el bienestar en su totalidad, sino que también ofrece a los profesionales de la salud una base sólida para desarrollar intervenciones más personalizadas y efectivas. Dichas intervenciones, adaptadas a las necesidades específicas de cada persona, pueden tener un impacto más profundo en la mejora de su calidad de vida (Yao et al., 2024).

4.3.3.1. Salud física

La dimensión física en los pacientes geriátricos abarca tanto el estado general de salud como la capacidad funcional, que se refiere a la habilidad del individuo para realizar actividades diarias y mantener su independencia. Este aspecto resulta fundamental en la vejez, ya que la movilidad reducida, la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, junto con el dolor crónico, pueden afectar de manera significativa la calidad de vida (Young et al., 2019). Además, la capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida

diaria (ABVD), como el aseo personal, vestirse, alimentarse y moverse de un lugar a otro, es un indicador esencial del bienestar funcional en esta etapa de la vida.

El manejo del dolor crónico, altamente prevalente en la población geriátrica, desempeña un papel clave. De acuerdo con Yao et al. (2024), los adultos mayores suelen tener múltiples comorbilidades que comprometen su capacidad física, lo que crea un ciclo en el que el dolor limita la movilidad y la funcionalidad, agravando así la salud física y reduciendo la calidad de vida. Por ello, es fundamental mantener la autonomía y prevenir la dependencia en las actividades diarias, dado que la pérdida de la funcionalidad física es uno de los principales predictores de una menor calidad de vida en los pacientes geriátricos.

En este sentido, los programas de rehabilitación física, el ejercicio regular y la fisioterapia han mostrado ser eficaces para mejorar la movilidad y funcionalidad en los adultos mayores, favoreciendo su autonomía y, en consecuencia, una mejor percepción de su calidad de vida. Según González et al. (2021), una intervención temprana y un enfoque integral de atención son cruciales para reducir el impacto de las enfermedades crónicas y el deterioro funcional en esta población.

4.3.3.2. Psicológica

La dimensión psicológica aborda el estado emocional y afectivo de las personas, incluyendo aspectos como los temores, la ansiedad, el aislamiento social y las creencias personales, que pueden abarcar sistemas religiosos. García et al. (2024) señalan que esta dimensión está asociada a indicadores como los sentimientos positivos y negativos, la capacidad de pensamiento crítico, concentración, imagen corporal y autoestima.

En los adultos mayores, esta dimensión es esencial para la calidad de vida, ya que la percepción de soledad o aislamiento puede desencadenar emociones negativas como depresión y ansiedad. Además, la imagen corporal y la autoestima son fundamentales, especialmente cuando los cambios físicos asociados con el envejecimiento pueden influir en cómo las personas se perciben a sí mismas. Yao et al. (2024) sugieren que las creencias religiosas o espirituales también juegan un papel importante, ofreciendo estabilidad emocional y un sentido de propósito que ayuda a afrontar los desafíos de la vejez y la proximidad de la muerte.

Ayuso et al. (2022) destacan que el bienestar psicológico en la vejez está estrechamente relacionado con la capacidad de mantener una actitud positiva, gestionar el estrés y preservar la autoestima, a pesar de los cambios físicos y sociales. Un estado emocional saludable no solo mejora la calidad de vida, sino que también tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y cognitiva. Por

lo tanto, las intervenciones psicológicas que promueven el apoyo social, el autocuidado y el fortalecimiento de la autoestima son cruciales para optimizar el bienestar de los adultos mayores.

4.3.3.3. Relaciones Sociales

Esta dimensión se centra en la evaluación de las relaciones interpersonales y del apoyo social que recibe la persona de su entorno. Troya et al. (2023) destacan que el apoyo social percibido es un factor crucial en la calidad de vida, particularmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores. La interacción social y el sentimiento de pertenencia a una red social proporcionan beneficios significativos para el bienestar emocional y mental, reduciendo el riesgo de enfermedades psicológicas.

Los principales indicadores de esta dimensión incluyen las relaciones personales, que abarcan los vínculos con la familia, las amistades y otras conexiones importantes. Además, la actividad íntima con la pareja es un aspecto relevante, ya que puede influir en el bienestar emocional y físico. Abuodha y Kipkebut (2024) definen el apoyo social percibido como la percepción que tiene el individuo de contar con ayuda emocional, instrumental o económica de su entorno, lo que lo convierte en un elemento protector contra el estrés y la soledad.

En los adultos mayores, el aislamiento social y la falta de relaciones interpersonales satisfactorias pueden incrementar el riesgo de desarrollar depresión y otros problemas de salud mental. Sin embargo, un sólido apoyo social es esencial para aumentar la resiliencia ante los desafíos propios del envejecimiento, además de fortalecer la autoestima y mejorar la percepción de bienestar general (Yao et al., 2024). De hecho, mantener relaciones sociales saludables y promover redes de apoyo adecuadas son acciones fundamentales para garantizar una mejor calidad de vida en esta población.

4.3.3.4. Ambiente

La dimensión ambiental de la calidad de vida se refiere tanto a las condiciones del entorno físico como social en el que vive una persona. Incluye factores como la seguridad, el acceso a servicios esenciales (como salud, educación y transporte), y la calidad del aire, entre otros aspectos. De acuerdo con Martínez et al. (2022), un entorno saludable puede tener un impacto significativo en la percepción del bienestar general de una persona. Por ejemplo, un entorno seguro contribuye a que las personas se sientan tranquilas y sin amenazas, lo que favorece su estabilidad emocional y mental.

Asimismo, el acceso adecuado a servicios esenciales es un factor determinante para el bienestar. Un entorno que facilita el acceso a servicios de salud, áreas recreativas y transporte eficiente permite a las personas mantenerse activas, cuidar su salud y reducir el estrés. Además, la calidad del aire y otros factores ambientales, como el ruido y la contaminación, también influyen directamente en la salud física y mental. Investigaciones recientes han demostrado que la exposición a altos niveles de contaminación atmosférica está asociada con un mayor riesgo de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, lo que puede repercutir negativamente en la calidad de vida (Gancedo et al., 2020).

Por otro lado, la cohesión social y la participación comunitaria dentro de un entorno son elementos esenciales. Según Yao et al. (2024), las personas que residen en comunidades con un alto nivel de interacción social y apoyo comunitario suelen experimentar una mayor satisfacción con su vida, lo que mejora su bienestar general. La infraestructura y el diseño del entorno urbano pueden facilitar o dificultar estas interacciones sociales, destacando la importancia de crear espacios que promuevan la conectividad y la inclusión.

5. Metodología.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y con corte transversal. El área de estudio fue el Cantón Gonzanamá. La población de estudio estuvo conformada por 84 adultos mayores con dolor crónico que cumplieron con los criterios de inclusión, datos que fueron obtenidos del programa RDACAA, del subcentro de salud Calvas.

La técnica que se aplicó fue la encuesta, mediante la aplicación de un cuestionario (Anexo 5) que estuvo conformado por tres secciones, la primera recolectó características sociodemográficas, la segunda parte contenía la escala de calidad de vida WHOQOL-BREF que obtuvo una confiabilidad según el alfa de Cronbach de 0,84 (Campo et al, 2022) y en la última sección se encontraba la escala de afrontamiento ante el dolor crónico que tuvo una confiabilidad por el alfa de Cronbach de 0,88 (Garcia, 2020).

El cuestionario sobre la calidad de vida estuvo conformado por 26 ítems clasificados en 6 dimensiones que se detallan a continuación:

- Calidad de vida global subjetiva (ítems: 1).
- Satisfacción con la calidad de vida (ítems: 2).
- Salud física (ítems: 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).
- Psicológica (ítems: 5, 6, 7, 11, 19 y 26).
- Relaciones sociales (ítems: 20, 21 y 22).
- Ambiente (ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Cada ítem tiene una escala tipo liker para las opciones de respuesta, que se puntuaron del 1 al 5, donde 1 significó: muy mala - muy satisfecho - nada o nunca, mientras que el máximo valor que fue 5 significó: muy buena - muy satisfecho - totalmente de acuerdo y siempre dependiendo del ítem a evaluar.

Para la calificación de cada área se sumaron los puntos de cada ítem y el resultado se clasificó de la manera siguiente:

- Salud física: baja (7-17 puntos), media (18-26 puntos) y alta (27-35 puntos).
- Salud psicológica: baja (6-14 puntos), media (15-22 puntos) y alta (23-30 puntos).
- Relaciones sociales: deficientes (4-7 puntos), regulares (8-11 puntos), excelentes (12-15 puntos).
- Ambiente: deficientes (8-20 puntos), regulares (21-30 puntos), excelentes (31- 40 puntos).

Para la calificación general de la CV se sumó toda la puntuación y se clasificó como: baja (hasta 69), media (70-99 puntos) y alta (100-130 puntos) (Ovies, 2021).

En cuanto al cuestionario sobre el afrontamiento ante el dolor crónico estaba compuesto por 6 dimensiones (religión, catarsis, distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información) distribuidos en 31 reactivos con 5 opciones de respuesta que se calificaron del 1 al 5, donde 1 significa nunca, 2 pocas veces, 3 ni muchas ni pocas, 4 muchas veces y 5 siempre. Adicional a ello, las estrategias se clasificaron en activas (distracción, autocontrol mental, autoafirmación y búsqueda de información) y pasivas (religión y catarsis) (Pomares, 2019).

Para identificar si las estrategias empleadas por los pacientes geriátricos con dolor crónico eran adecuadas o inadecuadas, se obtuvo el percentil 50 para cada una de las 6 dimensiones del cuestionario, un valor menor al percentil se clasificó como inadecuada, mientras que un valor mayor o igual al percentil se clasificó como adecuada.

Los datos resultantes fueron organizados y procesados en el libro de códigos estadístico del SPSS versión 26 utilizando la estadística descriptiva para el análisis y obtención de los resultados de estrategias de afrontamiento y nivel de calidad de vida que permitieron el cumplimiento del primero y segundo objeto específico, para describir la calidad de vida de acuerdo a las características sociodemográficas se implementó la estadística diferencial, mediante tablas cruzadas. Los resultados se expresaron en tres tablas de frecuencias y porcentajes.

Además, se aplicó el consentimiento informado (Anexo 5) garantizando que la participación del encuestado sea de manera voluntaria, después de haber recibido y comprendido la información que se le proporcionará acerca del estudio. Del mismo modo, la identidad del encuestado se mantuvo de forma confidencial donde se respetarán sus intereses y derechos, cabe señalar que esta investigación no represento ninguno riesgo para los/las participantes o la institución.

6. Resultados

En la Tabla 1 se observan la clasificación de las estrategias de afrontamiento, utilizadas por los pacientes geriátricos con dolor crónico.

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento

Tipos	Dimensiones		f	%	Total	
					f	%
Afrontamiento Pasivas	Religión	Inadecuadas	9	11%	84	100
		Adecuadas	75	89%		
	Catarsis	Inadecuadas	12	14%	84	100
		Adecuadas	72	86%		
Afrontamiento Activas	Distracción	Inadecuadas	23	27%	84	100
		Adecuadas	61	73%		
	Autocontrol mental	Inadecuadas	49	58%	84	100
		Adecuadas	35	42%		
	Autoafirmación	Inadecuadas	43	51%	84	100
		Adecuadas	41	49%		
	Búsqueda de Información	Inadecuadas	46	55%	84	100
		Adecuadas	38	45%		

En la tabla 2 se identifica el nivel de calidad de vida de los pacientes geriátricos con dolor crónico.

Tabla 2. Nivel de calidad de vida

Nivel de Calidad de Vida							
Bajo		Medio		Alta		Total	
f	%	F	%	f	%	F	%
65	77,0	16	19,0	3	4,0	84	100

En la tabla 3 se identifica la calidad de vida de acuerdo a las características sociodemográficas de los pacientes geriátricos en el Cantón Gonzanamá.

Tabla 3. Características sociodemográficas y calidad de vida

Edad	Niveles de Calidad de vida								
	Baja		Media		Alta		Total		
	f	%	F	%	F	%	F	%	
Edad Avanzada	35	76	9	20	2	4	46	55	
Ancianos	30	79	7	18	1	3	38	45	
Total	65	77	16	19	3	4	84	100	
Sexo	f	%	F	%	F	%	f	%	
	Masculino	37	79	7	15	3	6	47	56
	Femenino	27	73	10	27	0	0	37	44
Total	64	76	17	20	3	4	84	100	
Nivel de Instrucción	f	%	f	%	F	%	f	%	
	Primaria	48	73	17	26	1	2	66	79
	Secundaria	13	87	0	0	2	13	15	18
Superior	3	100	0	0	0	0	3	4	
Total	64	76	17	20	3	4	84	100	
Estado Civil	F	%	f	%	F	%	f	%	
	Soltero	16	94	1	6	0	0	17	20
	Casado/a	34	81	6	14	2	5	42	50
Viudo/a	11	50	10	45	1	5	22	26	
Divorciado/a	3	100	0	0	0	0	3	4	
Total	64	76	17	20	3	4	84	100	
Ocupación	f	%	f	%	F	%	f	%	
	Ama de casa	14	70	6	30	0	0	20	24
	Artesano/a	1	100	0	0	0	0	1	1
Comerciante	15	71	6	29	0	0	21	25	
Otros	6	60	3	30	1	10	10	12	
No trabajo	1	100	0	0	0	0	1	1	
Jubilado	22	92	2	8	0	0	24	29	
Albañil	4	100	0	0	0	0	4	5	
Ganadero	0	0	1	33	2	67	3	4	
Total	63	75	18	21	3	4	84	100	
Tipos de Seguro	f	%	f	%	F	%	f	%	
	Seguro Social Campesino	15	75%	4	20	5%	20	20	24
	IESS	17	65%	7	27	8%	26	26	31
Ninguno	32	84%	6	16	0%	38	38	45	
Total	64	76%	17	20	3	4%	84	100	
Religión	f	%	f	%	F	%	f	%	
	Católico/a	64	76	17	20	3	4	84	100
	Total	64	76	17	20	3	4	84	100

Para el cumplimiento del tercer objetivo propuesto, mismo que estuvo encaminado a difundir los resultados obtenidos a la comunidad universitaria y sociedad en general incentivando a la creación de programas que fortalezcan las estrategias de afrontamiento. Se realizó la difusión de los resultados mediante la tercera jornada científica de la “Investigación como parte del proceso de la enseñanza aprendizaje” desarrollada en la carrera de Enfermería de la FSH-UNL durante la semana del estudiante con fecha 09 de agosto del 2022 (Anexo 4).

7. Discusión

Las estrategias de afrontamiento ante el dolor se definen como la combinación de esfuerzos cognitivos y conductuales usados para controlar el dolor, el componente cognitivo se refiere a los esfuerzos intelectuales, como la perseverancia en ignorar el dolor; los esfuerzos conductuales son actividades relacionadas al dolor, como la disminución o aumento en la medicación

En el presente estudio se evidenció que resaltan la religión (89%), la catarsis (86%) y la distracción (73%) como estrategias de afrontamiento adecuadas más frecuentes, evidenciándose una parcial coincidencia con los datos obtenidos por Mayorga & Peñaherrera (2019), en donde la búsqueda de apoyo social (36,98%) que está directamente relacionada con la catarsis y la religión (36,02%) figuraban como las más frecuentes. Así mismo mencionan que el rango de calidad de vida es muy bueno (35,67%), seguido del rango adecuado (22,33%) datos que se contraponen a los obtenidos en la presente investigación, ya que existieron pocas personas con una calidad de vida alta (4,0%), siendo así que el mayor porcentaje perteneció a la baja calidad de vida (79,8%), seguido de la calidad de vida media (20,2%).

La religión es la estrategia de afrontamiento con mayor aplicabilidad en este estudio con un 89% esto refuta la información obtenida por Curo et al., (2020), quienes manifiestan que es la adaptación ante situaciones difíciles con un 24,8%. Además, también demuestran que los adultos mayores tienen una calidad de vida moderada (34.3%), seguido de la baja calidad de vida (21,9%) resaltando el grupo de edad entre 71 a 80 años (38,1%), situación que difiere de la presente investigación, ya que los pacientes más frecuentes fueron de edad avanzada (65-70 años) (54,76%) y que la calidad de vida que resaltó fue el nivel bajo (79,8%), seguido del nivel medio (20,2%).

Dentro del análisis de las características demográficas de los pacientes geriátricos, se identificó que en su mayoría eran personas jubiladas (91,7%), comerciantes (73,9%) y amas de casas (70%), datos que no se relacionan con los obtenidos por Curo et al., (2020), quien indica que la mayor parte de los adultos mayores se ocupan a labores del hogar (34,3%), seguidos de aquellos que no tenían ninguna ocupación (31,4%).

En el presente trabajo también se evidenció que la religión (89%), la catarsis (86%) y la distracción (73%) resaltan como estrategias de afrontamiento adecuadas ante el dolor crónico. Datos que se asemejan parcialmente con un estudio en México desarrollado por Morales et al., (2022) quienes reportan medias más altas en la religión (15.82), autoafirmación (15.29), autocontrol mental (8.54) y distracción (8.91).

Así mismo, el sexo con mayor frecuencia es el masculino (55,95%) quienes refirieron una calidad de vida baja (85,10%), seguido de la calidad de vida media (14,90%), en cuanto al sexo femenino (44,05%) presentaron calidad de vida baja (73%) seguido de la calidad de vida media (27%) y el (4,0%) calidad de vida alta. Datos que se contraponen a los encontrados por Rodríguez (2019) quien menciona que destaca el sexo femenino (86%) en los ancianos con dolor crónico, además de percibir una calidad de vida entre buena (88,8%) y regular (96,7%).

En cuanto al estado civil, los participantes fueron pacientes casados (50%), seguido de los pacientes viudos (29,19%) y de ocupación jubilados (28,57%) quienes refieren una calidad de vida baja (79,8%), seguido de la calidad de vida media (20,2%). Resultados que difieren de los obtenidos por Galán (2020) quién identificó que el estado civil con mayor frecuencia fueron los pacientes casados (48%) seguido de los solteros (35%), indicando también que en su mayoría son pacientes jubilados (86,92%) quienes perciben como “bastante mal” a su calidad de vida global. De la misma manera ese estudio encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron el apoyo social emocional (99,23%), la aceptación (98,46%) y la religión (97,69%), contraponiéndose con los datos encontrados en el presente estudio en donde la estrategia más utilizada fue la religión (89%), la catarsis (86%) y la distracción (73%).

8. Conclusiones.

Las estrategias de afrontamiento adecuadas por los pacientes geriátricos con dolor crónico del cantón Gonzanamá fueron la religión, la catarsis y la distracción, mientras que las estrategias inadecuadas fueron la autoafirmación, el autocontrol mental y la búsqueda de información.

En cuanto a la calidad de vida se evidenció un nivel bajo, seguido del nivel medio y terminando con calidad de vida alta poca frecuente.

Respecto a las características sociodemográficas, destaca el grupo de edad avanzada (65 a 70 años), de sexo masculino, con un nivel de instrucción primaria, en su mayoría jubilados y amas de casas. Todos los participantes son católicos, que en su mayoría no poseen seguro médico, seguido de aquellos con seguro general IESS y en menor frecuencia aquellos con seguro social campesino.

Se realizó la difusión de los resultados a la comunidad estudiantil a través de una jornada científica desarrollada en la carrera de enfermería durante la semana del estudiante con la finalidad de concientizar a docentes, estudiantes y comunidad en general sobre la importancia de una atención integral en salud hacia los pacientes geriátricos, ya que el dolor crónico no solamente afecta a la salud física sino también a las otras esferas de la salud global y por ende a la calidad de vida.

9. Recomendaciones

Al centro de salud de Gonzanamá para que implementen en sus programas inclusivos la manera adecuada de emplear las estrategias de afrontamiento dirigido a los adultos mayores, cuidadores y familias, ofreciéndoles un espacio en donde puedan aprender a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, contribuyendo así a la prevención y reducción de las consecuencias del dolor crónico.

A la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja, para que implemente a las estrategias de afrontamiento como insumos dentro de todas sus áreas de práctica y de esta manera se pueda orientar a los futuros profesionales en el manejo integral de pacientes geriátricos con dolor crónico.

10. Bibliografía

- Abuodha, L., & Kipkebut, A. (2024). Disruptive AI in Education: Transforming Learning in the Digital Age . *International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology*, 12(II), 195-199. <https://n9.cl/spvxp>
- Aguilar, A. C. (2021). Prevalencia de dolor crónico en personas adultas en Costa Rica, enero 2020 a marzo 2021. *Revista Terapéutica.*, 55-56. <https://n9.cl/9vtf8d>
- Ajay, A., Carsten, S. C., Suneil, J., Bates, D., Cazador, C., & Levy, R. (2019). Neuromodulación del ganglio de la raíz dorsal para el dolor postquirúrgico crónico. *Medicina para el dolor*, 20(1), S41-S46. <https://n9.cl/fnwki>
- Alba, A., Pascual, S., & Orteso, F. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento . *European Journal of Health Research* , 6(2), 213-225. <https://n9.cl/vkie5e>
- Alberto, G. L. (2020). *Estrategias de afrontamiento, desesperanza y funcionalidad familiar en pacientes paliativos y su relación con la calidad de vida.* <https://goo.su/9UDkM>
- Aranda, R. M. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Scielo.* <https://goo.su/V5GMpY>
- Ayelen, C. C. (2019). *Repositorio Institucional Digital.* Dolor crónico e independencia funcional : análisis vincular en adultos mayores de la ciudad de Viedma: <https://goo.su/wqPw>
- Ayuso, B., Pérez, A., Besteiro, Y., Romay, E., García, M., Marchán, A., . . . Rabuñal, R. (2022). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes recuperados de COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37, 208-215. <https://goo.su/HPP5k>
- Blanco, E., Chavarría, G., & Garita, Y. (2020). Manejo multimodal del dolor crónico. *Revista Médica Sinergia*, 6(4), e625. <https://goo.su/R55Gyg>
- Bonezzi, C., Fornasari, D., Cricelli, C., Magni, A., & Ventriglia, G. (2020). No todo el dolor es igual: definiciones básicas y diagnóstico. *Dolor Ther*, 9(1), 1-15. <https://n9.cl/srmef>
- Cáceres, F. (2019). Calidad de vida relacionada con la salud en. *Rev. salud pública*, 20(2), 15-24. <https://n9.cl/a7jqu>
- Campo A, O. A. (31 de Enero de 2022). *Revista de Enfermería.* Confiabilidad del WHOQOL-BREF en estudios realizados en mujeres con cáncer de mama: revisión integrativa: <https://n9.cl/vdrqib>
- Cerquera, A., Matajira, Y., & Peña, A. (2020). Estrategias de afrontamiento y nivel de resiliencia

- presentes en adultos jóvenes víctimas del conflicto armado colombiano: un estudio correlacional. *Psyche*, 29(2), 1-14. <https://n9.cl/zu09r>
- Chen, F., Guo, T., & Wang, J. (2024). Efectos divergentes del rechazo social de la calidez y la competencia: una explicación basada en el modelo necesidad-amenaza. *Journal of Personality and Social Psychology*, 126(3), 461-476. <https://n9.cl/sxzsx>
- Colombre, A. D. (2021). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN ADOLESCENTES CON CÁNCER: <https://n9.cl/oxfpl>
- Coy, P., & Morales, T. (2019). *Calidad de vida y atención plena en adulto mayor con dolor crónico*. Universidad Santo Tomas.
- Curo, A., & Gaspar, Y. (2020). *Afrontamiento y calidad de vida en salud en adultos mayores de un centro de salud*. UPLA.
- Darnall, W. (2019). Tratamiento Psicológico para Pacientes con Dolor Crónico. *Asociación Americana de Psicología*, 21(1), 195. <https://n9.cl/5smyak>
- Delgado de la Serna, P., Plaza-Manzano, G., Cleland, J., Fernández, C., Martín, P., & Díaz, M. (2020). Efectos de la terapia manual cervico-mandibular en pacientes con trastornos de dolor temporomandibular y tinnitus somático asociado: un ensayo clínico aleatorizado. *Medicina para el Dolor*, 21(3), 613-624. <https://n9.cl/ykj73>
- Eccleston, C., Fisher, E., Howard, R., Slater, R., Forgeron, P., Palermo, T., . . . Cairtriona, R. (2020). Llevar a cabo una acción transformadora en el dolor pediátrico: una Comisión de Salud Infantil y Adolescente de The Lancet. *The Lancet. Child y Adolescent Health*, 5(1), 47-87. <https://n9.cl/l0iq0>
- Esmeraldas, E., Falcones, M., Vásquez, M., & Solórzano, J. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Dialnet*, 3(1), 58-74. <https://n9.cl/twzqtq>
- Esposito, M., Malayil, R., Hanes, M., & Deer, T. (2019). Características únicas del ganglio de la raíz dorsal como diana para la neuromodulación. *Medicina para el Dolor*, 20(1), S23-S30. <https://n9.cl/tn1d9>
- Falon, S., Kangas, M., & Crane, M. (2021). Las percepciones de afrontamiento involucradas en el fortalecimiento de la resiliencia: el marco de autorreflexión y comprensión del afrontamiento. *National Library of Medicine*, 34(6), 734-750. <https://n9.cl/09bw2>
- Fernández, A. R. (2020). Calidad del servicio y nivel de satisfacción en áreas de rehabilitación de centros de salud. <https://n9.cl/gk48d>

- Figueredo, J. M. (2020). Dolor y analgésicos. Algunas consideraciones oportunas: <https://n9.cl/amfjw>
- Flores, M. A. (18 de Junio de 2023). Obtenido de Estrategias de afrontamiento en usuarias del Instituto de Criminalística: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/25719/1/UPS-CT010782.pdf>
- Galan, A. (2020). *Propuesta de intervención psicológica en pacientes oncológicos con afectación en su imagen corporal y sexualidad*. Universidad Católica de Valencia.
- Gancedo, Y., Marcos, V., Montes, A., Castro, B., & Sanmarco, J. (2020). Relación entre salud mental y estrategias de afrontamiento. *Unidad de Psicología Forense*, 1-7. <https://n9.cl/qrctr>
- García A. (Diciembre de 2020). *Universidad Autónoma de Nuevo León*. Influencia de las estrategias de afrontamiento al dolor y la calidad de vida en mujeres con cancer: <https://n9.cl/e7f10>
- García, L., Quevedo, M., La Rosa, Y., & Leyva, A. (2020). Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Revista Electrónica Medimay*, 27(1), 16-26. <https://n9.cl/fy7it>
- Garland, E., Hanley, A., Riquino, M., Reese, S., Baker, A., Salas, K., Howard, M. (2019). La mejora de la recuperación orientada a la atención plena reduce el riesgo de abuso de opioides a través de mecanismos analgésicos y psicológicos positivos: un ensayo controlado aleatorizado. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(10), 927-940. <https://n9.cl/jd0my>
- Gómez, M. V. (2017). *Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016*. <https://n9.cl/sjk1fm>
- Gomez, O. A. (Febrero de 2022). *El dolor crónico y su asociación con depresión en pacientes geriátricos*. <https://n9.cl/9pon4>
- Gómez, R. L. (2020). El papel de los moderadores y mediadores en la implementación y evaluación de políticas y prácticas relacionadas con las discapacidades intelectuales y del desarrollo. *Springer*. <https://n9.cl/x9eqb>
- González, P., Oltra, J., Maciá, E., & Bonete, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia]. *Revista Neurología*, 72(8), 288-295. <https://n9.cl/w0v6km>
- IASP. (2024). *Asociación Internacional para el Estudio del Dolor*. <https://n9.cl/i9798>

- INPAM. (27 de Agosto de 2021). Envejecimiento saludable y calidad de vida.: <https://n9.cl/zp6wh>.
- International Asociation for the Study of Pain. (2024). *Explicación: ¿qué es el dolor?* iasp: <https://www.iasp-pain.org/publications/relief-news/article/what-is-pain/>
- Izquierdo, M. (2020). Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica. *Universidad Señor de Sipán*, 2-31. <https://n9.cl/1jnz6>
- Jeanneth, E. X. (2020). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre abordaje del dolor en el adulto mayor dirigido al personal médico del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Quito en los distintos niveles de atención durante el periodo enero 2018-junio 2019*. <https://n9.cl/i5jaf>
- Jimeno, S. C. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*. Regulación emocional y afrontamiento: Aproximación conceptual y estrategias: <https://n9.cl/78c3l>
- Joven, J., Lind, C., Naranja, J., & Savundranayagam, M. (2019). Ampliar la comprensión actual de la injusticia epistémica y la demencia: Aprendiendo de la teoría del estigma. *Journal of againg studies*, 48, 76-84. <https://n9.cl/ez6aql>
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Barón, R., Gilron, I., Harris, R., . . . Sterling, M. (2021). Dolor nociplástico crónico que afecta al sistema musculoesquelético: criterios clínicos y sistema de clasificación. *Dolor*, 162(11), 2629-2634. <https://n9.cl/xn3ck>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Li, Y., He, M., Wang, Z., Hofmann, S., & Liu, X. (2024). Tolerancia a la angustia como mediadora de la intervención basada en la atención plena para la ansiedad y la depresión: evidencia de dos ensayos controlados aleatorios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 24(2). <https://n9.cl/eensk>
- Lorimer, M., & Butler, D. (2019). Explica el dolor sobrecargado. *The Journal of Chiropractic Education*, 33(1), 49-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.7899/JCE-17-30>
- Martínez, J., González, N., & Pereira, J. (2022). Las redes sociales y su influencia en la Salud mental de los Estudiantes Universitarios: Una Revisión Sistemática. *REIDOCREA*, 11(4), 44-57. <https://n9.cl/w092d>
- Martínez, N., Guillén, C. I., Navascués, A. F., & Tejedor, J. L. (2019). El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Atención Primaria*, 50(1), 65.
- Mayorga, M., & Peñaherrera, A. (2019). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en

- pacientes oncológicos y cuidadores primarios. *Revista Griot*, 12(1), 16-32.
<https://n9.cl/0hixz>
- MSP. (2017). *Ministerio de Salud Pública*. Prioridades de investigación en salud 2013-2017:
<https://n9.cl/3zpb6>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain . *NICE guideline*, 3-40. <https://n9.cl/pgvig>
- OMS. (2021 de Octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. <https://n9.cl/retsd>
- Organización Panamericana de Salud. (2021). *Envejecimiento saludable*. paho.org:
<https://n9.cl/lchm6>
- Palamarchuk, I., & Vaillancourt, T. (2021). Resiliencia mental y afrontamiento del estrés: un modelo integral y multinivel de procesamiento cognitivo, toma de decisiones y comportamiento. *Comportamiento Frontal Neurociencia*, 15(Art. 719674), 1-15.
- Pomares, A., Zaldívar, D., López, R., & Bernal, E. (08 de Julio de 2019). *Validación del cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico en la población cienfueguera con dolor crónico de espalda (2017-2018)*. <https://n9.cl/rzhav>
- Queirolo, S. A., Barboza, M., & Ventura, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima. *Enfermería Global*, 19(60), 259-288.
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, W. R., Ali, S., Bhatnagar, S., Blanchard, C., .Davaasuren. (2020). Redefiniendo los cuidados paliativos: una nueva definición basada en el consenso. *PubMed*, 60(4), 754-764. <https://n9.cl/ln98v>
- Raja, S., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N., Gibson, S., Keefe, F., . . . Vader, K. (2020). La definición revisada de dolor de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor: conceptos, desafíos y compromisos. *Dolor*, 161(9), 1976-1982. <https://n9.cl/5tim1>
- Reyes-Balboa, M. (2020). Estrategias de Afrontamiento y su rol Intermediario frente al Estrés Familiar. Revisión Bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación*, 5, 1-14.
<https://n9.cl/dcn9j>
- Rodríguez, A. S. (2019). Asociación de dolor crónico con fuerza, niveles de estrés, sueño y calidad de vida en mujeres mayores de 50 años. *Scielo*. <https://n9.cl/vdmpq>
- Ruiz, M. R. (2021). *Anuario de Psicología Jurídica*. La Inteligencia Emocional y Las Estrategias de Afrontamiento de las Mujeres Desplazadas Víctimas del Conflicto Armado:

<https://n9.cl/n37e5>

- Sangay, A. Q. (2019). *Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 puesto de salud pata-pata – cajamarca – 2018*. <https://n9.cl/uo0u5>
- Sepúlveda, S. E. (2017). Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. *GEROKOMOS*, 3. <https://n9.cl/4qfkj>
- Smith, C., & Scarborough, B. (2020). Tratamiento óptimo del dolor para los pacientes con cáncer en la era moderna. *American Cancer Society*, 68(3), 182-196. <https://n9.cl/diu7z>
- Strand, N., Maloney, J., Tieepo, V., Murphy, M., Turkiewicz, M., Helou, A., . . . Wie, C. (2022). Avances en Medicina del Dolor: una revisión de las nuevas tecnologías. *Current Pain and Headache Reports*, 26(8), 605-616. <https://n9.cl/3lg8t7>
- Suárez M, A. H. (01 de Junio de 2022). *Revista Médica Vozandes*. Obtenido de Calidad de Vida: <https://n9.cl/h6b4o>
- Torres, C. J. (2019). Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento en pacientes con dolor crónico de rodilla.: <https://n9.cl/ssgut>
- Trillo, E., Alonso, A., Blanco, E., & Ibor, P. (2019). *Guías Clínicas Dolor neuropático*. EUROMEDICE. <https://n9.cl/iumj0>
- Troya, J., Periñan, N., & Sánchez, P. (2023). El impacto de las redes sociales en la salud mental. Revisión bibliográfica. *SANUM: revista científico-sanitaria*, 7(1), 18-28. <https://n9.cl/8ofyr>
- Turk, D., & Rudy, T. (2019). Taxonomía de los síndromes de dolor crónico de la IASP: evaluación preliminar de la fiabilidad. *International Association for the Study of Pain*, 30(2), 177-189. <https://n9.cl/6k366>
- UNL. (2021). *Universidad Nacional de Loja* . Línea de Investigación: Salud integral para el desarrollo sostenible de la población de la región sur.: <https://n9.cl/ox4iu>
- Virani, S., Newby, K., Arnold, S., Vera, B., Brewer, L. P., Demeter, S., & Dave, D. (2023). AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA 2023 para el tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria crónica: un informe del Comité Conjunto de Guías de Práctica Clínica de la Asociación Americana del Corazón y el Colegio Americano de Cardiología. *Circulation*, 148(9). <https://n9.cl/5xkfg>
- Woorl Health Organization. (06 de 2020). *Acceso a medicamentos y productos sanitarios*. Revisión de las directrices de la OMS para el tratamiento del dolor: <https://n9.cl/t1ww9>

Yao, J., Chen, X., Meng, C., Cao, H., & Shue, X. (2024). Influencia combinada del estado nutricional e inflamatorio y los síntomas depresivos en la mortalidad entre los sobrevivientes de cáncer en los EE. UU.: hallazgos de la NHANES. *Cerebro, comportamiento e inmunidad*, 115, 109-117. <https://n9.cl/x7x0t>

Yus, L. L. (29 de Agosto de 2018). *El dolor, tipos y tratamiento*. <https://n9.cl/izwyx>

11. Anexos

Anexo 1. Informe de Pertinencia

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE ENFERMERÍA

Loja, 08 de junio de 2022.

Lic.
Denny Caridad Ayora Apolo Mgs, Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA.

De mis consideraciones:

Reciba un afectuoso saludo y a la vez desearle éxito en las delicadas funciones que desempeña.


Por medio de la presente y en respuesta al oficio Of N° 0350- DCE -FSH -UNL, en el cual se me designa como Docente Asesora del Proyecto de tesis titulado **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DOLOR CRÓNICO DEL CANTÓN GONZANAMÁ”** de autoría del Sr. Stalin Enrique Condo Muñoz, me permito exponer a continuación el INFORME DE PERTINENCIA, con las siguientes características:

- 1.- El tema a investigar es pertinente.
- 2.- Luego de las revisiones y asesorías continuas, se lograron corregir errores de forma y fondo, completando de esta manera la problemática, justificación, marco teórico y metodología.
- 3.- Los objetivos planteados responden al tema de investigación.
4. El documento cumple con la estructura solicitada para los proyectos de investigación.

Por lo expuesto y una vez realizadas las correcciones respectivas, me permito informar que el trabajo cumple con la estructura y coherencia que exige la investigación científica, considerando este estudio como PERTINENTE. Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Con sentimiento de consideración y estima.


Atentamente,

 Firmado digitalmente por:
KATHERINE MICHELLE
GONZALEZ GUAMBAÑA

Lic. Katherine M. González Guambaña
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

072 -57 1379 Ext. 102
Calle Manuel Montenegro,
tras el Hospital Nairo Ayora - Loja - Ecuador

Anexo 2. Designación de directora del trabajo de integración curricular

 **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Of N° 0391- DCE -FSH -UNL
Loja, 08 de junio de 2022

Lic. Katherine González Guambaña Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL
Ciudad.

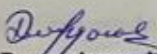
De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el **Art. 228** del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe **Favorable de Pertinencia** del Proyecto de Tesis titulado: **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DOLOR CRÓNICO DEL CANTÓN GONZANAMÁ"** de autoría del **Sr. CONDO MUÑOZ STALIN ENRIQUE**. Me permito designarle **DIRECTORA DE TESIS** y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de Titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación



Particular que me permito informar, para los fines consiguientes. Con mis sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


Lic. Denny Ayora Apolo Mg. Sc
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA FSH-UNL

C.c. Archivo

DAA/kiv

Anexo 3. Difusión de los resultados mediante la tercera jornada científica de la “Investigación como parte del proceso de la enseñanza aprendizaje” durante la semana del estudiante.



1859

unl | Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Enfermería

CERTIFICA
A:

Stalin Enrique Condo Muñoz

Por su participación en las III Jornadas Científicas “LA INVESTIGACION COMO PARTE DEL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE” durante la semana del estudiante, realizado el día 9 de agosto del 2022



SANTOS AMABLE BERMEO FLORES

Dr. Amable Bermeo Flores. Mg. Sc.
DECANO FACULTAD DE LA SALUD HUMANA



DENNY CARIDAD AYORA APOLO

Lic. Denny Ayora Apolo. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexo 4. Consentimiento Informado.



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la salud humana
Carrera de Enfermería**

Proyecto: Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del cantón Gonzanamá.

Consentimiento Informado

Fecha: __/__/____

N° de formulario: ____

Yo, _____ una vez informado/a sobre los propósitos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a **Stalin Enrique Condo Muñoz**, investigador y estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, aplicar el instrumento “**Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá**”, los datos suministrados serán manejados con la debida confidencialidad y los resultados obtenidos serán socializados sin dar a conocer datos personales y utilizados sólo con fines académicos.

Acepto participar en este estudio de investigación. Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma del participante

C.I:

Anexo 5. Instrumento de Recolección de Datos.

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la salud humana

Carrera de Enfermería

Encuesta



Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá.

OBJETIVO: Determinar las estrategias de afrontamiento y su potencial relación con la calidad de vida en los pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá.

La información recopilada será confidencial y anónima, para ello se le asignará un seudónimo. Agradeciendo ante mano su participación.

DATOS PERSONALES

Edad: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()

Nivel de Instrucción:

Ocupación:

Tipo de Seguro Médico:

Seguro Social Campesino () Seguro general de riesgo y trabajo ()

Seguro general de salud individual y familiar ()

Religión: _____

Actualmente: ¿Tiene alguna enfermedad?

Si () No ()

¿Cuál? _____

Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF.

Instrucciones: Marque con una X los recuadros que usted considera.

1.1. Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?					

1.2. Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					

8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

1.3. Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?					
14	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
15	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?					

1.4. Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?					
17	¿Cómo de satisfecho/a está					

	con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?					
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					

1.5. La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?					

Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico.

Instrucciones: Este cuestionario consta de 31 frases divididas en seis apartados que describen diferentes pensamientos y sentimientos asociados al dolor. Considere cada una de ellas y marque con una cruz la casilla que mejor describa cada frase en función del grado o frecuencia de uso.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO ANTE EL DOLOR CRÓNICO		N U N C A	P O C A S V E C E S	N I M U C H A S I P O C A S	M U C H A S V E C E S	S I E M P R E
RELIGIÓN						
1.	Rezo para que mis dolores desaparezcan.					
2.	Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema.					
3.	Rezo para curarme.					
4.	Utilizo la fe para aliviar mis dolores.					
5.	Pido a Dios que me alivie de mis dolores.					
CATARSIS						
6.	Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo.					
7.	Cuando tengo dolor le digo a los demás lo mucho que me duele, pues el compartir mis sentimientos me hace encontrarme mejor.					
8.	Cuento a la gente la situación porque ello me ayuda a encontrar soluciones.					
9.	Hablo con la gente de mi dolor, porque el hablar me ayuda a sentirme mejor.					
10.	Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor.					
DISTRACCIÓN						
11.	Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras.					
12.	Busco algo en qué pensar para distraerme.					
13.	Ignoro el dolor pensando en otra cosa.					
14.	Intento recrear mentalmente un paisaje.					
15.	Cuando tengo dolor pienso en otra cosa.					
16.	Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo.					
AUTOCONTROL MENTAL						
17.	Me concentro en el punto en que más me duele intentando disminuir el dolor.					

18.	Me olvido de todo y me concentro en mi dolor intentando que desaparezca.					
19.	Cuando tengo dolor me concentro en su localización e intensidad para intentar controlarlo.					
20.	Cuando tengo dolor me concentro en él e intento disminuirlo mentalmente.					
21.	Trato de dejar la mente en blanco.					
AUTOAFIRMACIÓN						
22.	Pienso que he de tener fuerzas y no desfallecer.					
23.	Me doy ánimos para aguantar el dolor.					
24.	Me digo a mí mismo que tengo que ser fuerte.					
25.	Cuando tengo dolor no me rindo, peleo.					
26.	Aunque me duela me contengo y procuro que no se me note.					
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN						
27.	Intento que me expliquen qué puedo hacer para disminuir el dolor.					
28.	Busco a algún amigo, familiar o profesional para que me aconseje cómo superar la situación.					
29.	Hablo con un profesional del problema para que me ayude a hacerle frente.					
30.	Intento saber más sobre mi dolor para así poder hacerle frente.					
31.	Hablo con alguien que puede hacer algo concreto sobre mi dolor.					

Anexo 6. Traducción certificada del resumen.

Loja, 09 de octubre de 2024

Lic. Karina Yajaira Martínez Luzuriaga

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN INGLÉS

CERTIFICO:

Yo, Karina Yajaira Martínez Luzuriaga con cédula de identidad Nro. 1104902679, Licenciada en Ciencias de la Educación Mención Inglés por la Universidad Técnica Particular de Loja, con número de registro 1031-2022-2574017 en la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación, señalo que el presente documento es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular denominado Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes geriátricos con dolor crónico del Cantón Gonzanamá., elaborado por el Sr. Stalin Enrique Condo Muñoz, con cédula de identidad Nro. 0751034265, estudiante egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.



Firmado electrónicamente por:
**KARINA YAJAIRA
MARTINEZ LUZURIAGA**

Lic. Karina Yajaira Martínez Luzuriaga

C.I. 1104902679

REGISTRO SENESCYT N°: 1031-2022-2574017