

Trayectoria de vivir con dolor crónico no maligno en adultos mayores: teoría de situación específica

José Arturo Medina-Fernández

<https://orcid.org/0000-0003-0588-9382>
Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
México
josue.medina@uqroo.edu.mx

✉ **Isaí Arturo Medina-Fernández**

<https://orcid.org/0000-0003-2845-4648>
Universidad Autónoma de Coahuila, México
isai-medina@uadec.edu.mx

Antonio Vicente Yam-Sosa

<https://orcid.org/0000-0002-7499-1009>
Universidad Autónoma de Yucatán, México
antonio.yam@correo.uady.mx

Julia Alejandra Candila-Celis

<https://orcid.org/0000-0003-2524-061X>
Universidad Autónoma de Yucatán, México
julia.candila@correo.uady.mx

Recibido: 21/07/2024
Enviado a pares: 27/09/2024
Aceptado por pares: 17/03/2025
Aprobado: 27/03/2025

DOI: 10.5294/aqui.2025.25.3.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Medina-Fernández JA, Medina-Fernández IA, Yam-Sosa AV, Candila-Celis JA. Trajectory of Living with Chronic Non-malignant Pain in Older Adults: Situation-Specific Theory. *Aquichan*. 2025;25(3):e2538. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.8>

Temática de la revista: Procesos y prácticas de cuidado

Aporte a la disciplina: la propuesta de teoría de situación específica contribuye al conocimiento disciplinar de la enfermería, pues proporciona una comprensión de la atención de los adultos mayores con dolor crónico no maligno. Esta perspectiva teórica enriquece la práctica de la enfermería y ofrece una base sólida para diseñar intervenciones personalizadas y holísticas, optimizando así el manejo del dolor, promoviendo el bienestar integral de las personas mayores.

Resumen

Introducción: el diseño de una teoría específica de enfermería apoyará el mejoramiento de la atención desde un enfoque geronto-geriátrico. Dado el aumento de la población de adultos mayores y las diversas condiciones patológicas que desencadena el dolor crónico, esta teoría integra aspectos físicos-funcionales, cognitivos-psicológicos y socio-familiares, que fundamentan los cuidados con este enfoque teórico.

Objetivo: construir una teoría de situación específica que explique el fenómeno de la trayectoria de la enfermedad que ocasiona dolor crónico no maligno en el adulto mayor. **Metodología:** estudio teórico que se realizó en cinco etapas: 1) construcción teórica, 2) construcción de los conceptos principales, 3) construcción de la articulación teórica, 4) construcción de proposiciones e indicadores empíricos para el establecimiento de relaciones de causalidad y 5) construcción de evidencia para la práctica en enfermería. **Resultados:** el antecedente se deriva de la teoría de la trayectoria de la enfermería de Wiener y Dodd. Se describieron cuatro conceptos de metaparadigmas y 14 principales, se hizo el desarrollo de una articulación teórica, de la construcción de ocho proposiciones y de siete indicadores empíricos para establecer relaciones de causalidad que funcionan como evidencia para la práctica; también se presenta el alcance de la teoría y las implicaciones para la práctica de enfermería. **Conclusión:** esta teoría permite identificar el proceso y las consideraciones necesarias para acompañar a una persona adulta mayor que vive con dolor crónico no maligno. Incluye la organización, la temporalidad, la identidad y el cuerpo como conceptos fundamentales. La propuesta de esta teoría establece un precedente para la aplicación de estos conceptos en consultas e intervenciones geronto-geriátricas.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Anciano; dolor crónico; teoría de la enfermería; enfermería geriátrica; enfermería.

4 Trajectory of Living with Chronic Non-malignant Pain in Older Adults: Situation-Specific Theory

Abstract

Introduction: The design of a nursing-specific theory will support improving care from a gerontological-geriatric approach. Given the rise of the elderly population and the diverse pathological conditions that chronic pain triggers, this theory integrates physical-functional, cognitive-psychological and socio-family aspects, which support care with this theoretical approach. **Objective:** To construct a situation-specific theory that explains the phenomenon of the trajectory of the disease that causes chronic non-malignant pain in the elderly. **Methodology and Materials:** This was a five-stage theoretical study: 1) theoretical construction, 2) construction of principal concepts, 3) construction of the theoretical articulation, 4) construction of propositions and empirical indicators to establish causal relationships, and 5) construction of evidence for the nursing practice. **Results:** The antecedent is derived from Weiner and Dodd's Nursing Trajectory theory. Four metaparadigm concepts and fourteen main concepts were described, a theoretical articulation was developed, eight propositions were constructed, and seven empirical indicators were developed to establish causal relationships that function as evidence for the practice. The scope of the theory and the implications for the nursing practice are also presented. **Conclusion:** This theory allows identifying the process and the necessary considerations to accompany an elderly person living with chronic non-malignant pain. It includes the organization, temporality, identity, and body as fundamental concepts. This theory's proposal establishes a precedent to apply these concepts in gerontological-geriatric consultations and interventions.

Keywords (Source: DeCS)

Elderly; chronic pain; nursing theory; geriatric nursing; nursing.

Trajectoria de viver com dor crônica não maligna em idosos: teoria de situação específica

Resumo

Introdução: A formulação de uma teoria específica de enfermagem contribuirá para a melhoria do cuidado sob uma abordagem gerontogeriatrica. Diante do aumento da população idosa e das diversas condições patológicas desencadeadas pela dor crônica, essa teoria integra aspectos físico-funcionais, cognitivo-psicológicos e socio-familiares, que fundamentam o cuidado com base nessa abordagem teórica. **Objetivo:** construir uma teoria de situação específica que explique o fenômeno da trajetória da doença causadora da dor crônica não maligna em idosos. **Materiais e método:** estudo teórico realizado em cinco etapas: 1) construção teórica; 2) construção dos conceitos principais; 3) construção da articulação teórica; 4) construção de proposições e indicadores empíricos para o estabelecimento de relações de causalidade; e 5) construção de evidências para a prática de enfermagem. **Resultados:** O ponto de partida deriva da teoria da trajetória da enfermagem, de Wiener e Dodd. Foram descritos quatro conceitos de metaparadigma e 14 principais. Foi desenvolvida uma articulação teórica, com a construção de oito proposições e sete indicadores empíricos voltados à identificação de relações de causalidade que servem como evidência para a prática. Também são apresentados o escopo da teoria e suas implicações para a prática de enfermagem. **Conclusão:** Essa teoria permite identificar o processo e as considerações necessárias para acompanhar um idoso que vive com dor crônica não maligna. Inclui organização, temporalidade, identidade e corpo como conceitos fundamentais. A proposta dessa teoria estabelece um precedente para a aplicação desses conceitos em consultas e intervenções gerontogeriatricas.

Palavras-chave (Fonte DeCS)

Idoso; dor crônica; teoria de enfermagem; enfermagem geriátrica; enfermagem.

Introducción

La comprensión adquirida por la profesión de enfermería acerca del dolor crónico no maligno en adultos mayores ha progresado de manera notable en las últimas décadas; sin embargo, todavía hay grandes vacíos que ameritan la formulación de una teoría de situación específica. El dolor crónico en este grupo etario es una experiencia compleja, multidimensional y subjetiva, que depende de características fisiológicas, psicológicas, sociales y culturales (1). A pesar de hacer énfasis en la gravedad de este fenómeno, subyace una reflexión sobre el sentido de vivir con dolor crónico no maligno y cómo esto se traduce interna y externamente.

En el ámbito de las teorías existentes, se han propuesto la Teoría de adaptación de Roy y la Teoría de manejo de síntomas de Larson para explicar las respuestas al dolor crónico en los ancianos, centrándose en el afrontamiento y la adaptación (2). Sin embargo, estas teorías tienen un alcance restrictivo para capturar aspectos específicos de la experiencia prolongada y dinámica del dolor en los adultos mayores, porque no indagan profundamente en el cambio a lo largo del tiempo y en las implicaciones sociales. La falta de una Teoría de situación específica (TSE) que abarque la experiencia de vivir con dolor crónico no maligno en personas mayores restringe el conocimiento y el desarrollo de intervenciones de enfermería individualizadas. Por lo tanto, la formulación de una TSE permite una comprensión sobre esta condición y habilita el desarrollo de modelos de atención para las personas mayores, frágiles y con necesidades aún más complejas.

De esta manera, la enfermedad que produce dolor crónico no maligno es de gran interés en los procesos de atención para la práctica de la enfermería geriátrica. Para esto, se identifican las modificaciones funcionales ocasionadas por el dolor, así como los cambios que ocurren en el adulto mayor desde una perspectiva física, psicológica, familiar y social. Evaluar estos aspectos en el adulto mayor permite comprender el impacto del dolor crónico no maligno en su vida.

En la actualidad, desde el punto de vista social, se ha generado una cultura en el manejo del dolor desde un enfoque sintomático, por tanto, su tratamiento es farmacológico. La TSE es una propuesta teórica que ayuda al profesional de enfermería a entender y actuar de manera efectiva en el manejo del dolor.

Para las personas que viven con dolor crónico no maligno, esta condición impone una serie de desafíos que afectan múltiples aspectos de la vida, desde un deterioro en su calidad por la limitación funcional y el aislamiento social, hasta la aparición de comorbilidades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad. Asimismo, estas personas enfrentan a menudo obstáculos económicos y laborales que contribuyen a una mayor carga socioeconómica asociada a esta condición (1, 3)

Desde el punto de vista internacional, el dolor crónico es una preocupación significativa para la salud pública, pues afecta entre el 25 y el 29 % de la población mundial. En América Latina, la incidencia de esta condición es alta, con cifras que van del 27 % al 42 % de la población, casi el doble de la incidencia global. En México se estima que afecta entre el 25 % y 27 % de la población, lo que equivale aproximadamente 40 millones de personas; llama la atención que solo el 14 % de quienes padecen dolor crónico recibe tratamiento (4-7).

Algunas enfermedades como la artritis, el dolor lumbar, la fibromialgia, el cáncer, las neuropatías y las fracturas pueden causar dolor crónico no maligno a medida que evolucionan (8, 9). De igual manera, este tipo de dolor es frecuente en la población de adultos mayores, tal y como lo señala el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, que muestra que el 41,5 % de los adultos de más de 50 años reportó sufrir dolor, siendo este más frecuente en las mujeres que en los hombres (48,3 % vs. 33,6 %), cifra mayor en el grupo de adultos mayores (10,11).

Por consiguiente, los conceptos que integran la TSE se fundamentan en la trayectoria de la enfermedad y, desde una perspectiva sociológica, en las relaciones que afectan el ejercicio de vivir con esta, cuya influencia se deriva del trabajo de Corbin y Strauss, quienes observaron en un estudio cualitativo en personas con cáncer, que esta enfermedad tenía fases o estadios discernibles que se podían identificar gracias a cambios importantes en los problemas, desafíos o actividades, por lo que el estado físico de la persona y las consecuencias sociopsicológicas de la enfermedad y del tratamiento fueron los temas centrales en todos los momentos de medición a lo largo de la investigación.

Dicho lo anterior, también esta TSE sustenta la prescripción de enfermería al proporcionar un marco que guía la valoración, intervención y seguimiento del adulto mayor, reconociendo la enfermedad como una experiencia compleja e individualizada. A partir de ello, la prescripción de enfermería se fundamenta en estrategias que abordan el manejo integral del dolor, promoviendo la autogestión, el bienestar emocional y la adaptación a la condición crónica de la persona en su trayectoria de vivir con dolor.

Por lo tanto, y bajo este contexto, el papel que desempeña el personal de enfermería es muy valorado. Las y los enfermeros constituyen un vínculo fundamental entre los pacientes y el personal profesional de salud, aunado a esto, su responsabilidad es aliviar el dolor físico mediante técnicas y analgésicos efectivos, además valora y brinda consultoría geronto-geriátrica con miras a implementar intervenciones, farmacológicas y no farmacológicas, para marcar una diferencia significativa en la percepción del dolor y el bienestar general de las personas que viven con esta condición. El objetivo general que se planteó en este trabajo fue construir

una TSE que explique el fenómeno de la enfermedad que ocasiona dolor crónico no maligno en el adulto mayor, derivado de la teoría intermedia de trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd.

Metodología

Para la construcción de la TSE se utilizaron los cinco pasos del diseño de teorizaciones de Oliveira *et al* (12); es necesario especificar que este diseño es un modelo que utilizan los profesionales de enfermería para desarrollar teorías específicas que aborden las necesidades y situaciones particulares de los pacientes, basados en evidencia práctica. Este modelo comprende la observación y análisis de situaciones clínicas concretas en las siguientes etapas: (i) el enfoque de la construcción teórica, (ii) definición de los conceptos principales, (iii) la construcción de la articulación teórica, (iv) construcción de proposiciones e indicadores empíricos para el establecimiento de relaciones de causalidad y (v) evidencia para la práctica en enfermería (12).

Definición del enfoque

La definición de los conceptos principales de esta teoría de rango medio se hizo con base en el análisis de la trayectoria de la enfermedad, cuyas patologías causan dolor no maligno. Para esto, se revisó la producción científica realizada por autores renombrados en el tema, tanto en diseños cuantitativos como cualitativos. Estos antecedentes permitieron definir el enfoque con base en las experiencias de adultos mayores que viven con dolor crónico, además de considerar aspectos físicos, funcionales, cognitivos, psicológicos, familiares y sociales (12).

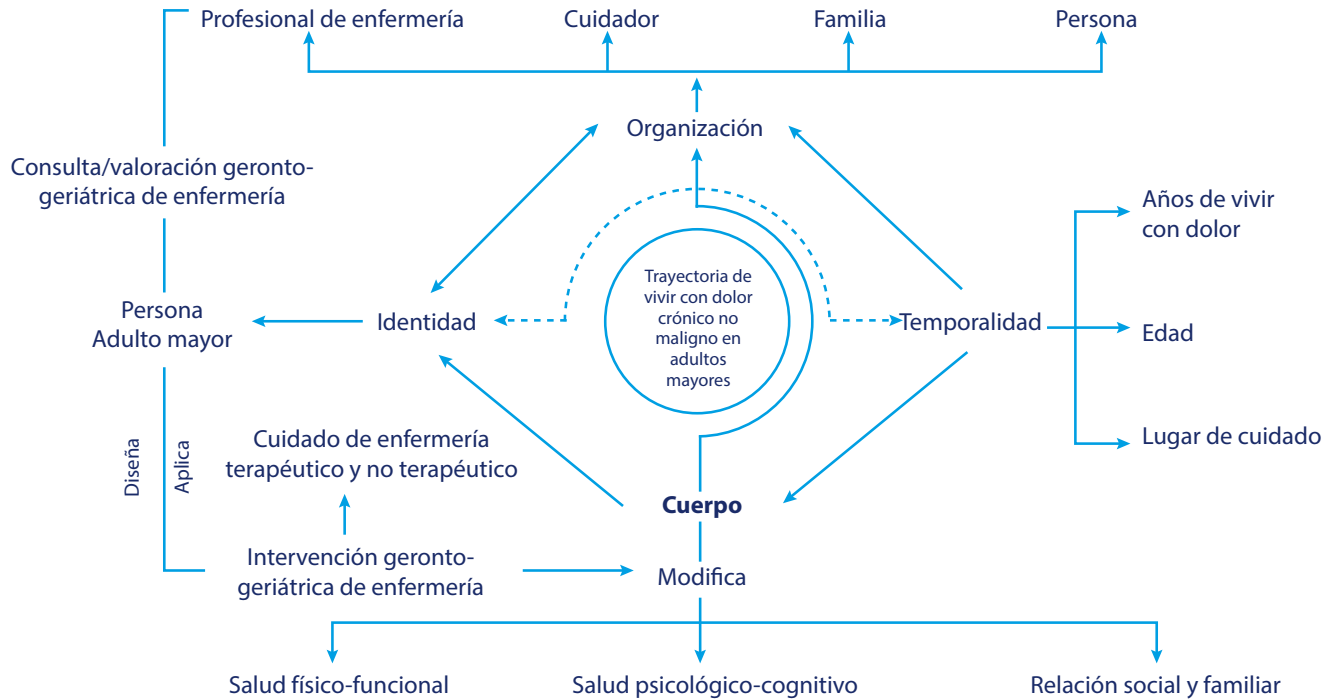
Construcción de los conceptos principales

Esta fase incorporó elementos conceptuales, es decir definiciones que permitieron describirlas de manera concreta. Esto fue desarrollado con base en la teoría intermedia de trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd, adaptándolos a la situación específica, permitiendo identificar los conceptos de referencia para el diseño del artículo teórico y sus proposiciones, con el objetivo de que se conviertan en una teoría prescriptiva enfocada en la atención geronto-geriátrica del adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno; esta teoría, que se puede aplicar en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas con base en el análisis de la consulta-valoración geronto geriátrica, se enfoca en los aspectos funcionales, cognitivos y sociales (12).

Construcción de la articulación teórica

Con el objetivo de facilitar la comprensión de la TSE, se diseñó un diagrama pictórico o articulación teórica a partir de los conceptos propuestos, con miras a relacionar y explicar los que integran la teoría (12).

Figura 1. Articulación teórica de la TSE de trayectoria de la enfermedad en adultos mayores que viven con dolor crónico no maligno



Fuente: elaboración propia con base en la teoría de la trayectoria de la enfermedad desarrollada por Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd.

Construcción de proposiciones

Por medio de un ejercicio de razonamiento sobre la relación y articulación de los conceptos que integran la teoría, se formularon proposiciones basadas en la evidencia científica y práctica.(12).

Indicadores empíricos para el establecimiento de relaciones de causalidad y evidencia para la práctica en enfermería

En esta última etapa se establecieron y describieron relaciones de causalidad entre los conceptos que configuran la trayectoria de la enfermedad que causa dolor crónico no maligno. Esta etapa permitió examinar con una visión operativa el fenómeno de interés y, por tanto, describir con detalle las acciones de enfermería geronto-geriátrica. De manera concreta, esta etapa sirvió para establecer relaciones de causalidad entre los conceptos de la teoría y para presentar evidencia de utilidad para la práctica en enfermería.

Para lograr lo anterior, fue necesario presentar instrumentos y escalas que en los resultados de su aplicación evidenciaron las relaciones causales entre los conceptos desde una perspectiva cuantitativa; esta etapa fue importante porque dio la oportunidad de comprender el fenómeno desde un enfoque cualitativo. Asi-

mismo, permitió explicar el alcance de la TSE y sus posibles implicaciones para la investigación y práctica de las ciencias de enfermería.

Resultados

El análisis de los estudios encontrados, basado en la búsqueda de evidencia, se llevó a cabo en varios países. Estos estudios abordaron algunas variables desde una perspectiva cualitativa, con patologías que causan dolor crónico no maligno como: la artritis, fibromialgia, diabetes, lumbalgia y artrosis, entre ellas se encuentran: la experiencia de vivir con dolor, las afectaciones de la vida después del diagnóstico, la adaptación al cambio, las limitaciones de vivir con dolor crónico benigno, las estrategias para disminuirlo, los cambios del comportamiento, la identificación de sentimientos negativos, el aislamiento, el desgaste corporal, las crisis en la cotidianidad, las modificaciones sociofamiliar y la participación negativa/positiva del personal de salud (13–17).

También se observó que los adultos mayores tienen creencias moderadas, relacionadas con la edad, sobre el origen del dolor, en comparación con aquellos que creen que el dolor tiene una causa patológica y tienen más probabilidades de buscar ayuda, porque están convencidos de que tienen un mejor control y coraje frente al dolor, y no están dispuestos a revelarlo a los demás (18–22).

Así mismo, se encontró que la independencia del adulto mayor influye en la búsqueda de tratamiento profesional en salud y en la conducta para poder soportar y “aprender a vivir con el dolor”. Con el tiempo los participantes aprenden a adaptarse, un día a la vez, a equilibrar las actividades, los pensamientos y las emociones, tratando de no ser una carga para la familia y para los demás, disfrutando y valorando los momentos de placer que les ayudan a sobrellevar sus dolencias (23–25).

Por consiguiente, la TSE propuesta se fundamenta en la teoría intermedia de trayectoria de la enfermedad de Wiener y Dodd, que incluye no solo los componentes físicos de la enfermedad, sino también la organización de todo el trabajo hecho a lo largo de esta, es decir, su trayectoria es teóricamente distinta al curso, porque esta no solo se limita a la persona que sufre dolor, sino que incluye a la familia y a los profesionales de la salud que participan en su cuidado (26–28).

Los participantes en la organización tienen distintos tipos de trabajo; por eso, la persona que vive con la enfermedad es central en la trayectoria de la enfermedad. La carga que implica vivir con dolor da lugar a consecuencias y tiene impactos en la vida de las personas implicadas, pues afecta el curso de la enfermedad y el destino de la persona enferma.

Asimismo, se reconoce a la persona adulta mayor como el actor central en el manejo de su condición, dado que es quien ejecuta las acciones para afrontar el impacto de la enfermedad en múltiples

contextos, entre ellos el biográfico (relacionado con su autopercepción) y el sociológico (vinculado a sus relaciones sociales). Desde esta perspectiva, el control de las alteraciones (o el enfrentamiento de la incertidumbre) implica interacciones con varios participantes en la organización (la persona enferma, la familia y los profesionales de la salud), así como unas condiciones sociales externas. Dada la complejidad de dichas interacciones en múltiples contextos y con numerosos participantes, la persona mayor experimenta modificaciones en el afrontamiento, porque el dolor no maligno es muy variable y dinámico en cada individuo (29–31).

La TSE tiene un alcance descriptivo, explicativo y prescriptivo. En el nivel descriptivo, se caracteriza el proceso de la enfermedad que conduce al dolor crónico, abordando la alteración de la funcionalidad y los cambios físicos, psicológicos y sociofamiliares del adulto mayor. Desde un enfoque explicativo, la TSE identifica el dolor crónico no maligno como el eje central de estas transformaciones y analiza los factores que influyen en la trayectoria de la enfermedad.

En el nivel prescriptivo, la teoría no solo reconoce la necesidad de intervención, sino que establece estrategias concretas para modificar la trayectoria de la enfermedad. A partir de la experiencia y la gravedad del dolor, propone enfoques específicos de atención geronto-geriátrica que permiten mejorar la funcionalidad del adulto mayor y prevenir la aparición de síndromes geriátricos asociados al dolor crónico no maligno. Esto se logra mediante la implementación de intervenciones diferenciadas como: programas de rehabilitación funcional, acompañamiento psicosocial mediante grupos de ayuda mutua, así como también con ajustes farmacológicos y no farmacológicos.

Conceptos de los metaparadigmas

Ser humano

Es aquel adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno debido a una enfermedad cuya afectación es física, psicológica y social, esta se caracteriza por cambios en la cotidianidad, disminución de la funcionalidad, modificaciones en el comportamiento y sentimientos, con afectación sociofamiliar y con una percepción negativa de su tratamiento hacia la disminución del dolor.

Salud

Respuesta humana del adulto mayor al cambio de la cotidianidad debido al aumento del dolor crónico no maligno, con impacto directo en su funcionalidad, modificaciones psicológicas y sociofamiliares.

Enfermería

Ciencia que identifica los cambios ocurridos por el dolor crónico no maligno debido al deterioro de la enfermedad en el adulto mayor; su interés es la valoración geriátrica integral, es decir,

proporcionar cuidados de enfermería con enfoque terapéutico y no terapéuticos, evitando la pérdida de la funcionalidad, los cambios físicos, psicológicos y sociales, y permitiendo la adaptación a su condición y una mayor integración con la familia y a la sociedad.

Ambiente

El ambiente se encuentra conformado por el individuo, el profesional de la salud, la sociedad, la familia y el cuidador, entre quienes existe una relación directa con el comportamiento del cuidado del dolor crónico, que influye en la adaptación a la vida por parte de la persona afectada, su funcionalidad, sus cambios físicos, su condición psicológica y la relación sociofamiliar.

Visión del mundo

Esta TSE presenta una visión de interacción recíproca, en la que el adulto mayor con dolor crónico no maligno es considerado como un ser humano holístico, activo e interactivo con su entorno. Desde esta perspectiva, el adulto mayor no es un sujeto pasivo de cuidado, sino que responde y se adapta a las interacciones con el cuidador, la familia y el profesional de enfermería. Dicha dinámica le permite enfrentar su realidad de manera multidimensional, considerando factores fisiológicos, emocionales y socioculturales que modulan su experiencia del dolor. Asimismo, su respuesta y adaptación están determinadas por el contexto en el que vive y las condiciones circundantes, lo que hace necesario un abordaje enfermero integral, basado en la valoración continua y la planificación de intervenciones específicas (6).

Definición de conceptos principales

Trayectoria de vivir con dolor crónico no maligno: vivencias individuales de la persona adulta mayor, a partir del diagnóstico de la enfermedad, cuyo síntoma principal es el dolor crónico no maligno, derivado de una enfermedad que no pone en peligro la vida, pero que produce cambios físicos, psicológicos y sociales, y que modifica la cotidianidad de la persona.

Dolor crónico no maligno: malestar de dolor en el adulto mayor, de origen patológico, que no amenaza la vida, pero que se caracteriza por una duración mayor a tres meses, que no mejora a pesar de los tratamientos realizados.

Organización como persona adulta mayor: individuo mayor o igual a 60 años, que se desarrolla y vive en sociedad sin dejar de tener un sentido individual; presenta una noción jurídica y moral, consciente y racional, con capacidad de discernimiento y de respuesta sobre sus propios actos.

Organización como familia: conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo o no del adulto mayor, que vive con dolor crónico no maligno, con quien comparten sentimientos que los unen y agluti-

nan; se organizan en roles fijos, tienen vínculos consanguíneos o no, y mantienen un modo de existencia económico y social.

Organización como cuidador: persona que asiste a otra que vive con dolor crónico no maligno, que necesita ayuda para su autocuidado; puede ser familiar, amigo o miembro de organizaciones religiosas que prestan ayuda en el hogar, en el hospital o en otro entorno de asistencia de salud.

Organización como profesional de enfermería: persona que asume el cuidado de enfermería autónoma y colaborativamente de la persona adulta mayor que vive con dolor crónico no maligno y en todos los entornos.

Identidad: percepción del adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno en un momento determinado, que unifica múltiples atributos personales y se sitúa en la mente y el cuerpo.

Consulta geronto-geriátrica de enfermería: acción de enfermería caracterizada por identificar los factores de riesgo de dependencia funcional del adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno mediante la aplicación de una valoración física, funcional, psicológica y social, con el fin de evitarlos.

Intervención geronto-geriátrica de enfermería: cuidado terapéutico planeado y ejecutado con base en la consulta geronto-geriátrica, para mejorar o mantener la salud físico-funcional, psicológico-cognitivo y socio-familiar del adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno.

Temporalidad: situación o condición producida en un intervalo de tiempo limitado cuyo final es incierto. Puede verse modificada por factores como la edad, años de vivir con dolor crónico no maligno y lugar donde habita la persona enferma.

Cuerpo: es el objeto que se transforma durante el proceso de cuidado del adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno. Este puede verse modificado por aspectos físicos, funcionales, psicológicos, cognitivos y por relaciones socio familiares, manifestando señales de querer ser atendido y escuchado. En este contexto, el sujeto es quien solicita el cuidado para que este le permita poner de manifiesto sus necesidades y se genere una interrelación que favorezca su recuperación, en donde ambos cuerpos (cuidado-cuidador) elaboran sus propios códigos de comunicación, y el profesional de enfermería hará uso de sus sentidos para llevar a cabo este proceso de interacción y cuidado.

Salud físico-funcional: grado en el que la persona adulta mayor que vive con dolor crónico no maligno mantiene su bienestar del cuerpo, velocidad de la marcha, fuerza de las extremidades y equilibrio, aunado a la calidad con que asume los roles sociales y si su estado intelectual, emocional, la actividad social y la actitud frente a la vida se modifican según el grado de dolor crónico.

Salud psicológico-cognitiva: valoración psicológica-cognitiva de la presencia de síntomas depresivos, ansiedad, autodistanciamiento, riesgo de deterioro cognitivo, pérdida de las funciones de atención, velocidad del procesamiento de la información y memoria de la persona adulta mayor que presenta estas patologías.

Afectación social y familiar: modificación en la cotidianidad, en la dinámica familiar y social, como resultado del dolor crónico no maligno en la persona adulta mayor.

Propuesta de articulación teórica

Construcción de proposiciones

Se desarrollaron ocho proposiciones con diferentes aplicaciones teóricas que van desde lo descriptivo hasta lo prescriptivo.

1. Respecto a la organización, en el adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno, se considera a la familia, cuidador y al profesional de enfermería como actores de cuidado.
2. Respecto a la trayectoria de la enfermedad, los adultos mayores, de acuerdo con la edad, el tiempo de vivir con dolor crónico y el lugar de cuidado, tienen modificaciones en la funcionalidad, en la velocidad de la marcha, la fuerza de extremidades y el equilibrio.
3. Respecto a los años de vivir con la enfermedad causante del dolor crónico no maligno, se observan alteraciones en la cotidianidad del hogar y modificación en la dinámica familiar de la persona, aunado a que sufren autoaislamiento familiar y social.
4. El profesional de enfermería aplica la valoración geronto-geriátrica en el adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno, considerando su identidad como parte del cuidado.
5. La valoración geriátrica integral funge como actividad prioritaria para el personal de enfermería, ya que permite identificar las modificaciones físicas/funcionales, psicológicas/cognitivas y relaciones socio familiares, cuyo fin es el diseñar y ejecutar los cuidados acordes a las afectaciones debido a la experiencia del adulto mayor con dolor crónico no maligno.
6. Los cuidados terapéuticos de enfermería permiten que el adulto mayor disminuya el nivel de dolor crónico no maligno, permitiendo la mejora en su actividad funcional, psicológica y social.
7. Los cuidados no terapéuticos de enfermería como las terapias manuales, naturales, orientales, de relajación y terapias complementarias coadyuvan a la disminución del dolor crónico no maligno en el adulto mayor, permitiendo la mejora en su actividad funcional, psicológica y social.
8. Enfermería genera grupos de apoyo en los que permite que el adulto mayor con dolor crónico comparte experiencias de resultados terapéuticos y no terapéuticos, para crear redes sociales que le ayuden a integrarse en su cotidianidad y vida social.

Indicadores empíricos para el establecimiento de relaciones de causalidad y evidencia para la práctica

Dentro del análisis de los indicadores empíricos, se abordaron los componentes de la TSE de forma individualizada, ya que estos conjugan lo físico-funcional, psicológico-cognitivo y socio-familiar, aunado a todo lo observado desde la experiencia individual, sin considerar la edad, grupo etario del adulto mayor, el cuidador, familiar o profesional de enfermería.

A continuación, se describen algunos indicadores que pueden ayudar a comprobar esta TSE, lo que ofrece una oportunidad para considerar los factores que suelen verse afectados con el dolor crónico no maligno en los adultos mayores.

El Cuestionario de Dolor McGill (SF-MPQ) es una medida de autoinforme de la calidad del dolor benigno o maligno, validado al idioma inglés y español, que consta de 15 descriptores, que representan tanto el sentido sensorial como el afectivo; describe la gravedad de la experiencia de vivir con dolor (32).

El Pain Disability Questionnaire (PDI) es una medida de autoinforme validado al idioma inglés, conformado por siete ítems que evalúan la discapacidad por dolor crónico benigno y maligno en siete áreas: familia, ocupación, relaciones sexuales, actividades sociales, recreación, autocuidado y soporte vital. Se pide a los participantes que indiquen su discapacidad en cada una de las siete áreas (33).

La Escala de catastrofización del dolor (PCS) es una medida de autoinforme validado al español, y cuenta con 13 ítems relacionados con la catastrofización del dolor crónico benigno y maligno. Se instruye a las personas a que reflexionen sobre su experiencia de dolor e indiquen el grado en que experimentan pensamientos o sentimientos durante el dolor, lo que permite calcular tres puntuaciones de subescala: rumiación, magnificación e impotencia (34).

Estrategias de Afrontamiento del Dolor Crónico (CPCI) es una escala de 65 ítems de afrontamiento cognitivo y conductual, a menudo dirigidos como parte del tratamiento multidisciplinario del dolor. Cada elemento representa una estrategia de afrontamiento, por lo cual, se pide a las personas que indiquen el número de días que utilizaron la estrategia para hacer frente al dolor durante la semana anterior. Este cuenta con ocho subescalas que representan el uso de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento como protección, descanso, pedir ayuda, relajación, persistencia en la tarea, ejercicio o estiramiento, búsqueda de apoyo social y autoafirmaciones de afrontamiento (35).

La escala Multitasking Preference Inventory (MPI) es una medida de 60 ítems diseñada en el idioma inglés que permite evaluar múltiples aspectos del funcionamiento psicosocial en pacientes con dolor crónico benigno y maligno. Esta cuenta con tres partes, la primera evalúa el impacto del dolor y consta de cinco subescalas: interferencia, apoyo, intensidad del dolor, autocontrol y estado de ánimo negativo. La segunda evalúa las respuestas de las personas significativas y produce tres subescalas: respuestas de castigo, respuestas solícitas y respuestas de distracción. La última parte evalúa las actividades y contiene cuatro subescalas relacionadas con el nivel de actividad de los pacientes: tareas del hogar, trabajo al aire libre, actividades fuera del hogar y actividades sociales(36).

La Escala de inflexibilidad psicológica ante el dolor (PIPS-J) se desarrolló para medir la rigidez psicológica en relación con el dolor crónico, esta está validada en japonés y se aplica a cualquier tipo de dolor. Evalúa las conductas de evitación relacionadas con el dolor y los niveles de fusión cognitiva en relación con el mismo, sin embargo, solo se ha aplicado en la población de ese país (37).

Por último, entre otros indicadores que pueden complementar la información mediante la investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, pues reúne las experiencias de la persona adulta mayor, es un estudio realizado en México en el que se encontró una descripción exacta de lo que representa el desgaste de vivir con dolor, los cambios en la cotidianidad, las alternativas utilizadas para aliviar el dolor y las afectaciones en el entorno social (13).

Alcances de la teoría de situación específica

Los alcances de esta teoría son de gran importancia en el área de la enfermería, ya que esta TSE con enfoque integral considera y analiza todos los aspectos que afectan al adulto mayor que vive con dolor crónico no maligno, también tiene en cuenta los factores del cuidador, la familia y al personal de enfermería como parte su organización del cuidado.

De esta manera, se aplica la terapéutica en enfermería con un concepto denominado intervención geronto-geriátrica, el cual se aborda acorde a los resultados de la consulta geronto-geriátrica del adulto mayor, en la que se hace una valoración física, funcional, cognitiva y social; de acuerdo a esta valoración se planea una intervención específica del adulto, si es funcional o no, según el nivel de riesgo identificado, con el fin de señalar los factores de riesgo de dependencia funcional y evitar, disminuir o retrasar el nivel de dependencia en las personas adultas mayores, asimismo promueve la incorporación de la consultoría por enfermería como estrategia para contribuir a modificar los componentes físico-funcionales, psicológicos-cognitivos y el socio-familiar en los adultos mayores que viven con dolor crónico en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

Implicaciones

La TSE planteada se puede corroborar desde una visión cuantitativa mediante el uso o generación de nuevas escalas validadas que coadyuven a identificar cómo interactúa la articulación teórica planteada y complementarla con una perspectiva cualitativa para profundizar el sentir del profesional de enfermería, cuidador, familia, y de la persona adulta mayor que vive con dolor crónico.

De igual manera, se considera necesario abordar las consultas e intervenciones geronto-geriátricas desde el actuar de enfermería, dado que nos permite identificar los riesgos y los factores que alteran la vida de la persona que vive con dolor, para generar intervenciones individualizadas de acuerdo con el nivel de funcionalidad del adulto mayor, pudiendo integrarlo más a la vida.

Conclusiones

El alcance de esta TSE trasciende el nivel individual, integra un enfoque holístico que considera el impacto del dolor en la dinámica familiar, el rol del cuidador primario, la participación del profesional de enfermería y la influencia de variables contextuales, como el entorno de atención (domiciliario, institucional o comunitario).

Desde esta perspectiva, la TSE aporta un marco teórico para la consulta y la intervención geronto-geriátrica, facilitando la formulación de estrategias basadas en la evaluación integral del adulto mayor. Esto incluye el manejo del dolor, la preservación de la funcionalidad, la prevención de síndromes geriátricos y la implementación de planes de atención personalizados que consideren la edad, la evolución de la enfermedad, las condiciones socio-familiares y los recursos disponibles en el contexto de cuidado. Así, esta teoría no solo contribuye al desarrollo del conocimiento en enfermería geriátrica, sino que también orienta la práctica clínica hacia intervenciones más efectivas y contextualizadas.

Referencias

1. Kraft K, Backmund T, Eberhart L, Schubert AK, Dinges HC, Hagen MK, *et al.* Does opioid therapy enhance quality of life in patients suffering from chronic non-malignant pain? A systematic review and meta-analysis. *Br J Pain.* 2024;18(3):227–42. DOI: <https://doi.org/10.1177/20494637231216352>
2. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 9ª ed. España, Elsevier; 2028. p. 1–580
3. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez A, Cabrera-León A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. *Scoping Review. Rev Saude Publica.* 2020;54:39. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
4. Wang L, Ye H, Li Z, Lu C, Ye J, Liao M, *et al.* Epidemiological trends of low back pain at the global, regional, and national levels. *European Spine Journal.* 2022;31(4):953–62. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00586-022-07133-x>
5. Sá KN, Moreira L, Baptista AF, Yeng LT, Teixeira MJ, Galhardoni R, *et al.* Prevalence of chronic pain in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Pain Rep.* 2019;4(6):e779. DOI: <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000779>
6. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth.* 2019;123(2):e273–83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>

7. Covarrubias A, Guevara U, Betancourt J, Gutiérrez C, Córdoba J. Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2010;33(4):1-7. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>
8. Morales-Fernández Á, Jiménez Martín JM, Vergara-Romero M, Morales-Asencio JM, Mora-Bandera AM, Gómez-Ortigosa MI, et al. Gender differences in perceived pain and health-related quality of life in people with chronic non-malignant pain: a cross-sectional study. *Contemp Nurse*. 2021;57(3-4):280-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/10376178.2021.1999836>
9. Kovačević I, Majerić Kogler V, Krikišić V, Ilić B, Friganović A, Ozimec Vulinec Š, et al. Non-Medical Factors Associated with the Outcome of Treatment of Chronic Non-Malignant Pain: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2881. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052881>
10. Covarrubias A. Las clínicas del dolor en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2008;31(1):1-5. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2008/cma081k.pdf>
11. Barragán A, Mejía S, Gutiérrez M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*. 2007;49(4):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0036-363420070010100008>
12. de Oliveira Lopes MV, da Silva VM, Herdman TH. Causation and Validation of Nursing Diagnoses: A Middle Range Theory. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(1):53-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12104>
13. Ruiz-Aguilar K, Chan-Castro V, Hernández-Gómez G, Cab-López A, Espadas-Uuh J, Medina-Fernández J. Vivir con dolor crónico desde la experiencia de adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. *Horiz Enferm*. 2021;32(3):297-305. DOI: https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.32.3.297-305
14. Vader K, Doulas T, Patel R, Miller J. Experiences, barriers, and facilitators to participating in physical activity and exercise in adults living with chronic pain: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2021;43(13):1829-37. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1676834>
15. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules*. 2021;11(8):1256-1236. DOI: <https://doi.org/10.3390/biom11081256>
16. Miaskowski C, Blyth F, Nicosia F, Haan M, Keefe F, Smith A, et al. A Biopsychosocial Model of Chronic Pain for Older Adults. *Pain Medicine*. 2020;21(9):1793-805. DOI: <https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>
17. Dagnino A, Campos M. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Perspectives. *Front Hum Neurosci*. 2022;16(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.736688>
18. Iqbal A, Toh L, Knaggs R, Anderson C. Factors promoting self-medication and irrational use of opioids in chronic non-malignant pain management in Pakistan: A qualitative in-depth investigation. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2021;29(Supplement 1):i32-3. DOI: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riab015.039>
19. Hamilton M, Gnjjid D, Christine-Lin CW, Jansen J, Weir K, Shaheed C, et al. Opioid deprescribing: Qualitative perspectives from those with chronic non-cancer pain. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2022;18(12):4083-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.07.043>
20. Kovačević I, Majerić-Kogler V, Krikišić V, Ilić B, Friganović A, Ozimec-Vulinec Š, et al. Non-Medical Factors Associated with the Outcome of Treatment of Chronic Non-Malignant Pain: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2881. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052881>
21. Rufener L, Akre C, Rodondi P, Dubois J. Management of chronic non-cancer pain by primary care physicians: A qualitative study. *PLoS One*. 2024;19(7):e0307701. DOI: <https://doi.org/10.1371/bmjopen-2019-032988>
22. Nichols V, Toye F, Eldabe S, Sandhu H, Underwood M, Seers K. Experiences of people taking opioid medication for chronic non-malignant pain: a qualitative evidence synthesis using meta-ethnography. *BMJ Open*. 2020;10(2):e032988. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032988>
23. Schneider J, Algharably E, Budnick A, Wenzel A, Dräger D, Kreuzer R. Deficits in pain medication in older adults with chronic pain receiving home care: A cross-sectional study in Germany. *PLoS One*. 2020;15(2):e0229229. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229229>
24. Welsh T, Yang A, Makris U. Musculoskeletal Pain in Older Adults. *Medical Clinics of North America*. 2020;104(5):855-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.05.002>
25. Teater B, Chonody J. How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2020;91(4):599-625. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091415019871207>
26. Parreira P, Santos-Costa P, Neri M, Marques A, Queirós P, Salgueiro-Oliveira A. Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2088. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
27. da Silva R, Brandão M, Ferreira M. Integrative Review as a Method to Generate or to Test Nursing Theory. *Nurs Sci Q*. 2020;33(3):258-63. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318420920602>
28. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. En: *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. 1ª ed. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 13-27. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63223-6_2
29. Wardell DW, Decker SA, Engebretson JC. Healing Touch for Older Adults With Persistent Pain. *Holist Nurs Pract*. 2012;26(4):194-202. DOI: <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e318258528d>
30. Ingrid Bergh DSB. Learning to Endure Long-Term Musculoskeletal Pain in Daily Life at Home: A Qualitative Interview Study of the Older Adult's Experience. *J Gerontol Geriatr Res*. 2013;02(04). DOI: <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000136>
31. Gammons V, Caswell G. Older people and barriers to self-reporting of chronic pain. *British Journal of Nursing*. 2014;23(5):274-8. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.5.274>
32. Burckhardt C, Bjelle A. A Swedish Version of the Short-Form McGill Pain Questionnaire. *Scand J Rheumatol*. 1994;23(2):77-81. DOI: <https://doi.org/10.3109/03009749409103032>
33. Tait RC, Chibnall JT, Krause S. The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*. 1990;40(2):171-82. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90068-O](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90068-O)
34. Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Hauptmann W, Jones J, O'Neill E. Factor structure, reliability, and validity of the Pain Catastrophizing Scale. *J Behav Med*. 1997;20(6):589-605. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1025570508954>
35. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Strom SE. The chronic pain coping inventory: development and preliminary validation. *Pain*. 1995;60(2):203-16. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00118-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00118-X)
36. Wittink H, Turk DC, Carr DB, Sukiennik A, Rogers W. Comparison of the Redundancy, Reliability, and Responsiveness to Change Among SF-36, Oswestry Disability Index, and Multidimensional Pain Inventory. *Clin J Pain*. 2004;20(3):133-42. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002508-200405000-00002>
37. Nagasawa Y, Shibata A, Fukamachi H, Ishii K, Wicksell RK, Oka K. The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS): Validity and Reliability of the Japanese Version for Chronic Low Back Pain and Knee Pain. *J Pain Res*. 2021;14:325-32. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S287549>