

# Representaciones sociales sobre el dolor en el proceso de envejecimiento

**Br. Karla Viera**

*(PRE-PROYECTO DE TESIS)*

**Tutor: Psic. Mag. Fernando Berriel**

*(Instituto de Psicología Social)*

**Universidad de la República del Uruguay**

**Facultad de Psicología**

**Montevideo. 30 de julio, 2014.**

## **RESUMEN:**

Este proyecto corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, en la modalidad *pre proyecto de tesis*. Su pretensión radica en el diseño de una investigación orientada a contribuir en el campo de conocimientos sobre la Vejez y el Envejecimiento. La temática elegida es el estudio de las *Representaciones sociales sobre el dolor en el Adulto Mayor*, tanto en personas mayores como en profesionales de la salud. El dolor aquí, es entendido como experiencia subjetiva y multidimensional, que podría guardar relación con las concepciones del envejecimiento y la vejez. El diseño del estudio es de tipo cualitativo. Se realizarán entrevistas en profundidad a personas adultas mayores y a médicos no especializados en envejecimiento. Se pretende que los resultados de este estudio muestren las posibles relaciones entre los sentidos atribuidos a la vejez y el dolor en estos grupos y su posible vinculación con las prácticas de atención de personas adultas mayores.

**PALABRAS CLAVE:** Representaciones Sociales, Envejecimiento, Dolor

## FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES:

En nuestro país el envejecimiento demográfico poblacional es una realidad que se debe en líneas generales, a la alta esperanza de vida al nacer, baja tasa de natalidad y baja mortalidad. El sobre envejecimiento de la población, se entiende como el aumento de personas mayores de 85 años y más, sobre las personas mayores de 65 años. Actualmente, estudios revelan que la población de adultos mayores de 65 años representa aproximadamente el 18% del total de la población. Proyecciones de CEPAL al año 2030, dan cuenta de una acentuación de esta transformación demográfica donde los mayores alcanzarán el 22,3% del total de la población (INMAYORES-MIDES, 2012: 29). En este sentido, la relevancia de estudios sobre la vejez y el envejecimiento, lo que debería contribuir a la utilización de estos conocimientos por agentes de cambio social que participen en el diseño y planificación de políticas públicas sostenibles, y que contemplen las necesidades de este grupo social con dignidad, como derecho humano fundamental. Rojas (2008) destaca, que la calidad de vida colectiva es un compromiso social, que deberá considerarse como derecho al que accede todo individuo sólo por ser humano.

En nuestro país, el *Plan Nacional de envejecimiento y vejez 2013-2015* reconoce la necesidad del estudio sobre las Representaciones sociales (RRSS):

Los efectos de las representaciones sociales, como los prejuicios existentes en una sociedad sobre las personas mayores y el desarrollo del proceso de envejecimiento, son reconocidos como un obstáculo ante la posibilidad de que las personas planifiquen proyectos personales y colectivos en su vejez actual o futura. Las representaciones sociales sobre esta etapa de la vida afectan día a día la vida de las personas mayores, lo que repercute directamente en las generaciones más jóvenes y en su posibilidad de proyectar su propia vejez. Es por eso que aportar a la revisión y cuestionamiento de tales representaciones es un desafío permanente para la mejora de la vida de toda la ciudadanía, en una sociedad que aumenta su esperanza de vida y de vida sana. La sensibilización deberá contribuir a la eliminación de los estereotipos negativos sobre la vejez y la discriminación fundada en la edad. (INMAYORES-MIDES, 2012: 32)

El campo de estudio de las RRSS es actualmente un campo fecundo, en el cual se buscan aclarar y establecer los contenidos simbólicos de determinado objeto de estudio, que en este caso se circunscribe a las representaciones del dolor en el Adulto mayor. Hay que tener en cuenta que las representaciones, como modalidades de

pensamiento, emergen de las prácticas llevadas a cabo dentro de una sociedad y una cultura. Maestre (2001) dice, que “el dolor es un problema significativo para la población que envejece, aunque por lo general no expresan en forma adecuada lo que se relaciona con el dolor, porque lo considera incorrectamente algo normal del proceso de envejecimiento” (pp.188).

El interés de este estudio radica en abordar la temática del dolor en tanto construcción psicosocial, limitando su interés al *estudio del dolor en la etapa de la vejez, a partir de los significados que se le atribuyen, y cómo estos significados están involucrados en la atención y demanda de salud por personas adultas mayores*. Desde las prácticas en salud, el alivio del dolor es uno de los objetivos alcanzados por diversas intervenciones, pero ¿cómo se da este fenómeno en la consulta médica de las personas mayores? ¿Es tenido en cuenta el dolor en estos pacientes o hay una tendencia a la naturalización del mismo en base a la edad y sobre medicación dada su compleja evaluación?

Al enfocar estos intereses en la etapa de la vejez, como parte del ciclo vital, fácilmente podríamos creer prejuiciosamente que porque se es viejo el cuerpo dolerá, o que las enfermedades y el sufrimiento serán naturales en este proceso. Proceder de ese modo sería limitar nuestro conocimiento y reducir el sujeto al declive de factores fisiológicos, dejando de considerar esta etapa en su heterogeneidad. Es decir, que la edad no condiciona a la enfermedad o el sufrimiento, sino cuando se trata de un envejecimiento de tipo patológico, en correspondencia con condiciones previas y actuales del proceso de envejecer. En este sentido, la pertinencia de estar atentos a la naturalización de ciertas creencias en los colectivos, ya que no existe el hombre natural o el ser en sí, sino el ser humano, inserto en su medio. Al decir de Lladó (2007), “las construcciones imaginarias sobre el envejecimiento reposan sobre prejuicios, sobre actos performativos, sobre identificaciones, marcadas todas ellas por la historia de las condiciones socio políticas que las hacen posibles” (pp. 223). Se destaca la necesidad de no actuar conforme a los imaginarios sociales, posibilitando a las construcciones de nuevos universos de sentido.

En cuanto a los antecedentes del problema de investigación, no se identifican estudios específicos acerca de los significados o representaciones sociales sobre el dolor en las personas adultas mayores. Se registran investigaciones relacionadas al dolor en el adulto mayor desde una perspectiva médica, desde la psicogeriatría, la enfermería, centrados en el dolor físico o enfermedades crónicas que conllevan dolor en el adulto mayor. Se observaron antecedentes sobre el dolor crónico como problema

sanitario, pero no específicamente en la tercera edad. Entre los cuales se reconoce la multi-dimensionalidad del problema del dolor, donde priman factores psicológicos y socio familiares que comprometen la calidad de vida del sujeto. Gutierrez (2008) destaca:

El dolor, en particular el persistente, es causa usual de un deterioro significativo de la calidad de vida. Contribuye a exacerbar estados depresivos, entorpece la socialización, altera el sueño, compromete la marcha, aumenta el consumo de recursos destinados a la atención sanitaria, disminuye el potencial rehabilitatorio y predispone a sufrir efectos secundarios de la acción medicamentosa, especialmente cuando es necesaria la polifarmacia. (s/p).

Hay quienes afirman que el dolor es frecuente en la población adulta mayor, sin embargo estudios reportan cifras de prevalencia que van desde 25 hasta 88% en mayores de 65 años, lo que difiere según el tipo de dolor investigado. A la vez que se reporta mayor prevalencia conforme a mayor edad, aumentando en las mujeres, y personas con baja escolaridad (Barragán, Mejía y Gutiérrez, 2007: 489). Al evaluar el impacto del dolor en la funcionalidad de los individuos se obtuvieron como resultados que la prevalencia del dolor en el total de la muestra fue de 41.5%, siendo un 39.80% (50-64 años) y 44.6% (65+años). (Gutiérrez, 2007: 490).

En un estudio sobre *los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas AM*, en relación al cuidado y la dependencia, se obtuvieron entre los significados relevantes: “Inutilidad de una vida que se consume en la inmovilidad y en la inconsciencia; Deseo de no generar molestias a los otros; Deseo de morir y no sufrir dolor; Deseo de vivir en un clima de confianza, humanidad, amor y respeto (Barrio, 2006)” (Carbajal, 2013: 5). Aquí vemos que el tercer significado está asociado a la relevancia del dolor como uno factor que impacta negativamente en la calidad de vida de la persona mayor.

El fenómeno del dolor se asocia fuertemente al riesgo de autoeliminación en general, y en la población adulta mayor cuando esto se une a otras variables, incrementa. Siendo el dolor crónico el que se asocia con un mayor riesgo de mortalidad por suicidio. Un 30% de las personas que solicitaron tratamiento por dolor crónico, habían presentado ideación suicida reciente (Pisa, 2010: 293).

En Uruguay, no debemos desconocer que la franja etaria de 70 años y más, revela índices de suicidio. Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran: depresión, ansiedad, soledad, aislamiento, visión negativa de la vejez, víctima de maltrato, jubilación compulsiva y pérdida de lugar social, enfermedades terminales,

institucionalización, pérdida de autonomía y baja autoestima (INMAYORES-MIDES, 2012: 40).

Entre los estudios sobre *las RRSS de adultos mayores sobre el proceso salud-enfermedad*, surgieron representaciones ligadas a la salud como: un don, asociada a la alta autoestima, el contacto familiar armónico y lo moral. Entre las representaciones sobre la enfermedad aparecieron cuatro elementos: limitación o dependencia; presencia de dolor; dolor como obstáculo para actividades cotidianas; según grado de sufrimiento y síntomas, diferenciación entre 'enfermedades simples' y 'enfermedades fuertes' (Hernández; Saldaña, 2005: 8). En este estudio, entre las representaciones comunes en personas mayores, se encontró una asociación entre dolor-enfermedad-limitación.

Desde un punto de vista descriptivo y experimental, surgen estudios sobre la percepción del dolor en jóvenes y adultos mayores, éste tipo de estudio difiere del estudio del dolor clínico, o sea aquel que aparece por una patología aguda o crónica. Al parecer, no existe evidencia experimental significativa que determine la existencia de hipoalgesia o disminución de la respuesta a un estímulo doloroso en las personas adultas mayores. "Lo que se encontró fue una actitud más conservadora ante el estímulo doloroso, mayor enlentecimiento del procesamiento de información, y la existencia de factores psicológicos que pueden dar cuenta de las diferencias (Harkins, 1996)" (López, 2007: 4). Respecto al estudio del dolor clínico, se hallaron: disminución del dolor asociado a cuadros agudos, y diferencias cualitativas en el dolor crónico y agudo postquirúrgico (López, 2007: 5). Entre los factores psicológicos en la experiencia del dolor, se destacan: tipo de afrontamiento del dolor, las creencias y el estado de ánimo o estrés. Un afrontamiento pasivo se relaciona con mayor intensidad de dolor, peor ajuste psicológico y peor funcionamiento físico. Un afrontamiento activo, con menor intensidad de dolor y mejor ajuste emocional (López, 2007: 6). "Creencias negativas, se asocian a mayor intensidad de dolor, peor afrontamiento y más discapacidad física, interferencia en las actividades cotidianas y mayor depresión (Turner et al, 2000)" (López, 2007: 7). "La conducta de dolor de evitación de la actividad, se relaciona con mayor intensidad del mismo (Endler et al, 2003)" (López, 2007: 8).

## REFERENTES TEORICOS:

*Definir el dolor conlleva una dificultad, ya que por un lado, es un signo valioso en la clínica médica para la comprensión de la problemática que padece el paciente, y por el otro, aloja un misterio, en tanto que varía para cada sujeto en intensidad, frecuencia, tolerancia, lo que hace a la percepción subjetiva singular; además de ser una producción cultural histórica, determinada socialmente. (Rodríguez Nebot, 2007)*

Al pensar en la palabra dolor, rápidamente surgen asociaciones de connotación negativa, en relación a experiencias desagradables, o al malestar que generalmente se le confiere al cuerpo como síntoma de enfermedad. Así también lo define la Real Academia Española como “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Sentimiento [...]” Además resulta ilustrativo el hallazgo de palabras asociadas al dolor, en un estudio sobre las representaciones del dolor en niños: sufrimiento (18), hospital (9), miedo (9), llorar (9), enfermedad (6), lesión (6) [...] (Guerreiro y Curado, 2012: 66). Este fenómeno asociativo del dolor respecto al organismo no es ingenuo, sino producto de un paradigma funcionalista que postula la existencia de una episteme cuerpo máquina, donde dolor y enfermedad se corresponden, dejando al sujeto en los límites del cuerpo cartesiano (Rodríguez Nebot, 2007: 80). Por lo tanto para la comprensión y el estudio del dolor, se hace necesario reconocerlo como un fenómeno multidimensional, asociado a componentes cognitivos, afectivos, sociales y culturales, ya que cada cultura genera un sistema de creencias que le otorga sentido.

Buscando abrir líneas de comprensión y en oposición a reduccionismos organicistas, la psicología propone pensar el dolor en relación a la corporalidad como síntesis integrativa del psiquismo, es decir, como una señal o tensión que se registra subjetivamente ante un cambio en el cuerpo como unidad psique-soma, y que pone en peligro su integridad. En este sentido, desde la teoría psicoanalítica, Nasio (2009) define el dolor como “un afecto que refleja en la conciencia las variaciones extremas de la tensión inconsciente, que escapan al principio de placer” (pp. 25). Displacer y dolor se diferencian, porque el displacer es la autopercepción del yo de una tensión elevada pero controlable, mientras que el dolor, es la autopercepción de una tensión descontrolada en el psiquismo, que escapa al principio de placer regulado (Nasio,

2009: 27). Según esta perspectiva, no existen diferencias entre dolor físico y dolor psíquico, ya que se entiende el dolor como un fenómeno mixto, que surge en los límites de lo corporal y lo mental. Nasio (2009) dice “el dolor, físico o psíquico, siempre es un fenómeno de límite. Ya sea el límite impreciso del cuerpo y la mente, entre el yo y el otro, o sobre todo, entre el funcionamiento regulado del psiquismo y sus desarreglos”. El mismo autor, entiende el dolor corporal o físico como una perturbación del psiquismo, ya que siempre depende del registro subjetivo. Nasio (2009):

Sea dolor corporal, o dolor psíquico, el dolor se forma en el espacio de un instante, y sin embargo su engendramiento lleva un complejo proceso: Primero, comienza con una *ruptura*, prosigue con la *conmoción psíquica* y culmina con una *reacción defensiva* del yo para protegerse de la conmoción. (pp. 25)

En esta misma línea, se concibe que el dolor no guarda ningún valor ni significación en sí, sin embargo para su terapéutica, hay que considerarlo como la expresión algo que reclama significación, en la medida de transformar *lo real* en símbolo. En este sentido, “atribuir un valor simbólico a un dolor que es en sí puro real, emoción brutal, hostil y extraña, sigue siendo, finalmente, el único gesto terapéutico que lo haga soportable” (Nasio, 2009: 21).

En relación a lo antes dicho, si bien el dolor se define en términos de una experiencia singular, su significado puede ser compartido en una realidad colectiva. Lo que hace posible el estudio la interacción del individuo con la sociedad, ya que el individuo construye el significado de sus experiencias en base a referencias colectivas, dentro de un campo de significaciones. Toda experiencia humana es elaborada culturalmente y transmitida a través de los procesos de socialización, y en relación al dolor, también existe dentro de cada cultura y grupo social conceptos, símbolos e imágenes que se fueron objetivando y transformando con el paso del tiempo.

El estudio de las *representaciones sociales (RRSS)* como forma de construcción social de la realidad, apunta a entender cómo las personas construyen y son construidas por su realidad social. Este enfoque, dentro de la Psicología Social fue inaugurado por Serge Moscovici a partir del estudio titulado *El psicoanálisis, su imagen y su público*, que trata de entender las RRSS como una forma de pensamiento social, y su función es la elaboración de comportamientos y comunicaciones entre los individuos de un colectivo. Las personas al interactuar con la realidad, extraen explicaciones de diversas fuentes de información y del medio social, que actúan como representaciones en la comprensión social de la realidad, se trata de una forma de conocimiento en base al conocimiento del sentido común. Las RRSS son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas, que actúan a modo de conjunto



de códigos, valores, y lógicas clasificatorias, orientadores de diversas prácticas. Es importante destacar que desde esta perspectiva “lo social y lo individual son interdependientes (Marková, 1996)” (Araya Umaña, 2002: 29).

Wittgenstein (1988), investigó sobre el significado de las palabras en relación a su uso en el lenguaje, y reconoce la particularidad del significado de la palabra dolor, se pregunta ¿qué significa dolor? Y responde, que el dolor es un estado en que puede encontrarse el cuerpo o una parte del mismo, “el dolor físico, no observable a través de la vista, depende de una sensación de interioridad del cuerpo como "tacto interno" o "sensación interoceptiva", a diferencia de los sentidos que captan sensaciones exteroceptivas; en el dolor, el cuerpo se siente a sí mismo”. Esto respecto a los propios dolores, sin embargo, respecto al dolor ajeno necesitamos hacernos una representación. La subjetividad, para este autor, no se agota en la corporalidad. El cuerpo que sufre es un cuerpo subjetivizado, cuerpo personalizado, y sin tal sujeto no habría dolor.

#### **PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION:**

Como fuera expresado, el presente proyecto se centra en el *estudio del dolor en la etapa de la vejez, a partir de los significados que se le atribuyen, y cómo estos significados están involucrados en la atención y demanda de salud por personas adultas mayores.*

A partir de esta formulación del problema de investigación, se pretende abordar las siguientes preguntas: ¿Las representaciones sociales sobre el dolor se relacionan con las representaciones sociales referidas a la vejez y el envejecimiento? ¿Hay tendencia a la naturalización del dolor como parte del envejecimiento? ¿Cuáles son las creencias asociadas al dolor desde la perspectiva del AM? ¿De qué naturaleza son las representaciones sobre el dolor? ¿Cuál es el posicionamiento subjetivo del hablante sobre el dolor? ¿Cuál es la relevancia que se le atribuye al dolor del AM desde el discurso médico? ¿Qué concepciones del envejecimiento y la vejez pueden identificarse y qué rol podrían jugar en el abordaje del dolor en personas adultas mayores?

Desde el área de la salud, se considera que las personas adultas mayores son el grupo que más consume servicios de salud en nuestro país. Esta situación parece no ser distinta en otras regiones de Latinoamérica, Maestre (2001) refiere, “el dolor es una de las mayores causas de consulta en pacientes adultos mayores”. Acorde a esta

situación, estudios realizados a fines de los años 90', revelaron que personas de 60 años y más requirieron el 32.4% del total de consultas realizadas por toda la población, índice que tendía a incrementarse conforme avanzaba la edad. Mientras que personas entre 60 y 74 años utilizaron en promedio 9.74 consultas anuales, personas de 75 años y más utilizaron en promedio 12.12 consultas anuales. (Damonte, 1999: 34). En este sentido, la utilización de servicios de salud por parte de la población de 60 años y más demostró ser superior al resto de la población. En base a las tasas de consulta, mientras los menores de 59 años requirieron una media de 4.07 consultas al año, la población de 60 años y más utilizó en promedio 10.3 consultas anuales. (Damonte, 1999: 42).

Sin embargo, estudios epidemiológicos relacionados al fenómeno del dolor asociado a la edad muestran una prevalencia muy variable, yendo desde el 22% al 88%, se vio que estos valores dependen del tipo de dolor investigado, “disminuye la frecuencia de cefaleas, dolor de nuca, espalda, pecho y estómago, dolor dental y muscular, y aumenta la frecuencia para dolores articulares (Bijlsma, 2002)” (López, 2007: 5).

Desde las prácticas en salud, el alivio del dolor sería uno de los objetivos a alcanzar mediante diversas intervenciones, pero ¿cómo se da este fenómeno en la consulta médica de personas AM? ¿Es tenido en cuenta el dolor en estos pacientes o hay una tendencia a la naturalización del mismo en base a la edad y sobre medicación dada su compleja evaluación?

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

Estudiar las representaciones sociales sobre el dolor en la vejez, a partir de los significados que le son atribuidos por parte de las personas adultas mayores y el personal médico, no especialista en envejecimiento que participa en su atención.

### **Objetivos específicos:**

- Determinar las características de las representaciones sociales del dolor, del envejecimiento y la vejez, presentes en personas mayores de 65 años de la ciudad de Montevideo.
- Determinar las características de las representaciones sociales del dolor, del envejecimiento y la vejez, presentes en el discurso de médicos no especializados en Adultos Mayores que participan en la atención de esta población en la ciudad de Montevideo.
- Identificar y describir las coincidencias y divergencias en las representaciones sociales de personas adultas mayores y médicos sobre el dolor, el envejecimiento y la vejez.

### **DISEÑO METODOLÓGICO:**

El presente estudio pretende aportar conocimiento en torno al universo de sentido ligado al dolor en la población de personas adultas mayores, en relación a la demanda de atención en servicios de salud. La significación y la producción de subjetividad son entendidas como acontecimientos prácticos, que se producen en el campo de la interacción humana, tratándose de procesos antes que de estados consolidados.

La perspectiva teórica de las Representaciones Sociales (Moscovici, 1961) contempla algunos elementos centrales de este proceso de producción de significación, situándolo en el campo de las prácticas sociales concretas. Así, las RRSS se estructuran como explicación de lo cotidiano, buscando construir una perspectiva que desarticule el sentido común para enriquecer la comprensión de los procesos colectivos. (Mora, año: 22).

Para alcanzar este propósito, se decide realizar un estudio de tipo cualitativo, que permita alcanzar los objetivos planteados, a partir de entrevistas en profundidad.

La entrevista en profundidad, consiste en una técnica que permite desplegar el relato de una persona para transmitir al entrevistador su definición personal de experiencias vividas. El investigador, a partir de preguntas disparadoras, busca sondear lo importante y significativo en los informantes y el modo en que ellos ven y experimentan su propio mundo. El análisis de la RS privilegia el análisis de los

discursos y, por tanto, la entrevista abierta junto con el cuestionario se convierte en las técnicas que mayormente se utilizan (Umaña, 2002: 50).

Este estudio sobre las RS del dolor desde el discurso de las personas adultas mayores apunta al conocimiento popular, pero tomando en cuenta que también lo científico es incorporado a la vida cotidiana como forma de validar las opiniones a nivel social. En tal sentido, habrá dos categorías para la realización de las entrevistas, una de ellas conformadas por hombres y mujeres mayores de 65 años de edad, y otra conformada por personal médico no especializado en el adulto mayor. Se prevé la realización de al menos 12 entrevistas de cada grupo, siguiendo luego el criterio de saturación teórica.

### **PROSPECTIVA DE ANÁLISIS:**

El análisis del sentido común y de lo cotidiano, ofrece una explicación pertinente en el estudio de la construcción social de la realidad. Las RS privilegian el conocimiento que se construye a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social: un conocimiento socialmente elaborado y compartido (Mora, año: pp.19).

La técnica para el análisis de las entrevistas, en razón de identificar los universos semánticos asociados al dolor, será el análisis de contenido. La incorporación de herramientas informáticas, como el F4 para la transcripción de entrevistas y software Atlas-ti para la sistematización de datos y creación de categorías de análisis, serán de utilidad en este estudio.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Todas las entrevistas realizadas en el marco de la investigación, serán con consentimiento informado firmado por parte del participante. El participante será previamente contactado por el responsable, se le explicará el motivo del contacto, quien decidirá conceder una entrevista personal de carácter investigativo, a quien deberá leerse el consentimiento, las características y objetivos del estudio. Se resguardará el anonimato de la información del entrevistado.

## CRONOGRAMA DE EJECUCION:

ETAPAS	TIEMPO EN MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión bibliográfica												
Selección de personas adultas mayores que participan de la muestra												
Selección de médicos que participan de la muestra												
Realización de entrevistas												
Transcripción de entrevistas												
Ingreso al sistema de codificación												
Análisis												
Informe final												

## RESULTADOS ESPERADOS:

Este estudio se centra en producir conocimientos sobre el dolor como construcción psicosocial, a partir de los significados atribuidos por personas adultas mayores y prácticas en el ámbito de la salud. Se pretende generar insumos para contribuir a la atención de la población de adultos mayores como sujetos de derechos, reconociéndolo en su dimensión humana y poder brindarle un servicio digno sin distinción en base a la edad, permitiendo que la calidad del tratamiento favorezca una mayor calidad de vida en las personas que transitan su vejez.

En base al estudio de las representaciones de sentido común, se hace necesario poder identificar estereotipos y conjuntos de creencias ligados al envejecimiento que se correlacionen con experiencias subjetivas dolorosas, para actuar eficazmente en casos que impliquen riesgos, y poder desnaturalizar contenidos en conocimientos que sirvan como base para futuros estudios científicos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, N°127 [soporte digital]. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Barragán, A.J; Mejía, S.; Gutiérrez, L.M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública, México*, 49 (4), 488-494. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a08.pdf>
- Calvo, C. (2007). Dolor en el cuerpo. *La banalización del dolor, Revista Topia*, XVII (50), 8-9. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/revista/la-banalizaci%C3%B3n-del-dolor>
- Carbajal, M. (2012). *Los significados del cuidado desde la perspectiva de las personas adultas mayores: Estudio cualitativo en la ciudad de Montevideo*. (Tesis de maestría en Psicología clínica). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Chantal, M. (2003). Sobre el dolor. *Revista Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(4), 93-100. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Numero4/Articulos/articulo9.pdf>
- Cuenya, L; Fosachea, S; Mustaca, A; Kamenetzky, G. (2011). Efectos del aislamiento en la adultez sobre el dolor y la frustración. *Revista Psicológica Universidad de Valencia, España*, 32 (1), 49-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16917012004>
- Damonte, A. M. (1999). *Uruguay: Envejecimiento demográfico y salud. Características generales de la población adulta mayor*. Estudio analítico de datos secundarios, CEPAL, Montevideo. Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/10821/LC-R173.pdf>
- González, G; Herrera, S. (2009). Vejez, palabra que duele. *Synthesis. Punto de vista*. Recuperado de [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2009/10/05/Vejez\\_palabra\\_que\\_duele.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2009/10/05/Vejez_palabra_que_duele.pdf)

- Guerreiro, M. R. y Curado, M.A. (2012). Representaciones del dolor en el niño, en edad escolar, sometido a punción venosa. *Enfermería global, Revista electrónica trimestral de enfermería*, N°25, 58-74. Recuperado en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/143091/128381>
- Gutierrez Bajata, J. (2008). Dolor en el adulto mayor. Síndrome de "dolor global", elementos mentales, espirituales y sociales. *Revista Dolor Clínica y Terapia*, V (7). Recuperado de [http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2008/06/dolor\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor.html#more](http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2008/06/dolor_en_el_adulto_mayor.html#more)
- Hernández Guerson, E. y Saldaña Ibarra, S. (2005). Representaciones sociales de los ancianos sobre el proceso salud-enfermedad. *Revista Altepepaktli, Salud para la comunidad*, I (1y2), 3-10. Recuperado en <http://132.248.9.34/hevila/Altepepaktli/2005/vol1/no1-2/1.pdf>
- [http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/articulos\\_y\\_documentos/dolor\\_e\\_implicaciones\\_sociales/Una\\_vision\\_humanista\\_del\\_dolor\\_y\\_el\\_sufrimiento.doc](http://www.pain-initiative-un.org/doc-center/articulos_y_documentos/dolor_e_implicaciones_sociales/Una_vision_humanista_del_dolor_y_el_sufrimiento.doc)
- <http://www.topia.com.ar/revista/la-banalizaci%C3%B3n-del-dolor>
- Ibarra, E. (2006). Una Nueva Definición de "Dolor". Un Imperativo de Nuestros Días. *Revista de la Sociedad Española para el estudio del Dolor*, N°2, 65-72. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n2/editorial.pdf>
- INMAYORES- MIDES (2012). *Plan Nacional de envejecimiento y vejez 2013-2015*. Recuperado de [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez\\_\\_digital.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez__digital.pdf)
- Lladó, M. (2004). ¿Qué entendemos cuando se habla de factores que favorecen un buen envejecimiento? En Pérez, R. (coord) *Gerontología en Uruguay: Una construcción hacia la interdisciplina*. (pp. 102). Montevideo: Psicolibros.
- Lladó, M. (2007). Clínicas del encuentro. En Pérez, R. (Comp.) *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea* (221-232). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- López, A. y Velasco, L. (2007). Dolor y envejecimiento. Portal Mayores Madrid, *Informes Portal Mayores, Lecciones de Gerontología, XII (70)*. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-dolor-01.pdf>

- Maestre, J. A. (2001). El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica, Corporación Editora Médica del Valle*, 32 (4), 184-188. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6874>
- Mora, M. (2002). La teoría de las Representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athena digital*, N° 2, [Soporte digital] disponible en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Muñoz, L.A.;Price, Y.;Gambini, L.;Costa Stefanelli, M. (2003). Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Escuela de Enfermería, USP*, 37(4), 77-84. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/09.pdf>
- Nasio, J.D. (2009). *El libro del dolor y del amor*. (15-132). Barcelona: Gedisa S.A
- Pisa, H. (2010). Dolor: una mirada desde la psicogeriatría. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, XXI (92), 291 - 297. Recuperado de <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex92.pdf#page=52>
- Pizzi, T. (s/f). *Una visión humanista del dolor y el sufrimiento*. Recuperado de [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:V1xa44W6JQgJ:scholar.google.com/+dolor%2Benvejecimiento&hl=es&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:V1xa44W6JQgJ:scholar.google.com/+dolor%2Benvejecimiento&hl=es&as_sdt=0,5)
- Rodríguez Nebot, J. (2007). Las medicinas, las psicologías y el cuerpo doliente. Un enfoque socioanalítico. En Pérez, R. (Comp.) *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea* (79-93). Montevideo: Psicolibros Universitario
- Rojas, B. (2008). *El dolor en broma*. (pp.171). Montevideo: Tradinco.
- Tato, G. (2007). El cuerpo enfermo y la clínica psicológica. En Pérez, R. (Comp.) *Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea* (171-187). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Vázquez Sixto, F. (2009). *Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación* [soporte digital]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vegh, I. (1998). *Hacia una clínica de lo real*. (pp. 17-56). Buenos Aires: Paidós
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. (pp. 23-81). Barcelona: Crítica.



## **Bibliografía Complementaria:**

- Bodei, R. (s/f). Dolor y pasiones como forma de conocimiento. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. EMUI, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de [http://www.theoria.eu/nomadas/0/rbodei\\_es.pdf](http://www.theoria.eu/nomadas/0/rbodei_es.pdf)
- Dubin, B. (2007). Dolor. *La banalización del dolor*. *Revista Topia*, XVII (50), pp.28. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/revista/la-banalizaci%C3%B3n-del-dolor>
- Hounie, A. (2011). Lo diverso en el dolor. *Vale 4, Facultad de Psicología, Universidad de la Republica*, N°6. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files ftp/revista\\_valecuatro/n06\\_marzo-abril2011.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files ftp/revista_valecuatro/n06_marzo-abril2011.pdf)
- Pérez, J.A (s/f). Las Representaciones sociales. *Psicología Social, Cultura y Educación*, XIII. Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+XIII.pdf>

***"Estoy sólo en el mundo de mis sueños, pero sé que el mundo de la vida cotidiana es tan real para los otros como lo es para mí (Berger y Luckmann, 1991)" (Araya Umaña, 2002: 25)***