

El dolor en ancianos y en pacientes con déficits cognitivos. Un estudio DELPHI

R. Baeza¹, R. Torrubia², O. Andiñon^{2,3}, P. Loncán⁴, J. Malouf⁵ y J. E. Baños⁶

¹Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universitat de Barcelona. ²Departamento de Psiquiatria y Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. ³Departamento de Psiquiatria. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Fundació Residència Santa Susanna. Caldes de Montbui. ⁵Departamento de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ⁶Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España

Baeza R, Torrubia R, Andiñon O, Loncán P, Malouf J y Baños JE. El dolor en ancianos y en pacientes con déficits cognitivos. Un estudio DELPHI. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(5):251-262.

ABSTRACT

Objetivos: Many elderly people that live in nursing homes suffer from chronic pain and almost half of them may be affected by cognitive impairment. This situation reduces the possibility of communicating the pain that they suffer and may hinder its detection by health professionals who care them. The aim of the current study was to know the opinions and beliefs of healthcare workers who look after them on the presence of pain as well as the methods to assess it.

Material and methods: Physicians, psychologists, physiotherapists, nurses and nurses assistants from 25 nursing homes of Catalonia were invited to participate. In the first phase 22 centers and 107 people participated. A questionnaire with 19 statements (16 assessed by Likert-like scale and 3 open questions) was used. In the second phase, a new questionnaire was prepared with the distribution of the answers of the first phase. In this phase, 19 centers (76 %) and 90 people (84 %) agreed to collaborate again.

Results: A consensus (≥ 90 % of agreement) was reached in the following statements: a) Pain in the elderly is an exclusively physical symptom (disagree); b) Chronic pain of elderly cannot be treated (disagree); c) The lack of verbal communi-

cation to report pain in the elderly with cognitive impairment may convey to an inadequate treatment (agree); d) Pain may be equally evaluated in people with oral communication that in those who cannot do it (disagree); e) There are not enough tools for assessing pain in patients with cognitive impairment and limited communication (agree); f) Elderly people feel pain more frequently than younger people because it is the only way to feel alive (disagree). The variation index in the two phases was less than 0.04 and the Spearman analysis did not find any different answers in the different profile of health workers.

Conclusions: These results showed that health professionals believed that there is a lack of adequate tools to evaluate pain in their patients and that this situation may have deleterious effect for them and health professionals as well. It is suggested that the use of the observation of behavioral changes may be the best way to assess pain and that they should be included in the evaluation tools to be used in patients with communication disabilities.

Key words: Delphi study, geriatric pain, pain assessment, patients with dementia, beliefs of health professionals.

RESUMEN

Objetivos: Muchos ancianos que viven en centros sociosanitarios sufren de dolor crónico y casi la mitad de ellos pueden presentar alteraciones cognitivas. Esta situación reduce considerablemente su posibilidad de comunicar el dolor que padecen y puede impedir que sea detectado por los profesionales sanitarios que les atienden. El objetivo del presente estudio Delphi fue

conocer la opinión de los profesionales implicados en el cuidado de los pacientes ancianos con alteraciones cognitivas graves sobre la presencia de dolor y la valoración de su existencia.

Material y métodos: Se invitó a participar a médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares de clínica pertenecientes a 25 centros socio-sanitarios de Cataluña. En la primera fase, participaron 22 centros (88 %) y 107 expertos. Se elaboró un cuestionario con 19 enunciados (16 valorados según la escala tipo Likert y tres preguntas abiertas). En la segunda, se preparó un cuestionario con la distribución percentual de respuestas en cada enunciado. Colaboraron 19 centros (76 %) y 90 profesionales (84 %).

Resultados: Se obtuvo consenso (≥ 90 % de coincidencia) en los siguientes enunciados: a) el dolor en los ancianos es un síntoma exclusivamente físico (en desacuerdo); b) el dolor crónico del anciano es intratable (en desacuerdo); c) la falta de capacidad verbal para manifestar el dolor en los ancianos con alteraciones cognitivas puede conducir a un tratamiento insuficiente (en acuerdo); d) se puede evaluar el dolor de la misma manera en aquellas personas que pueden expresarlo de forma verbal que en aquellas que no pueden hacerlo (en desacuerdo); e) no existen instrumentos suficientes para valorar la presencia de dolor en pacientes con deficiencias cognitivas y dificultades de comunicación (en acuerdo); f) los ancianos sienten más el dolor pues es la única forma de sentirse vivos (en desacuerdo). El índice de variación de estabilidad de respuesta en las dos rondas fue inferior al 0,04 y el análisis de correlación de Spearman no encontró comportamientos diferentes en la respuesta de ninguna de las subpoblaciones de profesionales.

Conclusiones: Los resultados muestran que los profesionales sanitarios creen que faltan instrumentos adecuados para valorar el dolor en sus pacientes y que este hecho puede conllevar consecuencias deletéreas tanto para ellos como para los profesionales que los atienden. Se propone la observación de los cambios conductuales como la mejor forma de valorar el dolor y su empleo en instrumentos de evaluación para aquellos pacientes con dificultades de comunicación oral.

Palabras clave: Estudio Delphi, dolor geriátrico, evaluación del dolor, pacientes con demencia, creencias de profesionales sanitarios.

INTRODUCCIÓN

La autoevaluación sigue siendo el método recomendado para la evaluación del dolor a pesar de las limitaciones intrínsecas de instrumentos que consideren solo la opinión del paciente, la cual puede estar modulada por numerosos factores (1-4). Sin embargo, su empleo puede ser inadecuado en aquellas personas que, afectas de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, tienen muy limitada o anulada la capacidad de comunicación con los profesionales sanitarios. Este hecho es especialmente relevante en los pacientes con síndromes demenciales o con secuelas graves de accidentes cerebrovasculares (4).

El proceso de envejecimiento de la población occidental y la elevada prevalencia de tales situaciones clínicas indi-

can que la atención de personas con dolor crónico y con dificultades de comunicación está aumentando y lo hará más en los próximos años (5,6). Dadas las dificultades para valorar el dolor en estos pacientes, es importante que los profesionales que los atienden dispongan de instrumentos que puedan facilitar este importante elemento de atención asistencial. Hace veinte años, prácticamente no existía ningún instrumento que permitieran una adecuada valoración del dolor en pacientes con dificultades de comunicación, pero desde entonces se han desarrollado un número importante de ellos (7,8). En una revisión reciente, los autores analizaron quince de ellas y concluyeron que se necesitaba de más evidencias empíricas para establecer su utilidad práctica real más allá de los ámbitos asistenciales en que se habían desarrollado inicialmente (4).

El empleo habitual en la práctica asistencial de tales instrumentos precisa del convencimiento por parte de los profesionales implicados de la validez, la fiabilidad, la pertinencia y la factibilidad de su uso. Por ello, es relevante conocer su opinión sobre el dolor en los pacientes con déficits cognitivos así como su evaluación. Sin embargo, no existen publicaciones que analicen estas percepciones. Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue conocer la opinión de los profesionales sanitarios respecto a la presencia de dolor en pacientes ancianos con deterioro cognitivo. Específicamente, se deseó conocer la importancia del dolor en la práctica asistencial, cómo se realizaba su valoración y cómo debería realizarse de forma óptima. Para ello se utilizó la estrategia Delphi, un método empleado en el ámbito médico para establecer consensos en diversos aspectos asistenciales (9,10).

MÉTODOS

Características del estudio Delphi

Un estudio Delphi es un proceso estructurado en el que participan expertos a quien se invita a completar varias "rondas" para recoger y refinar la información de las cuestiones motivos de estudio, hasta alcanzar eventualmente un consenso (10). La técnica Delphi es ampliamente utilizada en el ámbito sanitario, ya que facilita que los profesionales con información experta puedan identificar y priorizar las características sobre un tema determinado sobre el que se tiene exíguo conocimiento. Tiene unas características especiales que la diferencian de otros, entre las que destacan el anonimato de los participantes y el *feedback* controlado. En su concepción amplia, permite obtener consenso o divergencias entre los expertos respecto a un tema en el que son consultados y contribuye a identificar tendencias y expectativas. Para ello se emplea un cuestionario estructurado, construido y valorado por un grupo asesor y por un director de estudio.

En el presente estudio se utilizó el modelo Delphi estándar que recurre al soporte convencional de un cuestionario y deja un tiempo entre la emisión de las repuestas y la recepción del *feedback*. La Tabla I recoge el proceso seguido. El objetivo principal no fue la búsqueda de consenso sino ahondar en la complejidad del tema planteado, con la definición de las interpretaciones y el planteamiento de soluciones diferentes e incluso contrapuestas. Este estudio se puede clasificar en un estudio Delphi de asesoramiento, en el que las respuestas de los expertos pretenden ayudar y apoyar una decisión en situaciones poco definidas, inciertas y complejas. En ese caso, su opinión es una referencia para la actuación posterior.

Estructura del estudio

Elaboración del cuestionario

Para construirlo se tuvieron en cuenta diversos principios, como el planteamiento de preguntas abiertas y cerradas (de tipo Likert con cinco opciones), la redacción clara con lenguaje sencillo, un número reducido de preguntas y la presencia de un espacio que permitiera a los participantes expresar sus opiniones, dudas u otras aportaciones. Se agruparon en cinco categorías: a) presentación general del tratamiento del dolor en las personas ancianas; b) conocimientos del tema del dolor en personas ancianas que presenten o no deterioro cognitivo y dificultades de comunicación; c) valoración del dolor; d) opiniones, creencias y mitos respecto al dolor en los ancianos; e) efecto de la incertidumbre respecto al dolor en los profesionales que atienden a estos pacientes.

Selección de los contenidos

Se realizó a partir de las conductas de dolor identificadas en la bibliografía, así como las formuladas por los miembros con experiencia clínica del grupo asesor. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva y se localizaron dos cuestionarios (11,12), así como varios artículos en que no se concretaban las conductas a observar y/o que indicaban síntomas no exclusivos de expresión de dolor como pérdidas en las capacidades cognitivas o en las actividades básicas de la vida diaria (13-15). La información así localizada sirvió para la selección de algunos de los enunciados de las conductas.

Finalmente, se definieron 16 enunciados afirmativos redactados con un lenguaje claro y sencillo. Recogían conductas no verbales, expresiones gestuales y cambios generales en la vida cotidiana de las personas afectadas como, por ejemplo, diferencias en sus pautas de alimentación, de sueño o cambios en las capacidades cognitivas. El inventario final se dio a leer a cinco personas externas al presente estudio para valorar su comprensibilidad. Sus aportaciones permitieron afinar su construcción gramatical. También propusieron modificaciones sintácticas y de presentación, así como en las indicaciones para cumplimentar la encuesta de opinión.

Estructura del cuestionario

El instrumento evaluado constaba de las indicaciones para responderlo, la dirección del investigador responsable, las indicaciones para retornarlo, los datos personales del entrevistado y los enunciados motivo de estudio.

TABLA I
FASES DEL PROCESO DELPHI EN EL PRESENTE ESTUDIO SEGÚN LAS FUNCIONES ASUMIDAS POR EL GRUPO ASESOR Y EL GRUPO EXPERTO

<i>Grupo Asesor</i>		<i>Grupo experto</i>
Definición del tema de estudio y selección del grupo de expertos		
Elaboración y envío del primer cuestionario	Primera ronda	Respuesta al primer cuestionario
Análisis de las respuestas al primer cuestionario		
Adición del análisis al segundo cuestionario y envío	Segunda ronda	Lectura del segundo cuestionario, comparación con las propias emitidas en la primera ronda y respuesta al segundo cuestionario
Análisis estadístico final de las respuestas al segundo cuestionario		
	Conclusiones	

TABLA II
ENUNCIADOS Y PREGUNTAS ABIERTAS DEL CUESTIONARIO DE LA PRIMERA RONDA DEL ESTUDIO

<i>Enunciados</i>
1. Los ancianos perciben más el dolor por tener más tiempo para fijarse en él
2. El dolor es un síntoma frecuente en las personas mayores. Es inherente al proceso de envejecer
3. El tratamiento farmacológico del dolor en los pacientes ancianos es eficaz
4. El dolor en los ancianos es un síntoma exclusivamente físico
5. Los hombres ancianos soportan mejor el dolor que las mujeres ancianas
6. El dolor crónico del anciano es intratable
7. El dolor es un síntoma que irá en aumento con la prolongación de la esperanza de vida y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas
8. Cuando el tratamiento farmacológico no alivia el dolor de un paciente anciano, dar placebo puede ser una solución eficaz
9. Al igual que presentan disminución de capacidades sensoriales (visuales, auditivas...) los ancianos sienten menos los estímulos dolorosos
10. Las personas ancianas con trastornos cognitivos o enfermedades neurodegenerativas responden menos a los estímulos sensoriales y sienten menos los estímulos dolorosos
11. La falta de capacidad verbal para manifestar dolor en los ancianos con alteraciones cognitivas puede conducir a un tratamiento insuficiente
12. Se puede evaluar el dolor de la misma manera en aquellas personas que pueden expresarlo de forma verbal que en los que no pueden hacerlo
13. No existen instrumentos suficientes para valorar la presencia de dolor en pacientes con deficiencias cognitivas y dificultades de comunicación
14. Para los profesionales que atienden a las personas con deficiencias cognitivas, el desconocimiento de lo que les ocurre y la incapacidad para aliviarles supone un motivo de estrés adicional
15. Los ancianos presentan cambios en el sistema nervioso, asociados a la edad, que provocan una disminución de la estimulación nerviosa y por ello sienten menos dolor
16. Los ancianos sienten más el dolor, pues es la única forma de sentirse vivos
<i>Preguntas abiertas</i>
17. ¿Cómo valora en la práctica el dolor en ancianos con problemas de comunicación y déficit cognitivo?
18. ¿Cómo piensa que se debería valorar el dolor en ancianos con problemas de comunicación y déficit cognitivo?
19. ¿Valora la posibilidad de la existencia de dolor en presencia de cambios de comportamiento en personas con deficiencias cognitivas y cómo las evalúa?

Estos eran dieciséis preguntas cerradas y tres abiertas (Tabla II). Las primeras debían responderse con el formato tipo Likert, con cinco opciones de respuesta (Muy de acuerdo, De acuerdo, Indiferente, En desacuerdo, Muy en desacuerdo). Las segundas pretendían valorar la práctica cotidiana de los profesionales y sus necesidades respecto al tema del estudio.

Recogida de la información

En la primera ronda se envió el cuestionario a los miembros del grupo experto solicitando su respuesta a las preguntas abiertas y cerradas. Una vez obtenidas las respuestas, se realizó un análisis de frecuencia y se reenvió de nuevo, sin las preguntas abiertas. En esta segunda ronda,

el cuestionario mostraba cuál había sido la distribución de respuestas de los participantes en la primera ronda, incluía instrucciones específicas en las que se solicitaba que señalaran de nuevo su opinión sobre las preguntas cerradas, y se solicitaba que lo remitieran de nuevo al grupo asesor. Esta fase precedió el análisis estadístico de todos los cuestionarios recibidos.

Interpretación de los resultados

Las respuestas a los enunciados se clasificaron en cuatro grupos según la frecuencia de acuerdo/desacuerdo: Unanimidad (U), cuando todos los consultados estaban de acuerdo/en desacuerdo; Consenso (C), cuando este valor era superior al 90 %; Mayoría (M), cuando estaba entre el

66 y el 90 %; Discrepancia (D), cuando menos del 66 % mostraba su acuerdo/desacuerdo.

Sujetos

El grupo asesor

Para su formación se escogieron cuatro especialistas en el campo de la investigación psicométrica, la construcción de instrumentos de valoración, el tratamiento del dolor o la actividad clínica en personas con déficits cognitivos que conllevaran dificultades de comunicación.

Sus funciones fueron la definición operativa del problema, el diseño del estudio, la realización de los informes, la selección de los miembros del grupo experto, la promoción y dinamización de la participación de estos, la revisión del cuestionario en las dos rondas, su envío y el seguimiento de recuerdo de la cumplimentación, el tratamiento estadístico, la valoración de los resultados de las dos rondas y, finalmente, la descripción e interpretación de los resultados finales.

El grupo experto

Para su selección se siguió el criterio de Landeta (16), quien definió al experto como “aquel individuo cuya situación y recursos personales posibilitan su contribución positiva a la consecución del fin que ha motivado la iniciación del trabajo Delphi”. En el presente estudio se interpretó el principio citado en la consideración de expertos como aquellos profesionales que mantienen un contacto diario con los pacientes motivo de estudio y que realizan atención o tratamiento en ellos. Bajo este criterio se seleccionaron médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares de clínica que trabajasen en centros socio-sanitarios. Los responsables de los centros participantes escogieron los profesionales que formaron parte de este grupo experto.

Los centros

Los criterios de selección fueron la proximidad geográfica y que incluyeran, entre su perfil asistencial, pacientes en ámbito socio-sanitario. Finalmente se invitó a 25 centros a participar, localizados en la ciudad de Barcelona y su área metropolitana, y en comarcas de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona.

Análisis estadístico

Las respuestas a los enunciados se describieron y resumieron en frecuencias relativas y porcentajes totales y acu-

mulados. Para facilitar la interpretación cualitativa de los resultados de las frecuencias, se efectuó una representación iconográfica de los resultados clasificados según las categorías descritas previamente. El paquete estadístico utilizado (Excel de Microsoft) emplea un algoritmo de redondeo de los decimales que hace que las sumas de los porcentajes no fueran siempre exactas.

Dado que el objetivo del trabajo no fue la búsqueda de consenso entre los expertos, se utilizó como criterio teórico para la detención del proceso del estudio Delphi el criterio recomendable de la estabilidad de la respuesta. El índice de estabilidad de respuesta trata de medir el nivel de estabilidad entre el resultado de las dos rondas sucesivas. Para establecer la estabilidad de los resultados, se determinó el coeficiente de variación (v) que se calculó como la desviación típica dividida por la media. La variación del coeficiente de variación (v_v se calculó como la diferencia entre los coeficientes de variación de la primera y la segunda ronda ($v_v = v_{2^{\text{a}} \text{ ronda}} - v_{1^{\text{a}} \text{ ronda}}$). El nivel de estabilidad escogido como referencia fue $v = 0,10$. Una variación del coeficiente de variación $\geq 0,10$ se consideró como indicativo de baja estabilidad.

Se utilizó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman para analizar la existencia de subgrupos que se comportaran de forma diferente al panel total de expertos. Se correlacionó el número total de las 16 respuestas entre cada grupo de profesionales y también de cada grupo de profesionales con el resultado total de los expertos.

RESULTADOS

Características del grupo experto

Acordaron participar inicialmente en el estudio todas las instituciones propuestas. Finalmente, colaboraron solo 22 (88 %) en la primera ronda y 19 (76 %) en la segunda. No todos los centros tenían profesionales de las categorías seleccionadas y consecuentemente hubo centros que el número de cuestionarios contestado fue menor. También, en la primera ronda, uno de los 22 centros envió los cinco cuestionarios contestados por profesionales de la misma categoría. En la primera ronda participaron 107 expertos y en la segunda ronda 90 (84 %).

Demográficamente, la muestra de expertos que participó en las dos rondas fue similar por su tipología profesional y se caracterizó por un número amplio de mujeres (79 %). Esta proporción varió según la profesión. En el grupo de médicos hubo una mayor presencia de hombres, aunque la diferencia con las mujeres fue solo del 6 %. En el resto de colectivos profesionales, predominaron las mujeres (Tabla III). La edad media \pm desviación estándar de la población total fue de $36 \pm 8,2$ (rango de 23-60) y fue similar en todos los colectivos, aunque en el de médicos la

TABLA III
POBLACIÓN DE EXPERTOS QUE PARTICIPARON
EN LAS DOS RONDAS POR SEXO Y PROFESIÓN

	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total
Médicos	10 (53)	9 (47)	19
Psicólogas	1 (6)	15 (94)	16
Enfermeras	1 (5)	18 (95)	19
Fisioterapeutas	6 (32)	13 (68)	19
Auxiliares de clínica	1 (6)	16 (94)	17
Total	19 (21)	71 (79)	90

edad fue más elevada ($41 \pm 7,2$). La media de los años de experiencia de la población fue de 12 ± 7 , siendo la más alta en el caso de los médicos ($16 \pm 6,8$) y la más baja en la de los psicólogos ($9 \pm 7,9$). Los años de experiencia en el ámbito de la gerontología fueron de $9 \pm 5,4$ en la población total. De nuevo, el valor superior se encontró en los médicos ($10 \pm 4,9$) y el menor en los psicólogos ($6 \pm 5,5$). Al analizar los años de experiencia con personas con déficits cognitivos, los valores fueron más uniformes. Así, para la población total fue de $8 \pm 5,3$, siendo de nuevo los más altos en medicina (9 ± 5) y los más bajos en psicología ($7 \pm 5,5$).

Respuestas a los enunciados

La Tabla IV recoge los resultados de las respuestas tras las dos rondas en los enunciados cerrados y la dirección de las respuestas. Como puede observarse, no se alcanzó unanimidad en ninguno de ellos, pero sí consenso en 6 y mayoría en 7. La discrepancia se observó en tres de ellos. Las discrepancias mostraron diferencias de opinión en grado y no en una posición totalmente contrapuesta.

Ningún enunciado presentó respuestas diametralmente opuestas, fuera cual fuera la profesión o el sexo. La proporción de acuerdo fue diferente al analizar las subpoblaciones en relación con la profesión o el sexo, donde el consenso se transformaba en unanimidad en algunos casos. Así, en el enunciado 2, el colectivo de las auxiliares de clínica mostró un acuerdo más elevado (84 %) y un desacuerdo más bajo (17 %) que el resto de participantes. En el enunciado 7, existían discrepancias entre los grupos. Así, en el de médicos la posición era unánime, mientras que la más baja se daba en fisioterapeutas (63 %). En el enunciado 8, la discrepancia alcanzó a todos los profesionales (en desacuerdo en un 62 %). El desacuerdo más alto se dio

en médicos (90 %) y enfermeras (69 %) mientras que el acuerdo alcanzó al 45 % de las auxiliares y al 37 % de los fisioterapeutas.

En la pregunta abierta 17 (¿Cómo valora en la práctica el dolor en ancianos con problemas de comunicación y deficiencias cognitivas?) los 107 expertos realizaron 252 aportaciones que aparecen clasificadas en la Tabla V. Todos los profesionales realizaron un número de aportaciones similar. Entre las citadas con más frecuencia destacaron las reacciones defensivas a la movilización (8 %), los gritos o quejas violentas y espontáneas (13 %), las expresiones faciales de dolor (21 %) y los cambios de comportamiento en las actividades básicas de la vida diaria (12 %).

En la pregunta abierta 18 (¿Cómo piensa que se debería valorar el dolor en ancianos con problemas de comunicación y deficiencias cognitivas?) las aportaciones son parecidas a las de la pregunta 17 y destacan los cambios en el comportamiento (13 %), las contribuciones de la información de profesionales y cuidadores (14 %), así como la necesidad de crear instrumentos de valoración que ayuden a valorar el dolor (27 %). La Tabla VI resume las respuestas a esta pregunta.

Finalmente, la Tabla VII resume las aportaciones a la pregunta 19 (¿Valora la posibilidad de la existencia de dolor en presencia de cambios de comportamiento en personas con deficiencias cognitivas y cómo las evalúa?). El 87 % manifestaron que valoraban la posibilidad de la existencia de dolor en presencia de cambios de comportamiento. El resto de los resultados no difiere de los presentados en las Tablas V y VI.

Nivel de estabilidad de las respuestas y de las diferencias entre profesionales

Como se describe en la sección *Material y métodos*, el nivel de estabilidad escogido fue $\nu = 0,10$, mientras que los valores de $\nu \geq 0,10$ se consideraron como indicativos de baja estabilidad. En este sentido, el análisis por género reveló valores inferiores en todas las preguntas excepto el enunciado 6 en hombres ($\nu = 0,11$), el 7 en mujeres ($\nu = 0,13$) y el 13 en la población total ($\nu = 0,11$).

El análisis por colectivo profesional mostró también una elevada estabilidad en la mayoría de los enunciados. Los profesionales de psicología y de fisioterapia presentaron un mayor número de enunciados en los que no alcanzaban la estabilidad ($n = 5$). En la población total se observó una baja estabilidad en el enunciado 13 ($\nu = 0,11$); en los médicos en el 7 ($\nu = 0,13$); en los psicólogos en el 3 ($\nu = 0,22$), el 6 ($\nu = 0,13$), el 9 ($\nu = 0,12$), el 11 ($\nu = 0,21$) y el 12 ($\nu = 0,18$); en los fisioterapeutas en el 3 ($\nu = 0,10$), el 5 ($\nu = 0,10$), el 6 ($\nu = 0,14$), el 13 ($\nu = 0,21$) y el 15 ($\nu = 0,15$). Finalmente, en los auxiliares de clínica solo mostró baja estabilidad el enunciado 11 ($\nu = 0,15$).

TABLA IV
RESPUESTAS A LOS ENUNCIADOS DE LA POBLACIÓN DE EXPERTOS QUE PARTICIPÓ
EN LAS DOS RONDAS

<i>Enunciados</i>	<i>Total</i>
1. Los ancianos perciben más el dolor por tener más tiempo para fijarse en él	D
2. El dolor es un síntoma frecuente en las personas mayores. Es inherente al proceso de envejecer	D
3. El tratamiento farmacológico del dolor en los pacientes ancianos es eficaz	M (+)
4. El dolor en los ancianos es un síntoma exclusivamente físico	C (-)
5. Los hombres ancianos soportan mejor el dolor que las mujeres ancianas	M (-)
6. El dolor crónico del anciano es intratable	C (-)
7. El dolor es un síntoma que irá en aumento con la prolongación de la esperanza de vida y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas	M (+)
8. Cuando el tratamiento farmacológico no alivia el dolor de un paciente anciano, dar placebo puede ser una solución eficaz	D
9. Al igual que presentan disminución de capacidades sensoriales (visuales, auditivas...) los ancianos sienten menos los estímulos dolorosos	M (-)
10. Las personas ancianas con trastornos cognitivos o enfermedades neurodegenerativas responden menos a los estímulos sensoriales y sienten menos los estímulos dolorosos	M (-)
11. La falta de capacidad verbal para manifestar dolor en los ancianos con alteraciones cognitivas puede conducir a un tratamiento insuficiente	C (+)
12. Se puede evaluar el dolor de la misma manera en aquellas personas que pueden expresarlo de forma verbal que en los que no pueden hacerlo	C (-)
13. No existen instrumentos suficientes para valorar la presencia de dolor en pacientes con deficiencias cognitivas y dificultades de comunicación	C (+)
14. Para los profesionales que atienden a las personas con deficiencias cognitivas, el desconocimiento de lo que les ocurre y la incapacidad para aliviarles supone un motivo de estrés adicional	M (+)
15. Los ancianos presentan cambios en el sistema nervioso, asociados a la edad, que provocan una disminución de la estimulación nerviosa y por ello sienten menos dolor	M (-)
16. Los ancianos sienten más el dolor pues es la única forma de sentirse vivos	C (-)

Clave de los enunciados: U (unanimidad): todos los consultados están de acuerdo/desacuerdo. C (consenso): más del 90 % de los consultados están de acuerdo/desacuerdo. M (mayoría): entre el 66 y el 90 % de los consultados están de acuerdo/desacuerdo, D (discrepancia): menos del 66 % están de acuerdo/desacuerdo. El signo entre paréntesis de la columna de Total indica la dirección del acuerdo/desacuerdo. Así (+) significa el acuerdo con el enunciado, mientras que (-) el desacuerdo con el mismo.

El análisis por edad también mostró una notable estabilidad con diferencias entre los grupos. En los profesionales más jóvenes (20-35 años) se observaron valores de baja estabilidad en los enunciados 8 ($v = -0,16$) y 13 ($v = 0,14$); en el grupo de edad intermedia (36-50 años), estos valores aparecieron en los enunciados 1 ($v = 0,11$), 6 ($v = 0,12$), 9 ($v = 0,14$), 11 ($v = 0,12$) y 12 ($v = 0,14$). Por último, en los de mayor edad (51-65) se observó baja estabilidad en los enunciados 2 ($v = -0,30$), 3 ($v = 0,17$), 10 ($v = -0,26$), 13 ($v = 0,18$), 14 ($v = 0,10$) y 16 ($v = -0,25$).

El análisis por años de ejercicio de profesión tampoco mostró datos significativos en la aparición de valores de baja estabilidad. En el grupo de 1-5 años se observaron en los enunciados 3 ($v = 0,11$) y 7 ($v = 0,11$). En el de 6-10 años, afectaron al 11 ($v = 0,20$) y al 12 ($v = 0,13$), en el de 11-15 años al 11 ($v = 0,12$), en el de 16-20 años al 10 ($v = 0,11$) y al 13 ($v = 0,13$) y en el de > 20 años al 2 ($v = 0,12$), 13 ($v = 0,11$) y 16 ($v = -0,14$).

El análisis por años de trabajo en el área de gerontología y en años de atención a pacientes con demencia reveló la exis-

TABLA V
RESPUESTAS A LA PREGUNTA “¿CÓMO VALORA EN LA PRÁCTICA EL DOLOR EN ANCIANOS CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y DEFICIENCIAS COGNITIVAS?” SE INCLUYEN SOLO LOS ÍTEMS DE FRECUENCIA IGUAL O SUPERIOR A 5, EQUIVALENTE AL 2 %

<i>Aportaciones</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>AE</i>	<i>Total por aportación (%)</i>
Llorar o gritar durante los cuidados o maniobras potencialmente dolorosas	1	1	2	0	1	5 (2)
Expresión facial dolorosa durante los cuidados o maniobras potencialmente dolorosas	0	1	0	1	5	7 (3)
Reacciones defensivas, al rozarlo, tocarlo, palparlo	5	2	2	6	3	18 (7)
Reacciones defensivas al movilizarlo	5	2	4	7	3	21 (8)
El sujeto gime o llora silenciosamente de forma espontánea	3	3	4	3	4	17 (7)
El sujeto grita o se queja violentamente de forma espontánea	8	4	10	5	7	34 (13)
El sujeto presenta en su rostro expresiones de dolor	13	9	14	14	4	54 (21)
Alteración del sueño	1	1	5	0	1	8 (3)
El sujeto busca una posición antiálgica y/o evita ciertos movimientos	2	0	4	2	1	9 (4)
El sujeto ha reducido o modificado su ingesta de alimentos	5	2	0	0	4	11 (4)
Cambió de comportamiento, conducta habitual (en relación a les ABVD)	10	6	6	4	5	31 (12)
Síntomas físicos vegetativos	1	0	2	2	1	6 (2)
Respuesta al tratamiento farmacológico	6	0	0	0	0	6 (2)
Preguntando a los cuidadores principales (profesionales o familiares)	3	3	0	1	0	7 (3)
Otros	5	4	2	4	3	18 (7)
Total por profesión (%)	68 (27)	38 (15)	55 (22)	49 (19)	42 (17)	252 (100)

M: médicos. P: psicólogos. E: enfermeras. F: fisioterapeutas. AE: auxiliares de clínica.

tencia de un número superior de valores de baja estabilidad en los profesionales con más de 20 años de experiencia en esos ámbitos. Así, en el caso del área de gerontología, el grupo de 1-5 años presentó valores de baja estabilidad en los enunciados 3 ($v = 0,11$) y 11 ($v = 0,10$); en el de 11-15 años en el 7 ($v = 0,11$) y 13 ($v = 0,16$) y en el de 16-20 en el 4 ($v = 0,11$) y 8 ($v = 0,12$). Sin embargo, en el de > 20 años, se observó un valor bajo en los enunciados 2 ($v = 0,42$), 7 ($v = 0,26$), 12 ($v = 0,13$), 13 ($v = 0,57$), 14 ($v = 0,35$) y 15 ($v = 0,35$).

En el análisis por años de experiencia con pacientes con demencia, se observó una tendencia al aumento de valores bajos de estabilidad en función del incremento de aquellos.

Así, en el grupo de 1-5 años, solo el enunciado 13 tuvo un valor bajo ($v = 0,12$), mientras que en grupo de 6-10 años los enunciados fueron el 6 ($v = 0,10$) y el 11 ($v = 0,15$), en el de 11 a 15 fueron el 2 ($v = 0,10$), el 3 ($v = 0,13$), el 7 ($v = 0,14$), el 10 ($v = 0,10$) y el 13 ($v = 0,26$). Finalmente, en el de > 21 años, los enunciados con baja estabilidad de respuesta fueron el 2 ($v = 0,42$), el 7 ($v = 0,26$), el 12 ($v = 0,13$), el 13 ($v = 0,57$), el 14 ($v = 0,35$) y el 15 ($v = 0,35$).

El coeficiente de correlación de rangos de Spearman permitió analizar la existencia de subpoblaciones en relación con las categorías profesionales, comparando los resultados de las respuestas para los 16 primeros enunciados.

TABLA VI
RESPUESTAS AL ENUNCIADO 18 (¿CÓMO PIENSA QUE SE DEBERÍA VALORAR EL DOLOR EN ANCIANOS CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN Y DEFICIENCIAS COGNITIVAS?)

<i>Aportaciones</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>AE</i>	<i>Total por aportación (%)</i>
Llorar o gritar durante los cuidados o maniobras potencialmente dolorosas	3	4	3	1	1	12 (12)
Expresión facial dolorosa durante los cuidados o de forma espontánea	1	0	2	0	0	3 (3)
Exploración física	0	3	2	3	1	9 (9)
Cambio de comportamiento (agitación, agresión, conducta anormal)	3	1	2	3	4	13 (13)
Trastorno del sueño	0	0	0	0	3	3 (3)
Información de cuidadores	5	1	2	4	2	14 (14)
Evaluación de la respuesta al tratamiento farmacológico	1	1	1	1	0	4 (4)
Importancia de crear instrumentos de valoración	9	6	7	3	2	27 (27)
De igual forma a lo expresado en el ítem 17	1	2	0	1	4	8 (8)
Otros	1	1	3	3	0	8 (8)
Total por profesión (%)	24 (24)	19 (19)	22 (22)	19 (19)	17 (17)	101 (100)

M: médicos. P: psicólogos. E: enfermeras. F: fisioterapeutas. AE: auxiliares de clínica.

TABLA VII
RESPUESTAS AL ENUNCIADO 19 (¿CÓMO EVALÚA LA POSIBLE EXISTENCIA DE DOLOR EN PRESENCIA DE CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN PERSONAS CON DEFICIENCIAS COGNITIVAS?)

<i>Aportación</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>E</i>	<i>F</i>	<i>AE</i>	<i>Total por aportación (%)</i>
Expresión facial dolorosa durante los cuidados o de forma espontánea	3	3	1	2	3	12 (12)
Exploración física	10	1	1	4	2	18 (19)
Cambio del comportamiento (agitación, agresión, conducta anormal)	5	5	12	7	7	36 (37)
Trastorno del sueño	0	0	2	0	1	3 (3)
Información de cuidadores	2	1	1	1	0	5 (5)
Evaluación de la respuesta al tratamiento	3	1	2	0	1	7 (7)
Cambio en la conducta alimentaria	2	0	0	0	0	2 (2)
De la misma forma que lo expresado en el enunciado 17	3	0	2	2	5	12 (12)
Otros	1	0	0	1	0	2 (2)
Total por profesión (%)	29 (30)	11 (11)	21 (22)	17 (18)	19 (20)	97 (100)

M: médicos. P: psicólogos. E: enfermeras. F: fisioterapeutas. AE: auxiliares de clínica.

TABLA VIII
VALORES DE LOS COEFICIENTES DE
CORRELACIÓN POR RANGOS DE SPEARMAN (R_s)
PARA CONTRASTAR ENTRE PROFESIONES LA
PRESENCIA DE DIFERENCIAS DE CONFORMIDAD
CON LOS ENUNCIADOS DE DOLOR (N = 16)

<i>Binomios comparados</i>	r_s
Total Grupo de Expertos - Médicos	0,966
Total Grupo de Expertos - Psicólogas/os	0,986
Total Grupo de Expertos - Enfermeras/os	0,980
Total Grupo de Expertos - Fisioterapeutas	0,979
Total Grupo de Expertos - Auxiliares de Clínica	0,950
Médicos - Psicólogas/os	0,956
Médicos - Enfermeras/os	0,936
Médicos - Fisioterapeutas	0,945
Médicos - Auxiliares de clínica	0,938
Psicólogas/os - Enfermeras/os	0,977
Psicólogas/os - Fisioterapeutas	0,964
Psicólogas/os - Auxiliares de clínica	0,938
Enfermeras/os - Fisioterapeutas	0,951
Enfermeras/os - Auxiliares de clínica	0,946
Fisioterapeutas - Auxiliares de clínica	0,913

El análisis informó que no existían diferencias en el comportamiento de respuesta de los grupos analizados. Todos los valores fueron superiores a 0,9 acercándose a 1, valor que indica la inexistencia de diferencias entre las repuestas de las subpoblaciones (Tabla VIII).

DISCUSIÓN

A pesar de las dificultades y contratiempos que les han podido acaecer a los componentes del grupo de expertos, el porcentaje de abandono a lo largo del estudio fue aceptable, teniendo en cuenta los valores esperables en los estudios Delphi (el 17 % de los expertos y el 24 % de los centros). Landeta (16) concluyó, tras revisar los estudios publicados, que las tasas de abandono suelen oscilar entre el 20 % y el 30 %.

El grupo de expertos que ha colaborado en este estudio refleja la distribución demográfica de profesionales que

puede observarse en los centros sociosanitarios y/o residencias. Una parte de esta población es joven y con pocos años de práctica profesional frente a profesionales de larga experiencia conseguida a través de muchos años de trabajo. El elevado subgrupo de los primeros es consecuencia de la creación de numerosos nuevos puestos de trabajo en los últimos años por un envejecimiento de la población. Asimismo destaca el gran porcentaje de mujeres que han participado en el estudio (79 %) con diferencias en los diferentes colectivos profesionales.

Las aportaciones que realizan los expertos no difieren de manera importante de las contribuciones encontradas en la bibliografía referente al tema del dolor en ancianos y en personas sin capacidades de comunicación. Tampoco se encuentran diferencias en el tipo de respuesta (sea de consenso o de discrepancia de opinión) dependiendo del tipo de profesión o del género. Al igual que en los estudios de Le Baron (17) y Salvarezza (18), los profesionales que trabajan diariamente con ancianos opinan que el dolor en estos pacientes no es un síntoma exclusivamente físico. La vida en su etapa final está marcada por múltiples cambios físicos, psíquicos y sociales, influyendo uno en los otros y afectando cómo se integra el dolor en esta etapa vital. El componente afectivo del dolor está determinado por la historia del sujeto, el significado que le da a ese dolor, el contexto en el que se produce y las limitaciones funcionales en las actividades de la vida diaria y cómo afectará en su futuro a largo plazo. Todos ellos son aspectos conocidos por los profesionales quienes trabajan diariamente y de forma continuada con los pacientes ancianos.

Asimismo, más del 90 % de los participantes llegaron al acuerdo de que el dolor en el paciente anciano se puede tratar, y que estos no sienten más el dolor por ser una forma de sentirse vivos. En ocasiones, las múltiples quejas que presentan los pacientes ancianos pueden ser valoradas por las personas que los atienden como una forma de llamar la atención o una simple y repetitiva forma de comunicarse. Las quejas somáticas pueden esconder síntomas o trastornos depresivos llegando a diagnósticos poco acertados. Quizás esta puede ser una de las razones por la que los mismos profesionales llegan al consenso en la afirmación de que el dolor en los ancianos es tratable, discrepen en la forma en la que debe ser tratado, especialmente cuando se trata de la utilización de placebos en contraste con otros tratamientos farmacológicos que no han conseguido los efectos deseados.

Mayoritariamente, el grupo de expertos opina que los ancianos no sienten menos el dolor que el resto de la población, pero actualmente no existen estudios concluyentes al respecto. Las investigaciones que se llevan a cabo nos aportan informaciones sesgadas y a veces contradictorias dependiendo de la metodología utilizada (18). También se encontró consenso respecto al enunciado de que el dolor es un síntoma que irá en aumento con la prolongación de

la esperanza de vida y el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, consenso que se fortalece con los estudios realizados por Epps (19), quien informó que el 80 % de las personas ancianas presentan alguna enfermedad crónica que causa dolor. Los mismos expertos presentan discrepancias en que el dolor sea un síntoma frecuente entre los ancianos e inherente al proceso de envejecer. Esta discrepancia podría interpretarse en que las enfermedades constituyen la causa que provocan el dolor, pero se puede envejecer sin tener enfermedades y en este caso sin padecer dolor.

Respecto al dolor en las personas ancianas que presentan déficits cognitivos y dificultades de comunicación, los expertos presentan consenso cerca de la unanimidad respecto a que el dolor en estos pacientes puede estar insuficientemente tratado, dado que no manifiestan su dolor de forma explícita. Estos datos coinciden con los de Horgas y Tsai (20), quienes concluyeron que los pacientes que no pueden comunicar su dolor reciben menos analgesia. Marzinski (21) también mantuvo, como la mayoría de los expertos que han participado en la presente investigación, que las personas que presentan déficits cognitivos y dificultades para comunicar su dolor no sienten menos dolor por padecer procesos neurodegenerativos, sino que no lo comunican. En este sentido, en algunos de ellos, como la enfermedad de Alzheimer y la demencia frontotemporal, existe una reducción del componente afectivo, mientras que en otras, como la demencia vascular, existe un aumento de este (22).

Aunque el dolor en estos pacientes no puede ser valorado con los mismos instrumentos que se hace con pacientes que pueden comunicarnos su dolor, los profesionales no conocen la existencia de escalas validadas que puedan ser utilizadas para tal fin y afirman que esta necesidad no está aún cubierta. Esta misma afirmación es una de las conclusiones que obtuvo Weiner (23). Ello ocurre a pesar de la existencia de escalas validadas que podrían emplearse en tales situaciones (4).

El grupo de expertos que han participado en nuestro estudio coincide con las indicaciones que han propuesto diferentes expertos (24-26). Informan que valoran el dolor en ancianos con déficits cognitivos mediante la observación de los cambios de conducta y comportamiento y especialmente durante las maniobras o cuidados que realizan de forma cotidiana. Otras formas propuestas son las aportaciones que pueden hacer los profesionales o cuidadores quienes los conocen, la respuesta al tratamiento farmacológico o la exploración física del paciente. Esta manifestación de los propios profesionales de cómo valoran el dolor en personas sin capacidades de comunicación y que el 87 % de los profesionales tengan presente la posibilidad de que el paciente padezca dolor delante de cambios de su comportamiento, contrasta con la encuesta realizada por Fisher-Morris y Gellatly (27), quienes con-

firmaron que ninguno de los profesionales encuestados identificaban el dolor en estos pacientes mediante técnicas no verbales. Posiblemente, el hecho de que nuestro cuestionario se centrara exclusivamente en el tema del dolor y la valoración de este en personas sin capacidades de comunicación puede haber influido en la respuesta de los profesionales.

Los profesionales que atienden durante más tiempo de forma más directa (enfermeras y auxiliares de clínica) a personas que presentan déficits cognitivos tienen una puntuación ligeramente superior respecto al hecho de que trabajar con estos pacientes y desconocer lo que les ocurre y no poder aliviarles supone un motivo de estrés adicional. Las opiniones de los expertos que han colaborado en el estudio se han mantenido estables en las dos rondas, no registrándose cambios ni aumentando el consenso de sus respuestas. Tampoco se han encontrado diferencias en la forma de responder dependiendo de colectivo profesional al que se pertenezca, pese a que las frecuencias puedan mostrar ciertas diferencias porcentuales. Estos datos indican una coincidencia importante en la consideración del dolor geriátrico y de las conductas susceptibles de ser utilizadas para evaluarlo en pacientes sin comunicación oral. Este es el hallazgo más importante del estudio, ya que puede permitir emplearlas para crear instrumentos de evaluación con elevada validez de contenido.

En conclusión, el presente estudio muestra que existe una preocupación en los profesionales que atienden a pacientes ancianos sobre la detección del dolor y su tratamiento, especialmente en aquellos que tienen dificultades de comunicación. Esta conciencia está más marcada en aquellos que los atienden de manera más directa. El estudio ha permitido identificar aquellas conductas que contribuyen a que los profesionales sanitarios puedan sospechar la presencia de dolor y pueden contribuir a la creación de instrumentos para evaluarlo objetivamente. Su utilización, una vez determinada su validez y fiabilidad, adaptados a la realidad de los pacientes y empleados de forma sistemática, podría contribuir a mejorar la percepción de la atención del dolor en personas de edad avanzada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Geriatric Society Panel on Pharmacological Management on Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(8):1331-46. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376.x.

2. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, Fine PG, Dworkin RH, Gelme R, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007;23(Suppl):S1-S43.
3. Ersek M, Polissar N, Neradilek MB. Development of a composite pain measure for persons with advanced dementia: Exploratory analyses in self-reporting nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(3):566-79. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.06.009.
4. Hadjistavropoulos T, Herr K, Prkachin KM, Craig KD, Gibson SJ, Lukas A, et al. Pain assessment in the elderly adults with dementia. *Lancet Neurol* 2014;13(12):1216-7. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70103-6.
5. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005;330(7489):461-4.
6. Shi Y, Hooten VM, Roberts RO, Warner DO. Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults. *Pain* 2010;151(2):366-71. DOI: 10.1016/j.pain.2010.07.021.
7. Herr K, Bursch H, Ersek M, Miller LL, Swafford K. Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. *J Gerontol Nurs* 2010;36(3):18-29. DOI: 10.3928/00989134-20100108-04.
8. Corbett A, Husebo B, Malcangio M, Staniland A, Cohen-Mansfield J, Aarsland D, et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia. *Nat Rev Neurol* 2012;8(5):264-74. DOI: 10.1038/nrneurol.2012.53.
9. Mease PJ, Arnold LM, Crofford LJ, Williams DA, Russell LJ, Humphrey L, et al. Identifying the clinical domain of fibromyalgia: Contributions from clinician and patient Delphi exercises. *Arthritis Rheumatism* 2008;59(7):852-960. DOI: 10.1002/art.23826.
10. Jackson KA, Glyn-Jones S, Batt ME, Arden NK, Newton JL, the Delphi Panel. Assessing risk factors for early hip pain: a Delphi study. *BMJ Open* 2015;5(9):e007609. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007609.
11. Morello R, Jean A, Alix M, Regates G. L'ECIPA: une échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicants. *InfoKara* 1998;51:22-9.
12. Warry B. DOLOPLUS 2, une échelle pour évaluer la douleur. *Gérontologie* 1999;(19):25-7.
13. Hughes CP, Berg L, Danzinger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982;140:566-72.
14. Simons S, Malabar R. Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *J Adv Nurs* 1995;22(4):664-9.
15. Hadjistavropoulos T, LaChapelle DL, MacLeod FK, Snider B, Craig KD. Measuring movement-exacerbated pain in cognitively impaired frail elders. *Clin J Pain* 2000;16(1):54-63.
16. Landeta J. El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel; 1999.
17. Le Baron S, Fowkes W. El dolor en los ancianos. En Barber J (ed.): Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología; 2000. p. 332-65.
18. Salvarezza L. El dolor en la tercera edad. En: D'Alvia R (ed.). El dolor un enfoque interdisciplinario. Buenos Aires: Paidós SAICF; 2001.
19. Epps CD. Recognizing pain in the institutionalized elder with dementia. *Geriatr Nurs* 2001;22(2):71-9.
20. Horgas AI, Tsai P. Analgesic drug prescription and use in cognitively impaired nursing home residents. *Nur Res* 1998;47(4):235-42.
21. Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused non-verbal elderly. *J Gerontol Nurs* 1991;17(6):25-8.
22. Scherder EJ, Sergeant Ja, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003;2(11):677-86.
23. Weiner D, Bercedis P, Keefe F. Chronic pain-associated behaviors in the nursing home: resident versus caregiver perceptions. *Pain* 1999;80(3):577-88.
24. Closs SJ. Pain in the elderly patients: a neglected phenomenon. *J Adv Nurs* 1994;19(6):1072-81.
25. Ferrell BR, Ferrel BA, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10(8):591-8.
26. Hayes R. Pain assessment in the elderly. *Brit J Nurs* 1995;4(20):1199-204.
27. Fisher-Morris M, Gellatly A. The experience and expression of pain in Alzheimer patients. *Age Ageing* 1997;26(6):497-500.