

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL DOLOR CRÓNICO OSTEOMUSCULAR DESDE LA PERSPECTIVA DE MUJERES TRABAJADORAS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF CHRONIC MUSCULOSKELETAL PAIN FROM THE PERSPECTIVE OF WORKING WOMEN

Cecilia Andrea Ordóñez Hernández*
Mónica Isabel Contreras Estrada**
Rubén Soltero Avelar***

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar el contenido y organización de las representaciones sociales sobre el dolor y describir las diferencias por el tipo de consulta y el tiempo de cronicidad del dolor. Se aplicó el enfoque estructural de las representaciones sociales. Se utilizó el método asociativo de listado libre. La muestra estuvo conformada por 40 mujeres trabajadoras que asistieron a consulta por dolor crónico osteomuscular a los servicios de ortopedia y neurocirugía de un hospital en Guadalajara México. Los resultados mostraron que existen pocas diferencias entre los grupos comparados. La angustia es la palabra con mayor jerarquía referida por el total de las trabajadoras y es el sentimiento más común junto con la desesperación y el temor. La principal consecuencia atribuida al dolor es la limitación y la incapacidad. El núcleo central del dolor para las mujeres trabajadoras esta enmarcado en la angustia y la limitación para la realización de actividades. Otros núcleos comunes son minusvalía, aceptación, desesperación e incapacidad.

PALABRAS CLAVE

Dolor. Trabajo. Representaciones Sociales. Mujeres.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the content and organization of social representations about pain and to describe the differences by doctor's appointment type and time of chronicity of pain. The structural approach of social representations was applied. The associative free listing method was used. The sample consisted of 40 working women who attended appointments for chronic musculoskeletal pain in orthopedics and neurosurgery services of a hospital in Guadalajara Mexico. The results showed that there are few differences between the groups compared. Anxiety is the most referred word by the total of the workers and is the most common feeling along with despair and fear. The main consequence attributed to pain is the limitation and disability. The core of pain for working women is framed in distress and the limitation to perform activities. Other common cores are disability, acceptance, and despair.

KEYWORDS

Pain. Work. Social Representations. Women.

*Cta. PhD. Ciencias de la Salud en el Trabajo. Universidad de Guadalajara.

**PhD. Ciencias de la Salud en el Trabajo. Universidad de Guadalajara.

***PhD. Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara.

Correspondencia

E-mail: *andreaordonezh@gmail.com | **monicaudg@gmail.com | ***rubensoltero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes músculo-esqueléticos son una de las primeras causas de morbilidad ocupacional y de las más impactantes en cuanto al gasto de recursos por el pago de incapacidades prolongadas y de los sistemas de salud por resultar de difícil manejo. El dolor afecta la vida personal, familiar, social y laboral de quien lo padece.

Por el tipo de trabajo en el que se desempeñan, generalmente las mujeres son más propensas a padecer de enfermedades profesionales que a sufrir accidentes de trabajo. Su exposición ocupacional es mayor a movimientos repetidos que a sobreesfuerzos, debido a sus características tanto físicas como biológicas de menor resistencia y fuerza muscular con relación a los hombres, las hace más susceptibles a padecimientos osteomusculares (ARANGO et al., 2012; BEDOYA et al., 2012; GALLÓN et al., 2010; POLO; NIETO; CAMACHO 2006; PORRAS; ORJUELA; VARGAS, 2013; SHARIFI-MOLLAYOUSEFI et al., 2008) además el rol social y familiar combinado con el rol laboral favorece la acumulación de fatiga y aumenta la probabilidad de enfermarse (BALCI, 2007).

Esta situación se agrava al considerar que en general las inversiones preventivas dentro de las empresas, se dirigen más hacia el control de los accidentes de trabajo, que a la prevención de enfermedades, lo que deja una gran cantidad de mano de obra femenina por fuera de su cobertura (ARANGO et al., 2012; BEDOYA et al., 2012; POLO; NIETO; CAMACHO, 2006)

Se ha encontrado relación entre el dolor y la pérdida de funcionalidad tanto en las actividades básicas, como en las actividades instrumentales de la vida diaria (BARRAGÁN-BERLANGA; MEJÍA-ARANGO; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, 2007) por lo que se hace necesario abordar los problemas de

salud laboral específicos de las mujeres, máxime cuando su exposición a riesgos es diferenciada por motivos de género, sociales, culturales y económicos.

Las lesiones músculo-esqueléticas requieren en su mayoría períodos de resolución prolongados, los cuales pueden llegar a convertirse en síndromes independientes de dolor crónico según Araña y Patten (2011, p. 7), “el dolor osteomuscular deriva en continuidad, intensidad y duración y actúa como una patología independiente”, es decir, puede llegar a ser resistente al tratamiento y persistir aun cuando su causa generadora haya desaparecido. Para algunas trabajadoras, este tipo de dolor es generador de fuerte afección psicopatológica, ansiedad, depresión, estrés, ira y agresividad, que repercuten no solo en el desempeño cotidiano de todos sus roles, sino que también afecta el tratamiento terapéutico haciéndolo poco efectivo o fallido.

La International Association for the Study of Pain (MERSEKEY; BOGDUK, 1994, p. 210) define el dolor como “una experiencia sensorial, emocional y desagradable asociada a una lesión real”. Al ser una experiencia compleja, incluye factores sensoriales, emocionales, psicológicos y sociológicos (ZORRILLA, 2012). Un estudio realizado en Cali con trabajadores diagnosticados y confirmados de desórdenes músculo-esqueléticos de una industria de comestibles, indicó que 93.1% refiere que el dolor osteomuscular interfiere en varios aspectos de su vida, principalmente en su capacidad normal de trabajo (LASSO et al., 2012).

Considerando el impacto económico, social y personal del dolor crónico dentro del sistema laboral y los múltiples factores que influyen en su manejo y tratamiento, se hace necesario reconocer los saberes, actitudes, experiencias socialmente compartidos por la población trabajadora que padece de dolor,

con el fin de generar respuestas más efectivas a la solución de esta problemática.

Esta investigación examinó las representaciones sociales (RS) del dolor crónico osteomuscular de mujeres trabajadoras, en cuatro grupos comparativos, tanto por el servicio de consulta como por el tiempo de cronicidad del dolor. El análisis de la información se abordó desde el enfoque estructural de las representaciones sociales y se identificó el núcleo central, que en términos de Abric (2001) se constituye como la unidad básica de significación. La representación está constituida por un conjunto de informaciones, creencias, opiniones, actitudes a propósito de un objeto dado en un contexto específico.

Las RS se constituyen a partir de un proceso de objetivación es decir según Jodelet (1984) a la transformación de conceptos abstractos en experiencias o materializaciones concretas, el discurso se objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento sintético, condensado, simple concreto, formado con imágenes vividas y claras. Estas imágenes estructuradas es lo que Moscovici (1979) ha denominado *núcleo figurativo*, o sea, una imagen nuclear concentrada, con forma gráfica y coherente que captura la esencia del concepto, teoría o idea que se trate de objetivar. Esta simplificación en la imagen es lo que permite a las personas conversar y también comprender de forma más sencilla las cosas, a los demás y a ellas mismas y a través de su uso, en diferentes circunstancias, se convierte en un hecho natural.

MÉTODO

Se utilizó un diseño cualitativo, de enfoque estructural de las representaciones sociales, bajo la teoría del núcleo central, en el cual se plantea que:

Toda representación social está hecha de un código central y un entramado de elementos periféricos el código de núcleo centrales el elemento principal porque determina el significado se la representación como un todo (tienen una función de generación), pero también determina su estructura (tiene función de organización). El núcleo central de representación es estable, coherente, expresa consenso y está considerablemente influido por la memoria colectiva del grupo y su sistema de valores. (ABRIC, 1993, p. 75).

El objetivo de este estudio fue identificar el contenido y organización de las representaciones sociales sobre el dolor y describir las diferencias por el tipo de consulta y el tiempo de cronicidad del dolor de mujeres trabajadoras.

El estudio se realizó en un hospital de Guadalajara México, que presta servicios de salud a los trabajadores del Estado de Jalisco. Se realizó un muestreo intencional propositivo a 40 mujeres activas laboralmente, institucionalizadas (empleada dependiente), con dolor crónico OTM superior a 1 año, que no estaban calificadas en estado de invalidez y que desearon participar voluntariamente en la investigación, que consultaron a los servicios de ortopedia y neurocirugía en el mes de julio de 2014.

Como técnica de recolección de información se utilizó el método asociativo de listado libre de palabras en un cuestionario diseñado para este fin. Para obtener la información, se abordó a las trabajadoras en la sala de espera antes de la consulta, se les pidió que escribieran las primeras 5 palabras que vinieran a su mente cuando escuchan la palabra dolor en orden de prioridad y que justificaran porque eligieron cada una de ellas, no se fijó un límite

de tiempo sin embargo se solicitó que fuera lo más espontáneo posible, toda la actividad tardó máximo 5 minutos por cada una de las participantes. Los datos obtenidos fueron registrados en un archivo de Excel y luego exportados al programa de análisis de datos cualitativos Atlas Ti.

Se utilizó el método de análisis estructural el cual se desarrolla en tres fases: 1. Identificación del contenido de la representación. 2. Establecimiento de las relaciones entre los elementos encontrados 3. Determinación del núcleo central. En la primera fase se describieron las palabras referidas por las trabajadoras y se contabilizaron dependiendo de la frecuencia de aparición. En la segunda fase las palabras se agruparon en categorías y se compararon según el orden de aparición y de jerarquía dada por cada una de las trabajadoras y en la tercera fase se intentó llegar a la representación social del dolor para éste tipo de población en particular.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las trabajadoras que cumplieron con los criterios de selección y que asistieron a los servicios de ortopedia y neurocirugía en el tiempo de recolección de información, pudieron participar en el estudio. Se les explicó los objetivos de la investigación y el método de recolección de información. Su participación, así como la opción de retirarse en cualquier momento fue voluntaria y se expresó de manera verbal. A las participantes se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información, bajo los criterios éticos de la investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki y la Ley General de Salud (MEXICO, 1986) Título II, Capítulo I, Art. 13, 16, 17 que califica esta investigación sin riesgo.

HALLAZGOS

Las mujeres que participaron en la investigación tienen entre 29 y 65 años con un promedio de 54 años, 55% con educación superior, 40% se desempeña como profesional de la salud y 22.5% como docente, 55% está casada, 57.7% comparte la responsabilidad económica de su familia y 85% asume las actividades domésticas además de trabajar, lo que se denomina doble presencia. Han padecido dolor crónico en un periodo de uno a 18 años provocado por hernias cervicales y lumbares con radiculopatía, artrosis de rodilla y cadera y lumbalgia mecánica, 20 trabajadoras consultaron al servicio de neurocirugía, 14 con dolor mayor a 5 años y 6 con dolor menor a 5 años, y 20 consultaron al servicio de ortopedia, 5 con dolor mayor a 5 años y 15 con dolor menor a 5 años.

Fase 1 – Identificación del contenido de la representación

Se dividió la muestra en dos subgrupos de 20 integrantes cada uno según el servicio al que consultaron ortopedia y neurocirugía y según la cronicidad del dolor (menor y mayor de 5 años) obteniendo 4 subgrupos. Se procedió a realizar una lista con todas las palabras referidas por las trabajadoras, en total 200 palabras, de las cuales 101 fueron diferentes. Con el objeto de extraer la información relevante se aplicaron las macrorreglas textuales según Dijk (1978):

a) Supresión: Se homogeneizaron algunas palabras con diferencias de escritura, tiempo verbal, género y número como incapacidad e incapacitada, inseguridad e insegura en un solo término

b) Selección: Las palabras referidas al mismo asunto se agruparon en campos semánticos incluyentes referidos también por

las trabajadoras, tal como se indica en la tabla 1 y las palabras referidas a otros asuntos fueron dejadas tal como fueron escritas.

Fase 2 – Establecimiento de las relaciones entre los elementos encontrados

Una vez obtenida la lista de palabras definitivas se aplicó la tercera macro regla según Van Dijk, Generalización, en la cual las palabras se agruparon en categorías según su significado y representación. Las categorías consideradas fueron:

- Acciones: Cada una de las posibilidades de respuesta frente al dolor, sea por parte

propia o esperada de otros como la familia o los profesionales de la salud

- Sentimientos: Cada uno de los estados de ánimos que puede resultar frente a la situación de dolor

- Consecuencias: Hechos que pueden originarse a partir del dolor tanto en la persona que lo padece como en otros

- Relación: Hechos vinculados o asociados a la presencia del dolor

- Atributos: Sensaciones y percepciones corporales provocadas por la presencia del dolor

En la tabla 2 se observan las palabras incluidas en cada una de las categorías.

Tabla 1 – Listado de campos semánticos y las palabras incluidas en cada uno de ellos

Campo semántico	Palabras incluidas
Limitación	Imposibilidad, impedimento, dependiente, pesado, no puedo
Minusvalía	Postrada, parálitica, inválida, inmóvil, inservible
Aceptación	Tolerancia, paciencia, positiva, cuidarme, estar bien
Complicación	Dificultad, gravedad, problema
Cuerpo	Manos, espalda, piernas, pecho
Aislamiento	Alejamiento, soledad, silencio
Esfuerzo	Concentración, fuerza, aguantar
Coraje	Enfado, enojo
Incomodidad	Molestia, malestar general
Depresión	Decepción, desgaste
Dolor	Que se me quite el dolor, no sentir el dolor
Cansancio	Lenta, reposo

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

Tabla 2 – Categorías y listado de palabras incluidas

Categorías	Palabras incluidas
Acciones	Medicamento, Aceptación, Esfuerzo, Aislamiento, Llanto
Sentimientos	Desesperación, Angustia, Frustración, Coraje, Sufrimiento, Depresión, Tristeza, Ansiedad, Impotencia, Preocupación, Miedo, Inseguridad
Consecuencia	Discriminación, Incapacidad, Limitación, Complicación, Irritabilidad
Relación	Muerte, Dolor, Minusvalía, Cuerpo
Atributos	Cansancio, incomodidad

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

Fase 3 – Determinación del núcleo central

Para identificar el núcleo central, se utilizó la técnica de cuestionamiento del núcleo central, en la cual se comparan las frecuencias de cada palabra con relación a la población, al rango de aparición en la asociación (definido por el rango medio calculado sobre el conjunto de la población) y la importancia de la palabra dada por las personas en la ubicación 1 y 2 del cuestionario, asumiendo que las palabras más frecuentes y aquellas que se mencionan en primer lugar, tiene

mayor probabilidad de pertenecer al núcleo central (ABRIC, 2001).

La congruencia de los criterios de frecuencia y rango constituyen un indicador de centralidad del elemento (UMAÑA, 2002). La palabra reportada con mayor frecuencia por el total de la población fue desesperación (12) y limitación (12). En la tabla 3 se señalan elementos comunes (en negrita) en los cuatro grupos y elementos periféricos descartando las palabras referidas una sola vez. Se puede observar que los sentimientos generados a partir del dolor son la evocación más frecuente en los cuatro grupos de mujeres, seguido por las consecuencias.

Tabla 3 – Frecuencia de palabras por cada una de las categorías en cada grupo

Categoría	Neurocirugía		Ortopedia	
	Menor a 5 años (n 6)	Mayor a 5 años (n 14)	Menor a 5 años (n 15)	Mayor a 5 años (n 5)
Sentimientos	Angustia (3)	Desesperación (6)	Impotencia (7)	Depresión (2)
	Sufrimiento (3)	Coraje (6)	Desesperación (6)	Angustia (2)
	Tristeza (1)	Angustia (3)	Tristeza (5)	Tristeza (2)
	Miedo (1)	Frustración (4)	Depresión (4)	Inseguridad (2)
	Desesperación (1)	Miedo (3)	Angustia (3)	Miedo (2)
	Depresión (1)	Depresión (1)	Coraje (2)	Preocupación (2)
	Frustración (1)	Preocupación (1)	Frustración (2)	Impotencia (1)
	Preocupación (1)	Tristeza (1)	Preocupación (2)	Ansiedad (1)
	Ansiedad (1)	Miedo (2)		
		Ansiedad (2)		
Consecuencias	Limitación (2)	Limitación (6)	Incapacidad (4)	Limitación (4)
	Complicación (2)	Incapacidad (5)	Limitación (2)	Incapacidad (1)
		Discriminación (1)	Complicación (2)	Complicación (1)
		Discriminación (1)		
Relación	Cuerpo (2)	Minusvalía (4)	Minusvalía (3)	
	Dolor (2)	Cuerpo (4)	Dolor (2)	
	Muerte (1)	Muerte (3)		
Atributos	Cansancio (1)	Cansancio (1)	Cansancio (1)	Cansancio (1)
	Incomodidad (1)	Incomodidad (1)	Incomodidad (1)	
Acciones	Esfuerzo (1)	Aceptación (4)	Aceptación (5)	
	Llanto (1)	Medicamento (4)	Aislamiento (4)	
		Esfuerzo (1)	Esfuerzo (3)	
		Aislamiento (1)	Medicamento (2)	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

En cuanto a las palabras comunes se encuentra que la angustia, limitación, tristeza, miedo, depresión, preocupación y cansancio son referidas por participantes de todos los grupos. En cuanto a los elementos periféricos, la palabra muerte, sufrimiento, coraje, cuerpo, aislamiento solo es evocada por el grupo de neurocirugía. Las palabras impotencia, e irritabilidad, familia y dormir solo por el grupo de ortopedia.

En la tabla 4 se agruparon las palabras según el orden de prioridad dado por las tra-

bajadoras, es decir referido en primer lugar dentro de su lista. Las palabras angustia y limitación aparecen en los tres primeros lugares en los cuatro grupos. En el grupo de neurocirugía con menos de 5 años de dolor aparece la palabra sufrimiento en segundo lugar y en el grupo de mayor a cinco años la palabra incapacidad en tercer lugar. En el grupo de ortopedia menor de cinco años aparece en primer lugar la palabra desesperación.

En la tabla 5 se presentan las palabras escritas con mayor frecuencia por cada uno

Tabla 4 – Palabras que se aproximan al núcleo central según el orden de prioridad dado por las mujeres trabajadoras con dolor crónico en cada grupo

Neurocirugía				Ortopedia			
Menor a 5 años	%	Mayor a 5 años	%	Menor a 5 años	%	Mayor a 5 años	%
Angustia 2	16.6	Angustia 3	10.7	Desesperación 5	16.7	Angustia 2	20
Sufrimiento 2	16.7	Limitación 3	10.7	Angustia 3	10	Limitación 2	20
Limitación 1	8.3	Incapacidad 2	7.1	Limitación 2	6.7	Ansiedad 1	10
Cuerpo 1	8.3	Frustración 2	7.1	Incapacidad 2	6.7	Cirugía 1	10
Esfuerzo 1	8.3	Minusvalía 2	7.1	Esfuerzo 2	6.7	Depresión 1	10
Dolor 1	8.3	Cuerpo 2	7.1	Familia 2	6.7	Cansancio 1	10
Entumecimiento 1	8.3	Medicamento 2	7.1	Impotencia 2	6.7	Miedo 1	10
Incomodidad 1	8.3	Aceptación 2	7.1	Miedo 2	6.7	Tristeza 1	10
Llanto 1	8.3			Preocupación 2	6.7		
Preocupación 1	8.3			Tristeza 2	6.7		

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

Tabla 5 – Palabras que se aproximan al núcleo central según la frecuencia de aparición con relación al total de las palabras de cada grupo

Neurocirugía				Ortopedia			
Menor a 5 años	%	Mayor a 5 años	%	Menor a 5 años	%	Mayor a 5 años	%
Angustia 3	10	Desesperación 6	8.6	Impotencia 7	9.3	Limitación 4	16
Sufrimiento 3	10	Limitación 6	8.6	Desesperación 6	8	Tristeza 3	12
Limitación 2	6.7	Coraje 6	8.6	Tristeza 5	6.7	Depresión 2	8
Complicación 2	6.7	Incapacidad 5	7.1	Aceptación 5	6.7	Angustia 2	8
Cuerpo 2	6.7	Frustración 4	5.7	Incapacidad 4	5.3	Inseguridad 2	8
Dolor 2	6.7	Minusvalía 4	5.7	Aislamiento 4	5.3	Miedo 2	8
Incomodidad 2	6.7	Cuerpo 4	5.7	Angustia 3	4	Preocupación 2	8
		Aceptación 4	5.7	Minusvalía 3	4	Cansancio 2	8
		Medicamento 4	5.7	Esfuerzo 3	4		
		Angustia 3	4.3	Familia 3	4		
		Miedo 3	4.3				
		Muerte 3	4.3				

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

de los subgrupos. Se encuentra que las palabras más referidas en relación con el total de la población son Desesperación (12) aunque no coincide con la palabra más prioritaria, seguida de Angustia (11), Limitación (10), Incapacidad (9), Aceptación (9), Tristeza (8), el porcentaje referido esta ajustado al total de las palabras por cada subgrupo.

Al combinar la frecuencia con el rango medio de evocación se obtiene la lista de los términos que se acercan a la centralidad. En la tabla 6 se presentan las palabras señaladas como las más importantes, frecuentes y comunes en los cuatro grupos comparativos. Se observa que la palabra angustia y limitación es referida por los cuatro grupos, la palabra minusvalía, aceptación e incapacidad esta referida por los grupos de dolor mayor a cinco años en neurocirugía y menor de 5 años en ortopedia, la palabra cuerpo fue referida solo en el grupo de neurocirugía y la palabra tristeza solo en el grupo de ortopedia.

DISCUSIÓN

Al comparar un grupo de mujeres trabajadoras con dolor crónico osteomuscular que consultaron al servicio de neurocirugía y de ortopedia, se encontraron tanto diferencias como similitudes entre ambos grupos respecto a los sentimientos y percepciones

acerca de sus consecuencias y atributos con respecto al dolor.

Se destacan en primer lugar los sentimientos de angustia y desesperación común en ambos grupos, provocados por la sensación de dolor intenso generador de sufrimiento, el grado de limitación en la realización de actividades cotidianas, por la incertidumbre frente a la poca mejoría y el mal pronóstico de la lesión y por la impotencia e incapacidad de controlarlo.

Se hace notoria también la preocupación y el temor por el consumo constante de medicamentos y por las consecuencias negativas que éstos puedan estar generando en otros órganos *“a veces es tanto el medicamento que tomo que me da miedo aumentar la dosis de la morfina”* y por el hecho de no conocer cual será su evolución *“porque no sé frente a que estoy con el dolor”* Así mismo aparece hacia el futuro el temor de que el dolor genere cambios permanentes tanto en el cuerpo como en el estado de ánimo *“Tengo miedo a que no se me quite, a que cambie mi vida y mi forma de ser”*, de las intervenciones médicas y de padecer una enfermedad que conduzca a la muerte *“tengo miedo de tener una enfermedad peligrosa”*, *“es tanto el miedo y es tan fuerte que a veces pienso que me voy a morir”*. La muerte también es percibida en algunos casos como solución ante la presencia de dolor.

Tabla 6 – Núcleos centrales del dolor de mujeres trabajadoras con dolor crónico OTM

Menor a 5 años	Mayor a 5 años	Menor a 5 años	Mayor a 5 años
Angustia	Angustia	Angustia	Angustia
Limitación	Limitación	Limitación	Limitación
Cuerpo	Incapacidad	Incapacidad	Tristeza
	Desesperación	Desesperación	
	Aceptación	Aceptación	
	Minusvalía	Minusvalía	
	Cuerpo	Tristeza	

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos directamente de las trabajadoras a través del cuestionario libre de palabras.

La consecuencia principal del dolor referida por ambos grupos es la limitación y la consecuente incapacidad para la realización de las tareas cotidianas y laborales asociado también a la dependencia de otras personas del núcleo familiar o laboral para lograrlas *“porque no me deja mover en libertad”, “no puedo hacer las cosas que quisiera hacer”*. Las mujeres manifiestan que esta dependencia en algunos casos puede llevar a discriminación en el ambiente laboral.

El primer atributo del dolor que se menciona en ambos grupos es el cansancio y la incomodidad que se va acumulando a lo largo del día en un tiempo mucho menor al esperado para sus edades, a causa de la enfermedad *“mi cuerpo no está al máximo para responder”* y por otro lado la fatiga acumulada a causa de la doble presencia, es decir a combinar el trabajo con las actividades domésticas, *“siento cansancio solo de pensar en mis quehaceres domésticos”*.

Entre las acciones que las mujeres manifiestan como respuesta al dolor están el esfuerzo, en primer lugar como capacidad de soportar el dolor *“debo dominar el dolor”* y en segundo lugar como consecuencia y condición requerida para la realización de tareas *“porque si uno tiene dolor, cualquier actividad necesita mayor esfuerzo”*. Las trabajadoras reconocen el aislamiento como una respuesta alternativa a la presencia de dolor, *“lo que menos quieres es ver a la gente”* y como una opción para enfrentar el dolor *“mi familia sale y yo prefiero quedarme en casa”*.

Se observó también aceptación, la cual es asumida una en algunos casos como resignación *“porque después de tanto dolor, tengo que aceptarlo para no enloquecer”* y en otros como una actitud frente a las circunstancias *“porque quiero estar bien y ser positiva”*.

Entre las diferencias encontradas se destaca que la evocación a la muerte se encon-

tró principalmente en las trabajadoras que consultaron por ortopedia y que tenían menos de 5 años de dolor crónico así como la aceptación del dolor que aparece principalmente en las trabajadoras que consultaron por neurocirugía y que tenían más de 5 años de dolor crónico.

Se concluye que la angustia y el temor son los principales sentimientos percibidos a causa de la sensación dolorosa. Las mujeres manifiestan que el dolor deriva en limitación y la incapacidad, principales generadores de la desesperación.

No existen diferencias importantes entre las representaciones sociales del dolor crónico entre trabajadoras que asisten por consulta externa a los servicios de neurocirugía y ortopedia.

REFERENCIAS

- ABRIC, J. **Prácticas y representaciones sociales**. México: Ediciones Coyoacán, 2001. p. 55-74.
- ABRIC, J. Central system, peripheral system: roles and dynamics of Social Representations. **Papers on social representations**, 1993. v. 2.
- ARAÑA-SUÁREZ, M.; PATTEN, S. Trastornos músculo-esqueléticos, psicopatología y dolor. In: ESPANA. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social. **Trastornos músculo-esqueléticos, psicopatología y dolor**. Madrid, 2011. p. 1-13.
- ARANGO, E. et al. Síndrome del túnel del carpo: aspectos clínicos y su relación con los factores ocupacionales. **Revista CES Salud Pública**, v. 3, n. 2, p. 210-218, jul./dic. 2012.
- BALCI, K. Carpal tunnel syndrome and metabolic syndrome. **Acta Neurology Scand**, v. 7, p. 113-116, Aug. 2007.
- BARRAGÁN-BERLANGA, A.; MEJÍA-ARANGO, S.; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, M. Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. **Salud Pública de México**, v. 49, n. 4, p. 488-494, enero 2007.

- BEDOYA, J. et al. Síndrome del túnel carpiano en la clínica universitaria San Juan de Dios de Cartagena, Colombia: perfil epidemiológico, clínico y evaluación terapéutica. **Revista de Ciencias Biomédicas**, v. 3, n. 1, p. 49-57, enero/jun. 2012.
- GALLÓN, M. et al. Prevalencia de síntomas osteomusculares en trabajadores de oficina de una empresa de consultoría en Ingeniería Eléctrica de Cali Colombia. **Revista Colombiana de Salud Ocupacional**, v. 1, n. 1, p. 8-11, enero 2010.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. In: MOSCOVICI, Serge. **Psicología social II: pensamiento y vida social: psicología social y problemas sociales**. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós, 1984. p. 469-494.
- LASSO, C. et al. Dolor crónico en trabajadores de una empresa productora de comestibles. **Ciencia & Salud**, v. 1, n. 1, p. 45-49, jun. 2012.
- MANZINI, J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. **Acta Bioethica**, v. 6, n. 2, p. 321-334, dic. 2000.
- MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2. ed. Seattle: IASP PRESS, 1994. p. 210.
- MÉXICO. Secretaria de la Salud. Ley General de la Salud. **Diario Oficial de la Federación**, México, Título II, Capítulo I, Art. 13, 16, 17, 1986.
- MOSCOVICI, S. **El psicoanálisis, su imagen y su público**. 2. ed. Buenos Aires: Huemul, 1979. p. 204.
- POLO, B.; NIETO, O.; CAMACHO, A. **Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desordenes Musculoesqueléticos (DME) relacionados con Movimientos Repetitivos en Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de Quervain [GATI-DME]**. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2006.
- PORRAS, V.; ORJUELA, M.; VARGAS, C. Lesiones osteomusculares de miembros superiores y región lumbar: caracterización demográfica y ocupacional: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 2001-2009. **Enfermería Global**, v. 12, n. 32, p. 119-133, oct. 2013.
- SHARIFI-MOLLAYOUSEFI, A. et al. Assessment of body mass index and hand anthropometric measurements as independent risk factors for carpal tunnel syndrome. **Folia Morphol**, v. 67, n. 1, p. 36-42, enero 2008.
- UMAÑA, S. A. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. **Cuaderno de ciencias sociales**, n. 127, 2002.
- DIJK, T. A. Van. **La ciencia del texto: un enfoque interdisciplinario**. Barcelona: Paidós 1978. p. 58-67.
- ZORRILLA, V. **Trastornos musculo esqueléticos de origen laboral en actividades mecánicas del sector de la construcción: investigación mediante técnicas de observación directa, epidemiológicas y software de análisis biomecánico**. 2012. Tesis [Doctorado en Ingeniería Mecánica, Energética y de los Materiales] – Universidad de Extremadura, Comunidad de Extremadura, España, 2012.