

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEINFUEGOS

**TRABAJO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE
PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**DOLOR CRÓNICO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD
DE VIDA DE ADULTOS MAYORES. LA CAMPANITA.
CUMANAYAGUA 2020-2022.**

Autora: Dra. Anabel Capote Barreras

Residente de tercer año de la especialidad de Medicina General Integral

Tutora: Dra. Carmen Amalia Benítez Cabrera

Especialista en 1er Grado en Medicina Interna

Asesora: Dra. Tulley Alonso Hernández

Especialista en 1er Grado en Medicina General Integral

2022

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional es una tendencia demográfica global actual. El dolor crónico es común entre la población que envejece y una de sus peores consecuencias es la pérdida de la independencia funcional con la consiguiente disminución de la percepción de calidad de vida. **Objetivo.** Describir el dolor crónico no oncológico y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los adultos mayores en La Campanita, municipio Cumanayagua en el período 2020-2022. **Material y Métodos.** Se desarrolló un estudio observacional descriptivo de corte transversal en La Campanita, en Cumanayagua, Cienfuegos, entre 2020 y 2022, en el cual participaron todos los adultos mayores de la comunidad que presentaron dolor crónico no oncológico. Se utilizaron las variables: edad, sexo, ocupación, antecedentes patológicos y hábitos tóxicos; se aplicó el Cuestionario Breve del Dolor (versión española), que recogió algunas características semiológicas del dolor, así como grado de afectación de las distintas esferas de la vida. **Resultados.** El 67,3% del total refirió dolor crónico, de los cuales el 53% tenía entre 60-69 años y el 63,6% eran mujeres. Prevalció el dolor de intensidad moderada (51,3% de los sujetos) y las actividades mayormente afectadas el estado de ánimo (62,1%) y el sueño (65,2%). **Conclusiones.** Predominó el sexo femenino, prevalecieron el hábito de fumar y las enfermedades del sistema osteomioarticular; la localización más frecuente del dolor fue las extremidades, con intensidad promedio moderada y con afectación moderada de los diferentes aspectos de la vida explorados en el estudio.

Palabras clave: envejecimiento, dolor crónico, calidad de vida.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	8
OBJETIVOS.....	22
MATERIAL Y MÉTODO.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una tendencia demográfica global actual, que se caracteriza por un incremento de la proporción de personas adultas mayores (60 años o mayores) en la población, la cual se ha intensificado durante la primera mitad del siglo XXI. El porcentaje global de adultos mayores se incrementó de 9,2% en 1990 a 12% en el 2015. En la actualidad, casi 900 millones de personas en el mundo son mayores de 60 años y se prevé que el número de adultos mayores aumentará más del doble en todo el mundo, alcanzando más de 2000 millones en el 2050. ^(1; 2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11 al 22 % en los próximos años. ⁽³⁾ El país con la población más envejecida de la región de las Américas es Canadá, sin embargo, proyecciones de las Naciones Unidas indican que en menos de una década, países como Cuba, Barbados y Martinica superarán a Canadá.

En tanto, el dolor crónico es común entre la población que envejece, mucho más que en las personas jóvenes. Estudios informan que el 17% de los adultos menores de 30 años presentan dolor crónico en comparación con el 57% de los mayores de 65 años. ⁽⁴⁾

Un estudio reciente a nivel mundial sobre adultos mayores que viven en la comunidad encontró que el 67% reportó dolor de intensidad moderada o mayor durante el último mes. La prevalencia de dolor no varió significativamente entre los grupos de edad de las personas de 60 a 74 años, 75 a 84 años y 85 años y mayores. A nivel mundial se ha estimado que 1 de cada 5 adultos sufre de dolor y 1 de cada 10 adultos es diagnosticado con dolor crónico cada año ⁽⁵⁾, mientras otros datos varían en dependencia del país, encontrándose en la mayoría con una prevalencia que varía entre el 10 y el 50% para los adultos mayores ⁽⁶⁾, lo que resultó en un coste económico de alrededor de 15 millones de euros al año solo en España ⁽⁷⁾.

El primer país en realizar estudios sobre dolor crónico fue precisamente España en 1999, donde se estableció una prevalencia de dolor crónico en adultos de 78.6%, presente mayoritariamente en mujeres y con tendencia a aumentar con la edad. En el año 2012, en la primera reunión del panel de Foro de Expertos de Change Pain Latin America se estimó que 98 millones de personas en América Latina sufren de dolor. ⁽⁸⁾

El dolor persistente o crónico es uno de los problemas más frecuentes en la tercera edad y de los más temidos por los ancianos. Entre el 50 y el 80% de las personas mayores presentan dolor crónico, y de ellas, el 30-45% dolor de moderado a severo, siendo la causa más común el dolor osteoarticular. El 40% de las personas de 60 años padecen artralgias. ⁽⁸⁾

A pesar de que el dolor crónico es común, las investigaciones muestran que el 25% de los individuos que experimentan dolor diario no reciben medicamentos analgésicos, ni tratamientos no farmacológicos. Entre estos pacientes, 21% eran de 65 a 74 años, el 26% entre los 75 a 84 años y el 30% eran mayores de 84 años ⁽⁹⁾.

El 80% de las consultas médicas en general son por algún episodio de dolor, de las cuales el 30% se refieren a dolor crónico ⁽¹⁰⁾.

Cuba, con una población de más de 11 millones de habitantes muestra cifras demográficas comparables con los países del primer mundo en materia de envejecimiento, con una elevada esperanza de vida al nacer; junto a esto se añade un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, siendo dentro de las más frecuentes la osteoartritis y artrosis (acompañadas de dolor), con un 36,3% en los mayores de 60 años. ⁽¹¹⁾

Según el último Censo de Población y Viviendas realizado en Cuba en el año 2012, el 18.3 % de la población cubana ya había arribado a su sexta década de vida, lo que confirmaba que para el año 2050, Cuba será una de las naciones que mayor número de adultos mayores tendría en el mundo.

En la provincia Cienfuegos para el cierre del año 2018, el 20,01% de la población estaba representada por los adultos mayores, es decir que 1 de cada 5 personas tenía 60 o más años ⁽¹²⁾, mientras que para el cierre de 2019 en el Municipio Cumanayagua los adultos mayores ocupaban el 24,05% del total de población (casi 1 de cada 4 personas). ⁽¹³⁾

En el caso de la comunidad La Campanita, esto se comportó de forma tal que según el Índice de Rocet la población quedó clasificada como envejecida para el final del año 2019, representando los adultos mayores el 14,2% de la población total; muchos de los cuales acuden frecuentemente a consulta refiriendo dolor de larga duración, generalmente de causa osteomuscular pero no existen antecedentes de investigaciones en la comunidad relacionadas con este tema.

Varios son los estudios sobre calidad de vida que se han publicado en Cuba, así como a nivel de provincia y municipio; sin embargo, no sucede así con respecto al dolor crónico, pues no fue posible encontrar estudios que permitan obtener una aproximación a la prevalencia de este problema de salud. Es por todo lo anterior que se decidió realizar este estudio para que se desarrolle durante tres años en la comunidad La Campanita, Cumanayagua, donde no existen antecedentes del estudio de este tema.

A partir de lo planteado hasta el momento, resulta imprescindible la atención médica encaminada al adecuado manejo del dolor crónico en el adulto mayor debido al impacto positivo que la solución de este problema puede tener en la calidad de vida de los mismos. El infratratamiento del dolor tiene muchas consecuencias perjudiciales que no sólo afectan al individuo sino que también puede afectar a su familia, amigos e incluso a la sociedad en general. Estas consecuencias incluyen la depresión, ansiedad, desnutrición, deterioro cognitivo, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, alteraciones funcionales, disminución de la socialización y actividades de ocio. Todo ello lleva un aumento de los costos sanitarios y una reducción sustancial en la calidad de vida. ⁽¹⁴⁾

Esta investigación se centró en el estudio del dolor crónico no oncológico en el adulto mayor pues la perpetuación del dolor, con toda su carga de sufrimiento, solo agrava la

situación de este grupo de personas. Desafortunadamente, muchos son conminados a mantener en silencio sus dolencias bajo el argumento de que son ‘achagues’ normales de la edad cuando no sometidos a intervenciones que, en esencia, desconocen su integralidad y el inmenso valor social que todos ellos tienen para su comunidad. Urge, por eso, repensar el dolor y la forma de tratarlo en los adultos mayores, como un elemento de la responsabilidad que le cabe a un sector que ante todo debe velar por el bienestar de los pacientes. ⁽¹⁵⁾

JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Existe en la comunidad de La Campanita, en Cumanayagua un elevado número de adultos mayores que acuden a consulta refiriendo dolor crónico no oncológico asociado a enfermedades músculo-esqueléticas relacionadas o acentuadas por la edad, lo que conlleva a una limitación en las actividades de la vida diaria, lo que, en consecuencia, influye sobre la percepción de calidad de vida de los mismos. Este es generalmente infravalorado y por tanto, mal tratado en la mayoría de las ocasiones, por esta razón se desarrolló una investigación que permitió identificar a los adultos mayores que padecen de dolor crónico no oncológico, con la finalidad de posteriormente establecer un plan de tratamiento y seguimiento individualizado que permita modificar positivamente la percepción de calidad de vida de los adultos mayores que lo padecen.

PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cómo influye la presencia de dolor crónico no oncológico en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en los adultos mayores de la comunidad La Campanita, ubicada en el municipio de Cumanayagua, entre el 2020 y 2022?

MARCO TEÓRICO

- Adulto mayor y calidad de vida

El envejecimiento poblacional constituye en la actualidad, centro de atención a nivel internacional, problemática esta de la que difícilmente queda exonerada alguna sociedad del planeta. Adultos mayores han existido en todas las épocas, pero el envejecimiento poblacional es un fenómeno nuevo, poco conocido y que ya se está viviendo. Constituye uno de los eventos poblacionales que ha emergido con rapidez e involucra a políticas nacionales e internacionales, a científicos, obreros, instituciones de las más disímiles esferas y a la sociedad en general. Es un tema de múltiples aristas, complejo y de importancia creciente en el todo el mundo. ⁽¹⁶⁾

El mismo puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. ⁽¹⁷⁾

Esto no constituye en sí mismo un problema, sin embargo, se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones a las dificultades que trae aparejado tales como cambios en los patrones de morbilidad, aparición de enfermedades crónicas o degenerativas y discapacidades físicas, mentales o mixtas, que contribuyen a disminuir en el anciano su percepción de salud. ⁽¹⁸⁾

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria. ⁽¹⁹⁾

En la actualidad son muchas las personas que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad es el intento de

vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud, su calidad de vida (CV). ⁽²⁰⁾

Relacionado con la calidad de vida se han desarrollado múltiples conceptos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS): “la calidad de vida de cada persona estará determinada por la percepción que el individuo tiene sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio en el que confluyen elementos tales como la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales de su entorno.” ⁽¹⁾

La salud es considerada uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida, porque a la vez que la propia salud genera cierto nivel de calidad de vida, también repercute en el resto de los determinantes de la misma. Por ello, muchos autores consideran que la salud no sólo es el valor predominante, sino aglutinante de los distintos elementos integrantes de la calidad de vida ⁽²¹⁾.

En el modelo biomédico se considera que las enfermedades y el estado de salud en el paciente dependen en gran parte del estado de ánimo y los mecanismos para afrontar la enfermedad, esto es esencial en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ⁽²¹⁾, definida como “el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales, componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona, valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo por su entorno: político, social, económico, cultural y otras enfermedades”. ⁽²²⁾

El aumento de la población de 60 años y más de edad requiere de una atención especial, dada la fragilidad que la caracteriza y la aparición de enfermedades crónicas y

discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento, que demandan más atención de los servicios de salud. Esto hace que muchos de ellos precisen ayuda en lo referente al acceso a los medicamentos, disponibilidad de alimentos, asistencia social a domicilio, acceso a recreación y, en muchos casos, ayuda económica, entre otros factores. ⁽²³⁾

El hecho de que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos. ⁽²⁴⁾

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida (“Estado de bienestar”). ⁽²⁵⁾

Una de las dimensiones de la CVRS tiene que ver con el dolor que, en muchos casos, conlleva el progresivo deterioro físico que llega con la edad. Este es un síntoma predominante entre los adultos mayores, pero los estudios muestran que solo el 15 por ciento de la demanda en este sentido es satisfecha. ⁽²⁶⁾

En la medida en que el proceso de envejecimiento se desarrolla, se maximizan las probabilidades de padecer alguna enfermedad de tipo crónico-degenerativa y las enfermedades osteoarticulares y/o musculoesqueléticas se encuentran entre las que se han incrementado a nivel mundial. Se estima que este grupo de enfermedades puede llegar a ser la primera causa de gastos en salud, con aumento de prestaciones, consultas, visitas médicas, por encima incluso de enfermedades cardiovasculares y el cáncer. ⁽²⁷⁾

- Adulto mayor y dolor.

Actualmente, la Real Academia Española (RAE), define el dolor como sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, así como el sentimiento de pena o congoja; aunque la definición que en la actualidad está más aceptada es la proporcionada por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor). El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Como consecuencia de las definiciones anteriormente descritas podemos entender el dolor como una experiencia compleja, subjetiva e individual. ⁽²⁸⁾ Siendo considerado por la Asociación Americana del Dolor como el “quinto signo vital”.

Esta definición del dolor reconoce la existencia de dos componentes: uno sensorial y otro afectivo. El primero, se debe a una sensación dolorosa ocasionada por la transmisión de los impulsos lesivos por las vías nerviosas hasta el córtex cerebral. El segundo, es el que da lugar al sufrimiento asociado al dolor y, según la causa, el momento y la experiencia de la persona, puede variar ampliamente, debido a que se relaciona con múltiples factores psicológicos. En definitiva, la percepción final del dolor es consecuencia de la integración de ambos componentes: el sensorial y el afectivo, resultante de la interacción de múltiples factores: fisiológicos, genéticos, biológicos, cognitivos, afectivos, conductuales, culturales, psicológicos, sociales y familiares. ⁽²⁹⁾

En una sociedad que envejece, a pasos agigantados, parece que no queramos comprender que, probablemente, permanezcamos más tiempo en la Tercera Edad que en ninguna otra ⁽³⁰⁾. Impresiona que el dolor es entonces consecuencia directa de la edad, pero nada está más lejos de la realidad ⁽³¹⁾, es por esto que el tiempo que debe postergarse el dolor es estrictamente el tiempo necesario para detectarlo, diagnosticarlo y tratarlo. ⁽³⁰⁾

El concepto de manejo del dolor ha suscitado gran interés en la comunidad internacional en la última década, por un lado por la nueva perspectiva surgida sobre el tema, en el que se debe entender el derecho humano fundamental a no padecer dolor, y por otro lado

por la gran prevalencia del dolor junto con una alta incidencia de un tratamiento inadecuado. Así, se ha estimado que más del 80% de los pacientes con dolor moderado o intenso en todo el mundo son tratados inadecuadamente, aun cuando la ciencia tiene la capacidad de paliar esta situación. Lo que convierte al dolor, y su control, en uno de los problemas de salud pública más extendidos del mundo tanto en países desarrollados como subdesarrollados, tal y como ha sido denunciado por la Organización Mundial de la Salud ⁽³²⁾, considerándose el 17 de octubre como Día Mundial contra el Dolor.

El dolor ha sido identificado como uno de los síntomas más comunes en la consulta médica general; dentro de los problemas relacionados con el envejecimiento este síntoma está adquiriendo cada vez mayor importancia por los cambios demográficos evidentes. Sin embargo, este tema no es abordado frecuentemente por investigadores y clínicos. ⁽⁴⁾

Asimismo, las enfermedades osteomusculares son la causa más frecuente de dolores crónicos e incapacidad, que dificultan la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, si bien no son patologías con altas tasas de mortalidad, son enfermedades que inciden en el aumento de la dependencia en ancianos y que traen como consecuencia un deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen. ⁽²⁷⁾

La prevalencia del dolor puede aumentar a medida que los adultos mayores se acercan al final de la vida. También los pacientes de mayor edad a menudo tienen dolor en múltiples sitios, agravando el sufrimiento relacionado con el dolor y la discapacidad ⁽⁹⁾.

Una de las peores consecuencias que tiene el dolor persistente en el anciano es la pérdida de la independencia funcional. De hecho, el dolor es el síntoma más citado que causa discapacidad para las actividades cotidianas en el anciano. ⁽⁴⁾

La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que alguien esté sufriendo dolor y necesite un tratamiento adecuado, el dolor es siempre subjetivo; por lo que se debe tener especial cuidado en el adulto mayor con demencia. El dolor es una experiencia multifactorial, inherentemente subjetiva y en la que Intervienen muchos factores, y debe ser evaluado y tratado como tal. En él influyen el miedo y la ansiedad, variables con la edad, el sexo y la personalidad, junto con experiencias dolorosas previas y la actitud de los profesionales que asisten al proceso. ⁽³³⁾

Entre el 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor crónico, que se define como aquel que dura mucho tiempo (más de 3 a 6 meses) – aunque algunos autores refieren que debe ser de más de 6 meses de evolución- o perdura más allá del proceso de curación normal, perpetuado por factores distintos del factor causante original del dolor, no es biológicamente útil, persiste y es desproporcionado, no tiende a la curación y en él influyen factores psicológicos y ambientales ⁽³⁴⁻³⁵⁾; se localiza fundamentalmente en las principales articulaciones, espalda, piernas y pies.

El dolor crónico en este grupo etario puede mostrar presentaciones atípicas y problemas multifactoriales, comorbilidades, polifarmacia, y como resultado una mayor complejidad, donde destacan consideraciones gerontológicas, tales como sensación de sufrimiento; sumado a lo anterior, la incidencia de discapacidades y/o patologías que generan discapacidad aumenta en la medida en que las personas envejecen. ⁽³⁶⁾

Las enfermedades que más frecuentemente provocan dolor crónico son la artrosis y lumbalgias y puede estar producido por inflamación de los tejidos, deformidades articulares, lesiones intrínsecas y destrucción o isquemia de las estructuras afectadas.
^(36, 37, 38)

Los pacientes con demencia suelen referir menos quejas de dolor que las personas sin demencia, aunque también tienden a usar menos analgésicos y por tanto estar infratratados; no obstante algunos estudios muestran que los adultos mayores no

demenciados utilizan mayor cantidad de medicamentos analgésicos, por una mayor concienciación del dolor. ⁽³⁹⁾

- Dolor crónico no oncológico.

El dolor crónico no oncológico (DCNO), que constituye el objeto de estudio de esta investigación se define como: dolor cuya causa no amenaza la vida del paciente aunque provoque un importante deterioro físico y psíquico ⁽⁴⁰⁾; es el principal síntoma de un sinnúmero de enfermedades que conllevan a la afectación de la percepción de calidad de vida. ⁽⁴¹⁾

Es importante señalar que el DCNO constituye no solo una carga para quienes lo sufren y sus familiares sino que, debido a la dificultad de su manejo, constituye además una carga económica para los sistemas sanitarios (necesidad de tratamientos prolongados) y para los sistemas financieros (descenso en la productividad y ausentismo laboral). ^(42, 43)

A pesar de la magnitud del problema y del interés sanitario, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor, numerosos estudios manifiestan que este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado, existiendo un mal control por parte de los profesionales sanitarios, más concretamente de médicos, enfermeros y farmacéuticos. ^(29, 44, 45)

La situación estresante que produce el dolor crónico, mantenida en el tiempo, requiere esfuerzos adaptativos continuos por parte de la persona que lo sufre ^(29, 46); que en el caso del adulto mayor, se dificulta la adaptación por carecer en muchos de los casos de sistemas de apoyo.

Independientemente de la causa que lo origine, el dolor crónico generalmente termina siendo considerado tanto para el enfermo como para el médico, una enfermedad en sí misma; es por esto que en la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2019, la OMS, optó por incluir un nuevo sistema de categorización para el dolor crónico en la Clasificación Internacional de Enfermedades que consiste en: dolor crónico primario (no

explicable por otra causa) y dolor crónico secundario (como síntoma de una condición clínica subyacente: posquirúrgico, postraumático, entre otros). ⁽⁴⁷⁾

El dolor puede clasificarse de acuerdo a múltiples categorías ⁽¹⁵⁾:

Según su duración:

- Agudo: limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Existe una relación entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante, su evolución natural es disminuir hasta desaparecer una vez se produce la curación de la lesión subyacente.
- Crónico: ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. El dolor que se extiende más de 3 o 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica.

Según pronóstico vital del paciente:

- Dolor crónico no oncológico: no atenta contra la vida del enfermo.
- Dolor crónico oncológico: afecta al pronóstico vital del paciente.

Según su curso:

- Continuo: persistente a lo largo del día y no desaparece.
- Intermitente: presenta intervalos temporales sin dolor. Su etiología puede ser neuropática, visceral o mixta.

Según su intensidad:

- Leve: puede realizar actividades habituales.
- Moderado: interfiere con las actividades habituales.
- Severo: interfiere con el descanso.

Atendiendo a su patogenia, el dolor puede clasificarse en neuropático, nociceptivo o psicógeno. ⁽⁴⁸⁾

- Dolor neuropático: está producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Las

causas más comunes de dolor neuropático son traumatismo, inflamación, enfermedades metabólicas, infecciones (herpes zoster), tumores, toxinas y enfermedades neurológicas primarias. El dolor neuropático se caracteriza por la dificultad en su control, por la influencia de los estados emocionales sobre su empeoramiento y por no tener una respuesta importante a los tratamientos analgésicos convencionales (como los AINE o los mórficos) o, si la tiene a otros grupos terapéuticos (como los antidepresivos, antiepilépticos y anestésicos locales), la mayoría de los pacientes requieren más de un fármaco para conseguir un alivio del dolor.

- Dolor nociceptivo: este tipo de dolor es el más frecuente y se produce como resultado de la presencia de un estímulo nocivo, cuya intensidad daña o puede dañar la integridad de un tejido. El dolor nociceptivo se divide en somático y visceral: el primero, se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos; el ejemplo más frecuente es el dolor óseo. El segundo (dolor visceral), se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales; este dolor se localiza mal, es continuo y profundo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó y frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Un ejemplo lo constituye el dolor producido por metástasis.

- Dolor Psicógeno: en él interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo, siendo típica la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

De manera general, con frecuencia se acompaña de alteración del apetito, fatiga, problemas hormonales, disminución de la movilidad y trastornos del sistema inmunológico y gastrointestinal. Su tratamiento es a menudo complicado y tiene un impacto negativo en la calidad de vida del sujeto. ⁽⁴⁹⁾ Este se asocia además a la depresión, ansiedad y trastornos del sueño ⁽⁵⁰⁾, lo que explica la implicación del miedo en la transición del dolor agudo al dolor crónico, sobretudo en el adulto mayor. ⁽⁵¹⁾

El dolor crónico no posee ninguna función biológica y con frecuencia produce alteraciones físicas, emocionales y sociales que dificultan profundamente la vida del paciente. Algunos tipos de dolor crónico tienen unos patrones y características bien definidas, mientras que otros no lo tienen, siendo difícil diagnosticar su causa ^(49, 50).

El dolor crónico se encuentra entre las cinco enfermedades crónicas más frecuentes ⁽⁵²⁾. Presenta una prevalencia según diferentes estudios de un 23,4%. Es causa común de discapacidad y absentismo laboral ^(53, 54) y representa uno de los problemas sanitarios con mayor coste dentro de la sociedad, no sólo por los gastos directos inherentes (hospitalización, consultas, analíticas, pruebas diagnósticas, tratamientos farmacológicos, rehabilitación, fisioterapia, ayudas a domicilio, cuidado familiar, etc.), sino también por los gastos indirectos (baja laboral, disminución rendimiento laboral, pérdida capacidad productiva, etc.). ⁽⁵²⁾

Para su abordaje terapéutico generalmente se utilizan diferentes técnicas y modalidades de tratamiento enfocadas a la disminución de la sintomatología, ⁽⁵⁵⁾ y se le da un enfoque fundamentalmente biomédico, tratado con métodos mecanicistas lo que lleva a una mala adherencia al tratamiento y a un pobre resultado terapéutico ^(56,57).

Resulta por tanto prioritario, hallar un tratamiento efectivo para este proceso enfocado en la mejoría del dolor, la discapacidad y la calidad de vida del sujeto, tanto a corto, medio y largo plazo, y con el menor gasto posible en cuanto a recursos materiales, humanos y de tiempo. ⁽⁵⁸⁾

Una vez impuesto un tratamiento los principales resultados a obtener son: restaurar la función, reducir el dolor sin crear falsas expectativas de una supresión completa, mejorar el sueño, reducir los estados de estrés afectivo, retorno al trabajo o a las actividades cotidianas, manejo adecuado del dolor residual. ⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾

Teniendo en cuenta, además, que uno de los objetivos del tratamiento del dolor crónico, es prevenir o minimizar la discapacidad producida por el mismo, el enfoque del

tratamiento no farmacológico deberá abordar tanto aspectos psicológicos como físicos.
(62-64)

Estilo de vida:

Un estilo de vida saludable comprende el cese del consumo de tabaco, el seguimiento de una dieta adecuada, el control del peso y el mantener un nivel de actividad física acorde con la edad y la condición física, importante en todas las personas pero máxime en aquellas que presentan procesos crónicos. El ejercicio físico debe estar adaptado a las actividades de la vida diaria; tanto éste como la terapia ocupacional consiguen una mejora de la calidad de vida y de la autonomía del paciente. ⁽⁶⁰⁾

La adecuada actividad física regular de intensidad moderada, acumulando por lo menos 30 minutos casi todos los días de la semana, y el ejercicio como caminar, correr, ejercicios aeróbicos, ejercicio en bicicleta y piscina, pueden mejorar la fuerza muscular y la resistencia, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la capacidad aeróbica y la calidad de vida. Pueden reducir el dolor, la fatiga, la depresión y el peso corporal en personas con osteoartritis, así como en las personas con dolor crónico generalizado y dolor lumbar crónico. Los estudios son a menudo limitados en el tiempo y hay pocas evidencias sobre los efectos a largo plazo. ⁽⁶⁰⁾

En el caso del sueño, un descanso adecuado mejora la percepción del paciente disminuyendo su ansiedad y por lo tanto la intensidad de su dolor. ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾

Las técnicas psicológicas de tratamiento del dolor más básicas parten del intento de romper el círculo vicioso dolor-tensión-dolor. El dolor produce tensión muscular que tiende a perpetuarlo e incluso a incrementarlo. Los procedimientos de relajación consisten en la práctica regular y programada de ejercicios de contracción y relajación de grupos musculares, al mismo tiempo que el paciente concentra su atención en las sensaciones que experimenta. La práctica continuada permite diferenciar entre las sensaciones de tensión y relajación. ⁽⁶⁰⁾

El tratamiento farmacológico forma parte del plan de tratamiento multidimensional del dolor (PTI), y su objetivo es ayudar a controlar la sintomatología del dolor, mejorando la funcionalidad y por tanto la calidad de vida del paciente; para ello se puede actuar sobre distintas dianas terapéuticas, en función siempre de las circunstancias individuales del paciente y su seguridad, asumiendo que no siempre se logrará en todos los pacientes una analgesia completa. Este debe ser individual, adaptado al tipo de dolor y su intensidad. ⁽⁶¹⁾

Analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos ⁽⁶¹⁾

Son un grupo heterogéneo de compuestos con actividad antiinflamatoria, analgésica y antipirética que han sido utilizados de forma rutinaria para el alivio del dolor de intensidad leve a moderada, principalmente, en el tratamiento del dolor asociado a procesos de origen músculo-esquelético.

Pueden usarse solos o en combinación con otros analgésicos como los opioides, en dolor moderado y moderado-severo.

Componen el primer escalón terapéutico en la escala analgésica de la OMS. ⁽⁶⁵⁻⁶⁶⁾

En este grupo se recomiendan: paracetamol (carece de efecto antiinflamatorio), ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno e indometacina. ⁽⁶⁷⁾

En conclusión: se aconseja utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible, para evitar las complicaciones (digestivas, renales, cardiovasculares) y se suspenderán si no resultan eficaces para controlar el dolor. ⁽⁶⁰⁾

Opioides:

Se denominan opioides a todo el grupo de fármacos (naturales o sintéticos), capaces de aliviar o suprimir el dolor tras interactuar con los receptores opioides que se han identificado distribuidos por todo el SNC y periférico. ⁽⁶⁰⁾ Usados como fármacos de segunda línea en el dolor neuropático. Los opioides débiles, se indican ante un control insuficiente del dolor con los AINEs, y se pueden asociar a los mismos; tienen techo analgésico. Se recomiendan el tramadol y la codeína. ⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾

Los opioides potentes se usan en pacientes con dolor de moderado a intenso, o en pacientes con dolor no controlado cuyo tratamiento previo haya fracasado. La morfina es el opioide estándar. ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾

Antidepresivos

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) son usados como fármacos de primera línea en el tratamiento del dolor neuropático, fundamentalmente de intensidad leve a moderada, aunque limitados por sus efectos secundarios en ancianos. ⁽⁷⁰⁾

Fármacos antiepilépticos

- La carbamazepina: con indicación específica y de elección en neuralgia del trigémino.
- Aunque también utilizados en dolor neuropático central: lamotrigina, topiramato y cannabinoides (eficacia de alivio del dolor en esclerosis múltiple). ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾

Otros fármacos: ⁽⁷¹⁾

- Los corticoides: no tienen indicación ni se recomiendan en dolor crónico, se podrían recomendar de forma individualizada en situaciones agudas de compresión neurógena.
- Las vitaminas del grupo B: no han demostrado eficacia, no se recomienda su utilización.

Teniendo en cuenta las recomendaciones presentes en las guías y procesos consultados se proponen las siguientes directrices: ⁽⁶⁰⁾

- El paracetamol es el fármaco de elección por seguridad para el control del dolor leve-moderado en el paciente anciano
- Los AINES-COXIBs se deben emplear con precaución, debido a sus efectos secundarios (causa frecuente de iatrogenia en los ancianos) son útiles en el dolor crónico con componente inflamatorio pero se deben utilizar a la menor dosis eficaz y durante el menor tiempo posible, con gastroprotección y vigilancia de tensión arterial.
- Los ADT no se deben utilizar.
- Los tratamientos tópicos pueden ser una opción válida en el tratamiento del dolor crónico a corto plazo en el anciano por su seguridad.

- Se debe tener en cuenta el tratamiento integral del dolor, dar importancia al confort y al mantenimiento de las actividades diarias.
- El uso de opioides en ancianos puede ser seguro y eficaz para el control del dolor moderado o intenso no controlado, siguiendo unas precauciones adecuadas. ⁽⁷²⁾

OBJETIVOS

General

Caracterizar el dolor crónico no oncológico y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los adultos mayores en La Campanita, municipio Cumanayagua en el período 2019-2022.

Específicos

1. Definir variables generales y demográficas seleccionadas, prevalencia de enfermedades y dolor crónico no oncológico en los adultos mayores.
2. Describir el dolor presente en la población en estudio según algunas de sus cualidades semiológicas (localización, intensidad, factores de alivio y empeoramiento).
3. Determinar el grado de afectación en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y afectación de las actividades de la vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, para caracterizar el dolor crónico no oncológico y su influencia en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los adultos mayores en la comunidad La Campanita, del municipio Cumanayagua en el período comprendido entre el año 2020 y el 2022.

Período de estudio: de enero 2020 a septiembre de 2022.

Universo del estudio:

El universo quedó constituido por todos los adultos mayores pertenecientes a la comunidad La Campanita en el municipio Cumanayagua que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión (98 adultos mayores). Fueron descartados 8 personas por no cumplir con dichos criterios.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todos los adultos mayores de la comunidad La Campanita que estén de acuerdo en participar en la investigación y estén en pleno uso de sus capacidades mentales.

Criterios de exclusión:

- ✓ Todos los adultos mayores que padezcan enfermedades oncoproliferativas, demencia y retraso mental.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Presencia de dolor crónico no oncológico	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No	Presencia de dolor que se extiende más de 3 o 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica, pero no atenta contra la vida del enfermo ⁽¹⁵⁾	Porcentaje
Tiempo de evolución del dolor	Cualitativa ordinal	1. 3-6 meses 2. Más de 6 meses	Tiempo de evolución del dolor en relación a la fecha de aplicación de la entrevista	Porcentaje y media aritmética
Edad	Cuantitativa discreta	1. 60-69 2. 70-79 3. 80 y más	Según años cumplidos al inicio del estudio	Porcentaje y media aritmética
Sexo	Cualitativa nominal Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino	Según sexo biológico	Porcentaje
Ocupación	Cualitativa nominal	1. Jubilados 2. Ocupados 3. Desocupados	Según la ocupación al momento del estudio.	Porcentaje
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión consensual	Según estado civil al inicio del estudio	Porcentaje

Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal politómica	1. Ninguno 2. Fumador 3. Bebedor habitual 4. Otros	Según presencia de hábitos tóxicos al inicio del estudio o en los últimos 10 años	Porcentaje
Antecedentes patológicos personales	Cualitativa nominal politómica	1. Salud aparente 2. Hipertensión Arterial 3. Diabetes Mellitus Tipo 2 4. Obesidad 5. Cardiopatías 6. Enfermedades del SOMA 7. Otros	Según las enfermedades diagnosticadas antes del inicio del estudio	Porcentaje
Localización del dolor	Cualitativa nominal politómica.	1. Cabeza 2. Brazos 3. Espalda 4. Pecho 5. Piernas	Según la localización habitual del dolor	Porcentaje
Clasificación del dolor según intensidad máxima, mínima, media y en el momento de la entrevista.	Cuantitativa discreta	1. 0-3 (Dolor leve) 2. 4-7 (Moderado) 3. 8-10 (Severo)	Teniendo en cuenta la intensidad del dolor definiéndose 0 como ausencia de dolor y 10 como el peor dolor imaginable, según la escala visual analógica ⁽⁶⁰⁾ - Leve (0-3): puede realizar actividades habituales.	Porcentaje

			- Moderado (4-7): interfiere con las actividades habituales. - Severo (8-10): interfiere con el descanso. ⁽¹⁵⁾	
Factores que alivian el dolor	Cualitativa nominal politómica.	1. Calor 2. Descanso 3. Medicamentos	Teniendo en cuenta los factores que regularmente alivian el dolor, según el Cuestionario Breve del Dolor (CBD) (versión española abreviada) ⁽⁶⁰⁾	Porcentaje
Factores que empeoran el dolor	Cualitativa nominal politómica.	1. Caminar 2. Estar de pie 3. Levantar algo	Teniendo en cuenta los factores que regularmente empeoran el dolor, según el CBD. ⁽⁶⁰⁾	Porcentaje
Grado de afectación de: - Actividades en general - Estado de ánimo - Capacidad de caminar - Trabajo habitual - Relaciones con otras personas - Sueño - Disfrutar de la vida	Cuantitativa discreta	1. 0-3 (Poca afectación) 2. 4-7 (Moderada afectación) 3. 8-10 (Gran afectación)	Teniendo en cuenta el grado de afectación de dichas actividades definiéndose 0 como ninguna afectación y 10 como afectación completa de dicha actividad, según el Cuestionario Breve del Dolor (versión española abreviada) ⁽⁶⁰⁾	Porcentaje

Técnica y procedimientos:

Aspectos generales y obtención de los datos:

Una vez identificados los sujetos en el consultorio médico de familia mediante la revisión de las Historias de Salud Familiar e Individuales, se procedió a la visita en el hogar por parte de la autora de la investigación, para obtener la información sobre el dolor y la percepción de la calidad de vida.

De obtención de la información:

- Se procedió a la revisión de Historias de Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales pertenecientes al consultorio médico de familia de la comunidad La Campanita, municipio Cumanayagua, para identificar a los adultos mayores que cumplieran con los criterios para participar en el estudio.
- Revisión bibliográfica y documental: se realizó a través del servicio de Infomed, internet, libro de texto de diferentes especialidades médicas e investigaciones previas que hacen referencia al tema del dolor y la calidad de vida.
- Se aplicó el Cuestionario breve del dolor (CBD), validado en España y aplicado en el contexto cubano. ⁽⁶⁰⁾

Procedimiento:

Se solicitó a la institución la autorización para la ejecución de la investigación. Los pacientes incluidos en el estudio fueron identificados a través de la revisión de las Historias de Salud Familiar e Historias Clínicas Individuales del consultorio médico No. 21 perteneciente al policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón" de Cumanayagua. Posteriormente los pacientes fueron visitados en el domicilio por la autora de la investigación con el objetivo de obtener el consentimiento informado para ser incluidos en el estudio. (Anexo 1)

Para dar salida al objetivo 1: Se les realizó una entrevista a todos los adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión para determinar la presencia de dolor crónico no oncológico y su duración. Posteriormente, a los que refirieron dolor de más de tres meses de evolución se les aplicó el resto de las preguntas de la entrevista para

caracterizar a cada uno teniendo en cuenta sexo, edad, ocupación, estado civil, hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales, que se recogieron en un modelo de recolección de dato primario, creado para la investigación. (Anexo 2)

Para dar salida al objetivo 2: a cada paciente que refirió dolor crónico no oncológico, se le realizó una entrevista para describir minuciosamente las características clínicas del dolor teniendo en cuenta localización, intensidad máxima, mínima, media y la intensidad en el momento de la entrevista, factores que alivian y empeoran el dolor; con ayuda del Cuestionario Breve del Dolor (CBD) ⁽⁶⁰⁾ que fue abreviado (solo preguntas del 1 al 7) para que fuera más factible su aplicación en el primer nivel de atención. (Anexo 3).

Para dar salida al objetivo 3: la información sobre la afectación de las distintas esferas (actividades en general, estado de ánimo, sueño, relaciones con otras personas, capacidad para caminar, tareas domésticas, disfrutar de la vida), se obtuvo al aplicar la pregunta 13 del Cuestionario Breve del Dolor (CBD) ⁽⁶⁰⁾ (Pregunta 8 en el Anexo 3).

Procedimiento estadístico:

Los datos fueron revisados y recogidos en la base de datos por la investigadora. A cada sujeto se le asignó un número de protocolo, utilizándose este como número de identificación en la hoja de recogida de datos. El procesamiento se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.

Para el análisis de las variables cuantitativas se emplearon medidas de resumen como la media, y para las variables cualitativas se realizó distribución de frecuencias absolutas, así como el análisis porcentual de los resultados obtenidos. La representación de los resultados se realizó en tablas y gráficos.

Aspectos éticos:

Para la realización de este estudio, se cumplió con las consideraciones éticas establecidas para la realización de investigaciones con seres humanos, tales como: anonimato, confidencialidad, consentimiento y voluntariedad, así como el respeto a la

autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, a partir de la previa concertación y negociación con las personas que participaron en la misma, según los principios éticos promulgados en la Declaración de Helsinki y posteriormente en la 64ª Asamblea General en Fortaleza, Brasil en el año 2013 ⁽⁷³⁾.

Al paciente se le informó el objeto de la entrevista y se solicitó de forma verbal su confirmación de participar en el estudio, siendo informado de los riesgos y beneficios de su inclusión. Se les garantizó una atención adecuada, incluso a los que mostraron negativa de participación. Se registraron los pacientes que no aceptaron participar. El protocolo del estudio fue presentado en el Comité de Ética de Investigación del Policlínico Aracelio Rodríguez Castellón y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se describen los resultados obtenidos del estudio sobre el dolor crónico no oncológico y su influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los adultos mayores de la localidad La Campanita del municipio Cumanayagua.

Tabla 1 Prevalencia del dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Dolor Crónico y su duración n=98	No dolor	Sí dolor	
		3-6 meses	Más de 6 meses
No. de personas	32	21	45
%	32.7	21.4	45.9

En la tabla 1 se presenta la prevalencia de dolor crónico en adultos mayores donde 66 personas manifestaron tener dolor, lo que representó el 67,3% del total. De ellas, 21 personas lo refirieron con una duración de 3 a 6 meses, para un 21,4% mientras, el 45,9% refirió dolor con una duración superior a los 6 meses. (Ver Gráfico 1).

Los resultados obtenidos guardan relación con la prevalencia de dolor crónico a nivel mundial, ya que el dolor persistente o crónico es uno de los problemas más frecuentes en la tercera edad, presentándose entre el 50 y el 80% de las personas mayores ^(8, 34, 35). Está comprendida entre las 5 enfermedades crónicas más frecuentes ⁽⁵²⁾. Sin embargo, en otros estudios se estima que afecta a 1 de cada 5 adultos mayores, con una prevalencia de entre 10 y 50% ^(4,5,6).

La autora considera que a pesar de ser motivo frecuente de atenciones médicas en el primer nivel de atención, los resultados pudieron verse influenciados por la inactividad de los adultos mayores durante la pandemia de Covid -19, que limitó la movilidad de este grupo de personas.

A continuación se presentan los resultados de los sujetos que refirieron dolor crónico.

Tabla 2 Grupos etario y sexo según dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Grupo Etario n=66	F	%	M	%	Total	%
60-69	23	34.8	12	18.2	35	53.0
70-79	16	24.2	11	16.7	27	40.9
80 y más	3	4.5	1	1.5	4	6.1
Total	42	63.6	24	36.4	66	100.0

Fuente: Hoja de recopilación de datos

Como se observa en la tabla 2, el 63,6 % de los sujetos estudiados correspondió al sexo femenino y 36,4 % al sexo masculino. Al estudiar la variable edad se aprecia que predominó el grupo etario de 60 a 69 años, con 35 sujetos, para un 53.0 %, en segundo lugar el grupo de 70 a 79 años que representa el 40.9% y con menor representación el grupo de 80 y más, con el 6,1%. (Ver gráfico 2)

Esto coincide con este estudio el reportado por Pomares Avalos y colaboradores ⁽⁷⁴⁾, en Cienfuegos, al estudiar la prevalencia de dolor de espalda en consultas de Ortopedia, donde el 74,3% fue en el sexo femenino. Desde 1999, quedó identificado en España que la prevalencia de dolor crónico en adultos está presente mayoritariamente en mujeres y con tendencia a aumentar con la edad ⁽⁸⁾. Se estima una relación de 2,7 mujeres por cada hombre con dolor crónico de más de tres meses de evolución ⁽⁷⁵⁾. La mayoría de las veces, los dolores crónicos en mujeres representan porcentajes cercanos al doble que en los hombres en casi todas las tipologías. Las mujeres tienen 8,5 veces más posibilidades de padecer fibromialgias, 4 veces más posibilidades de sufrir migraña y las mismas posibilidades de sufrir angina de pecho, por ejemplo ⁽⁷⁶⁾.

En el estudio realizado por Shega JW y colaboradores ⁽⁵⁾, así como por Alvarado García y Salazar Maya ⁽⁹⁾ en 2018 sobre el dolor crónico en la vejez, se evidencia que no existe predominio de ningún grupo etario después de los 65 años; encontrándose la prevalencia por cada década entre 20-30% respectivamente.

En este estudio, la autora considera que la distribución por grupo etario está en consecuencia con las características propias de la población estudiada y no en relación con una prevalencia mayor o menor del dolor en cada grupo.

Tabla 3 Estado civil y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Estado Civil n=66	Soltero	Casado	Viudo	Unión Consensual
No. personas	4	49	10	3
%	6.1	74.2	15.2	4.5

Con relación al estado civil de los encuestados, se observa en la Tabla 3, que la mayoría refirió ser casado (74.2 %) o viudos (15.2 %). Los solteros y en unión consensual tuvieron menor representación.

La convivencia en pareja de las personas que presentan dolor crónico, modifica la forma de afrontarlo, por el componente psico-socio-familiar que lo acompaña ⁽²⁹⁾, así como por el acompañamiento de la familia ante la presencia de discapacidad asociada al dolor ⁽⁴⁾. Influyen sobre el paciente el miedo y la ansiedad, así como la actitud de familiares y de los profesionales que asisten el proceso ⁽³³⁾.

La evidencia científica apoya que, cuando la situación estresante que produce el dolor crónico perdura en el tiempo, se dificulta su alivio por carecer, en muchos de los casos, de sistemas de apoyo ^(29, 46).

La autora coincide en que el buen desarrollo de las relaciones interpersonales y la ayuda familiar de conjunto con las redes sociales de apoyo, tributan al alivio y manejo del estrés que provoca el dolor crónico.

Tabla 4 Ocupación y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Estado civil n=98	Soltero	Casado	Viudo
No. personas	6	69	18
Ocupación n=66	Jubilados	Ocupados	Desocupados
No. personas	46	16	4
%	69.7	24.2	6.1

Como se observa en la tabla 4, predominaron los jubilados con 46 adultos mayores (69.7 %), seguidos de los que realizan alguna actividad laboral con 16 sujetos (24.2 %), ya sea porque no se han jubilado o porque se hayan reincorporado; los desocupados representaron el 6.1 % del total de los encuestados.

La literatura coincide en la asociación del dolor con ciertas enfermedades profesionales relacionadas con el trabajo manual, las posturas y el tiempo empleado para la realización de actividades, especialmente frecuentes en estas edades como causa de dolor crónico están la artrosis y lumbalgias, las deformidades articulares ^(36, 37, 38) y las fibromialgias, particularmente en mujeres ^(74, 75, 76).

A criterio de la autora, las enfermedades o afecciones antes mencionadas son frecuentes en estas edades o exacerbadas por la realización de labores que requieran el uso de

fuerza, inclinación frecuente y uso de las manos como es el caso de las labores domésticas en las mujeres y las labores agrícolas menores, dado que se corresponde con una comunidad eminentemente rural.

Tabla 5 Hábitos tóxicos y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Hábitos Tóxicos n=66	Ninguno	Fumador	Bebedor Habitual	Otros
No. personas	19	31	17	12
%	28.8	47.0	25.8	18.2

En la Tabla 5 se muestra que los fumadores representaron el 47.0 %. El 28.8 % manifestó no tener hábitos tóxicos y el 25,8% refirió ingerir bebidas alcohólicas de forma habitual.

El hábito de fumar, considerado actualmente una adicción, influye sobre la degeneración de discos vertebrales que eventualmente conduce a padecer de dolor crónico de causa osteomuscular ⁽⁷⁷⁾. En tanto, la literatura científica revisada al abordar la patogenia del dolor neuropático expone que es el segundo dolor de los más frecuentes y contempla entre sus causas, la exposición prolongada a tóxicos, como lo son el alcohol y la nicotina contenida en cigarrillos ⁽⁴⁸⁾. Aunque el tabaco se encuentra muy asociado a las neoplasias y en este estudio no fueron incluidos los pacientes con enfermedades oncoproliferativas, se asocian también sus componentes con otras enfermedades que producen dolor crónico no oncológico, como son la insuficiencia venosa periférica y la angina de pecho (debido a la vasoconstricción y la inducción de un estado de hipercoagulabilidad) ⁽⁷⁸⁾.

Sobre la relación del dolor crónico y el consumo habitual de alcohol, se estima que es la neuropatía periférica su causa más común, que se presenta entre el 25 y 66% de los alcohólicos ⁽⁷⁷⁾. A consideración de la autora, aunque en el estudio fueron incluidos los

bebedores habituales, incluso sin estar diagnosticados como alcohólicos, se presume que pueden presentar algunos de los efectos dañinos del alcoholismo, según el tiempo de exposición a dicho hábito.

Tabla 6 Antecedentes patológicos personales y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Antecedentes Personales Patológicos n=66	Salud Aparente	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus Tipo 2	Obesidad	Cardiopatía Isquémica	Enfermedades SOMA	Otros
No. personas	7	34	19	15	21	24	17
%	10.6	51.5	28.8	22.7	31.8	36.4	25.8

Al analizar los antecedentes patológicos personales de la población encuestada (Tabla 6), se observa que predominó en ellos la hipertensión arterial (con el 51.5 %), seguido de las enfermedades del Sistema Osteomioarticular (SOMA), con 24 adultos mayores, para un 36.4 %, la cardiopatía isquémica (31.8 %), la Diabetes Mellitus tipo 2 (28.8 %) y la obesidad (22.7 %). Solamente, refirieron salud aparente el 10.6 %. Estos resultados se muestran en orden descendente en el Gráfico 3.

Pomares Ávalos y colaboradores ⁽⁷⁴⁾ en su estudio realizado en Cienfuegos, no encuentran relación específica entre el dolor localizado en la espalda con diagnósticos de enfermedades crónicas. La prevalencia de hipertensión arterial no muestra relación directa con la presencia de dolor crónico no oncológico, sino que está en relación con que el estudio se llevó a cabo con adultos mayores en una población de por sí envejecida, donde la enfermedad crónica con mayor prevalencia es la hipertensión arterial ^(12, 13).

En el caso de las enfermedades del SOMA, estas sí se encuentran asociadas a la presencia de dolor crónico no oncológico, ya que constituyen su primera causa ^(27, 34, 36). Son la osteoartritis y la artrosis generalizada las principales enfermedades del SOMA que ocasionan dolor crónico en el adulto mayor ⁽¹¹⁾. Con gran influencia además la fibromialgia y las lumbalgias (independientemente de la causa) ⁽⁷⁵⁾.

La cardiopatía isquémica, representada por la angina de pecho, produce dolor crónico en igual proporción de mujeres y hombres ⁽⁷⁶⁾, también asociado al hábito de fumar, este, con mayor prevalencia en hombres ⁽⁷⁸⁾.

La Diabetes Mellitus tipo 2, por su parte, responsable de dolor crónico de tipo neuropático en aquellos que ha padecido la enfermedad durante varios años, sobre todo, si existió pobre control metabólico de la enfermedad, no asociada a otro tipo de dolor crónico ⁽⁴⁸⁾.

La obesidad se presenta asociada no solo a enfermedades osteomusculares como la gonartrosis, sino también como factor que empeora la discapacidad asociada al dolor ^(17, 20).

Tabla 7 Localización del dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Localización	n=66	Cabeza	Brazos	Espalda	Pecho	Piernas
Número de personas		9	22	36	17	41
%		13.6	33.3	54.5	25.8	62.1

Fuente: Cuestionario Breve del Dolor ⁽⁶⁰⁾.

Como se observa en la Tabla 7, predominó la localización del dolor en las piernas en 41 sujetos (62.1 %) y la espalda en 36 personas (54.5 %), seguidos de los brazos (33.3 %), pecho o tórax (25.8 %) y en la cabeza (13.6 %).

La localización del dolor tiene relación directa con la causa que lo origina, pudiendo tratarse de causas locales o sistémicas, según también la patogenia del mismo ⁽⁴⁸⁾. Los dolores de las piernas, mayoritariamente referidos a las rodillas y tobillos en este estudio, se encuentran asociados a enfermedades como la artrosis y artritis ^(8, 75), enfermedades presentes en alrededor del 36% de los mayores de 60 años en Cuba ⁽¹¹⁾. Esta localización, además representada por las neuropatías periféricas (independientemente de su causa) ^(48, 77).

En segundo lugar, se encuentra la referencia al dolor de espalda, específicamente la lumbalgia, que constituye una de las causas frecuentes de dolor crónico junto a la fibromialgia ^(74, 75, 76), aunque también fueron referidas otras localizaciones como la dorsalgia (dolor en la región alta de la espalda) y la cervicalgia con menos incidencia.

Estudios publicados coinciden con la presencia de dolor en los brazos, donde se incluye, no solo el de las pequeñas articulaciones de las manos, sino también el localizado en los hombros, generalmente de causa local y asociado a traumatismos anteriores y/o procesos inflamatorios locales ⁽⁴⁸⁾.

El dolor en el pecho fue representado por la angina de pecho y la osteocondritis. La primera, aunque generalmente se presenta de forma aguda con mayor intensidad, fue referida como recurrente con duración de más de tres meses por algunos participantes del estudio. En correspondencia con otros estudios, presentó similar incidencia entre hombre y mujeres ⁽⁷⁶⁾. Por su parte, la osteocondritis se observó con mayor frecuencia en hombres y asociada a la realización de esfuerzos físicos que incluían levantar pesos ⁽⁷⁵⁾.

El dolor de cabeza, fue presentado como dolor propiamente de la cabeza (cefalea), con predominio en mujeres sobre hombres, tanto en su incidencia como en intensidad, con comportamiento similar al encontrado en otros estudios, lo que coincide con la literatura consultada ⁽⁷⁶⁾.

Es necesario aclarar que los adultos mayores, a menudo tienen dolor en múltiples sitios, agravando el sufrimiento relacionado con el dolor ⁽⁹⁾.

A criterio de la autora en este contexto, es necesario aclarar que los adultos mayores, a menudo tienen dolor en múltiples sitios, lo que agrava el sufrimiento relacionado con el dolor, y la demanda de atención médica y automedicación.

Tabla 8 Clasificación según intensidad del dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Clasificación n=66	Leve 0-3	Moderado 4-7	Severo 8-10
Máxima	17	41	8
Mínima	40	26	0
Media	23	39	4
Durante la entrevista	35	30	1

En la tabla 8 se resume la clasificación del dolor referida por los adultos mayores según la intensidad del dolor durante la última semana mediante una escala valorativa de 0 a 10, entendiéndose como 0 la ausencia de dolor y 10 el mayor dolor imaginable ⁽⁶⁰⁾. Predominó el dolor moderado en las categorías de intensidad máxima y media, con 41 y 39 encuestados respectivamente. La intensidad mínima y durante la entrevista predominaron con intensidad del dolor leve con 40 y 35. La presencia de la intensidad del dolor de forma severa, en todas las clasificaciones, es mínima. En el Gráfico 4 se muestra el promedio general presente en cada rango de las diferentes intensidades del dolor. Como se observa prevaleció el rango de dolor moderado con un promedio de 34 (51,5%), seguido del rango de dolor leve con 29 (43,9%) y el rango de dolor severo con 3 (4,6%).

En estudios revisados, se muestra que el 30-45% de los que sufren dolor crónico lo clasifican como moderado a severo, con predominio del dolor de intensidad leve, siendo la causa más común el dolor osteoarticular ⁽⁸⁾, lo que se corresponde con los hallazgos sobre la localización del dolor en los participantes del estudio.

Aunque el dolor es siempre subjetivo, es una experiencia multifactorial donde el paciente puede haber otorgado importancia también a otros factores para determinar la intensidad del mismo ⁽³³⁾. Se describe una mayor concientización del dolor en pacientes no demenciados ⁽³⁹⁾, lo que puede también influir sobre la infravaloración de la intensidad del mismo, por un mayor uso de recursos para su alivio.

Tabla 9 Factores que modifican el dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Factores n=66	Factores de alivio			Factores que empeoran		
	Calor	Descanso	Medicamentos	Caminar	Estar de pie	Levantar algo
Número de personas	13	39	55	35	48	30
%	19.7	59.1	83.3	53.0	72.7	45.5

Como se observa en la Tabla 9, los factores que más aliviaban los dolores según los encuestados son: los medicamentos (83.3 %) y el descanso (59.1 %). El calor aliviaba a un 19.7 % de los encuestados. Con respecto a los factores que empeoraban el dolor fueron: estar de pie (72.7 %), caminar (53.0 %) y levantar algo un 45.5 %.

Para el abordaje terapéutico del dolor se utilizan diferentes técnicas y modalidades de tratamiento enfocadas a la disminución de la sintomatología ⁽⁵⁵⁾ y la mejoría del dolor, la discapacidad y la calidad de vida del sujeto ⁽⁵⁸⁾.

El tratamiento farmacológico como no farmacológico forman parte del plan de tratamiento multidimensional del dolor asumiendo que no siempre se logrará en todos los pacientes una analgesia completa ⁽⁶¹⁾. Dentro de las medidas recomendadas se encuentran las representadas en la Tabla 9 y aunque se recomienda la realización de ejercicios físicos regularmente, existe evidencia de que el descanso adecuado disminuye la ansiedad y por lo tanto la intensidad del dolor ^(60, 61). El calor y otras terapias físicas, generalmente son indicadas y realizadas en combinación con otras terapias ⁽⁷⁵⁾, por lo que resulta difícil para los pacientes poder identificarlo como factor que alivia por sí solo.

Con respecto a los factores que empeoran el dolor, la mayoría de los pacientes en el estudio refirieron empeoramiento del mismo al realizar actividades como caminar, estar de pie y levantar algo. Sin embargo, la adecuada actividad física regular de intensidad moderada y ejercicios como caminar, correr, ejercicios aeróbicos, ejercicio en bicicleta y piscina, pueden mejorar la fuerza muscular, reducir el dolor, la fatiga, la depresión y el peso corporal según algunos estudios ⁽⁶⁰⁾.

En tanto, la autora considera que esto puede deberse a que se trata de pacientes adultos mayores, con limitaciones ya establecidas que realizan estas actividades sin asesoramiento por rehabilitadores o fisioterapeutas y como parte de sus quehaceres diarios, lo que le suma un componente psicológico del dolor que puede influenciar negativamente sobre la intensidad del mismo.

En la tabla 10 que se presenta a continuación, se muestra que el grado de afectación de las actividades de la vida seleccionadas fue principalmente en el rango de poca y moderada afectación, agrupando el 85.9 % de los encuestados. Como promedio, con poca afectación se identificaron: la capacidad de caminar (59,1%), el trabajo habitual (43,9%) y las relaciones con otras personas (54,5%). Con moderada afectación se identificaron 4 aspectos: actividades en general (50,0%), estado de ánimo (62,1%), el sueño (65,2%) y disfrutar de la vida (57,6%). Con gran afectación (8-10) no prevaleció ninguna de las esferas representadas.

Tabla 10 Grado de afectación actividades de la vida y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022

Aspectos de la Vida	n=66	Poca Afectación 0-3	Moderada Afectación 4-7	Gran Afectación 8- 10
Actividades en general		22	33	11
Estado de ánimo		15	41	10
Capacidad de caminar		39	20	7
Trabajo habitual		29	25	12
Relaciones con otras personas		36	21	9
Sueño		15	43	8
Disfrutar de la vida		20	38	8

El dolor crónico no oncológico ocasiona un aumento de la discapacidad y limitación en la actividad diaria. Las personas tienden a evitar actividades que causen o aumenten la severidad del dolor, lo que lleva a una disminución en los niveles de actividad en

comparación con las personas sanas ⁽⁷⁹⁾. Esto produce a su vez, afectación de la capacidad de caminar de forma regular sin experimentar dolor. De esta forma se afectan con mayor severidad, la realización de actividades en general y la capacidad para disfrutar la vida ⁽⁷⁵⁾.

Entre el sueño y el dolor existe una interrelación en la que el dolor ocasiona trastornos del sueño y los trastornos del sueño, a su vez, incrementan la intensidad del dolor ⁽⁷⁹⁾. El padecimiento de dolor crónico no oncológico se asocia con la comorbilidad de enfermedades mentales, así como elevadas tasas de ansiedad y depresión ⁽⁷⁹⁾, aspectos que influyen directamente sobre el estado de ánimo.

Con respecto a las consecuencias socio-laborales y familiares, diversos estudios han manifestado que el dolor provoca aislamiento social, disminución de las actividades de ocio y dificultades laborales. El entorno familiar también pudiera verse afectado, ya que impacta en la atmósfera familiar, su funcionamiento y la forma en que sus miembros resuelven el conflicto ⁽⁷⁹⁾.

De forma general prevaleció la afectación moderada de las distintas esferas de la vida en los pacientes que refirieron dolor crónico de causa no oncológica, resultado que coincide con el predominio de la intensidad del dolor en la categoría de moderado. Por lo que se infiere la relación directa entre intensidad del dolor y afectación de las distintas esferas de la vida que influyen sobre la percepción de calidad de vida.

CONCLUSIONES

La presencia de dolor crónico no oncológico influyó negativamente sobre la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores, afectando aspectos de la vida como la capacidad de caminar, las relaciones con otras personas, estado de ánimo y el sueño.

RECOMENDACIONES

Se propone diseñar un plan terapéutico individualizado que permita un abordaje integral en el tratamiento del dolor crónico no oncológico en el adulto mayor que modifique las causas que provocan dolor, mejoren la realización de las actividades de la vida diaria e influyan a corto y mediano plazo a elevar la percepción de calidad de vida de este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. World population ageing 2013. New York: United Nations 2018; 1-76.
2. Organización Mundial de la Salud. Mensaje por el día de las personas de la tercera edad 2019. Ginebra: OMS 2019.
3. OMS. Envejecimiento [Internet]. Washington: OMS; 2015 [citado 23 Feb 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
4. Gibson, S. IASP global year against pain in older persons: highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. Exper Rev. Neurotherapeutics 2017; 7(6): 627-635.
5. Shega JW, Tiedt AD, Grant K, Dale W. Pain measurement in the national social life, health, and aging project (NSHAP): presence, intensity, and location J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018; 69 (2): 191-197.
6. Adulto mayor y prevalencia del dolor crónico [Internet]. Santiago de Chile: Ciencia y Medicina; [Actualizado: 23-10-2019; citado: 15-02-2020]. Disponible en: <https://www.salvanet.cl/mundo-medico/noticias/adulto-mayor-y-la-prevalencia-del-dolor-cronico.html>
7. Asociación Grunenthal. Infografía de Día Mundial contra el Dolor. España. 2017.
8. Arana Dávila E, Puaque Muñoz H, Castillo González MR, Cabrera Díaz BM, Herrera Medina EM, Santos Gutiérrez K, Coloch Cujá SO. Prevalencia de dolor crónico en una población adulta del Área Rural [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017.

9. Alvarado García, AM., Salazar Maya, AM. Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. Salud Unin. 2018; 34(2): 349-362.
10. Huguet, A., McGrath, P. J., Stinson, J., Tougas, M. E., Doucette, S. Efficacy of psychological treatment for headaches: an overview of systematic reviews and analysis of potential modifiers of treatment efficacy. The Clinical Journal of Pain. 2014; 30(4), 353–369.
11. Pérez Días, R y cols. Caracterización del dolor y los estados emocionales en ancianos cubanos comunitarios con dolor osteoarticular. La Habana: Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud; 2017.
12. Dirección de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018. 2019. La Habana: Versión electrónica; 2019.
13. Departamento de Estadística de Policlínico “Aracelio Rodríguez Castellón”. Cumanayagua, Cienfuegos. 2019.
14. De Andrés, J, Acuña B, JP, Olivares S, A. Dolor en el paciente de la tercera edad. Rev Med Clin Condes. 2017; 25(4): 674-686.
15. Sánchez J, Tejedor A, Carrascal R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en atención primaria [en línea]. Madrid: Grünenthal Pharma; 2015 [citado 11 Feb 2020]; Disponible en: http://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/documentos/atencion_paciente_DCNO.pdf
16. Martínez-Pérez T, González-Aragón C, Castellón-León G, González-Aguilar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? Revista Finlay [revista en Internet]. 2018 [citado 2020 Feb 4]; 8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>.

17. Lanyau Domínguez, Y. Estado nutricional en el adulto mayor y su relación con el deterioro cognitivo y la demencia tipo Alzheimer [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2018.
18. Dueñas González, D. Calidad de vida percibida en adultos mayores en Matanzas. Primer semestre 2007 [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
19. Bayarre H, Pérez J, Menéndez J, Tamargo T, Morejón A, Díaz D, González A. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en Ancianos. Ciudad de la Habana, Camaguey, Las Tunas, Granma y Holguín. 2000-2004. Trabajo para optar por premio anual de la salud 2005. Ciudad de la Habana: ENSAP - CITED; 2005
20. Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa. Revista MH Salud R. 2016; 1 (1): 2.
21. Barrera Urrutia, J. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [Tesis]. Ambato: Facultad de Ciencias de la Salud de Ambato (Ecuador); 2017.
22. Fundación Grünenthal. [Internet] España. [citado 3 de diciembre de 2015]. Calidad de vida y dolor. Reunión de expertos. Cátedra extraordinaria del dolor Universidad de Salamanca. Salamanca 28 y 29 de septiembre de 2015. <http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/file/Reuni%C3%B3n+de+expe>
23. Álare Lauzarique, M., Rocha Rosabal, M., Bayarre Veá, H., Almenares Hernández, K. Calidad de la atención al adulto mayor en el Consultorio del Médico de la Familia. Rev Cub de Med Gen Int. 2014; 30(4): 388-401.
24. Aponte Daza, V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. 2015; 13(2): 152-182.

25. Valencia, M. I. B. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Rev Col de Anest. 2018; 40(3), 192-194.
26. Colectivo de autores. Dolor en el adulto mayor. 1ra. Bogotá: Guadalupe; 2008.
27. Poley González A, Ortega Blanco JA, Pedregal González M, Martín Azofra M, Hermosilla Camacho C, Mora Moreno F. Prevalencia de enfermedades osteoarticulares y consumo de recursos. Calidad de vida y dependencia en pacientes con artrosis. SEMERGEN-Medicina Familiar. [Internet] 2016. [Citado: 12 de febrero de 2020]; 37(9): 462-67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-prevalencia-enfermedades-osteoarticulares-consumo-recursos>
28. Alonso Peirotén, A. Valoración del dolor en el paciente geriátrico [Tesis]. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2016.
29. Uhden Layron, E. Eficacia de la Reestructuración Cognitiva en pacientes con dolor crónico no oncológico [Tesis]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2016.
30. Alonso Becerra, I. El dolor crónico en mayores institucionalizados [Tesis]. A Coruña: Universidad Pública de Navarra; 2010.
31. Álamo, C. Opioides y dolor crónico en el paciente geriátrico. Del reto al éxito. Rev Soc Esp Dolor. 2018; 7; 437-449.
32. Martínez Nicolás, I. Calidad del manejo del dolor crónico oncológico: perspectiva global, revisión de la evidencia, diseño y validación de indicadores [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2014.
33. García Herrero MA, González Alguacil E, Antúnez Segura AL. Manejo del dolor en Atención Primaria. Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 385-396.

34. Martínez Salio, A. Anamnesis del paciente con dolor neuropático. En: Sierra Catafau. Tratado de dolor neuropático. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2015; 157-167.
35. Colectivo de autores. Dolor crónico en el anciano. 1ra. Madrid: Príncipe de Vergara; 2012.
36. Rodríguez Sepúlveda, SE. Percepción de la calidad de vida en anciano con dolor crónico secundario a patología osteoarticular y musculoesquelética. GeroKomos. 2017; 28(4): 168-172.
37. Estivill, E., Pascual, M. Alteraciones del sueño y de la calidad de vida en el dolor neuropático. En Serra Catafau. Tratado de Dolor neuropático. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2017; 193-199.
38. Kessel Sardiñas, H. Dolor oncológico. Rev. Ger y Form. Madrid: Editores Médicos SA, 2014; 27-35.
39. Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kareholt I., Johnell, K. Pain treatment in elderly persons with and without Dementia. Drugs & Aging 2017; 28(4): 283-293.
40. Ángel García, D. Calidad del manejo del dolor crónico no maligno [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2017.
41. Fitzcharles DM, Lussier D, Shir Y. Management of Chronic Arthritis Pain in the Elderly. Drugs & Aging 2015; 27 (6): 471-490.
42. Kowal J, Wilson KG, McWilliams LA, Péloquin K, Duong D. Self-perceived burden in chronic pain: Relevance, prevalence and predictors. Pain. 2012; 153 (8): 1735-1741.
43. Indicadores de calidad en el manejo de la osteoartritis en adultos mayores. 2017. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2017.01346.x/pdf>.

44. González Escalada, J y cols. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación del dolor crónico no oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017. 16 (1): 9-20.
45. Landa, J. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos sobre el dolor posoperatorio. *Jano*. 2018. 10-12.
46. Moretti, L. Variables cognitivas implicadas en la experiencia del dolor crónico. *Rev Arg Cien Comp*. 2010. 2 (3): 21-29.
47. El dolor crónico [Internet]. Madrid: Grupo Saned; [actualizado 28-10-2019; citado 11-02-2020]. Disponible en: <https://elmedicointeractivo.com/el-dolor-cronico-es-una-enfermedad-en-si-misma/>
48. Snelgrove, S., Liossi, C. Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illness*. 2013; 9(4), 283–301.
49. Van Oosterwijck, J., Nijs, J., Meeus, M., Paul, L. Evidence for central sensitization in chronic whiplash: a systematic literature review. *European Journal of Pain*. 2016; 17(3), 299-312.
50. Chacón Gualán, MX. Relación entre dolor crónico no oncológico y la presencia de depresión y variables asociadas en pacientes del servicio de terapia del dolor del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas [Tesis]. Quito: Universidad de Ecuador; 2015.
51. González, AM. Dolor crónico y psicología: Actualización. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2016; 25(4): 610-617.
52. Pérez Muñoz, M. Pérez Martín, Y. Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *RIECS*. 2018; 3(1): 39-52.

53. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Fernández-Palacín F, Micó JA, Torres LM, et al. A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis. *Pain Med.* 2015; 16 (4): 811-822.
54. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castelln JRG. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ.* 2015; 14 (3):367-380.
55. American Physical Therapy Association. Description of dry needling in clinical practice: an educational resource paper. APTA. Ed. Alexandria. VA: American Physical Therapy Association; 2013.
56. Cueco RT. La Fisioterapia y el Dolor: un cambio de modelo necesario y urgente. *Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia.* 2011; 40 2: 85-86.
57. Santamaría MQ, Prez GL. Patologías atendidas en una consulta de Atención Primaria contempladas en la cartera de servicios de fisioterapia de la Comunidad de Madrid. Estudio descriptivo. *F y D.* 2016; 2 2: 4-17.
58. Pedrajas Navas JM, Molino González AM. Bases neuromédicas del dolor. *Clin Salud.* 2018; 19 3: 277-293.
59. Sociedad de Anestesiología de Chile. Recomendaciones para el manejo del dolor crónico no oncológico. 1ra. Santiago de Chile: Med; 2017.
60. Sánchez Jiménez, J., Tejedor Varillas, A., Carrascal Garrido, R. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. 1ra. Madrid: SEMG; 2017.
61. Berrocoso Martínez, A., Arriba Muñoz, L., Arcega Baraza, A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Rev Clín Med Fam.* 2018; 11(3): 154-159.

62. Moix, J., Kovacs, F. Manual del dolor. Tratamiento cognitivo del dolor crónico. 1ª Ed. Barcelona: Paidós; 2009.
63. Miró, J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. 1ª Ed. Bilbao: Desclé; 2006.
64. Rodríguez-Franco, L., Cano-García, FJ. Papel del psicólogo en el abordaje del dolor. Actualizaciones en dolor. 2011; 2(4): 279-288.
65. McAlindon, TE., Bannuru, RE., Sullivan, MC., Arden, NK., Berenbaum, F., Bierma-Zeinstra, SM. OARSI guías para el manejo no quirúrgico del dolor crónico en la osteoartritis. Osteoarthritis and Cartilage 2014; 22: 363-88.
66. Colectivo de autores. Colegio Americano de Reumatología. Recomendaciones en el uso de la terapia farmacológica y no farmacológica en la osteoartritis. Arthritis Care & Research 2012; 64(4): 465-74.
67. AEMPS. Diclofenaco y riesgo cardiovascular. Restricciones de uso. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 17 Junio 2013. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/Ni-MUH_FV_16-2013-diclofenaco.pdf.
68. Salomón D, et al. La seguridad comparativa de los opiáceos para el dolor no maligno en los adultos mayores. Arch Intern Med 2017; 170: 1979-1986.
69. Becker, W., O'Connor, P. La seguridad de los analgésicos opioides en los ancianos. Arch Intern Med 2010; 170: 1986-1988.
70. Saarto, T., Wiffen, PJ. Antidepresivos en el dolor neuropático. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2010; 81 (12): 1372-1373.

71. Roncoroni, C., Baillet, A., Durand, M., Gaudin, P., Juvin, R. Efficacy and tolerance of systemic steroids in sciatica: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2016; 50 (9): 1603-1611.
72. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I--evidence assessment. *Pain Physician*. 2016; 15 (1): 61-65.
73. OMS. 64ta Revisión de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en la 64ta Asamblea General, Fortaleza, Brasil 2013 [citado 2 marzo 2020]. Disponible en: <http://www.ub.edu/comisionbioetica/ca/documents-i-normativa>
74. Pomares Ávalos AJ, Saldívar Pérez DF, Vázquez Núñez MA. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con dolor crónico de espalda, Cienfuegos 2019. *Rev SED*. 2022; 27 (4): 240-246.
75. Acuña-Aguilar C, Fernández-Cordero A, Benavides-Lara A. Prevalencia de dolor crónico en personas adultas en Costa Rica. *Rev Ter*. 2022; 16 (1): 50-66.
76. Gil-García E y cols. Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. Ed Única. Andalucía: IAM; 2020.
77. Domínguez C y cols. Neuropatía alcohólica. *Rev Act Med*. 2018; 16 (2): 145-148.
78. Bailón-García LH, Moreno-Gómez N, Puig Altur C, Alcubierre Pueyo E, Ramírez Sabater L. El efecto del tabaquismo sobre la percepción del dolor durante extracción venosa periférica y la dificultad de acceso venoso. *Rev Car Cien Soc*. 2018.
79. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel Gálvez AM, Cabrera-León A. Consecuencias del dolor crónico no oncológico en la edad adulta. Scoping Review. *Rev Sau Púb*. 2020; 54:39.

ANEXOS

ANEXO 1. Consentimiento informado

El policlínico Aracelio Rodríguez Castellón está desarrollando una investigación científica para caracterizar la influencia del dolor crónico en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

Se le explicará de forma verbal por parte de la investigadora en qué consiste su participación, además puede consultar con otras personas su decisión de colaborar en el estudio. La duración total de la entrevista será de 30 minutos aproximadamente. Además, será necesario acceder a su historia clínica individual con la finalidad de completar alguna información sobre la atención médica recibida.

Debe saber que su participación es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar de decisión una vez que comience la entrevista, así como retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello interfiera la relación con su médico de asistencia, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

La utilización de los datos será estrictamente con fines investigativos y se utilizará con un código al cual solo tendrá acceso el investigador, se publicará de manera agregada, nunca de forma individual, garantizándose la confidencialidad y el cumplimiento del secreto profesional.

Datos del investigador: Dra. Anabel Capote Barreras.

Teléfono: 58165704

Firma del paciente: _____

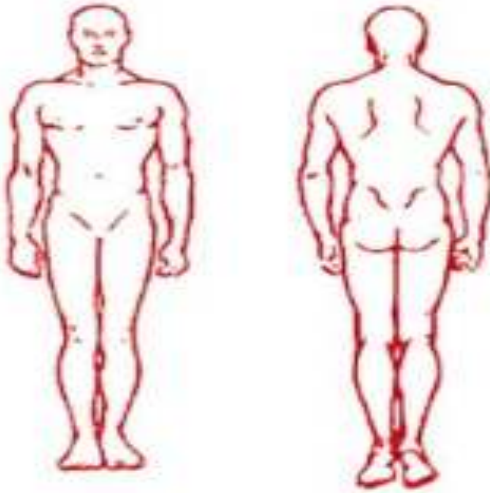
Anexo 2. Modelo de recolección de datos

Investigación para caracterizar la influencia del dolor crónico sobre la calidad de vida de los adultos mayores. Toda la información que usted emita es de carácter voluntario. Complete o marque con una X según la información que se solicita a continuación.

Nombre:		No. de encuesta:	
Dirección:		CI:	
Diga si usted presenta dolor con una duración superior a los 3 meses de evolución		☐ Sí ☐ No	
Si su respuesta fue sí, seleccione el tiempo de duración del mismo		☐ 3-6 meses ☐ Más de 6 meses	
Grupo etario en que se encuentra	☐ 60-69 ☐ 70-79 ☐ 80 y más		
Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino		
Estado conyugal	☐ Soltero/a ☐ Unión consensual ☐ Viudo/a ☐ Casado/a		
Labor/es que realizó en el último año	☐ Ama de casa o desocupado ☐ Jubilado/a ☐ Trabajador/a		
¿Consumió alguna de estas sustancias tóxicas en los últimos 10 años de forma regular?	Tabaco	☐ Sí ☐ No	
	Bebidas alcohólicas	☐ Sí ☐ No	
	Otros	☐ Sí ☐ No	
Diga si padece alguna de las siguientes enfermedades, seleccionando con una X, en caso de no padecer enfermedades, seleccione la casilla correspondiente a Ninguna.		☐ Hipertensión arterial ☐ Diabetes Mellitus tipo 2 ☐ Obesidad ☐ Cardiopatía isquémica ☐ Enfermedades del SOMA ☐ Otros ☐ Ninguna	

ANEXO 3. Cuestionario breve del dolor (BPI) abreviado (Preguntas 1-7 y 13) ⁽⁶⁰⁾

1. Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada.



2. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en la última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en la última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ¿Qué tipo de cosas le alivia el dolor?

☐ Calor ☐ Medicación ☐ Descanso

7. ¿Qué tipo de cosas le empeora el dolor?

☐ Caminar ☐ Estar de pie ☐ Levantar algo

8. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

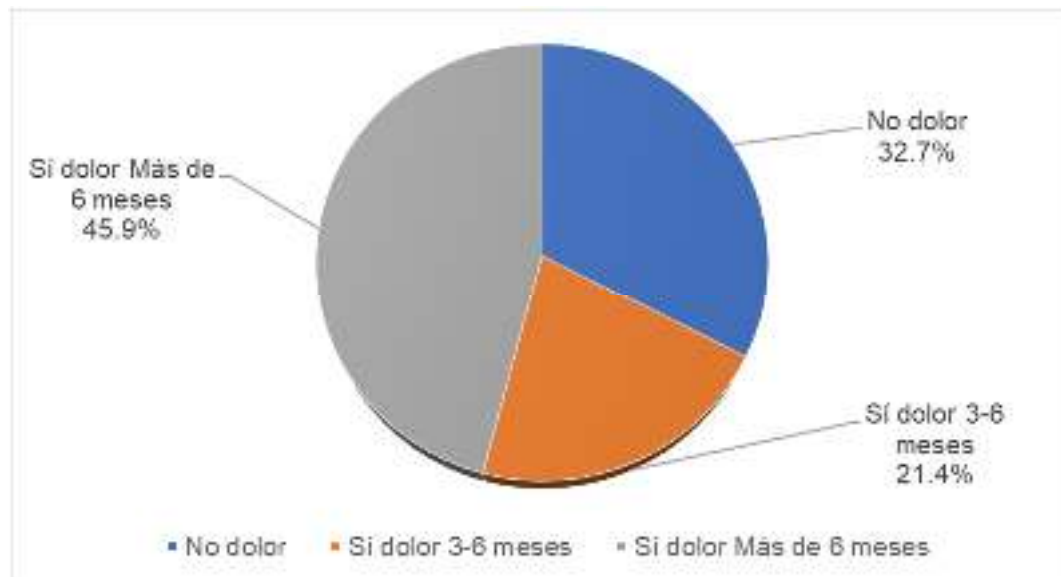
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No me ha afectado

Me ha afectado por completo

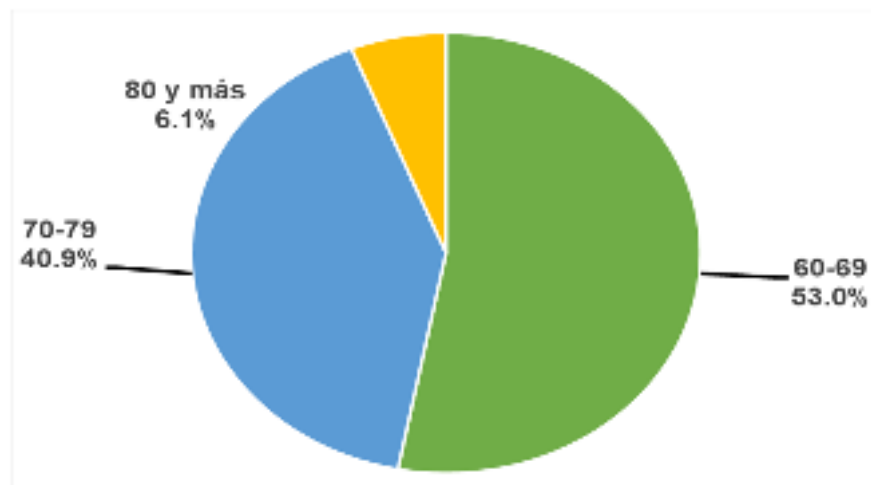
ANEXO 4. Gráficos

Gráfico 1 Presencia de dolor crónico no oncológico y su duración en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022



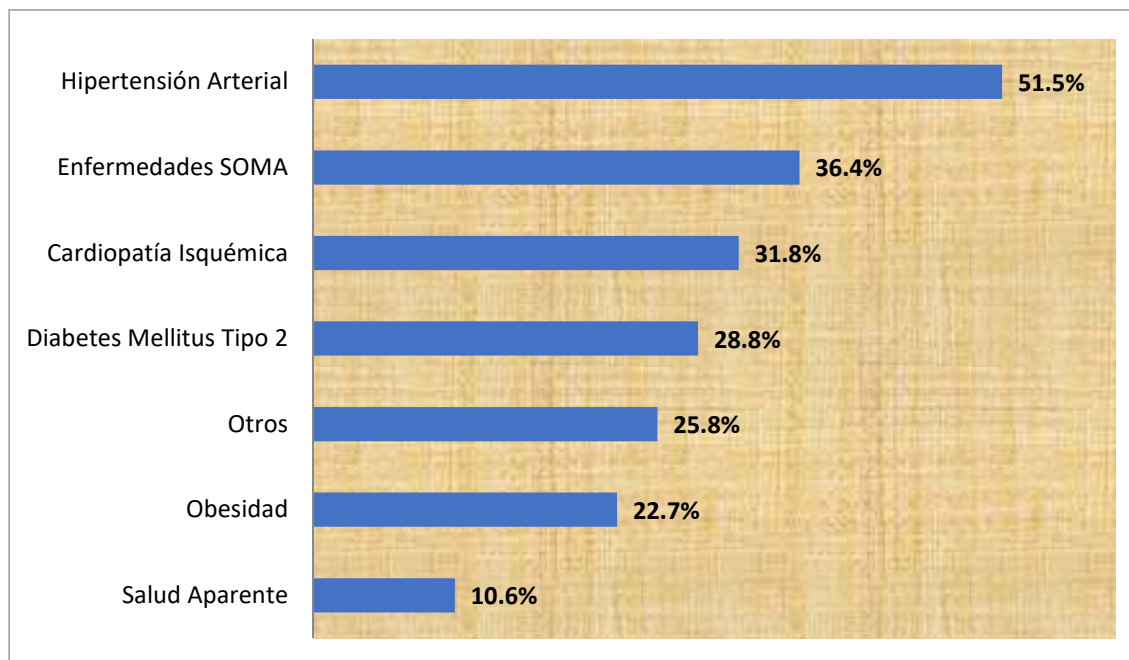
Fuente: Tabla 1.

Gráfico 2 Grupos etarios según dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022



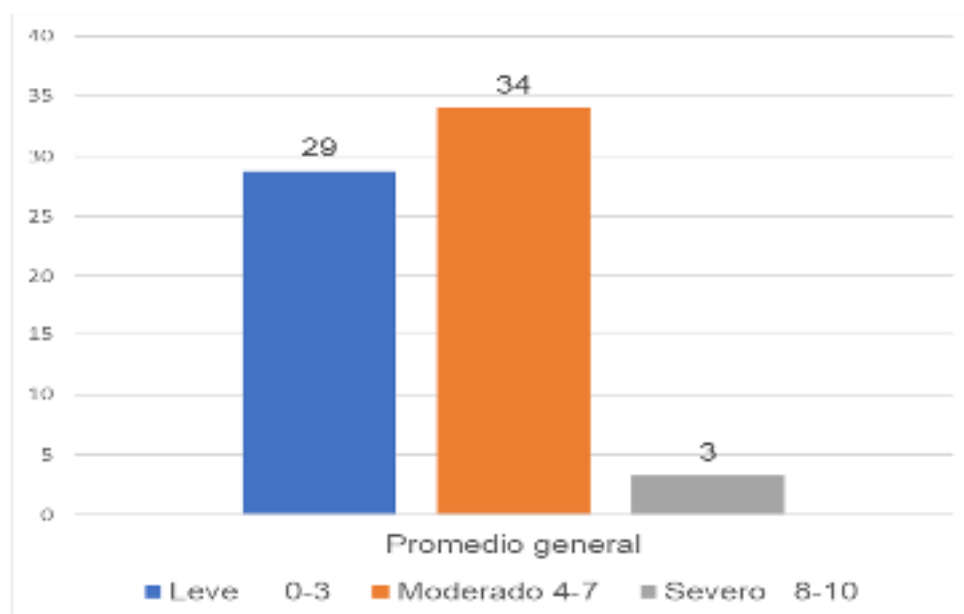
Fuente: Tabla 2.

Gráfico 3 Antecedentes patológicos personales y dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022



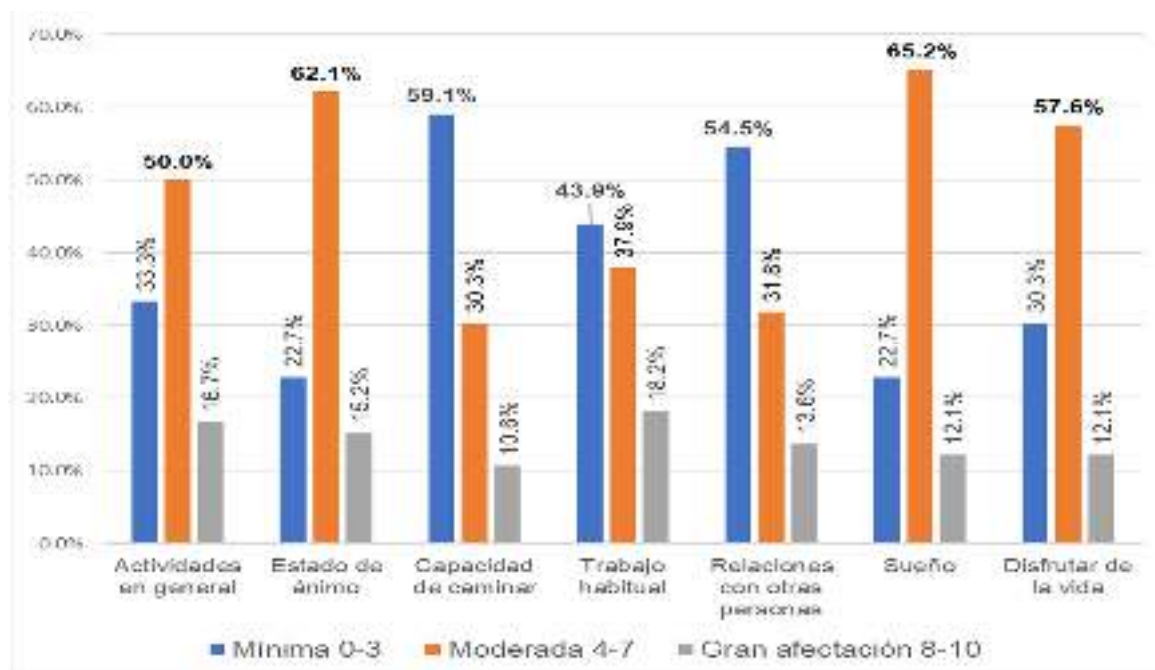
Fuente: Tabla 6.

Gráfico 4. Intensidad promedio del dolor crónico no oncológico en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022



Fuente: Tabla 8.

Gráfico 5 Dolor crónico no oncológico y afectación de aspectos de la vida en adultos mayores. La Campanita, Cumanayagua, 2020-2022



Fuente: Tabla 10.