

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO
Sede Atlántica
Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría



Trabajo Final de Carrera

Título: “Dolor crónico e independencia funcional:
análisis vincular en adultos mayores de la ciudad
de Viedma”

Alumna: Cabrera Carla Ayelen

Directora de TFC: Lic. Sanoguera Lisi

Año 2019

Agradecimientos

Quiero agradecer, en primer lugar, al Centro Medico Cadejur quienes me permitieron realizar gran parte de mi Trabajo Final de Carrera.

A mi directora de tesina, Licenciada Lisi Sanoguera por guiarme, acompañarme; por su paciencia, profesionalismo y compromiso.

A los profesores de la carrera Lic. en Kinesiología y Fisiatría de la UNRN por sus ánimos y sus conocimientos.

A mi familia y amigos, quienes me acompañaron desde el comienzo, por su motivación y sobre todo, por su cariño.

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Marco Teórico.....	5
Metodología.....	14
Resultados.....	17
Conclusiones.....	21
Referencias Bibliográficas.....	22
Anexos.....	25

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar la incidencia de dolor y su relación con dependencia funcional en adultos mayores a 65 años de la ciudad de Viedma.

El procedimiento para realizar dicha investigación fue la realización de dos encuestas utilizando la escala de Barthel para determinar el nivel de dependencia funcional y el Cuestionario de Dolor Español para encontrar el dolor crónico en una muestra intencional, la cual comprende a la persona mayor a 65 años ubicado en tiempo y espacio, y que al momento de realizarla, se encontrara en un centro médico de la ciudad de Viedma.

La metodología de la investigación tiene un enfoque cuantitativo, de diseño transversal, los instrumentos para la recolección de datos son las escalas mencionadas y con una muestra no probabilística de participantes voluntarios.

Se realizaron 270 encuestas anónimas a personas mayores de 65 años, en un centro médico, y de las cuales 77 contestaron no sentir ningún tipo de dolor y mantienen una incapacidad funcional ligera. Las 193 encuestas restantes, las personas señalaron sentir dolor y la incapacidad funcional varía según el puntaje desde ligera, moderada y grave.

Los resultados de la presente investigación demostraron que el dolor crónico provoca dependencia funcional en los adultos mayores, de modo que este tipo de dolor no permite a la persona realizar al menos sus actividades básicas de la vida diaria. En cuanto, a la localización del dolor, fue mayor en las rodillas, luego en la columna cervical y cadera.

También se evaluó la dimensión del dolor dentro del Cuestionario de Dolor en Español y la intensidad que más prevaleció fue moderada, seguida de grave y por último el leve.

INTRODUCCION

La prevalencia del dolor crónico junto a las pérdidas asociadas al envejecimiento, crean en la población mayor una serie de cambios a nivel físico, sensorial y cognitivo que provoca el deterioro de las capacidades funcionales, de hecho, una de las peores consecuencias que tiene el dolor crónico, es la pérdida de independencia funcional y es uno de los síntomas más citado que causa discapacidad para las actividades cotidianas en el adulto mayor¹.

El presente trabajo tiene como objetivo conocer y describir la relación entre dolor crónico y dependencia en adultos mayores a 65 años, valorar a través de escalas el dolor crónico y la dependencia funcional en los adultos mayores y analizar los resultados obtenidos y comprobar si existe relación entre dolor crónico y la dependencia funcional en adultos mayores. Para la evaluación del dolor se utilizó el Cuestionario de Dolor Español y para la evaluación de la dependencia funcional se utilizó el índice de Barthel.

Esta investigación se realizó en un centro médico (Cadejur) de la ciudad de Viedma, durante un periodo de un mes, de 4 horas semanales, la cual se le realizaba las encuestas a personas mayores a 65 años, y que estuvieran ubicado en tiempo y espacio y se encontraran en el lugar antes mencionado.

Las variables que se determinaron para este estudio fueron la dependencia funcional y el dolor crónico para establecer si existe relación y cómo afecta en las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores.

La importancia de estudiar este tema en particular radica en que la población de adultos mayores se ha incrementado en los últimos años, lo cual continuara durante las siguientes décadas, y que condiciona un aumento en el número de

¹ Araña Suárez S. "Trastornos musculoesqueléticos, Psicopatología y Dolor". Secretaria de Estado de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Gobierno de España. 2009/38. Página 1-14.

enfermedades asociadas a la edad. Entre las enfermedades que se encuentran en dicha población, se encuentra el dolor crónico que provoca cambios en la independencia de sus actividades de la vida diaria, generando así, limitaciones físicas para realizar tareas personales como la deambulaci3n, aumento de las caídas, y sociales lo cual puede llevar a la persona a situaciones de estr3s, depresi3n, aislamiento, ansiedad, alteraciones del sueño, cognitivas, mayor consumo de fármacos y aumento del coste sanitario. Adem3s, el cuidado del adulto mayor requiere experiencia, atenciones y cuidados personalizados, ajustados específicamente para las necesidades de cada persona, al fin de evitar su institucionalizaci3n del mismo como último momento de su vida.

MARCO TEORICO

De acuerdo la bibliografía encontrada, se determinó que los estudios realizados por Noceda, Moret y Lauzirika (2006) Díaz y Marulanda (2011) señalaron que la variable de dependencia funcional asociada al dolor, demostró que la prevalencia en la población mayor a 65 años de edad, es mayor en la mujeres, la cual avanza con el tiempo y afecta la calidad de vida.

De la misma forma, Arteaga Santacruz y Ramírez (2011), mencionan el dolor como una de las causas más frecuentes de disfuncionalidad en el adulto mayor y señalan una asociación entre el proceso de envejecimiento, presencia de enfermedades crónicas y el dolor, como un desencadenante de dependencia funcional, argumentando que se valida en su estudio, donde el 79,8% de los participantes con dependencia, refieren sufrir dolor crónico y tener un declive en las habilidades para realizar sus tareas, a tal punto de requerir ayuda de personas o de algún tipo de dispositivos como bastón, andador, etc.

Abellán, Esparza y Pérez (2011), al realizar una categorización de la población española en situación de dependencia, evidencia que este factor está asociado a ciertos problemas de salud tales como, enfermedades crónicas, degenerativas u otras condiciones, relacionadas con la presencia de dolor. De este modo, el 48,7 % de la población entrevistada manifestó dolor de espalda y articular.

En la mayoría de las ocasiones, las situaciones que originan dependencia, tienen su origen en afecciones de la salud en personas de edad avanzada (Moscoso, 2013).

La vejez es un proceso único e individual que se caracteriza por ser “natural, continúa, progresiva, universal, dinámica, irreversible, declinante, heterogénea, y hasta el momento inevitable”². Se produce a una velocidad diferente en las

² Moya Faz, F. (2012) “Envejecimiento y relaciones interpersonales” En J. López & Noriega, ¿Declive permanente en las capacidades de las personas mayores? Pág. 29-64. Madrid.

personas, de sus órganos o sistemas del cuerpo y debido a ello, dichos cambios son conocidos como cambios físicos.

Normalmente, con el envejecimiento se produce un descenso en la variabilidad y en la complejidad de los procesos fisiológicos y un aumento en la susceptibilidad a ciertas enfermedades. Los determinantes de esos cambios no son solo el simple envejecimiento de la persona y su mapa genético, sino también el medio al que está expuesto.

Los cambios fisiológicos que se producen en el anciano son los siguientes:

- ❑ Cambios cardiovasculares: La reserva miocárdica está disminuida en los ancianos. Hay un incremento de la presión arterial así como una hipertrofia ventricular izquierda. Se producen alteraciones en la musculatura endotelial conocidas como arteriosclerosis. Hay una disminución de la fracción de eyección, del gasto cardíaco y de la elastina, que puede condicionar un aumento de los procesos trombóticos. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)
- ❑ Cambios respiratorios: Se produce un aumento del gradiente alveolo capilar que condiciona una reducción de la oxigenación arterial y de la saturación de hemoglobina. Hay una disminución de la sensibilidad del centro respiratorio a la hipercapnia y a la hipoxemia. También hay un aumento de la capacidad funcional residual y de la rigidez pulmonar. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)
- ❑ Cambios metabólicos: Se produce una glomeruloesclerosis que condiciona alteraciones en el flujo plasmático renal y en el filtrado glomerular. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)
- ❑ Cambios musculoesqueléticos: Se produce una disminución y atrofia de la masa muscular, así como un aumento de la osteoporosis y osteopenia sobre todo en las mujeres. Los cartílagos articulares se deshidratan y disminuyen la cantidad de proteoglicanos, líquido sinovial y condroitin sulfato. También se producen modificaciones en el metabolismo óseo que predisponen al desarrollo de osteoporosis. Estos cambios conducen a que los adultos

mayores no puedan realizar ningún tipo de actividad regular generando más rigidez, dolores articulares, menos equilibrio y más posibilidades de caerse, produciendo más posibilidades de fracturas. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)

- ❑ Cambios en el sistema nervioso: El envejecimiento del sistema nervioso se caracteriza por una pérdida general de la sustancia neuronal. El número de neuronas periféricas también disminuye y la velocidad de conducción nerviosa está ligeramente enlentecida en los adultos mayores. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)

- ❑ Cambios psicológicos: Cualquier dolor tiene un componente psicológico asociado, tal como la ansiedad, un factor emocional más habitual en dolor crónico. La tristeza, desesperanza, pesimismo, depresión contribuyen a que la persona que se encuentre con altos niveles de ansiedad, centre su atención en las sensaciones corporales, haciendo que su grado de dolor se mantenga e incluso aumente. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)

- ❑ Cambios en la visión y audición: La visión se deteriora ya que se opacifica el cristalino, disminuye la transparencia del humor vítreo y acuoso, se endurece el iris y se adelgaza la retina. Además, disminuye la función lagrimal y se reduce la sensibilidad corneal en un 50%.
En el sistema auditivo se deshidrata el cerumen, se deteriora el sistema osicular y disminuye la producción de endolinfa y el número de neuronas en el oído interno. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)

- ❑ Cambios digestivos: Estos cambios incluyen la disminución de la secreción salival, la efectividad de la masticación y la coordinación de la deglución. Hay menor producción de ácido gástrico y en los intestinos disminuye la superficie de absorción, y aparecen trastornos de la motilidad. (Acuña, De Andrés y Olivares, 2014)

La esperanza de vida en adultos mayores ha ido aumentando, superando actualmente los 70 años (Organización Mundial de la Salud, 2015) y evidenciándose que para los años 2000 a 2050, la cifra de los habitantes mayores a 60 años se habrá duplicado, pasando del 12% al 22% alcanzando a los 2.000 millones en ese

periodo de 50 años. Así mismo, aunque algunas personas viven más tiempos y de forma saludable, en algunos países más pobres y donde se observa que las personas mayores viven más tiempo, tienen menos recursos, lo cual son más propensos a tener peor salud y acceso restringido a ella.

La OMS destaca que en que los gobiernos deben garantizar mejores sistemas de salud y de seguridad social, además de que los adultos mayores tengan una vida plenamente funcional, dentro de ambientes que faciliten el desarrollo de su potencial.

DOLOR

La elevada prevalencia del dolor en la población anciana, junto con las consecuencias deletéreas del infratratamiento del dolor producen, a un elevado costo, no solo económico, sino en lo personal, social y familiar.

Dicho esto, no es sorprendente que las personas mayores creen que el dolor es algo que hay que soportar y que es una parte inevitable del envejecimiento. Desde la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, define al dolor como aquella “experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con lesión hística real presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión”. Uno de los aspectos que también contempla este concepto de dolor son los aspectos psicológicos (ansiedad, depresión, ira, baja autoestima) y conductuales que suele verse afectado en las personas que lo padecen.

Fisiología del dolor:

De acuerdo a la definición mencionada del dolor podemos decir que además, es individual y subjetivo, y además es un mecanismo esencial de señal temprana que nos alerta de la presencia de estímulos lesivos del entorno.

Lo que sucede a continuación son una serie de eventos que ocurren luego de la lesión:

- **TRANSDUCCIÓN:** Proceso por el cual las fibras nerviosas reconocen la señal de dolor o tejido dañado. Es la conversión del estímulo nocivo en energía eléctrica a nivel nociceptivo. Este es el primer paso del proceso de dolor.
- **TRANSMISIÓN:** Proceso en el cual, el estímulo doloroso se transmite a través de dos fibras nerviosas, Fibras: A- δ (rápidas) que son las responsables del dolor inicial agudo y las Fibras C (lentas) que causan el dolor secundario, silencioso. Las células del asta dorsal son las neuronas de primer orden en el proceso del dolor, aquí la activación de las neuronas motoras puede provocar movimientos restrictivos y por lo tanto de protección (reflejos). Después de la transmisión a las neuronas de segundo orden, el estímulo doloroso se propaga a varias estructuras supra-medulares mediante el tracto espinotalámico ascendente.
- **MODULACIÓN:** La actividad neuronal puede inhibir o favorecer la transmisión del dolor. La modulación periférica del dolor ocurre a nivel nociceptivo. Diferentes sustancias pueden amortiguar o influir en el dolor en caso de tejidos dañados, tales como histamina, serotonina, acetilcolina, prostaglandinas, sustancia P. La modulación central puede tanto facilitar como inhibir el dolor.
- **PERCEPCIÓN:** Es el proceso final por el cual la transducción, transmisión y la modulación crean, en la persona la experiencia emocional y subjetiva tal como llamamos el “el dolor”.

La clasificación del dolor puede ser³:

- Según la duración:

³ Mesas Idañez, Angela (2012). “Dolor agudo y crónico, clasificación del dolor, historia clínica en las unidades de Dolor”. Hospital Universitario Vall d’Hebrón.

- Dolor agudo: De comienzo súbito, se siente inmediatamente después de la lesión y es intenso, pero generalmente de corta duración, no superando los 6 meses. Aparece a consecuencia de lesiones tisulares que estimulan los nociceptores y generalmente desaparece cuando se cura la lesión.
- Dolor crónico: Es un dolor continuo o recurrente que persiste más allá del tiempo normal de curación (mayor a 6 meses). Puede aparecer como un dolor agudo y persistir mucho tiempo o reaparecer debido a la persistencia de los estímulos nocivos o a la exacerbación repetida de una lesión. También puede aparecer y persistir en ausencia de una enfermedad o una fisiopatología identificables. El dolor crónico, no posee una función protectora, y más que un síntoma se considera una enfermedad.

➤ Según la patogénesis:

- Dolor nociceptivo: aparece mediante la activación de los nociceptores que se encuentran en los tejidos, y debido a los estímulos mecánicos, térmicos y químicos, luego se transforman en estímulo eléctrico, el cual viaja a través del sistema nervioso periférico, para luego ser traducido y modulado por el sistema nervioso central. Este tipo de dolor puede clasificarse como: Somático (áreas superficiales y profundas muy inervadas con una localización precisa del dolor como por ejemplo, piel, mucosa de boca nariz, huesos, articulaciones, músculos o tejido conectivo) o visceral: (órganos inervados difusamente con pobre localización del dolor, como órganos internos como los órganos torácicos y abdominales).
- Dolor neuropático: es causado generalmente por daño estructural y la disfunción de las neuronas del sistema nervioso central o periférico. Cualquier proceso que dañe los nervios, como las afecciones metabólicas, traumáticas, infecciosas, isquémicas, tóxicas o inmunitarias, puede ocasionar dolor neuropático. Este dolor también

puede generarse por alguna compresión nerviosa o procesamiento anormal de las señales dolorosas por el cerebro o la médula espinal.

➤ Según su relación con la amplificación:

- Leve: Es el dolor menos intenso y se pueden realizar actividades cotidianas. Puede ser menos sensible ya que a veces no es percibido por la persona y desaparece por causa de distracciones o de una correcta atención.
- Moderado: Este tipo de dolor suele interferir en la realización de las actividades cotidianas en menor medida y requiere tratamiento.
- Severo: Es el más intenso, interfiere con las actividades cotidianas y con el reposo, puede dejar incapacitante a la persona y requiere tratamiento.

DEPENDENCIA FUNCIONAL

En el año 1998 los países miembros de la Comunidad Europea adoptaron, a partir de la Recomendación N° 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia, la siguiente definición: “La dependencia es el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y / o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria”.

Esta dependencia funcional limita las actividades tales como las actividades básicas de la vida diaria, relacionadas a la capacidad del autocuidado (vestimenta, aseo, traslado, etc.) como entender y ejecutar tareas sencillas que le permitan realizar para llevar a cabo labores que le permiten vivir sin ayuda continua. Las actividades instrumentales de la vida diaria también pueden encontrarse afectadas, las cuales son más complejas y están encaminadas a posibilitar la relación con el entorno tales como el uso de los medios de transporte, preparar comida o realizar compras. Y por último, un componente fundamental, es el relacionado con la marcha y equilibrio,

factores asociado a la motricidad y que cualquiera que se haya alterado, puede llevar al anciano, a un estado de dependencia.

Este estado de dependencia puede ser desencadenante de alguna enfermedad, dolor permanente, o bien algún proceso degenerativa que al ser grave o duradero proporciona al organismo una serie de afecciones, provocando en si, la alteración del funcionamiento normal y con esto, la incapacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas.

El cuidado de la salud de los ancianos se basa en un principio fundamental del cuidado orientado a mejorar la calidad de vida, la autonomía y la dependencia de los sujetos, y cuando corresponda, un adecuado cuidado en la etapa final de la vida. Sin embargo, el estado de dependencia puede ser desencadenante de alguna enfermedad, dolor permanente, o bien de un proceso degenerativo que si persiste en el tiempo proporciona al organismo una serie de afecciones, provocando en si, la alteración del funcionamiento normal y por ende, la incapacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas de la persona.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

El estudio de calidad de vida en los adultos mayores debe incluir aspectos relacionados con esta etapa, en la cual la persona no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico, sino también al envejecimiento funcional el cual conlleva a la disminución de capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Según la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Arango y Ruiz (2010) mencionan que para el adulto mayor, hablar en términos de calidad de vida, suele vincularlo al mantenimiento de funcionalidad, cuyos componentes son la independencia y la autonomía y en caso contrario, podría generar consigo consecuencias a nivel individual, familiar y social. Sin embargo, Silva (2012) afirma que el hecho de presentar dependencia frente a alguna situación ocasiona mayor vulnerabilidad y compromete áreas de la vida de la persona, contribuyendo así, a la disminución del bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores.

METODOLOGIA

El enfoque de este trabajo fue cuantitativo pretendiendo demostrar el vínculo entre la variable de dolor crónico y dependencia funcional en los adultos mayores a 65 años de la ciudad de Viedma.

El contexto para la investigación fue en el Centro Médico de Cadejur, al cual se tuvo acceso mediante un permiso solicitado a las autoridades de esa entidad. De ese modo, las encuestas se realizaron en un periodo de treinta días, durante cuatro horas semanales.

La muestra intencional comprendió a la persona mayor a 65 años sea femenino o masculino, y que al momento de realizar la encuesta se encuentre en el centro médico de Cadejur de la ciudad de Viedma.

Las herramientas para la recolección de datos fue de dos encuestas:

Índice de Barthel (Anexo 1): es un instrumento de medición utilizado por profesionales de la salud para la valoración funcional del paciente, el cual permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez actividades básicas diarias, tales como comer, bañarse, vestirse, deambular, subir y bajar las escaleras, etc. Cada una de estas actividades se evalúa con una puntuación de quince a cero puntos, el cual se clasifica de la siguiente manera:

SEVERA	< 45 puntos
GRAVE	46 - 59 puntos
MODERADA	60 - 80 puntos
LIGERA	81 - 100 puntos

Cuestionario de Dolor Español (Anexo 2): es un cuestionario para población general con dolor agudo y crónico, y presenta varias dimensiones como en la siguiente tabla:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1 Térmica Presión constrictiva Presión puntiforme / incisiva Presión de tracción gravativa Espacial Viveza.	Temor Autonómica / vegetativa Castigo Tensión / cansancio Cólera / disgusto Pena / ansiedad	Temporal 2 Intensidad

Este cuestionario obtiene tres resultados: valor de intensidad total, valor de intensidad actual y escala visual analógica.

El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el evaluador marca uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa uno y si no marca ninguno puntúa cero. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre cero y siete. El valor de la intensidad afectiva oscila entre cero y seis. El valor de intensidad evaluativa será de 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor total de intensidad total, que comprenderá entre 0 y 14.

El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de cero a cinco puntos.

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una escala que puntúa del 1 al 10 cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el número 1 se ubica la ausencia o menor intensidad de dolor y en el número 10 la mayor intensidad. Se pide a la persona que marque el número de acuerdo a su dolor. La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.

- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Para la evaluación del dolor crónico se mide a través del valor de intensidad evaluativa, "Temporal 2". En donde sí se marca alguno de los 5 ítems, es positivo este tipo de dolor en la población que se evalúa.

El cuestionario también contiene una imagen del cuerpo humano para ubicar la localización del dolor.

Para la realización de la encuesta se le preguntó la edad a la persona la edad, la cual si contesta igual o más a 65 años, luego se le preguntaba si podía contestar unas preguntas para la realización de un trabajo de forma anónima y se les explicaba de que tema se trataban las encuestas. La mayoría de las personas accedió sin ningún problema y firmaron las encuestas como forma de consentimiento.

Las dificultades para realizar algunas encuestas fue que algunas personas no quisieron participar al momento de contestar las encuestas.

RESULTADOS

Se realizaron 270 encuestas anónimas a personas de 65 a 94 años de edad, en un centro médico de la ciudad de Viedma y los resultados fueron que 77 personas (28,5%) respondieron a las encuestas no sentir dolor y su incapacidad funcional fue ligera; y 193 personas (71,5%) contestaron sentir algún tipo de dolor y su incapacidad funcional resultó desde ligera a grave. (Gráfico 1)

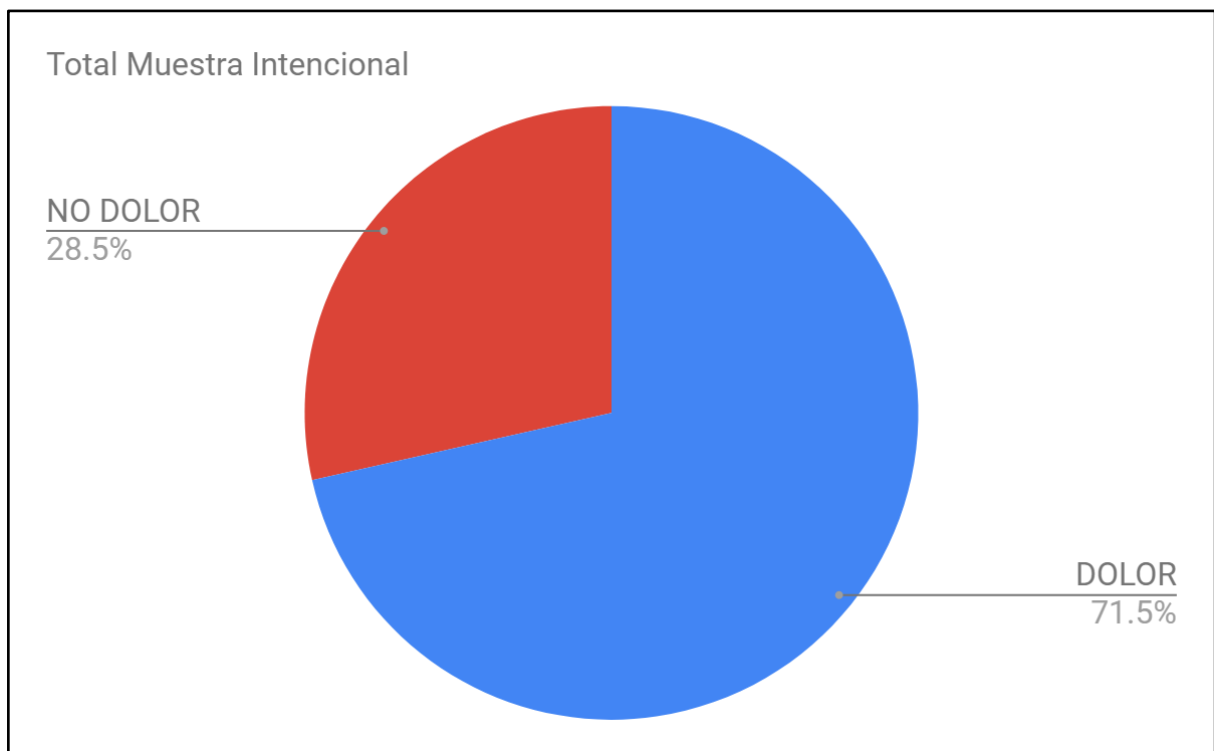


Gráfico 1: Total Muestra Intencional

El dolor fue mayor en las mujeres (62,7%) que en los hombres (37,3%) y la incapacidad funcional varió desde incapacidad funcional ligera (59,9%), moderada (33,9%) y grave (6,3%) en adultos mayores. (Gráfico 2)

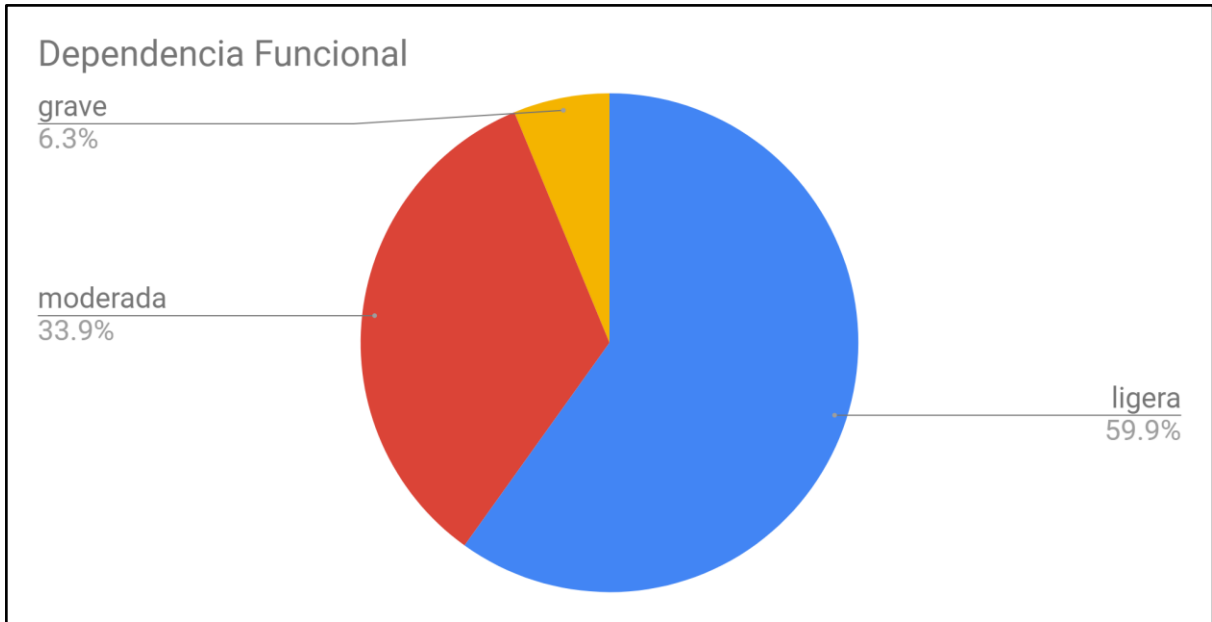


Gráfico 2: Dependencia Funcional

La incapacidad funcional ligera y moderada fue mayor en mujeres y la incapacidad funcional grave fue mayor en los hombres. (Gráfico 3)

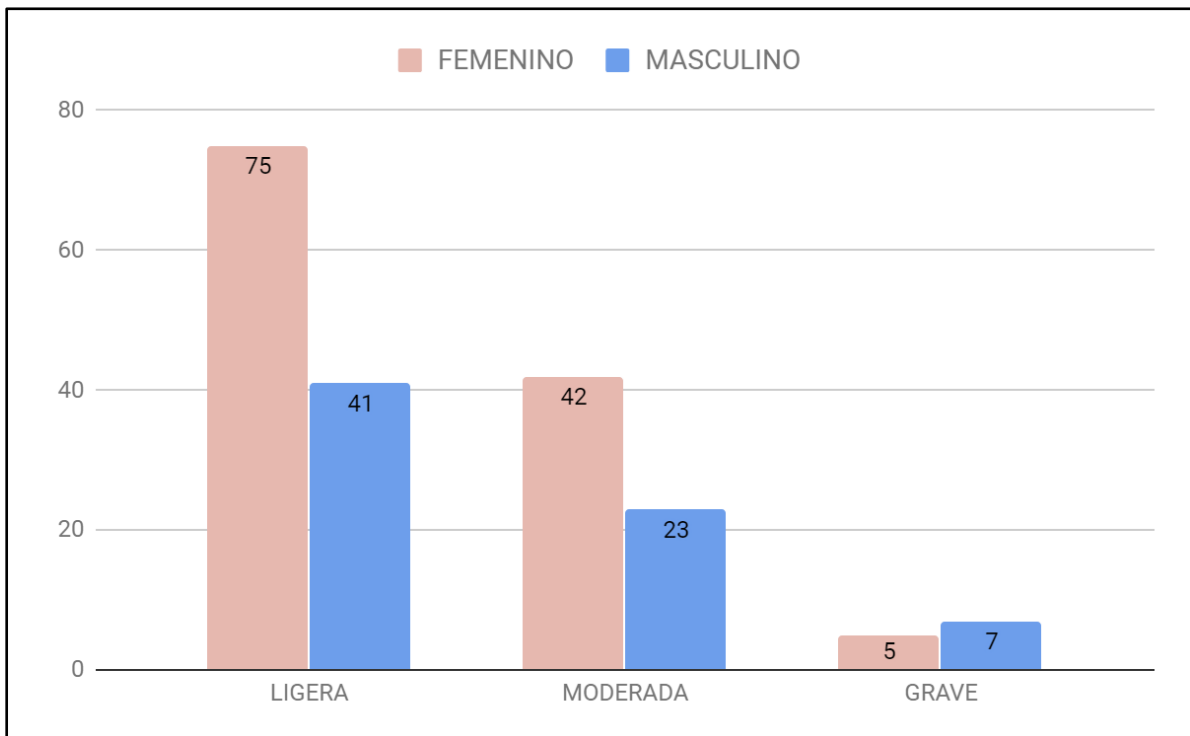


Gráfico 3: Incapacidad Funcional

El dolor que más prevalece en la zona del cuerpo es en las rodillas (31,8%), seguido por la columna cervical y cadera (13,1%) y luego por la columna lumbar (9,8%). (Gráfico 4).

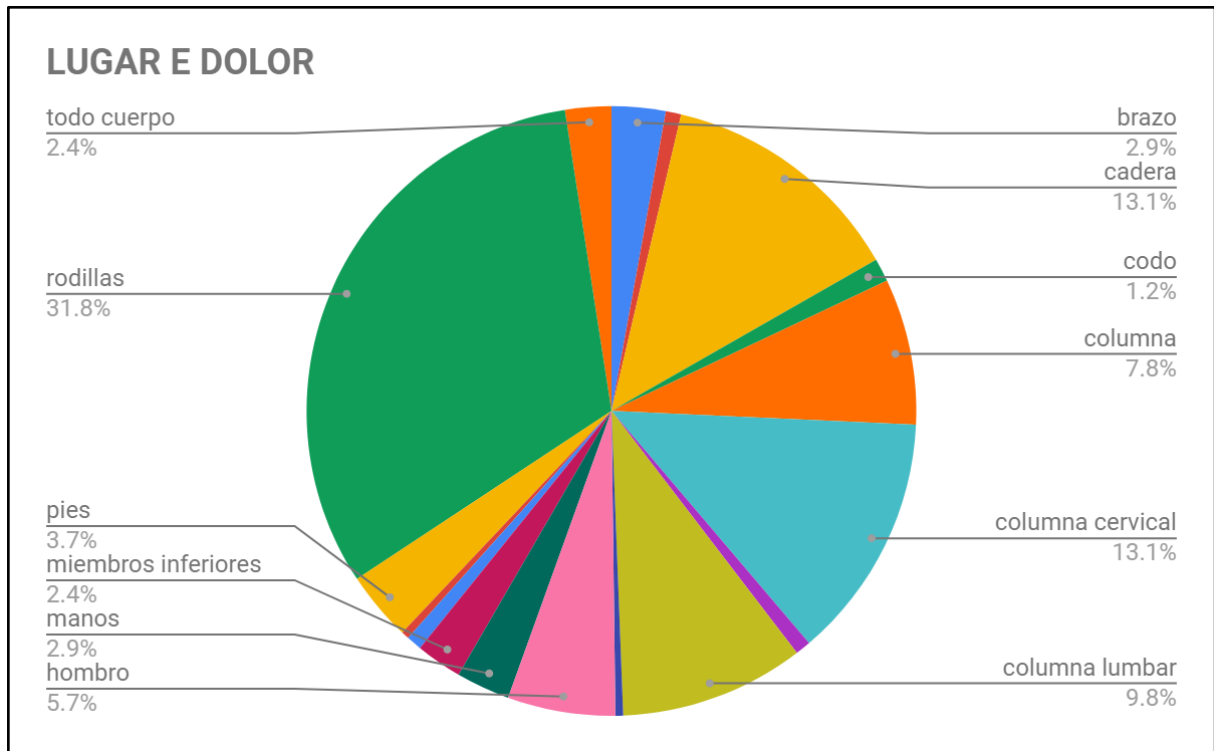


Gráfico 4: Lugar de dolor

De acuerdo a la Escala Visual Análoga (EVA), los datos que se obtuvieron fue que, el tipo de dolor que más prevaleció fue el dolor moderado, luego el dolor severo y en menor cantidad el dolor leve. (Gráfico 5)

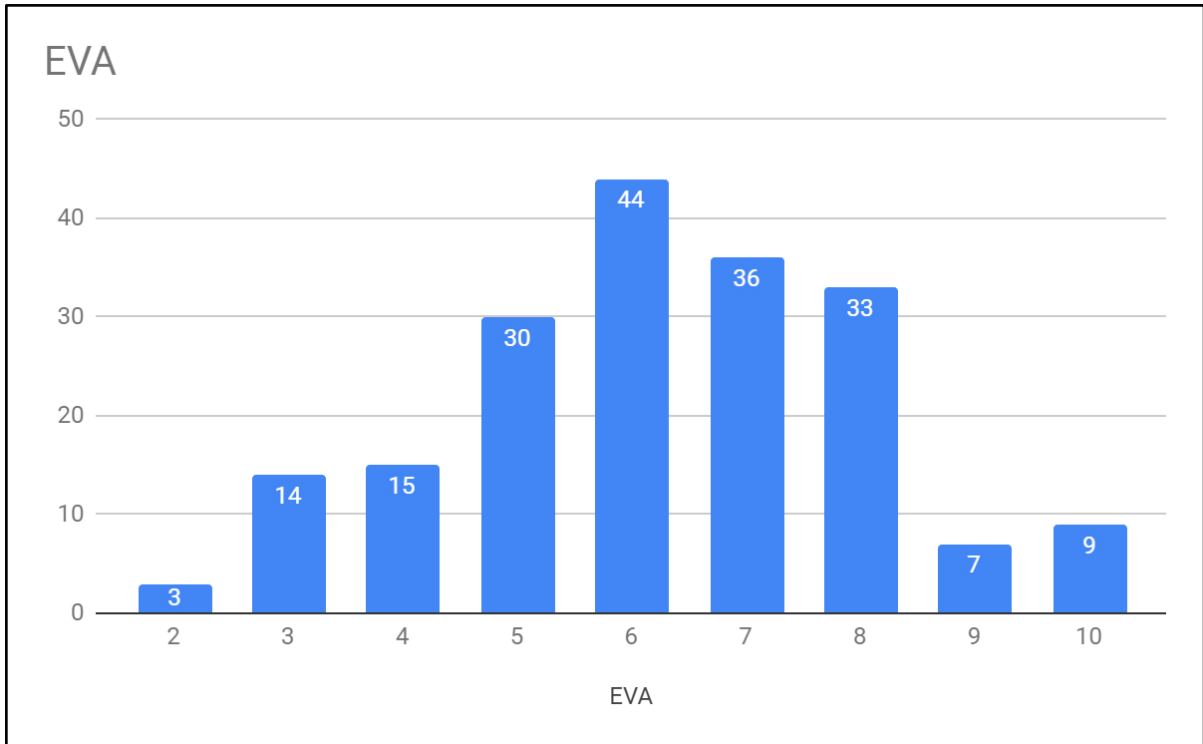


Gráfico 5: EVA

CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación, logró demostrarse que el dolor crónico sobre la independencia funcional impacta negativamente en adultos mayores de la ciudad de Viedma. Esto quiere decir que en al menos, de las 270 encuestas realizadas en un centro médico, 193 personas (71,5%) contestó tener algún tipo de dolor mientras que 77 personas (28,5%) contestaron no tener algún tipo de dolor. De acuerdo al Índice de Barthel para determinar la dependencia funcional de las personas, un 33,9 % de las personas que contestó tener algún tipo de dolor, tiene una incapacidad funcional moderada, lo cual dificulta la realización de actividades básicas de la vida diaria.

El dolor fue mayor en las mujeres que en los hombres, y la localización del dolor fue más frecuente en la zona de rodillas, seguido por la cadera y columna cervical, columna lumbar, columna en general y hombro. Por ende, el dolor es un problema frecuente en la población anciana y se asocia con un gran número de patologías diversas.

Además, las personas de la tercera edad requieren una evaluación, tratamiento y manejo del dolor de manera multidisciplinaria, ya que creen que el dolor es algo común de soportar y que es parte del envejecimiento. Esto es un problema sanitario a nivel mundial, debido a la afectación que trae consigo en la calidad de vida de la persona, así también a nivel económico, producto del costo de la atención médico-asistencial, nivel social, debido a los problemas de su entorno y psicológico tal como aislamiento, soledad y depresión.

Finalmente tal y como había sido propuesto por otros autores las situaciones que originan estados de dependencia comienzan en personas de edad avanzada. Estos estados de dependencia comienzan con afecciones asociadas al envejecimiento y prevalencia del dolor crónico. Este dolor provoca consecuencias tales como pérdida funcional, en algunos casos discapacidad para las personas y la muerte como última instancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abellán A., Esparza C. y Pérez J. “Evolución y estructura de la población en situación de dependencia”. Cuadernos de Relaciones Laborales. Volumen 29 (1). Página 93-123.
- Acuña J.P., Andrés-Aras J. y Olivares A. “Dolor en el paciente de la tercera edad” Medicina Clínica Condes. 2014. Página 674-685.
- Alaba J. y Arriola E. “Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados” Revista de la Sociedad Española del Dolor. Volumen 16 (6). Página 344-351.
- Arango, V. y Ruiz, E. “Diagnóstico de los adultos mayores en Colombia”. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticicas/Politicicas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E04080A6C0A5D1C>.
- Arteaga C.E., Santacruz J. G. y Ramírez L. J. “Evaluación del dolor músculo-esquelético en el anciano”. Acta Medica Colombia. Volumen 36 (1). Página 30-35.
- Borges Oquendo L.; González Crespo F., Rubio Olivares, D.; Rivera Martínez L. “Calidad de vida en el adulto mayor”. VARONA, núm. 61, julio-diciembre, 2015. Página 1-7.
- Barragán-Berlanga A.J., Gutiérrez-Robledo L.M. y Mejía-Arango S. “Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados”. Salud Pública de México. Volumen 49. Página 488-494.

- Carrete P., Deprati M., Rubinstein E y Zárata M. (Ed.) (2004-2007) "PROFAM: Salud en el anciano". Argentina, Buenos Aires. Editorial Del hospital Italiano de Buenos Aires. Página 11-48.
- Cerquera A. M., Delgado-Porras M. P., Matajira-Camacho Y. J. y Uribe-Rodríguez A. F. "Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor" *Perspectiva Psicológica*. Volumen 13 (1) Página 215-227.
- Cerquera-Córdoba A.M., Correa-Gómez H.V. y Uribe-Rodríguez A.F. "Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor". Universidad Pontificia Bolivariana. Volumen 20 (38). Página 398-409.
- Cervero F. y Laird J. M. "Fisiología del dolor". *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. 2da ed. Barcelona: Publicacions Permanyer. 2002. Página 9-25.
- Díaz R. y Marulanda F. "Dolor crónico nociceptivo y neuropático en población adulta de Manizales (Colombia)". *Acta Médica Colombiana*. Volumen 36 (1). Página 10-17.
- Hernández J. "Dolor en el anciano". En C. Fernández (Ed.) Editorial. Página 13-14.
- Moscoso J. "El dolor crónico en la historia". *Revista de Estudios Sociales*. Volumen 47. Página 170-176.
- Noceda J., Moret C. y Lauzirika I. "Características del dolor osteomuscular crónico en pacientes de Atención Primaria: Resultados de un centro rural y otro urbano". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Volumen 13 (5). Página 287-293.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). "10 datos sobre el envejecimiento y la salud". Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

- Real T. “Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados”. *Informes psiquiátricos*. 192 (2008). Página 163-178.
- Rodríguez J., Silva E. y Zas V. “El dolor y su manejo en los cuidados paliativos”. *Panorama Cuba y Salud*. Volumen 8 (2). Página 41-48.
- Silva J., Coelho S., Ramos T., Stackfleth R., Marques S. y Partezani R. “Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Volumen 20 (5). Página 927-934.

ANEXOS

Anexo 1: Índice de Barthel

SEXO: FEMENINO _____ MASCULINO: _____

EDAD: _____

INDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulación		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 81 - 100 puntos.	Puntuación Total:
	ASISTIDO/A	VÁLIDO/A	

Anexo 2: Cuestionario de Dolor en Español

Cuestionario de Dolor Español – CDE –

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL	VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA
Temporal 1	Temor
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible
Térmica	Autonómica / Vegetativa
<input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Que marea <input type="checkbox"/> Sofocante
Presión constrictiva	Castigo
<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Agarrotamiento <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Retortijón <input type="checkbox"/> Opresivo	<input type="checkbox"/> Que atormenta <input type="checkbox"/> Mortificante <input type="checkbox"/> Violento
Presión puntiforme / incisiva	Tensión / Cansancio
<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Extenuante <input type="checkbox"/> Agotador <input type="checkbox"/> Incapacitante
Presión de tracción gravativa	Cólera / Disgusto
<input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Tirante <input type="checkbox"/> Como un desgarro <input type="checkbox"/> Tenso	<input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume
Espacial	Pena / Ansiedad
<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> Que se irradia <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Profundo	<input type="checkbox"/> Deprimente <input type="checkbox"/> Agobiante <input type="checkbox"/> Que angustia <input type="checkbox"/> Que obsesiona <input type="checkbox"/> Desesperante
Viveza	VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Como agujetas <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Como una corriente	Temporal 2
	<input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Persistente
VALOR INTENSIDAD ACTUAL	
Intensidad	
<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Insoportable	



Escala visual analógica

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Sin dolor

Dolor insoportable