



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**AREA BIOLÓGICA
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**“INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN DIFERENTES
INSTITUCIONES DEL CANTÓN LOJA”**

*Tesis previa a la obtención
del título de: Médico*

AUTORAS:

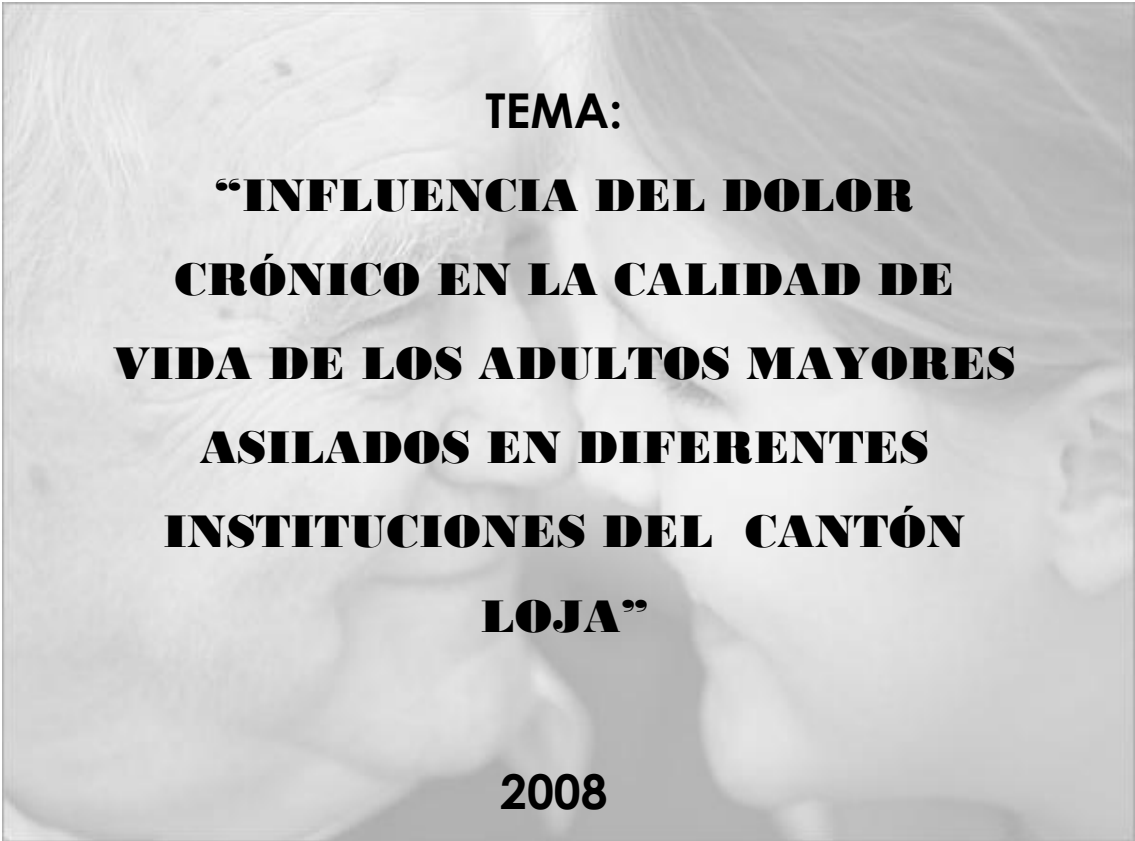
Patricia Maricela Cuenca Rosillo.

Blanca Irene Escobar Chamba.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Patricia González Granda

**LOJA – ECUADOR
2008**



TEMA:
**“INFLUENCIA DEL DOLOR
CRÓNICO EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
ASILADOS EN DIFERENTES
INSTITUCIONES DEL CANTÓN
LOJA”**

2008

1. CERTIFICACIÓN:

Doctora
Patricia González
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido el trabajo de investigación titulado: "**INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN DIFERENTES INSTITUCIONES DEL CANTÓN LOJA**", elaborado por las estudiantes: Patricia M. Cuenca R. y Blanca I. Escobar Ch, y que luego de las correcciones respectivas autorizo su presentación para la defensa y disertación del mismo.

Loja, 3 de Octubre de 2008.

Dra. Patricia González G.
DIRECTORA DE TESIS

2. AUTORIA:

Todos los conceptos, opiniones, discusiones, resultados y conclusiones que constan en el presente trabajo investigativo, son de responsabilidad exclusiva de las autoras

.....
Patricia Maricela Cuenca Rosillo.

.....
Blanca Irene Escobar Chamba.

3. DEDICATORIA:

El vigente trabajo está dedicado a mis padres (Merlinda y Manuel) por apoyarme en una manera incondicional, a mi hija (Angye) por ser mi alegría e inspiración, a mis hermanos, sobrinos y familiares y sobre todo a los adultos mayores de los asilos de nuestra localidad, que nos colaboraron para la realización.

Patricia

El presente Trabajo va dedicado con amor y mucho cariño a mis queridos padres (Florentino y Carmita) por su apoyo incondicional que me han brindado durante el curso de esta carrera. A mi hermana (Mercedes) por la lealtad y cariño que siempre me ha demostrado. A la memoria inolvidable de mi hermana (Tatiana) y mi primo (Jorge), porque siempre me alentaron para seguir y culminar con felicidad mis estudios. Y a todas las personas que me han ayudado para la realización exitosa de este proyecto.

Blanca

4. AGRADECIMIENTO:

Nuestros sinceros agradecimientos a: la Universidad Técnica Particular de Loja, a la Escuela de Medicina y los docentes que la conforman, especialmente la Doctora Patricia González, por guiarnos en nuestro trabajo con responsabilidad; de igual manera al grupo del PAAM (Programa de Asistencia al Adulto Mayor) y a todos aquellos que colaboraron para la feliz realización de este trabajo. Al personal y personas asiladas en el Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez", "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso" por abrirnos sus puertas para efectuar nuestro tema de investigación.

LAS AUTORAS

5. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS

Nosotras: Patricia M Cuenca R. y Blanca I Escobar Ch. declaramos conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

.....
Patricia M. Cuenca R.
Tesista.

.....
Blanca I. Escobar Ch.
Tesista.

.....
Dra. Patricia González G.
DIRECTORA DE TESIS

6. INDICE:

CONTENIDOS	PAG.
PORTADA	
LOMO	
1. CERTIFICACIÓN.	
2. AUTORÍA.	
3. DEDICATORIA.	
4. AGRADECIMIENTO.	
5. CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS.	
6. INDICE DE CONTENIDOS.	
7. RESUMEN.	
8. INTRODUCCIÓN.	
9. OBJETIVOS.	
10. METODOLOGIA	
11. DESARROLLO DE LA TESIS.	
1. <u>CAPÍTULO I. EL ADULTO MAYOR.</u>	
1.1 ADULTOS MAYORES.	
1.2. PARA LA OMS.	
1.3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.	
1.4. POLÍTICAS DE ACCIÓN SEGÚN OMS.	
1.5. LA EVOLUCIÓN DEL ADULTO MAYOR.	
1.5.1. EL ADULTO MAYOR FRÁGIL.	
2. <u>CAPÍTULO II. DOLOR CRÓNICO.</u>	
2.1. CONCEPTOS.	
2.2. CLASIFICACION DEL DOLOR.	
2.2.1. MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS.	
2.2.2. POR SU TEMPORALIDAD O CRONOLOGÍA.	
2.3. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR.	
2.4. PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES.	
2.5. FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES.	
2.6. AFRONTAMIENTO AL DOLOR.	
2.7. DOLOR CRÓNICO.	
2.8. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE DOLOR CRÓNICO EN EL ADULTO MAYOR.	
2.9. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES.	
2.9.1. Contenidos de la evaluación.	
3. <u>CAPÍTULO III. CALIDAD DE VIDA EN GERIATRIA.</u>	
3.1 INTRODUCCIÓN.	
3.2 DEFINICIÓN.	
3.3 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA.	
3.4 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA.	
3.5. MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA.	
3.5.1. ESCALA DE PLUTCHIK PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.	

- 3.5.2 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA.
- 3.5.3 VALORACIÓN AFECTIVA.
- 3.5.4 TEST DE CALIDAD DE VIDA: ESPIDITEST.
- 3.5.5 MÉTODOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO.
- 3.5.6 HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA DEL DOLOR DEL PACIENTE.
- 3.5.7 RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.
- 3.6. CALIDAD DE VIDA EN LA ANCIANIDAD.
- 3.7. COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES.

4. CAPÍTULO IV. OPCIONES TERAPEUTICAS:

- 4.1. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR.
 - 4.1.1. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS.
 - 4.1.2. RACIONALIZACIÓN DE LA FARMACOLOGÍA.
- 4.2. OPCIONES TERAPÉUTICAS NO FARMACOLÓGICAS.
 - 4.2.1. MEDIDAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.
- 4.3. OTRAS OPCIONES TERAPEÚTICAS.
 - 4.3.1. RELAJACIÓN.
 - 4.3.1.1. CÓMO USAR LA RELAJACIÓN.
 - 4.3.2. CONCENTRACIÓN VISUAL Y MASAJE RÍTMICO.
 - 4.3.3. CREACIÓN DE IMÁGENES MENTALES.
 - 4.3.3.1. CÓMO USAR LA CREACIÓN DE IMÁGENES MENTALES.
 - 4.3.4. DISTRACCIÓN.
 - 4.3.4.1. CÓMO USAR LA DISTRACCIÓN.
 - 4.3.5. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS.
 - 4.3.6. PSICOTERAPIA.
 - 4.3.7. TERAPIA FÍSICA.
 - 4.3.8. EJERCICIO FÍSICO.
 - 4.3.9. TERAPIA OCUPACIONAL.
 - 4.3.10. TERAPIA FAMILIAR.

- 12. RESULTADOS.**
- 13. CONCLUSIONES.**
- 14. RECOMENDACIONES.**
- 15. BIBLIOGRAFÍA.**
- 16. ANEXOS.**

7. RESUMEN:

El tema de investigación: "influencia del dolor crónico en la calidad de vida de los adultos mayores asilados en diferentes instituciones del cantón Loja"

Cuyo objetivo es: Determinar si el dolor crónico es el causante del deterioro de la calidad de vida del adulto mayor asilado, mediante un estudio prospectivo que nos permita aportar con un sistema de elección de opciones terapéuticas eficientes que puedan mejorar la Calidad de Vida de esta población.

Para la presente investigación se utilizó el método: descriptivo y de análisis, en el Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez" de Loja, "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" situado en Ceibopamba y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso" localizado en la parroquia Landangui de la parroquia Malacatos, instituciones para asilo de adultos mayores donde previa autorización se aplicó a cada una de las personas que cumplieron los criterios de inclusión una hoja de recolección de datos donde se realizó una evaluación biomédica, psicológica, funcional, de la esfera cognoscitiva y social, el test de calidad de vida del paciente con dolor y una historia clínica del dolor.

Se encontraron los siguientes resultados: el 87.87% de los adultos mayores presentan patologías preexistentes de los cuales el 69.69% manifiestan dolor entre moderado a severo y el 12.12% no manifiestan patologías de los cuales 6.06% presenta dolor moderado. El 17,5% presentan dolor agudo y el 82,5% presentan dolor crónico de los cuales el 72.72% refiere dolor de tipo reumático y en el 54.54% presentan un patrón constante y el 45.45% intermitente, la intensidad del dolor en el 57.57% es severo y el carácter del dolor en el 48.48% es sordo. De la población de los adultos mayores los que refirieron dolor agudo es el 17.50% de los cuales 5% presenta una mejor calidad de vida y el 4% presenta peor calidad de vida a diferencia del 82.50% que refirieron dolor crónico de los cuales el 20.00% presenta una mejor calidad de vida y el 40.00% de ellos presenta un peor nivel de calidad de vida.

Con lo que concluimos que el dolor crónico en los adultos mayores asilados influye negativamente en la calidad de vida ya que el 40% de ellos presentaron el peor nivel de calidad de vida.

8. INTRODUCCIÓN

El paciente anciano se caracteriza por la alta frecuencia de morbilidad, la presentación atípica de enfermedades, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social.

Estas características, junto con el envejecimiento progresivo de la población, abogan por especialidades médicas específicas y respaldan el desarrollo de una atención especializada.¹

En la sociedad actual debido a que la familia ha dejado de funcionar como un núcleo integrador, ha creado espacios indiferenciados para el cuidado de los ancianos dejándolos al abandono, desolación y soledad, al no ser incluidos dentro de la familia, siendo ellos el pilar fundamental para lograr una mejor integración en la sociedad, el cual cada día se va devaluando y en nuestro país la realidad del adulto mayor se vuelve más crítica, ya que las políticas gubernamentales no desarrollan proyectos que protejan a este grupo vulnerable de la sociedad.

El dolor en el anciano no debe ser un tema sesgado, dentro de la problemática que plantea la experiencia dolorosa. Por el contrario debe ser integrador, ya que incorpora al tema a una población que queda en los extremos de la "normalidad" que va desde los 18 a los 65 años.

El dolor es la afección que más afecta la dignidad humana y que en mayor medida desequilibra el estado psicofísico-sociocultural de la persona, con un gran potencial de discapacidad, y que aqueja en cualquier período de la vida (neonatos-gerontes).

El adulto mayor por su condición social, económica, hemodinámica, rinde una baja productividad, convirtiéndose en una carga para la familia y la sociedad. De esta manera se lo cohibe en su desarrollo intelectual y subestiman sus destrezas.

¹ COLLDEFORS V. J, presidente de la hermandad de veteranos de las fuerzas armadas. Ponencia 3: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. NIVELES.

En muchas familias de los países tercer mundistas, al adulto mayor por su dependencia física, social o psíquica, lo internan en centros gerontológicos, para facilitar su vida laboral, negándosele de esta manera su autonomía.

Y en nuestro país estos centros cuentan con poca ayuda del Gobierno Nacional, sometiéndolos a un mayor sufrimiento por las enormes necesidades que padecen estos centros, además con el abandono de sus familiares, siendo olvidados por completo a pesar que presentan múltiples dolencias, que se quedan sin resolver, por no tener una atención adecuada.

La prevalencia del dolor persistente se incrementa con la edad. El incremento en la cuantía y la frecuencia de aparición del dolor por patología articular degenerativa y daño neurológico son situaciones habituales de percibir. La mayoría de los ancianos padecen de severas patologías dolorosas crónicas.

Para muchas de las condiciones dolorosas crónicas que acompañan habitualmente al envejecimiento, el único tratamiento disponible es el control del dolor y los cuidados paliativos.

A pesar que la queja primordial, siempre es la misma: DOLOR, la terapéutica no será la misma, ya que dependerá del tipo de algia: nociceptiva o no-nociceptiva, debido a que ambas responden, por lo general a tratamientos disímiles. En cualquiera de los casos la terapéutica, debe ser titulada y evaluada individualmente. (Atención personalizada).

El más alto índice de enfermedades crónicas, entre ellas el dolor neuropático, y la necesidad de la asistencia para el diario vivir, que caracteriza a esta población, puede colmar y quebrar muchos de los sistemas de salud. Los síndromes dolorosos son muy comunes en los ancianos, aunque tiende a decrecer, levemente, entre los más ancianos.

La artritis, el cáncer y muchos otros síndromes dolorosos son más comunes en los adultos mayores, y la prevalencia del dolor se incrementa con la edad, aunque la comunicación de las algias tiende a disminuir.

El dolor no aliviado, puede complicar más los síndromes conocidos de inestabilidad, incontinencia y confusión, lo que perturba en gran medida la funcionalidad del adulto mayor.

Sin embargo, el control del dolor en el adulto mayor es frecuentemente inadecuado. El dolor persistente interfiere con la funcionalidad, incrementa el sufrimiento y disminuye la calidad de vida.

La mejora en las técnicas de detección, evaluación y tratamiento del dolor crónico, puede optimizar los cuidados provistos al paciente anciano brindando alivio y confort.

La población anciana representa el segmento de más rápido crecimiento de la población mundial, y la que consume la mayor parte de los recursos económicos en muchos países. (Ferrell 1996)

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos indican que la población del adulto mayor ha aumentado significativamente en el siglo XX. En el año 1980, sólo el 4,1% de la población mundial tenía 65 años o más, mientras que en 1990, pasó a representar el 11.3% de la población, con un crecimiento del 27.6%.

Actualmente un ocho por ciento de la población es mayor de 60 años. Entre el año 2000 y el 2010, la región agregará un millón de adultos mayores al año y en el período 2015-2025, se estima que el crecimiento se acelerará a dos millones por año.²

La población en América Latina: (Reuters 20.46 GMT; Washington; 30 Enero) envejecerá dramáticamente en el próximo cuarto de siglo, lo que amenaza con llevar al límite los servicios médicos y sociales de los países de la región, advirtió la Organización Panamericana de la Salud. (OPS)

² *Dra. Myriam Acuña Mourin. Médica Farmacóloga (Universidad Mayor del Uruguay). Médica Anestesióloga (Universidad Mayor del Uruguay. Pie. de la Asociación Uruguaya para el Estudio del dolor. Council de la IASP. DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL ANCIANO.*

En un estudio realizado en un instituto de cuidados crónicos, el 66% de los pacientes encuestados padecían dolor crónico, pero solamente había sido detectado y tratado por el médico tratante en el 24% de los casos.

En vista de la realidad en la que se encuentran sumergidos nuestros ancianos, con el fin de conocer y profundizar la importancia de la asistencia del adulto mayor, para hacer de la tercera edad una etapa de plenitud y realización y no de abandono e incapacidad, dada la importancia y el poco conocimiento de esta temática; nos hemos propuesto realizar esta investigación, y así mismo cumpliendo con uno de los requisitos para nuestra graduación.

A nivel de cuantiosos estudios, se está trabajando sobre la importancia del dolor y calidad de vida del adulto mayor: entre ellos contamos con publicaciones de la OMS, (Organización Mundial de la Salud); Revistas Geriátricas, Clínicas de Norte América, y muchos más los cuales están detallados en la revisión Bibliográfica.

En virtud de que la Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la Dirección General de Misiones Universitarias, en conjunto con Estudiantes de Medicina, Estudiantes de Psicología, Estudiantes de Arte y diseño, UDIA Profesionales de la Salud y voluntarios ha emprendido en el desarrollo del PAAM (Programa de Asistencia al Adulto Mayor), con la finalidad de conseguir que los adultos mayores se sientan atendidos de forma digna e íntegra, y así adquieran el protagonismo que les corresponde en nuestra sociedad a través del trabajo interdisciplinario con distintos CITES de la Universidad Técnica Particular de Loja, hemos creído conveniente realizar la presente investigación "INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN DIFERENTES INSTITUCIONES DEL CANTÓN LOJA" que contribuirá a fortalecer dicho programa, tomando en cuenta el siguiente enunciado:

**TERAPIA ADECUADA EN EL MOMENTO PRECISO
MINIMIZANDO LOS RIESGOS E INCREMENTANDO LA
CAPACIDAD FUNCIONAL.**

Este trabajo esta dividido en capítulos donde se abarca al ADULTO MAYOR, el DOLOR CRÓNICO, la CALIDAD DE VIDA EN GERIATRIA y OPCIONES TERAPEUTICAS tanto farmacológicas como no farmacológicas.

Luego se representaran los resultados en tablas estadísticas con los cuáles llegaremos a las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Además hemos elaborado una guía práctica para los adultos mayores con dolor crónico que brindara con métodos sencillos y económicos la posibilidad de paliar el dolor y mejorar su calidad de vida.

9. OBJETIVOS

9.1. Objetivo General:

- Determinar si el dolor crónico es el causante del deterioro de la calidad de vida del adulto mayor asilado, mediante un estudio prospectivo que nos permita aportar con un sistema de elección de opciones terapéuticas eficientes que puedan mejorar la Calidad de Vida de esta población.

9.2. Objetivos Específicos:

- 1.** Estudiar la influencia del nivel socioeconómico, familiar, edad, sexo y patologías preexistentes en la presencia de dolor crónico en los adultos mayores asilados en el Cantón Loja.
- 2.** Describir el tipo y características del dolor crónico que padecen los adultos mayores asilados en el Cantón Loja.
- 3.** Determinar de que manera afecta la presencia de dolor crónico en la calidad de vida del adulto mayor asilado.
- 4.** Investigar opciones terapéuticas no farmacológicas paliativas para manejar el dolor crónico presente en esta población.

10. METODOLOGÍA:

TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación se desarrollará mediante la aplicación de un estudio prospectivo, descriptivo y de análisis, en el Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez", "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso"; y con el razonamiento del mismo intentamos determinar cuáles son las principales causas del dolor y su incidencia en la calidad de vida, además cual sería su posible tratamiento para aliviar en cierto grado el dolor de los adultos mayores.

POBLACIÓN A INVESTIGAR:

El Universo incluye a todos los adultos mayores de las instituciones: Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez", ubicado en la ciudad de Loja; "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" situado en el sector Ceibopamba perteneciente a la parroquia Malacatos; y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso" localizado en el barrio de Landanguí de la parroquia de Malacatos.

MUESTRA:

Incluye el total de ancianos que habitan en estas instituciones.

PROCEDIMIENTOS

Este proyecto se realizará durante los meses Febrero a Julio del 2007.

Se llegará al total de la población mediante la evaluación clínica general encaminada a determinar el dolor crónico presente en esta población e incluso una evaluación del tipo de alimentación y posibilidades de realizar terapias grupales con los ancianos y con una entrevista elaborada específicamente para la investigación, donde se determinará la incidencia del dolor, tipos, la presencia de patología que produce dolor, tiempo de evolución, tratamiento recibido y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores asilados y

hospitalizados en las instituciones ya mencionadas, de esta manera se podrá determinar las necesidades de asistencia de estas poblaciones y servirá como base para futuras investigaciones en esta población.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas de 60 años y más.
- De sexo femenino y masculino.
- Asilados en las instituciones mencionadas durante los meses Febrero a Julio del 2007.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que padecen enfermedades psiquiátricas, neurológicas y degenerativas como: delirio, demencia, ACV y cualquier enfermedad mental que altere su capacidad cognoscitiva.
- Personas sordomudas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con los datos recolectados realizaremos tabulación y análisis de las Historias clínicas y encuestas de los adultos mayores asilados en el Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez", "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso". Se utilizará tabulación de forma manual y en programas de computación, programa Microsoft office Excel, Microsoft office Access, Epi-Info y según el curso de la investigación se incluirán otros programas necesarios.

Se representarán los resultados en tablas y gráficos estadísticos en porcentajes, promedios y desviación estándar; con una explicación detallada de los mismos.

Para cumplir con el último objetivo luego de una revisión bibliográfica exhaustiva diseñaremos un programa de tratamiento del dolor crónico y paliativo encaminado a mejorar la calidad de vida en esta población.

CAPITULO I

EL ADULTO MAYOR

1.1. ADULTOS MAYORES:

El envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos que tiene la humanidad, al entrar en el siglo XXI el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales en todos los países.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que: Podemos envejecer con dignidad si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de "envejecimiento activo" que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad.

Los cambios demográficos producidos en el Ecuador, en razón de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, de natalidad, fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, obliga a reflexionar sobre el cambio de perfil epidemiológico en la población, la misma que va aumentando a partir de 65 y más años, por tanto el fenómeno del envejecimiento, tanto en el ámbito individual como poblacional, es un tema que ha sido tratado en foros mundiales en los cuales se ha dado directrices y políticas, que constituyen valiosos insumos técnicos para nuestro país.

La población total en el Ecuador, según el censo de INEC del 2001 es de 13.755.680 habitantes. Para el año 2005 la población de los adultos mayores, proyectada es de 752.154 que representa el (5.46%). Para el año 2010 se estima que llegara a 896.407 habitantes.

1.2. PARA LA OMS:

En Países desarrollados la etapa de vida en el Adulto Mayor comienza a partir de los 65 años. En Países en desarrollo comienza a partir de los 60 años.

La ONU, a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores".

1.3. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

Se define según OMS (2002), como "el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen".

1.4. POLÍTICAS DE ACCIÓN SEGÚN OMS.

Para un Envejecimiento Activo se requiere:

- 1) Reducir factores de riesgo asociados a enfermedades e incrementar los de protección de la salud a través de hábitos saludables y ejercicio físico.
- 2) Promover los factores de protección del funcionamiento cognitivo.
- 3) Promover la participación psicosocial.

1.5. LA EVOLUCIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Las actividades de la vida diaria entre los mayores de 60 años se consideran básicas y cuando las dificultades se combinan entre sí crean problemas muy graves: el 50% tiene algún déficit, y el 15% es absolutamente incapaz de realizarlas y precisa ayuda total. A partir de los 85 años sólo el 50% de la población puede valerse por sí mismo.

La esperanza de vida se está acercando a la esperanza teórica de máxima supervivencia, con una calidad y vida activa muy buena, pero un problema adicional se está presentando: la aparición del adulto mayor frágil.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud ha definido como adultos mayores frágiles a los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "Gigantes de la Geriátrica" o las Cinco "I": Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro Intelectual y la Iatrogenia

Maestro Castelblanque y Albert Cuñat relacionan la fragilidad con una mayor necesidad y riesgo de utilizar recursos sociales y sanitarios, institucionalización, deterioro de la calidad de vida y muerte".

Otros la definen como un estado fisiológico que induce a un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes debido a la disminución de las reservas fisiológicas, e incluso a la desregulación de múltiples sistemas fisiológicos.

Existen otras definiciones de fragilidad mucho más operacionales que consideran determinadas reglas o criterios resultantes de investigaciones u observaciones concretas.

Hasta la fecha no existe consenso sobre los instrumentos que se deben aplicar por el médico para detectar este estado.

Los diferentes criterios de fragilidad han sido agrupados por algunos autores de la siguiente manera:

1.5.1. EL ADULTO MAYOR FRÁGIL:

- **Criterios médicos:**

- Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.
- Presencia de síndromes geriátricos.
- Caídas a repetición.
- Mala salud autopercebida.
- Polifarmacia definida como consumo de tres o más fármacos, consumo de sedantes.
- Ingreso hospitalario reciente o repetido.
- Visitas domiciliarias con frecuencia superior a una vez al mes.

- **Criterios funcionales:**

- Dificultad para la deambulaci3n y la movilizaci3n.
- Dependencia para la realizaci3n de actividades b3sicas de la vida diaria (ABVD).
- Dificultad para la realizaci3n de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- **Criterios mentales:**

- Deterioro cognitivo.
- Depresión.

- **Criterios socio demográfico:**

- Vivir solo.
- Viudez reciente.
- Edad superior a 80 años.
- Género femenino.
- Escasos ingresos económicos.
- Nivel de instrucción bajo.
- Presencia o ausencia de cuidador.
- Estrés del cuidador.

CAPITULO II

DOLOR CRÓNICO EN GERIATRIA.

2.1. CONCEPTOS:

El dolor “según la International Association for the Study of Pain (IASP)” es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.³

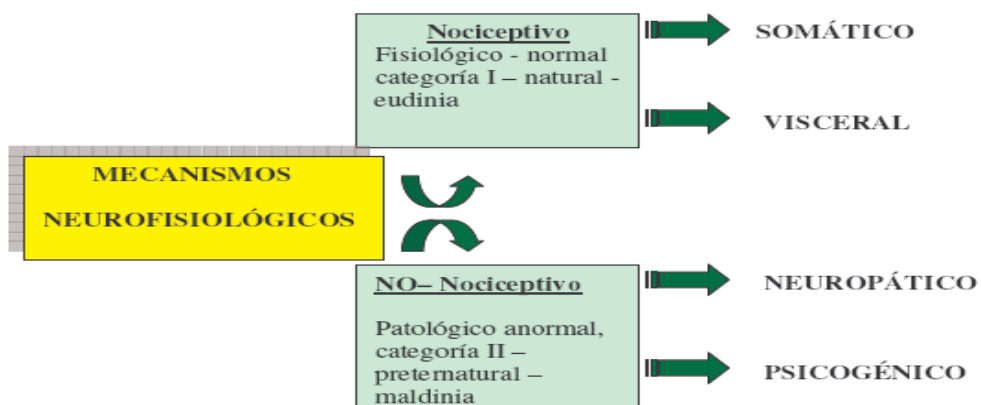
“Pocas cosa de las que hace un médico son más importantes que aliviar el dolor”⁴.

2.2. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

El éxito terapéutico en el tratamiento del dolor se basa en un adecuado diagnóstico, por lo tanto es positivo conocer, por lo menos, dos de las clasificaciones más relevantes.

De acuerdo a:

- _ Mecanismos neurofisiológicos
- _ Su temporalidad o cronología.



³ IASP Asociación Internacional para el estudio del dolor, 1979

⁴ Angell, 1982

2.2.1. MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS:

Nociceptivo: es mediado por nociceptores extensamente distribuidos. (Térmicos, químicos y mecanotérmicos). Responde, en general, a los analgésicos opioides y NO opioides. (Dolor postoperatorio, postraumático, óseo, cólico visceral, etc.

No nociceptivo: originado por daño o disfunción del SN. (Neuropatía postherpética, neuralgia del trigémino, plexopatía, etc. Responde de manera irregular a los analgésicos opioides y NO opioides, y positivamente a ciertos coanalgésicos.

2.2.2. POR SU TEMPORALIDAD O CRONOLOGÍA:

Se basa en el tiempo en que cursan los síntomas y que se clasifican en agudo o crónico.

Agudo: está relacionado temporalmente a la injuria y se resuelve durante un período apropiado de sanación.

Crónico: es el que persiste por más de tres a seis meses (arbitrario) o que supera el período habitual de Sanación.

2.3. FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR:

En muchos casos, un dolor agudo tratado inadecuadamente es la causa de la aparición de dolor crónico. Para conocer los procesos que conducen al dolor crónico, se deben entender los mecanismos que participan en su inicio, transmisión y procesamiento.

La lesión tisular activa los receptores del dolor, denominados “nociceptores” (transducción), que transmiten el estímulo doloroso al asta dorsal de la Medula Espinal a través de fibras nerviosas aferentes (transmisión). En la medula espinal, el impulso doloroso alcanza las motoneuronas provocando una respuesta refleja, como la retirada de un miembro (modulación), antes de que se perciba el dolor de forma conciente. Además, las fibras nerviosas aferentes sinaptan con las segundas neuronas y el estímulo doloroso se transmite a diversas estructuras supraespinales, alcanzando la corteza, donde el estímulo se percibe como dolor

(percepción). Diversos reflejos supraespinales inducen la liberación de hormonas de estrés que aumentan la frecuencia cardiaca y respiratoria del paciente.

2.4. PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES:

Para determinar en qué medida la experiencia de dolor es diferente en las personas mayores respecto de las jóvenes, se deben repasar los datos procedentes tanto de estudios sobre dolor experimental, aquel producido en laboratorio, como clínico, aquel secundario a una patología aguda o un proceso crónico.

Por otra parte, existe evidencia de una actitud más conservadora en la persona mayor a la hora de etiquetar como doloroso un estímulo, si bien esta actitud no da cuenta de todas las diferencias observadas entre jóvenes y mayores. Para explicar estas diferencias se han propuesto distintos mecanismos, como un enlentecimiento del procesamiento de la información dolorosa (Gibson, Corban y Helme, 1991) o la existencia de factores psicológicos como la ansiedad o una "actitud de cautela" en la explicación de las diferencias en la percepción de dolor entre jóvenes y mayores (Harkins, Price y Martelli, 1986).

Por otro lado, diversos trabajos han centrado su interés en la determinación de diferencias debidas a la edad en la intensidad y cualidad del dolor clínico, tanto de carácter agudo como crónico. Tomados en conjunto, estos trabajos señalan una menor aparición de sintomatología dolorosa asociada a cuadros patológicos agudos en las personas mayores, así como diferencias cualitativas, en el dolor agudo postquirúrgico y en el dolor crónico. En las personas mayores el dolor agudo, cuando es informado, es probable que tenga una presentación atípica de modo que algunas condiciones patológicas de cierta gravedad pueden producir en la persona mayor sólo cambios comportamentales tales como confusión o agitación, o síntomas inespecíficos como fatiga o anorexia (Ambepitiya, Iyengar y Roberts, 1993).

En cuanto a los estudios epidemiológicos, mientras algunos señalan un aumento en la frecuencia del dolor según avanza la edad, otros indican un descenso en la frecuencia del dolor asociado a la edad.

Distintos trabajos informan de menores frecuencias de dolor en las personas mayores en cefaleas, dolor cervical, dolor de espalda, dolor en pecho y estómago, dolor dental y dolor muscular, siendo la excepción a esta regla el dolor de tipo articular, para el que se encuentran frecuencias más elevadas en la población mayor (Bijlsma, 2002).

2.5. FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA EXPERIENCIA DE DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES:

Dado su carácter multidimensional, la experiencia de dolor se ve afectada tanto por la interacción de los factores cognitivos, afectivos y sensitivos de dicha experiencia como por otros factores psicológicos y contextuales.

Distintos estudios demuestran que los factores psicológicos son mejores predictores de distintas medidas de adaptación al dolor que la magnitud del daño patofisiológico o la intensidad de dolor (Murphy et al, 1999). El modo como el individuo afronte el dolor, determinados tipos de creencias y factores como el estado de ánimo o el estrés pueden modificar la experiencia de dolor en todas sus dimensiones.

2.6. AFRONTAMIENTO AL DOLOR:

En cuanto a las diferencias en el uso de distintas estrategias de afrontamiento entre jóvenes y mayores, si bien algunos trabajos señalan una menor utilización de estrategias cognitivas en las personas de más edad (Sorkin, Rudy, Hanlon, Turk y Stieg, 1990) otros trabajos no encuentran diferencia alguna en el tipo y frecuencia de las estrategias utilizadas (Williamson y Schulz, 1995).

Respecto al papel del afrontamiento en la experiencia de dolor, un estilo de afrontamiento pasivo se relaciona con mayor intensidad de dolor, peor ajuste psicológico, ansiedad, depresión, baja autoestima y peor funcionamiento físico (Turner, Jensen y Romano, 2000). Un estilo de afrontamiento activo se relaciona con menor intensidad de dolor y mejor ajuste emocional (Brown, Nicassio y Waltson, 1989).

Algunos autores sugieren que en las personas mayores y en circunstancias especiales, donde el evento a afrontar es incontrolable, la utilización de estrategias activas basadas en la solución del problema es a menudo inefectiva, y un estilo de afrontamiento pasivo y centrado en la emoción puede resultar beneficioso (Melding, 1995). En este sentido, algunos trabajos han puesto de manifiesto que estrategias como la negación del dolor, tradicionalmente considerada inadaptativa, resultan adaptativas en el caso de las personas mayores (López, 2005).

En cuanto al estudio de las estrategias concretas de afrontamiento, una de las estrategias más estudiadas es la utilización de reacciones catastrofistas ante el dolor, que se relaciona con mayor discapacidad funcional, altos niveles de intensidad de dolor, mayores tasas de problemas psicológicos y peores resultados tras el tratamiento (Jensen, Turner y Romano, 2001). Otra estrategia que ha demostrado ser poco adaptativa es la estrategia de rezo (Turner, Dworkin, Mancl, Huggins y Truelove, 2001). Estrategias adaptativas parecen ser el uso de la distracción cuyo uso se ha vinculado mayor bienestar psicológico y menor intensidad de dolor e interferencia en las actividades cotidianas (Turner et al, 2001) y el empleo de autoafirmaciones positivas que se relaciona con menor depresión y menor malestar psicológico (Turner, Jensen, Warms y Cardenas, 2002).

Para otras estrategias los resultados de los estudios son poco concluyentes, resultando adaptativas en ocasiones y poco adaptativas en otras. Tal es el caso de la estrategia de reinterpretación de la sensación dolorosa (por otra sensación menos agresiva) para la que se ha encontrado relación con un mayor malestar psicológico en algunos trabajos (Turner et al, 2002), si bien otros estudios no hallan relación alguna entre esta estrategia y la adaptación emocional ni funcional (Turner et al, 2001). Para la estrategia de ignorar el dolor los resultados son también poco concluyentes. Algunos trabajos relacionan su utilización con menor discapacidad y menor depresión (López, 2005; Turner et al, 2000) mientras otros lo asocian a mayor malestar psicológico y no encuentra asociación alguna con la discapacidad (Turner et al, 2002).

2.7. DOLOR CRÓNICO:

El dolor crónico, es un problema para el paciente y no debe ser subestimado: representa un reto terapéutico especial para el médico. Si el dolor crónico no se trata adecuadamente, el paciente está expuesto a un periodo prolongado de sufrimiento y, en muchos casos, a complicaciones adicionales.

A menudo, los pacientes permanecen cada vez más inactivos, lo que conduce al aislamiento social y puede conducir a depresión: se reduce considerablemente su autoestima y se puede producir un abuso de analgésicos.

El dolor crónico agota al paciente, físico, psicológica y socialmente. El éxito terapéutico sólo se puede alcanzar con planteamientos multimodales (tratamiento farmacológico, fisioterapia, tratamiento psicológico y procedimientos para superar el dolor y la disfunción).

2.8. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE DOLOR CRÓNICO EN EL ADULTO MAYOR:

El dolor crónico no es una consecuencia del envejecimiento, físico o psicológico: el origen del dolor está en la patología. La experiencia del dolor y su descripción en los adultos mayores no es menos importante que la de las personas más jóvenes y tiene que ser valorada de la misma manera. El dolor experimentado por los adultos mayores no está todavía resuelto.

Los mecanismos fisiológicos que generan estímulos nocivos en el sistema nervioso central y periférico están sujetos a cambios y la variabilidad de respuesta es conocida en medicina geriátrica.

Son más vulnerables que los jóvenes: reserva fisiológica disminuida⁵ lo que aumenta el riesgo de enfermedad y de incapacidades, y una red social reducida, que deteriora al individuo y lo aboca a una situación de dolor crónico.

⁵ Rochon P.A., Gurwitz J.H. Tratamiento farmacológico. The Lancet (ed. Esp.). 1995; 346: 32,36.

La causa orgánica más frecuente de dolor crónico es la patología del aparato locomotor en cualquiera de sus manifestaciones, y es también la que comporta el mayor consumo de fármacos analgésicos, mientras que los factores psicológicos también juegan un papel importante en la respuesta al dolor en el adulto mayor.⁶

Muchos de ellos refieren dolor leve, particularmente dolor muscular, junto con el proceso de envejecimiento, pero la predisposición del adulto mayor a referir dolor ante cualquier problema no se puede aplicar si el dolor es intenso.

Los adultos mayores expresan más dolor en la zona lumbar de lo que sería predecible. Los sujetos más adultos mayores, en un estudio sobre el último año de su vida, manifiestan tener menor dolor que lo que se suponía tendrían.

Por lo tanto, es muy incierto presuponer que la edad es un factor significativo para determinar la severidad del dolor crónico.

La práctica de la medicina en geriatría acontece en una presentación atípica de las enfermedades, donde sus etiologías interaccionan.

El diagnóstico de dolor exige el mismo grado de rigor que otras entidades, como el síndrome confusional o la incontinencia.

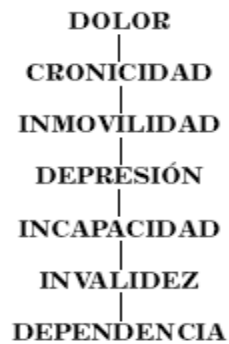
De todos los procesos concomitantes que tipifican a los pacientes geriátricos, la demencia es el que interfiere con más frecuencia, disminuyendo la demanda por dolor conforme avanza el proceso de deterioro. No está claro que estos hallazgos reflejen una disminución en la experiencia del dolor, sino en la distorsión de la comunicación de los síntomas.

El impacto emocional⁷ es sin duda lo que más afecta a la población anciana. De acuerdo con Trevor M. Corran y M. J. Farrell (Australia), este aspecto es el mayor peligro para el adulto mayor, le crea el sentimiento de incapacidad total

⁶ Ferrell, B. R. Patient Education and Nondrugs Interventions in Pain in the Elderly-Task Force on Pain in the Elderly. I.A.S.P. Press. Seattle 1996; 35,44.

⁷ Fernández Ballesteros, R.-Mitos y Realidades sobre la Vejez y la Salud-SG. Editores S.A., Fundación Caja Madrid-Barcelona 1992

y en definitiva, se inmoviliza por temor al dolor y los acontecimientos se desencadenan con relativa facilidad.



Esta es sin duda la secuencia más común en la evolución natural de los procesos que afectan a los adultos mayores, sean cuales sean sus orígenes, y nuestra misión es intentar frenar al máximo esta evolución inexorable, que no siempre sigue este orden pero en la que aparecen todos estos elementos de una u otra forma.

Liberarse de la influencia de la edad sobre el binomio dolor/depresión se confunde con la necesidad del consenso sobre la dirección y la naturaleza de las relaciones de los dos síntomas.

La dificultad estriba en los límites metodológicos empleados en el estudio y que los dos atributos no pueden ser manipulados.

Mucho se ha hablado sobre la relación entre el dolor crónico y la depresión⁸. En un estudio sobre pacientes con dolor cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 95 años, un 40-50% de estos padecían depresión leve. Existe una prevalencia mayor de depresión en pacientes con dolor crónico que en la población general.

Pero la edad no es un factor de riesgo para tener una depresión.

La asociación de depresión con enfermedad dolorosa e incapacidad⁹ presenta un rango que va desde el 16 al 30% de depresión mayor en poblaciones del

⁸ Astudillo W et al.-Principios básicos para el control del dolor total.-Rev. Soc. Esp. Dolor 1998, 6 – 29,40

⁹ Treserras M.A. Pla integral de la Gent Gran. Generalitat de Catalunya, 1993. Cap.2-49-69.

Adulto mayor. Esto se compara con un 2%-5% de depresión en adultos mayores que vivían en su domicilio.

El riesgo de depresión es más alto en personas mayores con discapacidades y más alto el riesgo de suicidio.

2.9. EVALUACIÓN DEL DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES:

2.9.1. Contenidos de la evaluación:

Una correcta evaluación debe comprender tanto aspectos biomédicos, como psicológicos y socio ambientales. Los aspectos biomédicos comprenderán las condiciones biológicas provocadoras de dolor, otras patologías orgánicas coexistentes y un examen físico, neurológico y sensorial. Las variables psicológicas incluyen aquellas que han demostrado su importancia en la experiencia de dolor. Siguiendo distintas revisiones sobre el tema (Izal, López y Montorio, 1999) los puntos clave de la evaluación del dolor crónico en la persona mayor serán:

- Estatus psicosocial: edad, sexo, nivel cultural y apoyo social.
 - Caracterización del dolor: duración, frecuencia, intensidad, localización y cualidad del dolor.
 - Historia del problema: evolución del problema de dolor desde sus inicios, los tratamientos previos a los que se ha sometido el paciente y las características personales de éste.
 - Análisis funcional: delimitar las relaciones funcionales entre los cambios ambientales y personales (comportamentales y cognitivos) y los cambios en el dolor. Se evalúa su aparición, aumento o disminución ante situaciones concretas, actuación de otras personas, actividades, cambios de humor o pensamientos del paciente. Se analizará igualmente la relación entre el dolor y la tensión-relajación.
 - Creencias acerca del dolor como fenómeno y de su carácter incapacitante. Explorar la creencia de la persona mayor sobre la relación entre el dolor y la
-

edad, y el carácter "inevitable" del dolor en la edad avanzada. La exploración de estas creencias es de especial importancia en la persona mayor, debido a la mayor sensibilidad de ésta a las diferencias de cohorte o generacionales en las creencias sobre el dolor, sobre el afrontamiento o lo apropiado de los tratamientos prescritos que afectarán a las conductas y a la apertura al cambio (Cook y Roy, 1995).

- Fenómenos de anticipación del dolor y efecto de la atención sobre el aumento o disminución del dolor.
- Percepción de control por el paciente.
- Habilidades de afrontamiento tanto para el control del dolor como para las situaciones problema vinculadas a éste, así como la eficacia que para el sujeto tienen las estrategias empleadas.
- Conductas de dolor: aspectos verbales y no verbales de la conducta del individuo, socialmente indicativos de dolor. Se evalúan las respuestas de los otros cercanos ante tales conductas.
- Interferencia del dolor en las actividades cotidianas y en el estilo de vida. Problemas de incapacitación o invalidez, actividades suprimidas a causa del dolor, actividades que le gustaría realizar si no sufriera dolor y cambios provocados por el dolor en la actividad de la pareja o de la persona más allegada.
- Impacto del problema de dolor en la adaptación futura del paciente.
- Capacidad funcional del mayor, independientemente de la disfuncionalidad originada por el dolor.
- Función cortical y memoria. Su evaluación resulta imprescindible ya que su deterioro puede influir en el autoinforme del dolor.
- Activación emocional: nivel de activación emocional del paciente y su relación con los cambios en el dolor. Evaluar la expresión de emociones por el paciente.
- Existencia de sintomatología depresiva y/o cuadros de ansiedad.
- Consumo de fármacos, tanto analgésicos como de otra índole.
- Aspectos no problemáticos del comportamiento del paciente que informen sobre su capacidad y recursos de adaptación y afrontamiento generales.

CAPITULO III. CALIDAD DE VIDA EN GERIATRIA.

3.1. INTRODUCCIÓN:

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos.

Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando esta establecido un [bienestar social](#) como ocurre en los [países desarrollados](#).

3.2. DEFINICIÓN:

La **calidad de vida** es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida.

Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la [sociedad](#), la [cultura](#), las escalas de valores.

Según la [OMS](#), la **calidad de vida** es: "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".¹⁰.

3.3. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son: Dimensión Física, Psicológica y Social.

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de [enfermedad](#), los [síntomas](#) producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del [tratamiento](#). No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el [miedo](#), la [ansiedad](#), la incomunicación, la pérdida de [autoestima](#), la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y [religiosas](#) como el significado de la vida y la actitud ante el [sufrimiento](#).
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo [familiar](#) y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

3.4. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA.

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

¹⁰ [Wikimedia Foundation, Inc.](#) Calidad de Vida

- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** a lo largo del tiempo, cada persona va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que considera calidad de vida.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La [medicina](#) y los [recursos económicos](#), [políticos](#), sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la [esperanza de vida](#) dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida.

3. 5. MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA

3.5.1. ESCALA DE PLUTCHIK PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA¹¹:

Es una versión simplificada de la escala global que incluye AIVD y ABVD. Y es la escala que utilizaremos en el test de evaluación.

ÍTEMS	Puntuación:
1. Para comer, el paciente:	
No necesita ayuda (lo hace solo).	0
Requiere cierta ayuda (necesita apoyo)	1
Requiere mucha ayuda (hay que darle la comida)	2
2. es incontinente:	
Nunca	0
A veces (una o dos veces por semana)	1
Con frecuencia (tres o más veces por semana).	2
3. para lavarse o vestirse , el paciente precisa:	

¹¹ Perlado F. et al. Servicio de Geriátría. Hospital San Jorge. Zaragoza. Valoración del estado funcional en adultos mayores hospitalizados: la escala Plutchik.

Ninguna asistencia.	0
Alguna asistencia.	1
Un máximo de asistencia	2
4.El paciente caerá de la cama de la cama o de la silla a menos que este protegido por barras:	
Nunca.	0
A veces.	1
Con frecuencia.	2
5. Con respecto a caminar el paciente:	
No tiene ninguna dificultad.	0
Necesita ayuda para caminar.	1
No puede caminar.	2
6. La visión del paciente con o sin gafas es:	
Aparentemente buena.	0
Algo disminuido.	1
Muy mala.	2
7. Tiene confusión mental. No encuentra el camino correcto, pierde pertenencias, entre otras	
Casi nunca.	0
A veces.	1
Muy a menudo	2

3.5.2. EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA:

Se denomina función cognitiva a la capacidad de realizar funciones tales como pensar, recordar, percibir, conversar, calcular entender y resolver problemas. Estas funciones se afectan por trastornos del sistema nervioso o agentes nocivos sistémicos o por alteraciones severas del estado de animo¹². La escala de evaluación que utilizaremos es la Escala de Pfeiffer SPMSQ. Muy utilizada en Estados Unidos.

3.5.3. VALORACIÓN AFECTIVA.

La valoración del estado afectivo del adulto mayor es difícil por diversas causas, que van desde la sintomatología inespecífica y la negación de los trastornos por parte del adulto mayor¹³. Su objetivo es la detección de depresión, ansiedad y alteraciones de comportamiento.

¹² Arguello F, et. al. Modelo de Historia Clínica geriátrica para el adulto mayor del Ecuador 2004; Revista Médica VOZANDES Vol. 16 N° 1.

¹³ IDEM

Se citan como más utilizadas la escala de Hamilton (difícil de aplicar en el adulto mayor y exige un realizador entrenado) y la GDS (Geriatric Depression Scale de Yesavage)) que consta de 30 preguntas y es muy fácil de aplicar en pacientes de escaso deterioro cognoscitivo, pues los dementes no son capaces de contestar correctamente.¹⁴

3.5.4. TEST DE CALIDAD DE VIDA: ESPIDITEST

A partir de las conclusiones observadas en el estudio Delphi donde se apreciaban deficiencias de Comunicación entre Médico y Paciente, el Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España puso en marcha la creación de un Test de Calidad de Vida español en el Dolor que permite al médico entender el papel que el dolor juega en las actividades cotidianas de su paciente, facilitando de esta forma la Comunicación Médico-Paciente en Dolor.

En la actualidad, el Instituto Zambon de Lucha contra el Dolor en España continuando en la línea de años precedentes ha puesto en marcha el Proyecto Control Dolor 2005, y dentro del mismo presenta el TEST DE CALIDAD DE VIDA que pretende ser un instrumento de ayuda y orientación terapéutica que permita entender la vivencia del dolor y mejorar el pronóstico de los pacientes, permitiendo:

1. Clasificar de forma objetiva y cuantitativa al paciente con dolor en 3 tipologías distintas en función de su Calidad de Vida y así ayudar al médico a entender cómo su paciente vive el dolor.
2. Sugerir recomendar una posible guía orientativa para el tratamiento a seguir en función de la tipología de paciente y de la patología diagnosticada a través de los

El Test, en sus dos versiones, completa "Espiditest" y abreviada "Fast Espiditest", se inició con un estudio de Calidad de Vida en dolor, en el año 2001, con 504 pacientes de los siguientes Hospitales:

¹⁴ COLLDEFORS V. J, presidente de la hermandad de veteranos de las fuerzas armadas. Ponencia 3: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. NIVELES.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Clínico San Carlos
Hospital Universitario Vall D'Hebron
Hospital del Mar

Este Test de Calidad de Vida contó con la colaboración de la Sociedad Española del Dolor y el desarrollo por parte del Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.

A partir de dicho Estudio, se construyó el TEST DE CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DOLOR, que fue validado en el periodo 2002-2003 con una muestra aleatoria de 1.390 pacientes a nivel nacional.

La validación ha permitido clasificar a los pacientes en 3 grupos o tipologías de pacientes con dolor según su calidad de vida:

Dolor Leve.

Dolor Moderado.

Dolor Intenso.

Tanto el Espiditest como los Algoritmos de Tratamiento son concebidos como un instrumento de ayuda y orientación al médico, tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario en la atención al paciente con dolor.

El Espiditest es un test que mide la calidad de vida del paciente con dolor en España, y permite no sólo clasificar al paciente en función de su calidad de vida, sino también orientar el tratamiento a partir de los Algoritmos de Tratamiento recogidos en las Fichas Terapéuticas y, consiguientemente, mejorar el pronóstico del paciente con dolor¹⁵.

3.5.5. MÉTODOS DE MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR.

¹⁵ Manual de Aplicación del **Espiditest** para la terapéutica del dolor en España. P R O G R A M A C O N T R O L D O L O R 2005. ZAMBON GROUP. www.zambon.es

El dolor es un fenómeno verdaderamente subjetivo.

La evaluación requiere una apropiada comunicación entre el paciente con dolor y los cuidadores de la salud o acompañantes (familiares, amigos) para evaluarlo.

Los pacientes añosos son más propensos a no comunicar o hacerlo poco expresivamente, que los pacientes jóvenes, posiblemente por causa de su deseo de ser considerado como "un buen paciente" (Kanner).

El deterioro cognitivo, un problema común en el adulto mayor, puede prestarse a no poder utilizar de manera apropiada los descriptores para señalar dolor¹⁶.

3.5.6. HISTORIA CLINICA ESPECÍFICA DEL DOLOR DEL PACIENTE:

La historia específica del dolor del paciente proporciona detalles sobre la localización, naturaleza, frecuencia, intensidad, factores que alteran el dolor y manifestaciones simultaneas, que sirven para planificar y organizar el mejor tratamiento posible para cada caso.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR:

Lo mejor es que los pacientes describan la localización del dolor con respecto a la parte del cuerpo afectada. De esta manera, se puede documentar fácilmente la región dolorosa y la posible irradiación del dolor.

NATURALEZA DEL DOLOR.

La calidad del dolor puede dar una indicación inicial acerca de su etiología.

INICIO, FRECUENCIA Y DURACIÓN DEL DOLOR:

¹⁶ Dra. Myriam Acuña Mourin. Médica Farmacóloga (Universidad Mayor del Uruguay). Médica Anestesióloga (Universidad Mayor del Uruguay. Pte. de la Asociación Uruguaya para el Estudio del dolor. Council de la IASP. DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR.

El inicio del dolor indica su cronicidad y por tanto su pronóstico. La duración del dolor también puede dar indicaciones diagnósticas.

INTENSIDAD DEL DOLOR:

La intensidad del dolor se establece con ayuda de una escala de dolor. Su documentación es especialmente importante para controlar la eficacia del tratamiento.

Se debe registrar tanto la intensidad mínima como la máxima del dolor (en reposo y durante el esfuerzo o movimiento.)

FACTORES QUE AUMENTAN O ALIVIAN EL DOLOR:

A menudo, los pacientes pueden definir factores que aumentan o alivian el dolor. Los pacientes con migraña, por ejemplo habitualmente evitan la luz brillante y los ruidos fuertes cuando tienen un ataque.

MANIFESTACIONES SIMULTÁNEAS:

Las manifestaciones simultáneas del dolor con frecuencia son: vómitos, sensibilidad a la luz (como suele producirse con una cefalea migrañosa) o síntomas neurológicos en el dolor neuropático.

La historia clínica general del caso abarca las enfermedades actuales, las enfermedades graves previas y la cirugía mayor.

Otras enfermedades pueden modificar el dolor y ser importantes para la elección de la medicación utilizada en el tratamiento del dolor (contraindicaciones, interacciones medicamentosas. Etc.)

ENTORNO SOCIAL:

La evaluación del entorno social es especialmente importante para el pronóstico de los pacientes con dolor crónico.

La **situación laboral** tiene un significado decisivo para el pronóstico. En muchos casos, la rehabilitación laboral es difícil. Por lo tanto, muchos pacientes con dolor crónico solicitan el reconocimiento legal de su discapacidad.

La **situación domestica** es también muy importante para el pronóstico. Muchos pacientes con dolor crónico se encuentran aislados debido a que están encerrados por completo en la enfermedad. El aislamiento aumenta la depresión, lo que a su vez, puede contribuir al aumento del dolor. Por lo tanto, un objetivo terapéutico importante es recomendar al paciente, e incluso organizar para él, un programa de fisioterapia.¹⁷

3.5.7. RELACIÓN ENTRE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR:

El dolor es un síntoma (no un signo) complejo y multidimensional, determinado no sólo por el daño tisular, la nocicepción, sino también por las creencias personales, las experiencias dolorosas previas, la personalidad psicológica previa, el afecto, las motivaciones, el medio ambiente, y los conflictos.

No existen medidas objetivas para mensurar el dolor. Sólo existen supuestos, algunos más acertados que otros. El dolor es una experiencia subjetiva.

El conocimiento de la fisiopatología del dolor (no de la afección que lo pueda generar), es una guía hacia un tratamiento racional y apropiado.

La valoración rutinaria y progresiva, es necesaria para seguir la evolución del dolor en el paciente y para, en caso eventual, modificar la terapéutica es necesario emplear un método sistemático en la valoración.

Los métodos para mensurar el dolor son variados, sólo señalaremos algunos de los más empleados. Lo importante es crear la rutina de hacerlo como una herramienta muy necesaria, como lo es, para mejorar el tratamiento y/o modificarlo.

¹⁷ SITTLE, R. CLÍNICA Universitaria de Anestesiología y terapia del dolor, Universidad de Erlangen-Nuremberg, Alemania. Pain Management

Escalas unidimensionales:

Escala visual analógica (EVA).

Escala de descripción verbal.

Escala numérica.

Escala de las caras.

Escala frutal.

Escala multidimensional:

Una de las más empleadas y adaptada a distintos idiomas es el Cuestionario de Mc Gill, que describe tres dimensiones. (Sensorial, afectiva, y evaluativo).

Aunque la severidad precisa del dolor puede ser difícil de evaluar, aún en pacientes con significativo empeoramiento cognitivo, puede comunicar la presencia de dolor. Infortunadamente, existen relativamente pocas escalas bien validadas para evaluar el dolor en el adulto mayor.

3.6. CALIDAD DE VIDA EN LA ANCIANIDAD:

La longevidad ha sido, para toda la humanidad, un ideal expresado de muy diversas maneras, desde tiempos inmemorables. Más no sólo la longevidad o vivir mucho, sino vivir muchos años en las mejores condiciones posibles.

La meta es, entonces, que la longevidad se convierta cada vez más en mejor calidad de vida y cada vez menos en una calamidad personal. Este propósito es posible de alcanzar, dependiendo de la influencia del contexto histórico y cultural, de las condiciones y estilos de vida, los factores biológicos y los avances científicos en el cuidado de la salud.

Gracias a la conjunción de los factores mencionados, es posible no sólo extender la esperanza de vida, sino también posponer algunas pérdidas de capacidades

funcionales y, potencialmente, prometer mejorar la calidad de vida por más años, y no sólo más años¹⁸.

3. 7. COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES:

“El envejecimiento es en si mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital¹⁹.

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos: en relación con uno mismo (Eigenwelt), en relación con el grupo social (Milwelt) y en relación con el medio ambiente (Umwelt).

La satisfacción de las necesidades de la especie humana, es lo que condiciona la llamada “Calidad de Vida” y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

Bienestar se ha identificado con “desarrollo económico”, “con la riqueza familiar o individual”, “con el nivel de vida”, “con el estado de salud”, “con la longevidad individual”, con la calidad y cantidad de los “servicios médicos”, con los “ingresos o salarios” con “la satisfacción de necesidades y deseos” y con la existencia de la llamada “felicidad”, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos

¹⁸ Dr. Julio Inga Aranda y Aristides Vara Horna. Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM) 2002. Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico

¹⁹ Espinosa, E. y Libreros, M. (1995). Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia

San Martín y Pastor²⁰ autores de Epidemiología de la Vejez entre otras muchas obras, buscando obtener indicadores sociales de calidad de vida, han clasificado nueve dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social. Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “sociedades de tipo humano “que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad.
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva.
- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación.
- Trabajo y empleo.
- Situación económica, personal y familiar.
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.
- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias²¹.

²⁰ San Martín, H. y Pastor, U. (1990). Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México.

CAPITULO IV. OPCIONES TERAPEUTICAS.

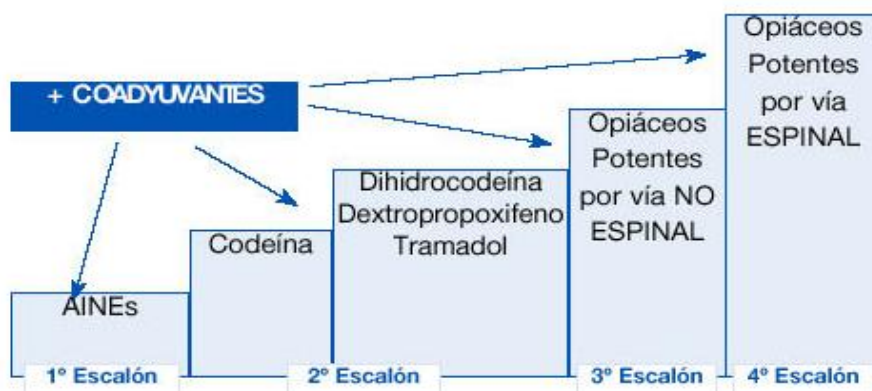
4.1. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR.

4.1.1. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS:

La elección de la medicación debe estar acorde a la severidad del dolor y al estado de la enfermedad que la genera.

La escalera analgésica de la OMS recomienda ascender en esta en la medida que los escalones inferiores no funcionen, con una titulación progresiva de las dosis, por otro lado se recomienda el siguiente enfoque de acuerdo al nivel de dolor:

Escalera:



Dolor leve: analgésico no opioides (AINES) + coadyuvantes.

Dolor moderado: AINES + Opiode débil + coadyuvante.

Dolor severo: AINES + Opiodes potentes + coadyuvantes.

Dolor intenso: Opiáceos potentes por vía espinal.

El tratamiento farmacológico es más eficaz cuando se combina con estrategias no farmacológicas tales como programas de ejercicio, técnicas de relajación y de modificación de conducta.

ANALGESICOS:

El uso de analgésicos no opioides es habitualmente suficiente para el dolor leve, es referible en estos casos usar paracetamol que los AINES dada alta incidencia de complicaciones gastrointestinales, renales y hepáticas. Los Aines los reservamos para pacientes con artritis reumatoides donde se ha demostrado mejor efecto que el paracetamol solo por periodo de corto tiempo de 5-7 días, por su alta toxicidad en los ancianos.

El paracetamol es considerado el fármaco de primera elección en el dolor leve a moderado en el anciano por ser relativamente seguro su uso tanto agudo como crónico en ese grupo etario en dosis que no superen los 4 gramos al día no tiene efectos colaterales.

OPIODES:

En caso de un dolor moderado debemos adicionarle un Opiode débil como codeína o el tramadol, su mezcla produce un efecto sinérgico, que permite tener un mayor efecto analgésico con los opioides sin aumentar sus efectos colaterales.

Los mismos en caso de dolor severo, aunque en estos casos debemos utilizar un Opiode potente como, morfina, fentanyl, metadona, oxicodeina o buprenorfina, son los opioides el fármaco de elección, en los pacientes bajo cuidados paliativos, tanto oncológicos como no oncológicos.

4.1.2. RACIONALIZACIÓN DE LA FARMACOLOGÍA:

Los enfermos a menudo son enviados con diversos regímenes que no se basan en una razón lógica farmacológica clara. A menos que haya una razón médica inmediata para cambiar el medicamento con el fin de establecer una basal, todos los pacientes deben registrar la magnitud del dolor y los fármacos durante al menos una semana.

En otros artículos se esbozan las estrategias de dosificación de medicamentos para problemas clínicos específicos.

Diez principios generales de la prescripción de fármacos en pacientes con dolor crónico son:

1. Asignar prioridades a la seguridad en el dolor crónico no maligno
2. Asignar prioridad a la eficacia en personas con enfermedades terminales que tiene dolor.
3. Revisar interacciones potenciales con padecimientos médicos y con otros fármacos.
4. Elegir de manera selectiva a los medicamentos para trastornos dolorosos Psiquiátricos y comórbidos.
5. Equilibrar el perfil de efectos adversos contra la eficacia
6. Considerar los efectos al fármaco sobre la eficacia de otro analgésicos
7. Considerar efectos cognoscitivos y conductuales
8. Seleccionar combinaciones de medicamentos de diferentes clases
9. Vigilar el grado de dolor y la actividad a las medidas de reacción durante estudios terapéuticos.
10. Evitar la polifarmacia irracional.

4.2. OPCIONES TERAPÉUTICAS NO FARMACOLÓGICAS:²²

4.2.1. MEDIDAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR:

- a)** Reposo por 24 horas.
-

b) Calor: La termoterapia ha sido empleada desde la antigüedad para el alivio del dolor. Tanto el frío como el calor tienen propiedades analgésicas y de contracturantes. En general, el frío está más indicado en dolores agudos, y el calor en los subagudos y crónicos.

c) Masaje: aparte del beneficio psicológico, mejora la circulación regional al aumentar el drenaje venoso y linfático, mejora la flexibilidad y provoca relajación muscular.

Los tratamientos no farmacológicos, empleados solos o en combinación con estrategias farmacológicas apropiadas, deberían una parte del abordaje integral para la atención de los pacientes con dolor, en especial el crónico.

El tratamiento NO-farmacológico del dolor abarca un amplio rango de modalidades:

Programas de educación, terapias cognitivas-comportamentales, programas de ejercicios correctivos y rehabilitantes, acupuntura, estimulación intramuscular (EIM), TENS, calor, frío, masajes, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas distractoras, etc, donde cada una de ellas ha sido útil para alguno de los pacientes.

Más aún, en general, estas estrategias producen pocos efectos indeseables, no obstante muchos pacientes utilizan estas técnicas por determinación propia, ya que no siempre los profesionales del área de la salud de atención primaria los indican o sugieren. Aunque muchas de estas técnicas producen alivio por corto tiempo, pocas han demostrado mayores beneficios, que los placebos en investigaciones randomizadas para atención del dolor crónico por períodos prolongados.

Sin embargo las técnicas no farmacológicas utilizadas con apropiado régimen de medicamentos, a menudo mejora el dolor, aumentando los efectos terapéuticos, mientras se reducen las dosis de los fármacos, previniendo o disminuyendo el número de efectos adversos (American Geriatrics Society: Clinical Practice Guidelines - AGS).

Los tratamientos no farmacológicos, empleados solos o en combinación con estrategias farmacológicas apropiadas, deberían ser una parte del abordaje integral para la atención de los pacientes con dolor, en especial el crónico.

4.4. OTRAS OPCIONES TERAPEÚTICAS

Los tratamientos sin medicamentos son muy comunes en la actualidad para ayudar a controlar el dolor. Hay muchas técnicas que se usan solas o en combinación con los medicamentos.

Estos métodos incluyen:

- Relajación.
- Creación de imágenes mentales.
- Distracción.
- Ejercicios o fisioterapia.
- Apoyo emocional.
- Consejería.

4.3.1. RELAJACIÓN.

La relajación alivia el dolor o impide que se empeore, porque reduce la tensión de los músculos. Puede ayudarle a conciliar el sueño, darle más energía, hacer que se sienta menos cansado, reducir la ansiedad y lograr que otros métodos para aliviar el dolor sean más eficaces.

Por ejemplo, algunas personas encuentran que les da más resultado si al mismo tiempo que toman los medicamentos o utilizan una bolsa fría o caliente están relajadas.

4.3.1.1. CÓMO USAR LA RELAJACIÓN

Puede relajarse sentado o acostado. Escoja un lugar tranquilo si es posible y cierre los ojos. No cruce los brazos ni las piernas porque se puede cortar la circulación y causarle entumecimiento u hormigueo. Si está acostado, asegúrese de estar cómodo. Ponga una pequeña almohada bajo su cuello y bajo sus rodillas o use un taburete bajo para apoyar los pies.

4.3.2. CONCENTRACIÓN VISUAL Y MASAJE RÍTMICO:

Abra los ojos y mire fijamente un objeto o cierre los ojos y piense en una escena pacífica, tranquila. Con la palma de su mano, hágase un masaje en el área dolor, de forma circular y con firmeza. Evite las áreas enrojecidas, en carne viva o inflamada.

Inhale/tenso, exhale/relajado:

Respire profundamente. Al mismo tiempo, tense los músculos o un grupo de músculos. Por ejemplo, puede cerrar y apretar los ojos, fruncir el entrecejo, apretar los dientes, apretar un puño, tensar los brazos y piernas o estirar los brazos y las piernas tanto como pueda.

Aguante la respiración y mantenga los músculos tensados durante uno o dos segundos. Relájese Exhale y deje que su cuerpo se desgonce.

Respiración rítmica lenta:

Mire fijamente un objeto o cierre los ojos y concéntrese en su respiración o en una escena tranquila. Tome aire lenta y profundamente y, a la vez que respira hacia dentro, tense los músculos (por ejemplo sus brazos).

A medida que exhala, relaje sus músculos y sienta como la Tensión disminuye. Permanezca relajado y empiece a respirar despacio y cómodamente, concentrándose en su respiración, tomando de 9 a 12 respiraciones por minuto. No respire demasiado profundo.

Para mantener un ritmo lento y constante, puede contar para sí mismo mientras exhala: adentro, uno, dos; afuera, uno, dos.

Es preferible que al principio alguien cuente en voz alta para usted. Si en algún momento se siente falta de aire, respire profundo y luego continúe con la respiración lenta. Cada vez que exhale, sienta como se relaja y se desgonza.

Si algunos músculos, como los de los hombros no están relajados, ténselos cuando inhale y relájelos cuando exhale.

Hágalo una o dos veces solamente para cada grupo específico de músculos. Continúe respirando lenta y rítmicamente durante unos segundos o hasta 10 minutos, dependiendo de sus necesidades.

Para terminar con la respiración rítmica lenta, cuente mentalmente y despacio de uno a tres. Abra los ojos. Dígase mentalmente a sí mismo, me siento alerta y relajado. Empiece a moverse despacio.

Otros métodos que puede añadir a la respiración rítmica lenta:

- La creación de imágenes mentales.
- La música suave que le sea familiar a través de un audífono o auricular.
- La relajación progresiva de las partes del cuerpo.

Una vez que está respirando despacio y cómodamente, puede relajar diferentes partes del cuerpo, empezando por los pies y terminando en la cabeza. Piense en palabras como flojo, pesado, liviano, caluroso o flotando. Cada vez que exhale puede enfocarse en un área particular del cuerpo y sentir como se relaja.

Intente imaginar que la tensión está saliendo de esa área. Por ejemplo, mientras exhala, sienta los pies y los tobillos relajarse; la próxima vez que exhale, sienta las pantorrillas y las rodillas relajarse, y así sucesivamente hasta llegar a la cabeza.

Precauciones:

Algunas personas que han usado la relajación como uno de los métodos para el alivio del dolor han informado los siguientes problemas y han sugerido las siguientes soluciones:

_ La relajación puede ser difícil cuando se tiene dolor fuerte. Si tiene este problema, use métodos de relajación rápidos y fáciles como la concentración visual con el masaje rítmico o el método de inhale-tenso, exhale-relajado.

_ A veces respirar profundamente por un rato puede causar falta de aire. Si esto le ocurre, haga respiraciones menos profundas y respire más despacio.

_ Puede quedarse dormido. Esto puede ser útil si es la hora de acostarse. Si no desea dormirse, siéntese en una silla dura mientras hace los ejercicios de relajación o ponga un reloj o alarma para que suene.

4.3.3. CREACIÓN DE IMÁGENES MENTALES²³.

Esta técnica se utiliza para crear cuadros o situaciones mentales. La manera como la creación de imágenes alivia el dolor no está del todo clara. La creación de imágenes puede describirse como un soñar despierto premeditado en el que se usan todos los sentidos: vista, tacto, oído, olfato y gusto. Algunas personas piensan que la creación de imágenes mentales es una forma de autohipnosis. Ciertas imágenes pueden aliviar su dolor mientras desarrolla esta actividad mental y durante varias horas después. Si debe permanecer en cama o no puede salir de la casa, encontrará que la creación de imágenes mentales reduce la sensación de encierro; puede imaginar y visitar sus lugares favoritos, en su mente. La creación de imágenes puede ayudarle a relajarse, mitigar el aburrimiento, disminuir la ansiedad y ayudarle a dormir.

4.3.3.1. CÓMO USAR LA CREACIÓN DE IMÁGENES MENTALES.

La creación de imágenes suele dar mejor resultado con los ojos cerrados. Puede usar una técnica de relajación antes de comenzar la creación de imágenes. La

imagen puede ser algo así como una bola de energía sanadora o un retrato suyo en su mente con la imagen de una persona que no siente dolor (por ejemplo, imagine que está cortando los alambres que envían los signos de dolor de cada parte de su cuerpo a su cerebro). O piense en un lugar agradable, seguro y relajante o en una actividad que lo ha hecho feliz. Explorar este lugar o actividad en su mente, en gran detalle, puede ayudarle a sentir calma.

Describiremos un ejercicio con la bola de energía sanadora.

- Cierre los ojos. Respire despacio y siéntase relajado.
- Concéntrese en su respiración. Respire despacio y cómodamente desde su abdomen. A medida que inhala, diga mentalmente y despacio "adentro, uno, dos". Cuando exhale, diga "afuera uno, dos". Respire con este ritmo lento durante unos minutos.
- Imagine una bola de energía sanadora que se forma en sus pulmones o en su pecho. Puede ser como una luz blanca; indefinida o borrosa; no tiene que ser brillante o exacta.
- Imagine esta bola formándose.
- Cuando esté listo, imagine que el aire que respira empuja esta bola de energía sanadora al área que le duele. Una vez allí, la bola lo sana y lo relaja.
- Cuando exhala, imagine los soplos que empujan la bola fuera de su cuerpo. A medida que asciende la bola, se lleva el dolor.
- Repita los últimos dos pasos cada vez que inhala y exhala.
- Puede imaginar que la bola se vuelve más y más grande a medida que se lleva el dolor fuera de su cuerpo.
- Para acabar la creación de imágenes, cuente despacio hasta tres, respire profundo, abra los ojos y diga mentalmente "me siento alerta y relajado". Empiece a moverse despacio.

4.3.4. DISTRACCIÓN:

La distracción significa poner su atención en otra cosa que no sea el dolor. Las personas usan este método sin saberlo, cuándo miran la televisión o escuchan la radio, ya que sus mentes no están pensando en el dolor.

Puede usar la distracción sola para manejar un dolor leve. La distracción es útil cuando está esperando que los analgésicos comiencen a tener efecto. Si el dolor es leve, usted puede distraerse durante varias horas. La distracción puede ser una manera poderosa para aliviar durante algún tiempo incluso el dolor más intenso.

4.3.4.1. CÓMO USAR LA DISTRACCIÓN:

Cualquier actividad que ocupe su atención puede servirle para distraerse. Por ejemplo, las distracciones pueden **ser internas** como: contar, cantar mentalmente, orar, o repetirse a sí mismo declaraciones tales como: yo puedo manejarlo, o pueden **ser externas**, como artes manuales, costura, tejido o pintura.

Disfrutar de un buen libro podría desviar su mente del dolor. Ir al cine, mirar la televisión o escuchar música también son buenos métodos de distracción. La respiración lenta y rítmica puede usarse a la vez como método de distracción y para lograr la relajación.

Visitar amigos o familiares es otra técnica de distracción útil.

Puede encontrar muy agradable escuchar música rítmica a través de audífonos. Para mantener la atención en la música, lleve el ritmo con los pies y las manos. Ajuste el volumen de manera que se parezca a la intensidad del dolor, es decir, más alta cuanto más intenso sea el dolor. Esta técnica no requiere de mucha energía, así que le será muy útil cuando esté cansado.

Algunas personas refieren que se sienten cansados, irritables y con más dolor después de usar una técnica de distracción. Si esto le sucede, no use la distracción o escoja cuidadosamente los métodos de distracción que usa y cuándo los usa.

4.3.5. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS:

Los métodos psicológicos más importantes en el tratamiento del dolor están basados en la psicoterapia, y se fundamentan en la comunicación verbal con el paciente. Hay varias formas: Terapia de apoyo, de sugestión, de interpretación y psicoterapia.

4.3.6. PSICOTERAPIA:

Para que la rehabilitación de buen resultado, los enfermos requieren una relación médico-paciente de apoyo, estimulante, que los tome menos defensivos y a más dispuestos a confiar la conducta mal adoptiva y a crear nuevas habilidades de afrontamiento y capaces de hacerlo.

Los métodos cognoscitivos-conductuales constituyen una piedra angular de la terapia, en el método central de la capacitación sobre tratamiento conductual del dolor.

El dolor crónico y su terapéutica confrontan defensas de incluso los individuos mejor ajustado; Si hay problemas de desarrollo en el fondo la desestabilización de las relaciones causada por el dolor y la atención activa del personal del programa pueden provocar defensas más primitivas, que deben abordarse de manera activa, para reducir los trastornos consecuentes de otros trastornos necesarios.

Algunos individuos requieren psicoterapia prolongado para problemas vinculados con el desarrollo, no resueltos, que alteran el rendimiento en la atención del dolor y la rehabilitación, o que perpetúan factores de riesgo. Los terapeutas externos pueden ayudar si trabajan en conjunto con el equipo, lo que debe asegurar que toda la psicoterapia apoya sus propósitos.²⁴

4.3.7. TERAPIA FÍSICA:

²⁴ Rollin M. ET AL. Clínicas Médicas de Norteamérica. Dolor crónico. Pag. 802-818. 1999

La capacitación en el control y el tratamiento el dolor debe enfocarse en la terapia física de apoyo; el autor y la mayoría de los otros especialistas en medicina del dolor la consideran el tratamiento de mayor importancia relacionado con restitución funcional satisfactoria de personas incapacitadas por dolor crónico no causado por cáncer.

La creación de un paciente en su habilidad es trascendental para el desempeño de tareas en la rehabilitación; ²⁵ Razón por la cual tiene tanta importancia que el médico autorice los programas de ejercicio para restablecer la confianza de las personas en su habilidad, pero también que los especialistas conductuales trabajen junto con Fisioterapeutas para ayudar a restituir y a conservar la confianza en si mismo.

En un estudio prospectivo acerca de pacientes incapacitados con dolor lumbar, Gallagher y colaboradores mostraron que el lugar de control de salud externo, o la falta de creación en la habilidad personal para controlar el resultado propio en cuanto a salud, es un factor predictivo independiente de mal resultado del regreso al trabajo. Para remediar satisfactoriamente la disfunción mioaponeurótica, como desacondicionamiento, espasmo y puntos desencadenantes, que a menudo acompaña al dolor generado en la columna vertebral, se requiere un programa de ejercicio físico progresivo, planeado y vigilado con sumo cuidado, guiado por un fisioterapeuta experimentando en rehabilitación de dolor. Es necesario evitar agravar la lesión de nervios como en la plexopatía braquial, como consecuencia de un intento irreflexivo de ejercicio para fortalecimiento o riguroso.

La valoración debe establecer una basal de los déficit físicos y funcionales del paciente y su acondicionamiento; estos datos permiten al terapeuta vigilar el progreso hacia los objetivo de rehabilitación física.

Si el médico tratante no es un miembro de un equipo de rehabilitación integral, debe establecer un enlace y una relación de envío con un fisioterapeuta que comparte sus intereses y antecedentes.

La coordinación de la capacitación para la atención del dolor y la fisioterapia es esencial. Muchos pacientes la reciben durante mucho tiempo sin resultados de modo que ingresan a la rehabilitación con una opinión negativa, incluso fóbica, del ejercicio riguroso y progresivo.

Así mismo, este un paciente inflexible desde el punto de vista físico, y desacondicionado, a menudo precipita un aumento de dolor tanto por lactato en los músculos que están haciendo ejercicio, como por exacerbaciones episódicas del estímulo nociceptivo original.

4.3.8. EJERCICIO FÍSICO²⁶:

Produce mejora de la nutrición y aprovechamiento de principios inmediatos, mejora la coordinación, la movilidad, el aparato cardiovascular, aumenta la masa muscular y ósea además de mejorar las perspectivas mentales. También se ha comprobado que reduce el riesgo cardiovascular, la masa grasa corporal, mejora el perfil de lípidos, reduce la tensión arterial, la resistencia a la insulina, mejora la inmunidad y maximiza la función residual.

La práctica regular de un ejercicio ayuda a evitar la muerte prematura a edades medias o algo avanzadas pero no aumenta el porcentaje de supervivencia de las personas muy ancianas.

Una persona sedentaria media se enfrenta a unos 10 años de dependencia parcial y a un último año de dependencia total. Si el entrenamiento de resistencia aumenta la capacidad máxima de transporte de oxígeno a cualquier edad en 5-10ml/min/Kg de masa corporal (MC). Si la capacidad mínima de transporte de oxígeno para llevar una vida independiente oscila entre 12-14ml/min/Kg MC.

²⁶ Rev. Fac. Med. UNAM 1998; Envejecimiento; Volumen 41 (5): 198-206

Si un joven de 20-25 años tiene una capacidad máxima de transporte de oxígeno de 40-50ml/min/Kg MC, pero sufre una pérdida de 5ml/min/Kg MC por cada década que envejece eso significa que en un mayor la práctica de ejercicio podría retrasar en 10-20 años su dependencia en base a poseer más reserva funcional que si hubiese mantenido una vida sedentaria.

Las mejoras con ejercicio físico programado se obtienen hasta edades muy avanzadas (Edad media 87años. Rango, 72 a 98años).

4.3.9. TERAPIA OCUPACIONAL:

Los terapeutas ocupacionales ayudan al equipo a completar los exámenes de las capacidades funcionales para establecer la idoneidad para el regreso al trabajo y para proporcionar una base ante el tratamiento.

Enseñan a los enfermos como readaptarse a las actividades de la vida cotidiana y al sitio de trabajo. Capacitan a los pacientes en mecánica corporal adecuada para fomentar postura y movimiento ventajosos desde el punto de vista biomecánico con el fin de reducir la distensión y evitar que reaparezca la lesión.

En circunstancias ideales, visitan el lugar de trabajo y, junto con la administración y el paciente, crean un plan para facilitar el reingreso.

4.3.10. TERAPIA FAMILIAR:

El dolor crónico puede cambiar de manera drástica los papeles y las relaciones dentro de las familias. La incapacidad y la enfermedad depresiva complicantes son aún más devastadoras.

Los miembros de la familia también necesitan enseñanza y apoyo de modo que puedan ayudar al paciente y al equipo de tratamiento a lograr objetivos específicos, más que continuar con un obstáculo para rehabilitación, los

miembros de la familia, en sí pueden estar deprimidos y requieren tratamiento o comparten las ideas tergiversadas del enfermo acerca del dolor de la necesidad del tratamiento multimodal.

El autor valora de manera sistemática a la familia en el transcurso de las primeras visitas, hace que participen de manera activa en la planeación de la terapia. Los grupos para personas con dolor crónico y sus cónyuges han resultado útiles para reducir la ansiedad, la depresión y la sensibilidad interpersonal.

12. RESULTADOS:

Luego de realizar el trabajo de campo y el ordenamiento y tabulación de los resultados, los presentamos en tablas con frecuencias y porcentajes con los que podemos representar el cumplimiento de los objetivos propuestos al comenzar la investigación:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Se realizó la encuesta a las personas asiladas durante los meses Febrero a Julio del 2007. A las personas que cumplieron con los criterios de inclusión y se llegó a encuestar a 40 adultos mayores.
- Durante el tiempo de recolección de datos se encontraron asilados 20 adultos mayores en el ancianato "Daniel Alvarez S" (Loja), 10 en el hogar "Rosa Puertas de Cueva" (Ceibopamba) y 10 el Hogar Estancia de Paz "Francisco Valdivieso" (Landangui).
- El promedio y desviación estándar de edad de los adultos mayores asilados, en el cantón Loja que se encuestaron fue de:

79.42 ± 9.3 años.

TABLA N° 1.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS.

SEXO	Frecuencia	%
FEMENINO	26	62.50
MASCULINO	14	37.50
Total	40	100,00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

Como se observa en la tabla corresponden al sexo femenino el 62,5% y al masculino el 37,5% del total que se correlacionan con estudios realizados por la Dra: Myriam Acuña realizado en La Coruña-España que de las personas asiladas que corresponden al grupo de los **ancianos jóvenes** predominan los varones, constituyendo el 67% de la población. Las mujeres predominan en el grupo de los **ancianos-ancianos**, representando el 61% del grupo etario, es la tendencia, que se manifiesta crecientemente en todo el mundo, nos indica que, el problema más grave lo representarán las mujeres, requiriendo servicios, salas y eventualmente hospitales sólo para mujeres muy ancianas y severamente enfermas, desprovistas de soporte social.

TABLA N° 2.

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
CASADO	9	22.50
DIVORCIADO	1	2.50
SOLTERO	24	60.00
VIUDO	6	15.00
Total	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- El estado civil que se presenta en mayor porcentaje es el soltero en el 60%; a diferencia de estudios realizados por Linton, S.J en la que demuestra que de las personas asiladas el 70% son casados, 20% solteros, 10% viudos.

TABLA N° 3.

RELACION ENTRE MOTIVO DE INGRESO E INTENSIDAD DEL DOLOR.

Motivo de ingreso	f	%
Soledad	25	75.75
Enfermedad	4	12.12
Vejez	3	9.09
No tiene donde vivir	1	3.03
TOTAL	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- Encontramos que el 75.75% de los adultos mayores asilados, su motivo de ingreso fue por soledad, el 12.12% ingresaron por enfermedad y el 9.09% refirieron por vejez y el 3.03% no tiene donde vivir.

TABLA N° 4.

DISTRIBUCIÓN POR EL LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS.

LUGAR DE NACIMIENTO	FRECUENCIA	%
Provincia Loja	30	75.00
Provincia Azuay	1	2.50
Provincia El Oro	3	7.50
Zamora	1	2.50
Tulcán	1	2.50
Extranjero	4	10.00
TOTAL	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- EL 75.00% de las personas adultas mayores asiladas refirieron que el lugar de nacimiento es la Provincia de Loja y encontramos incluso el 10% de personas extranjeras.

TABLA N° 5.

DISTRIBUCIÓN POR EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Frecuencia	%
Provincia Loja	29	72.50
Provincia Azuay	1	2.50
Provincia El Oro	5	12.50
Zamora	1	2.50

Extranjero	4	10.00
Total	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- EL 72.5% de las personas adultas mayores asiladas refirieron que el lugar de procedencia es la Provincia de Loja y encontramos incluso el 10% de personas extranjeras.

TABLA N° 6.

TIPO DE DOLOR.

TIPO DE DOLOR	F	%
AGUDO	7	17.50
CRONICO	33	82.50
TOTAL	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

De los adultos mayores que se encuentran asilados el 17.50% refiere dolor agudo al momento de la realización de la encuesta, y el 82.50% refiere dolor crónico. Lo que se correlaciona con los estudios realizados por la Asociación Internacional para el estudio y tratamiento del dolor (IASP), refiere que en el anciano la prevalencia del dolor agudo es del 5.00% y del crónico entre el 32.90% y 50.20%.

RESULTADO N° 1.

Influencia del nivel socioeconómico, situación familiar, edad, sexo y patologías preexistentes; en la presencia de dolor crónico, en los adultos mayores asilados en el Cantón Loja.

TABLA N° 7.

RELACION ENTRE NIVEL SOCIO ECONÓMICO E INTENSIDAD DEL DOLOR.

NIVEL SOCIO ECONÓMICO	MEDIO		BAJO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	1	3.03	3	9.09	4	12.12
Moderado (4 a 5)	2	6.06	5	15.15	7	21.21
Severo (6 a 8)	3	9.09	16	48.48	19	57.57
Intenso (9 y 10)	2	6.06	1	3.03	3	9.09
Total	8	24.24	25	75.76	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- El 75.76% presentan un nivel socioeconómico bajo de los cuales el 48.48% refieren dolor severo, con lo que podemos decir que este es un factor que influye en la intensidad de dolor, como también se encontró en estudios realizados por (Linton y cols) en el que del 85% de la población, la mayoría de los afectados con dolor severo poseen un nivel socioeconómico bajo por lo que no acceden tempranamente a centros de salud agravando su salud y disminuyendo su calidad de vida.

TABLA N° 8.

RELACION ENTRE EVOLUCIÓN SOCIAL E INTENSIDAD DEL DOLOR.

EVALUACIÓN SOCIAL	1		2		3		TOTAL	
Intensidad Del Dolor	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	1	3.03	3	9.09	0	0	4	12.12
Moderado (4 a 5)	1	3.03	5	15.15	1	3.03	7	21.21
Severo (6 a 8)	3	9.09	14	42.42	2	6.06	19	57.57
Intenso (9 y 10)	1	3.03	2	6.06	0	0	3	9.09
Total	6	18.18	24	72.72	3	9.09	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

De la población de adultos mayores que presentan dolor crónico el 18.18% tienen un estado de fragilidad social severo, de los cuales el 9.09% refieren dolor severo; el 72.72% presentan un estado de fragilidad social moderado, de los cuales el 42.42% refiere dolor severo; el 9.09% tiene una adecuada evolución social, de los cuales el 6.06% refiere dolor severo.

TABLA N° 9.

RELACION ENTRE NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INTENSIDAD DEL DOLOR.

Intensidad Del Dolor	Leve (1 a 3)		Moderado (4 a 5)		Severo (6 a 8)		Intenso (9 y 10)		TOTAL	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)	F	(%)
ANALFABETO	2	6.06	0	0.00	2	6.06	0	0.00	4	12.12
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0.00	4	12.12	7	21.21	1	3.03	12	36.36
PRIMARIA COMPLETA	2	6.06	2	6.06	9	27.27	1	3.03	14	42.42
SECUNDARIA INCOMPLETA	0	0.00	0	0.00	1	3.03	0	0.00	1	3.03
SECUNDARIA COMPLETA	0	0.00	1	3.03	0	0.00	1	3.03	2	6.06
Total	4	12.12	7	21.21	19	57.57	3	9.09	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

De los adultos mayores con un nivel de instrucción analfabeto, primaria incompleta y completa, en mayor porcentaje refieren dolor severo en 6.06%, 21.21% y 27.27% con lo que podemos decir que este es un factor que influye en la intensidad de dolor, que se relaciona con el estudio realizado por Matheson y Brophy, que a mayor nivel educacional, mayor grado de

satisfacción en la búsqueda de aliviar el dolor y mejorar su calidad de vida, y a menor grado de nivel educacional menor satisfacción en la búsqueda del alivio del dolor por no saber acceder de manera adecuada a los servicios de salud.

TABLA N° 10.

RELACION ENTRE PRESENCIA DE FAMILIARES VIVOS E INTENSIDAD DEL DOLOR.

FAMILIARES VIVOS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	4	12.12	0	0.00	4	12.12
Moderado (4 a 5)	7	21.21	0	0.00	7	21.21
Severo (6 a 8)	17	51.51	2	6.06	19	57.57
Intenso (9 y 10)	3	9.09	0	0.00	3	9.09
Total	31	93.93	2	6.06	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

De los adultos mayores asilados en estas instituciones el 93.93% tienen familiares vivos y el 6.06% no tienen familiares de los cuales el 57.50% no tienen hijo y el 42,5% si tienen entre 1 a 11 hijos; además el 35% no recibe visitas de familiares y el 65% si lo hacen siendo ocasionalmente en el 20%, cada 3 meses el 15% y mensualmente el 10% y semanalmente el 20%. Una de las razones por la que las visitas son ocasionales es porque el 50% tienen a sus familiares fuera de la provincia o en el extranjero.

TABLA N°11.

RELACION ENTRE VISITA DE FAMILIARES E INTENSIDAD DEL DOLOR.

RECIBE VISITAS	SI		NO		TOTAL	
Intensidad Del Dolor	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	3	9.09	1	3.03	4	12.12
Moderado (4 a 5)	6	18.18	1	3.03	7	21.21
Severo (6 a 8)	13	39.39	6	18.18	19	57.57
Intenso (9 y 10)	2	6.06	1	3.03	3	9.09
Total	24	72.72	9	27.27	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- Encontramos que el 72.72% de los adultos mayores si reciben visitas de los cuales el 57.57% presentan dolor de moderado a severo y el 27.27% no recibe visitas de los cuales el 21.21% presentan dolor de moderado a severo, a diferencia del estudio realizado por Rodes, el tratamiento multidisciplinario del dolor crónico, es beneficioso cuando va orientado no solo a conseguir el alivio del dolor sino, a la mejoría de la afectación vital y la incentivación de terapias grupales y familiar que refleja una elevada mejoría en el alivio de

dolor psíquico que es el desencadenante de sus diferentes patologías, que más afecta este grupo poblacional.

TABLA N° 12.

RELACION ENTRE GRUPOS DE EDAD E INTENSIDAD DEL DOLOR.

GRUPOS DE EDAD	60-69		70-79		80-89		90-99		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	1	3.03	1	3.03	1	3.03	1	3.03	4	12.12
Moderado (4 a 5)	3	9.09	2	6.06	1	3.03	1	3.03	7	21.21
Severo (6 a 8)	2	6.06	8	24.24	7	21.21	2	6.06	19	57.57
Intenso (9 y 10)	0	0.00	1	3.03	1	3.03	1	3.03	3	9.09
Total	6	18.18	12	36.36	10	30.30	5	15.15	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

- Encontramos que el 100% de los adultos mayores asilados en la provincia de Loja refirieron presentar dolor, presentándose en el 21.21% de intensidad moderada y el 66.66% entre severo e intenso. El 36.36% se encuentran entre las edades de 70 a 89 años de los cuales el 24.24% presentan dolor severo; lo que se relaciona con el estudio realizado por Ferrell y colaboradores en asilos donde encontró que el 71% de las personas presentaban dolor y el estudio

de Brattberg y colaboradores que demostraron que en asilos el dolor causa deterioro funcional en el 45 a 80% de los adultos mayores.

TABLA N° 13.

RELACION ENTRE SEXO E INTENSIDAD DEL DOLOR.

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Intensidad del dolor						
Leve (1 a 3)	3	9.09	1	3.03	4	12.12
Moderado (4 a 5)	2	6.06	5	15.15	7	21.21
Severo (6 a 8)	5	15.15	14	42.42	19	57.57
Intenso (9 y 10)	1	3.03	2	6.06	3	9.09
Total	11	33.33	22	66.66	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

Encontramos que el 33.33% de los adultos mayores son hombres de los cuales el 15.15% presenta dolor severo y el 66.66% son mujeres de las cuales 57.57% presentan dolor entre moderado y severo, lo que se relaciona con el estudio realizado por Narón y colaboradores en asilos donde encontró. Las mujeres presentaron una intensidad del dolor significativamente mayor que los hombres, así como una peor calidad del sueño, Los grupos de edad más avanzada presentaron una mayor afectación por el dolor.

TABLA N° 14.

RELACION ENTRE PATOLOGÍAS PREEXISTENTES E INTENSIDAD DEL DOLOR.

Patologías Preexistentes	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Leve (1 a 3)	3	9.09	1	3.03	4	12.12
Moderado (4 a 5)	5	15.15	2	6.06	7	21.21
Severo (6 a 8)	18	54.54	1	3.03	19	57.57
Intenso (9 y 10)	3	9.09	0	0.00	3	9.09
Total	29	87.87	4	12.12	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

Encontramos que el 87.87% de los adultos mayores presentan patologías preexistentes de los cuales el 69.69% manifiestan dolor entre moderado a severo y el 12.12% no manifiestan patologías de los cuales 6.06% presenta dolor moderado, lo que se relaciona con el estudio realizado por López-Picazo J en asilos donde encontró que el 82% de las personas presentaban dolor de cualquier intensidad teniendo como antecedentes patologías previas.

RESULTADO 2.

TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO QUE PADECEN LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN EL CANTÓN LOJA.

Como se señaló anteriormente del total de personas adultas mayores asiladas en el cantón Loja el 17,5% presentan dolor agudo y el 82,5% presentan dolor crónico cuyas características las presentamos a continuación:

TABLA N° 15.

DESDE CUANDO TIENE DOLOR.

Desde cuando tiene ese dolor	Frecuencia	%
Menor 1 semana	1	2.50
1-4 semanas	4	10.00
1-3 meses	2	5.00
3-6 meses	0	0.00
Mayor a 6 meses	33	82.50
TOTAL	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

Encontramos que el 82.50% de los adultos mayores asilados presentan dolor crónico y el 17.50% tienen dolor agudo, lo que se relaciona con el estudio realizado por Stonski E y colaboradores .El 7% de los pacientes tenía al dolor como motivo de consulta, el 31% refería dolor durante el interrogatorio dirigido y el 74,4% de los participantes presentaba dolor crónico con un promedio de evolución de 14 años al completar la evaluación.

**TABLA Nº 16.
TIPOS DE DOLOR CRONICO.**

TIPOS	Frecuencia	%
Músculo esquelético	6	18.18
Reumático	24	72.72
Traumático	3	9.09
Total	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras

- Encontramos que el 72.72% de los adultos mayores refiere dolor reumático y el 27.27% presenta dolor músculo-esquelético Y traumático, lo que se correlaciona con los estudios realizados en asilos por Narón en La Coruña en los que el dolor osteoarticular es del 62% y el neuropático 38%.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO

**TABLA Nº 17.
PATRON DEL DOLOR.**

Patrón	Frecuencia	%
Constante	18	54.54
Intermitente	15	45.45
TOTAL	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras

- Encontramos que de los adultos mayores que presentan dolor crónico el 54.54% refiere que es constante y en el 45.45% intermitente.

TABLA N° 18.
INTENSIDAD DEL DOLOR.

Intensidad del dolor	F	%
Leve (1 a 3)	4	12.12
Moderado (4 a 5)	7	21.21
Severo (6 a 8)	19	57.57
Intenso (9 y 10)	3	9.09
Total	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

Encontramos que el 12.12% de los adultos mayores su intensidad del dolor es leve, el 21.21% moderado y el 57.57% severo y el 9.09% intenso; lo que se correlaciona con estudios realizados en adultos mayores por Stonski el 10% de los pacientes presentaba dolor leve, el 25% dolor moderado, 45% severo y el 20% dolor intenso.

TABLA N° 19.
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR.

LOCALIZACIÓN	FRECUENCIA	%
Cabeza	1	3.03
Cervical	1	3.03
Lumbar	7	21.21
Abdominal	1	3.03
Miembros inferiores	19	57.57
Articular	2	6.06
Generalizado	2	6.06
TOTAL	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

- Al preguntar sobre la localización del dolor en los adultos mayores refirieron presentan el 57.57% en miembros inferior, 21.21% dolor lumbar, 6.06% generalizado, y el 12.12% entre articular, cervical y cefalea a diferencia de estudio realizado por Stonski E. El 71% de los pacientes tenía dolor lumbar, el 57% en rodillas, el 21% en el hombro, el 20% en manos y articulación sacro-ilíaca en el 20% y el 38% dolor miofacial.

TABLA N° 20.

CARÁCTER DEL DOLOR.

CARÁCTER	FRECUENCIA	%
Sordo	16	48.48
Lancinante	2	6.06
Cólico	2	6.06
Urente	1	3.03
Pungitivo	7	21.21
Fulgurante	2	6.06
Constrictivo	1	3.03
Pulsátil	1	3.03
Gravativo	1	3.03
TOTAL	33	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras

De los adultos mayores asilados el carácter del dolor que refiere el 48.48% es sordo y el 21.21% pungitivo.

TABLA N° 21.

A QUE HORA DEL DIA SIENTE MÁS DOLOR.

HORA	FRECUENCIA	%
Por la mañana	0	0.00
Al medio día	1	3.03
Por la tarde	1	3.03
Por la noche	9	27.27
Siempre Igual	12	36.36
No Sé	10	30.30
TOTAL	33	100

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

De la población de adultos mayores asilados el 36.36% la hora que siente mas dolor es siempre igual, y el 30.30% no sabe.

RESULTADO 3.

INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ASILADO. (33 pacientes).

TABLA N° 22.

RELACION ENTRE TEST DE CALIDAD DE VIDA Y DOLOR AGUDO Y CRÓNICO.

Intensidad Del Dolor	Agudo		Crónico		TOTAL	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
De 0 a 48 puntos	2	5.00	8	20.00	10	25.00
De 49 a 62 puntos	1	2.50	9	22.50	10	25.00
De 63 puntos en adelante	4	10.00	16	40	20	50.00
Total	7	17.50	33	82.5	40	100,00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta.

ELABORACIÓN: Las autoras.

Del 17.50% de la población de los adultos mayores que refirieron dolor agudo el 28.57% presenta una mejor calidad de vida y el 57.14% presenta peor calidad de vida. A diferencia del 82.50% refieren dolor crónico, de los cuales el 24.24% presenta una mejor calidad de vida y el 48.48% una peor calidad de vida. Lo que se correlaciona con estudios realizados en asilos por Narón (La Coruña), se ha evaluado la calidad de vida que presentaban estos pacientes, obteniéndose una puntuación media de la salud global de 33,72% en una escala de puntuación de 0 a 100 (mínima a máxima calidad de vida). Las diferencias han sido estadísticamente significativas, en las puntuaciones medias de la salud global relacionadas con el sexo, siendo superior el valor hallado en hombres que en mujeres.

TABLA Nº 23.

RELACION ENTRE TEST DE YESAVAGE Y DOLOR AGUDO Y CRÓNICO.

Intensidad del dolor.	Agudo		Crónico		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
0 A 5 PUNTOS	6	15	13	32.50	19	47.50
6 A 10 PUNTOS	1	2.50	15	37.50	16	40.00
11 A 15 PUNTOS	0	0.00	5	12.50	5	12.50
TOTAL	7	17.50	33	82.50	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

De los adultos mayores asilados el 17.50% que presentan dolor agudo el 15% no tienen depresión, el 2.50% son moderadamente deprimidos. Del 82.50% que presentan dolor crónico el 32.50% no tienen depresión, el 37.50% están moderadamente deprimidos el 12.50% están muy deprimidos, lo que se

correlaciona con estudios realizados por Ferrell y colaboradores que en estudios se ha demostrado que no solamente el dolor crónico aumenta la incidencia de depresión, sino que también el dolor agudo que además influye negativamente en la evolución de los síndromes dolorosos. La depresión se relacionó directamente con la intensidad del dolor y el deterioro de la funcionalidad provocada por éste.

TABLA N° 24.

RELACION ENTRE TEST MININUTRICIONAL Y DOLOR AGUDO Y CRÓNICO.

MINI NUTRICIONAL ASEEMENT	Agudo		Crónico.		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Intensidad Del Dolor						
MENOR DE 17 PUNTOS	0	0.00	2	5.00	2	5.00
DE 17 A 23,5	3	7.50	14	35.00	17	42.50
MAYOR DE 24 PUNTOS	4	10.00	17	42.50	21	52.50
Total	7	17.50	33	82.50	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras

De los adultos mayores asilados los que tienen dolor agudo el 7.50% tienen riesgo de mala nutrición, el 10.00% tienen un estado nutricional satisfactorio; los

que tienen dolor crónico el 5.00% tienen mal estado nutricional el 35.00% tienen riesgo de mala nutrición, el 42.50% tienen estado nutricional satisfactorio.

TABLA N° 25.

RELACION ENTRE TEST DE PFEIFFER Y DOLOR AGUDO Y CRÓNICO.

Intensidad del dolor.	Agudo		Crónico		TOTAL	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
0 A 2 ERRORES	6	15.00	16	40.00	22	55.00
3 A 4 ERRORES	1	2.50	12	30.00	13	32.50
5 A 7 ERRORES	0	0.00	3	7.50	3	7.50
8 A 10 ERRORES	0	0.00	2	5.00	2	5.00
Total	7	17.50	33	82.50	40	100,00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras

De la población de los adultos mayores que refieren dolor agudo el 15.00% no presenta deterioro cognoscitivo y el 2.50% presenta leve deterioro intelectual; y de los que refieren dolor crónico el 40.00% no tienen deterioro intelectual, el 30.00% presenta deterioro leve, el 7.50% tienen moderado deterioro intelectual, el 5.00% presenta un grave deterioro intelectual. El daño cognoscitivo se ha asociado a un índice de bajo reporte de dolor en los pacientes ancianos, Parmelee y Cols, estudiaron 758 residentes de una institución urbana a los cuales les evaluaron su estado cognoscitivo, su capacidad para auto informar, la

intensidad y sitios del dolor, capacidad funcional y estado físico, encontraron que 372 estaban cognoscitivamente intactos, 297 moderadamente lesionados y 89 severamente dañados. El 79% informo un sitio de dolor aunque la intensidad fue muy baja. Las quejas por dolor disminuyeron a medida que se incrementaba el daño cognoscitivo, pero la asociación entre daño cognoscitivo y dolor fue muy pequeña, con significancia estadística sugiriendo que los pacientes con mayor daño cognoscitivo tuvieron una pobre comunicación del dolor.

TABLA N° 26.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	Agudo		Crónico		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
1	0	0.00	10	25.00	10	25.00
2	2	5.00	15	37.50	17	42.50
3	5	12.50	8	20.00	13	32.50
Total	7	17.50	33	82.50	40	100.00

FUENTE DE INFORMACIÓN: Encuesta

ELABORACIÓN: Las autoras.

De la población de los adultos mayores los que tienen dolor agudo el 5.00% tienen un probable estado de fragilidad psicológica, el 12.50% tienen un adecuado funcionamiento psicológico, de los que tienen dolor crónico el 25.00%

tienen probable estado de necesidad psicológica, el 37.50% tienen probable estado de fragilidad psicológica, el 20.00% tienen un adecuado funcionamiento psicológico.

RESULTADO 4.

Como producto de la investigación: Influencia del dolor crónico en la calidad de vida de los adultos mayores asilados en diferentes instituciones del cantón Loja", hemos elaborado una guía, luego de una revisión exhaustiva, que tiene como objetivo aportar con terapias alternativas y medicina natural, seleccionadas de acuerdo a los tipos de dolor más frecuente que hemos encontrado durante el curso de nuestra investigación como son el dolor músculo-esquelético, reumático y traumático.

Debido a que en la población investigada encontramos que: uno de los factores que influyen en la disminución de la calidad de vida de los adultos mayores es el nivel socio económico bajo, hemos optado por escoger terapias accesibles en estas instituciones, con métodos sencillos que requieren de imaginación y pocos materiales como son: Técnicas de alivio al dolor, Aromaterapia, Fármacos herbolarios y Dietas para el Adulto Mayor.

Todos sabemos que la medicina natural es una ciencia muy antigua, que día a día se enriquece más por la investigación moderna y científica, lo que ha logrado enriquecer más la sabiduría curativa.

Estas técnicas y practicas las detallamos en la guía de opciones terapéuticas para el dolor crónico.

13. CONCLUSIONES

En el trabajo investigativo realizado en los asilos hemos llegado a las siguientes conclusiones.

- El promedio de edad de los adultos mayores asilados, en el cantón Loja que se encuestaron fue de 79.42 ± 9.3 años y el 33.33% de los adultos mayores son de sexo masculino y el 66.66% son de sexo femenino.
- Los adultos mayores asilados tienen un nivel socioeconómico bajo en el 75.76%, de los cuales el 35% no recibe visitas de familiares y el 65% si lo hacen, una de las razones por la que las visitas son ocasionales es porque el 50% tienen a sus familiares fuera de la provincia o en el extranjero.
- Encontramos que el 87.87% de los adultos mayores presentan patologías preexistentes de los cuales el 69.69% manifiestan dolor entre moderado a severo y el 12.12% no manifiestan patologías de los cuales 6.06% presenta dolor moderado.
- El 17,5% de los adultos mayores presentan dolor agudo y el 82,5% presentan dolor crónico de los cuales el 72.72% refiere dolor tipo

reumático, en el 54.54% su patrón es constante y en el 45.45% es intermitente, la intensidad del dolor en el 57.57% es severo y el carácter del dolor en el 48.48% es sordo.

- En cuanto a localización del dolor en los adultos mayores, refirieron presentar el 57.57% en miembros inferior, 21.21% dolor lumbar, 6.06% generalizado, y el 12.12% entre articular, cervical y cefalea.
- El dolor crónico es el causante del deterioro de la calidad de vida del adulto mayor asilado de los que refirieron dolor agudo 28.57% presenta una mejor calidad de vida y el 57.14% presenta peor calidad de vida a diferencia de los que refieren dolor crónico de los cuales el 75.75% presenta una moderada y peor calidad de vida.

14. RECOMENDACIONES.

- Todas las generaciones de médicos deben prestar particular cuidado a la evaluación y tratamiento del dolor en especial en la población de los adultos mayores, debido a que es el grupo más vulnerable en la sociedad.
- Los adultos mayores son más sensibles a la acumulación de fármacos, como consecuencia de los cambios en la farmacocinética de los analgésicos: relacionados con la edad, por lo que una cuidadosa evaluación y manejo del dolor son muy necesarios en los adultos mayores para una prescripción adecuada.
- Los adultos mayores deben considerarse un grupo de alto riesgo de padecer tratamiento insuficiente del dolor a causa de creencias inapropiadas sobre su sensibilidad y tolerancia al dolor.
- Para asegurar un manejo óptimo del dolor se deben desarrollar e implementar medidas adecuadas en cada institución que sirvan para evaluar el manejo del dolor y establecer si el control es adecuado.

- La calidad del manejo del dolor debe ser evaluada constantemente y de esta manera saber su efectividad.
- La calidad en el manejo del dolor comienza con el convencimiento del equipo de profesionales de la salud, que los pacientes deben tener acceso al mejor y más seguro nivel de alivio del dolor que pueda ser proporcionado, ya que influye directamente en la calidad de vida.

15. BIBLIOGRAFÍA:

- AGS-American Geriatrics Society: Clinical Practice Guidelines Angell, 1982.
- ACG panel of chronic pain in older person. The management of chronic pain in older person. *Jam geriatric soc* 1998; 46: 635-651.
- Astudillo W et al.-Principios básicos para el control del dolor total.-Rev. Soc. Esp. Aranda J. Arístides H.. Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM) 2002. Calidad Y Satisfacción De Vida De Adultos Mayores De 60 Años En Lima-Perú - Estudio Piloto Y Análisis Psicométrico
- Arguello F, et. al. Modelo de Historia Clínica geriátrica para el adulto mayor del Ecuador 2004; *Revista Médica VOZANDES* Vol. 16 N° 1.
- Baumgartner 2005. Las consultas diarias en Gerontología-Masson, Barcelona.
- Caudill M, et al: Decreased Clinical utilization by chronic pain patients: Response to behavioral medicine intervention. *Pag. 13: 6-8, 1997*
- COLLDEFORS V. J, presidente de la hermandad de veteranos de las fuerzas armadas. Fernández Ballesteros, R.-Mitos y Realidades sobre la Vejez y la Salud-SG. Editores S.A., Fundación Caja Madrid-Barcelona 1992
- Espiditest para la terapéutica del dolor en España. P R O G R A M A C O N T R O L D O L O R 2005. ZAMBON GROUP. www.zambon.es

- Espinosa, E. y Libreros, M. (1995). Modelo básico para el mejoramiento de la calidad de vida del viejo recluso durante su permanencia en la cárcel del distrito judicial de Cali. Santiago de Cali. Tesis de grado, Universidad de San Buenaventura, Valle, Colombia
- Ferrell, B. R. Patient Education and Nondrugs Interventions in Pain in the Elderly-Task Force on Pain in the Elderly. I.A.S.P. Press. Seattle 1996; 35,44.
- Ferrell B.A.-Overview of agins and Pain. En Pain in the Elderly. Task Force on Pain en the Elderly-Seattle, 1996, 1-11.
- Linton, S.J., Hellsing, A.L. and Halldén, K., A population based study of spinal pain among 35-45-y e a r-old: prevalence, sick leave, and health-care utilization, Spine, (2006) in press.
- IASP Asociación Internacional para el estudio del dolor, 1979Manual de Aplicación del
- Matheson, L.N. and Brophy, R.G., Aggressive early intervention after occupational back injury: So-me preliminary observations, I. Occup. Rehab., 7 (1997) 107-11 7 .
- MAYA L. 1. Enfermera Gerontóloga M.S.P. 1997.
- Moreno, S. E. -L'edat madura: Alguns aspectes de Salut. Pla de preparació per a la Jubilació activa-Departament de Benestar Social, Generalitat de Catalunya, 1966-41, 60
- Mourin M. Médica Farmacóloga (Universidad Mayor del Uruguay). Médica Anestesióloga (Universidad Mayor del Urugua. Pte. de la Asociación Uruguaya para el Estudio del dolor. Council de la IASP. DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR.
- Perlado F. et al. Servicio de Geriatría. Hospital San Jorge. Zaragoza. Valoración del estado funcional en adultos mayores hospitalizados: la escala Plutchik.
- Ponencia 3: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. NIVELES
- Rev. Fac. Med. UNAM 1998; Envejecimiento; Volumen 41 (5): 198-206
- Rochon P.A., Gurwitz J.H. Tratamiento farmacológico. The Lancet (ed. Esp.). 1995; 346: 32,36.
- Rodes T . Biología del envejecimiento. Editorial Masson. Edición 2002. Barcelona (España). 3472
- Rollin M. ET AL. Clínicas Médicas de Norteamérica. Dolor crónico. Pag. 802-818. 1999.

- Rollin M. ET AL. Clínicas Médicas de Norteamérica. Anestesia en geriatría . Pag. 189-1993. 200
- San Martín, H. y Pastor, U. (1990). Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana. México
- SITTL. R. CLÍNICA Universitaria de Anestesiología y terapia del dolor, Universidad de Erlangen-Nuremberg, Alemania. Pain Management.
- Stonski E, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Treserras M.A. Pla integral de la Gent Gran. Generalitat de Catalunya, 1993. Cap.2-49-69.
- [Wikimedia Foundation, Inc.](http://www.wikimedia.org) Calidad de Vida - 3475.

15. ANEXOS.

ANEXO Nº 1.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS INFORMATIVOS:

Nombre de Institución:

NOMBRE:		SEXO:
EDAD:	Fecha de Nacimiento:.....	E. Civil:.....
Lugar de Nacimiento:		Lugar de procedencia:.....
Fecha de ingreso al Ancianato:	Tiempo de permanencia:	

DATOS PREVIOS AL INGRESO:

Ocupación:	Instrucción:	Ultimo año de instrucción:.....	
Nº de hijos:	Tiene familiares vivos:	SI	NO
Cuantos:	Sus familiares se encuentran:		
En esta provincia ()	En otra provincia ()	En otro país ()	¿Cuál?
Motivo de ingreso a esta institución:			
.....			
.....			

Recibe visitas de familiares: SI () NO ()

A DIARIO ()	CADA 6 MESES ()
SEMANALMENTE ()	1 VEZ AL AÑO ()
MENSUALMENTE ()	OCASIONALMENTE ()
CADA 3 MESES ()	NUNCA ()

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Enfermedades previas:	Cardiopatía Isquémica	HTA	Enf. Cerebrovascular	Gripes
	Frecuentes			
	Neumonías	Asma Bronquial	E.P.O.C	Diabetes
	Mellitus			
	Disfunción Tiroidea	Enf. De Parkison	Tuberculosis	Enf.
	Articulares			
	Caídas en el último mes	Alergias	Osteoporosis	Anemia
	Colagenopatías	Gota	Gastritis	Colitis
	Disliproteinemias	Depresión	Demencia	Intento
	Suicida			
Trastornos Psiquiátricos	Glaucoma	Neoplasias	Trastornos sensoriales	
Trastorno Visual	Trasfusiones	Climaterio	Trastornos Auditivos	
Trastornos Urinarios		ECV	E. Transmisión Sexual	
Otras:				
AGO:	FUM:..... G: PN:.....	C:.....A:	HV: HM:	
Sangrado Genital:	No: Leve: ... Moderado:	Prurito Vulvar: SI: No:	Mamografía:	Auto Examen:
A. Quirúrgicos	Fecha:	Secuelas:		
A. Traumáticos		

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

Padres:
Hermanos:
Hijos:

¿Qué enfermedades padece Actualmente?:

Esta en tratamiento de las mismas SI () NO ()

ACTUALMENTE ESTÁ TOMANDO MEDICACIÓN:

Por prescripción médica :	SI ()	NO ()
Automedicación	SI ()	NO ()
Medicinas:		
Nombre	Dosis	Vía de administración
		Tiempo
		Reacciones Adversas
.....		
.....		
Porqué:.....		
.....		

EVALUACIÓN NUTRICIONAL (Mini Nutricional Asseement MNA)

Peso en Kg: Talla en cm: IMC: CB: CP:

<p>I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS</p> <p>1. Índice de masa corporal (IMC: kg/m2) 0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC < 21 2 = 21 < IMC < 23 3 = IMC > 23</p> <p>2. Circunferencia braquial en cm. 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 < CB < 22 1.0 = CB > 22</p> <p>3. Circunferencia de la pierna en cm. 0 = CP < 31 1 = CP > 31</p> <p>4. Pérdida de Peso (< 3 meses) 0 = Pérdida de peso > 3 Kg 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg. 3 = No ha habido pérdida de peso</p> <p>II. EVALUACIÓN GLOBAL</p>	<p>III. Parámetros Dietéticos.</p> <p>11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 o 3 comidas</p> <p>12. El paciente consume: ¿Productos Lácteos al menos una vez al día? Si: No: (No = 0 o Si = 1) ¿Huevos o Legumbres 1 o 2 veces por semana? Si: No: (No = 0 o Si = 2) ¿Carne, pescado o aves diariamente? Si: No: (No = 0 o Si = 3)</p> <p>13. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces por día? 0 = No 1 = Si</p> <p>14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación, o alimentación en</p>
--	--

<p>5. ¿El paciente vive en su domicilio? 0 = No 1 = Sí</p> <p>6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = sí 1 = No</p> <p>7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 1 = no</p> <p>8. Movilidad. 0 = De la cama al sillón 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del Domicilio</p> <p>9. Problemas Neuropsicológicos. 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos.</p> <p>10. ¿Ulceras o lesiones cutáneas? 0 = Sí 1 = No</p>	<p>los últimos tres meses? 0 = Anorexia Severa 1 = Anorexia moderada 2 = Sin Anorexia</p> <p>15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza.) 0.0 = Menos de 3 vasos 0.5 = De 3 a 5 vasos 1.0 = Más de 5 vasos</p> <p>16. ¿Forma de alimentarse: 0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta solo con dificultad 2 = Se alimenta solo sin dificultad</p>
IV. VALORACIÓN SUBJETIVA	
<p>17. ¿El paciente se considera así mismo bien nutrido (Problemas Nutricionales) 0 = Malnutrición severa 1 = No lo sabe o malnutrición moderada. 2 = Sin problemas de nutrición</p>	<p>18. ¿En comparación con las personas de su edad? ¿cómo encuentra su estado de salud? 0.0 = Peor 0.5 = No lo sabe 1.0 = Igual 2.0 = Mejor</p>
<p>ESTRATIFICACIÓN: > 24 puntos: estado nutricional satisfactorio. De 17 a 23.5 puntos: riesgo de malnutrición. < 17 puntos: mal estado nutricional</p>	TOTAL MAXIMO 30 PUNTOS
EVALUACIÓN BIOMÉDICA:	
1	2

1	2	3
----------	----------	----------

**EVALUACIÓN FUNCIONAL:
ESCALA DE PLUTCHIK PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:**

ÍTEMS	Puntuación:
<p>1. Para comer, el paciente: No necesita ayuda (lo hace solo). Requiere cierta ayuda (necesita apoyo) Requiere mucha ayuda (hay que darle la comida)</p>	0 1 2
<p>2. es incontinente: Nunca A veces (una o dos veces por semana) Con frecuencia (tres o más veces por semana).</p>	0 1 2
<p>3. para lavarse o vestirse , el paciente precisa: Ninguna asistencia. Alguna asistencia. Un máximo de asistencia</p>	0 1 2
<p>4. El paciente caerá de la cama de la cama o de la silla a menos que este protegido por barras: Nunca. A veces. Con frecuencia.</p>	0 1 2
<p>5. Con respecto a caminar el paciente: No tiene ninguna dificultad. Necesita ayuda para caminar. No puede caminar.</p>	0 1 2
<p>6. La visión del paciente con o sin gafas es: Aparentemente buena. Algo disminuido. Muy mala.</p>	0 1 2
<p>7. Tiene confusión mental. No encuentra el camino correcto, pierde pertenencias, entre otras Casi nunca. A veces. Muy a menudo</p>	0 1 2

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

EVALUACIÓN DE LA ESFERA EMOCIONAL (YESAVAGE)		SI	NO
1	¿Esta básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?		
3	¿Siente que su vida esta vacía?		
4	¿Se encuentra aburrido a menudo?		
5	¿Tiene buen ánimo a menudo?		
6	¿Tiene miedo de que algo malo le este pasando?		
7	¿Se siente feliz muchas veces?		
8	¿Se siente abandonado a menudo?		
9	¿Prefiere quedarse encasa que salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?		
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12	¿Se siente bastante inútil?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Se siente que su situación es desesperante?		
15	¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?		
Respuestas Depresivas: NO : EN 1-5-7-11-13 SI : 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15. 0 – 5 puntos: Normal 6 – 10: Moderadamente Deprimido 11 – 15: Muy Deprimido			

EVALUACIÓN DE LA ESFERA COGNITIVA (TEST DE PFEIFFER)

Cuestionario de PFEIFFER		
Pregunta	Respuesta	Puntaje
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿En que lugar estamos?		
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Dónde Nació?		
¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?		
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?		
¿Cuál era el primer apellido de su madre? Que nos diga su segundo apellido		
Empezando por 20, vaya restando de tres en tres.		
Puntuación Máxima: 10. (0-2 errores: intacto o normal); (3-4 errores: Leve deterioro intelectual), (5-7 errores: moderado deterioro intelectual), (8-10 errores: grave deterioro intelectual).		
Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos .		

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

1	2	3
----------	----------	----------

EVALUACIÓN DE LA ESFERA SOCIAL

Fuente de Ingreso: Propio: Familiar: Ambos: Ninguno:
Vivienda: Servicios Básicos: Si:..... No:..... Necesidades:
Satisface sus Necesidades: Si: Poco: Nada:
APOYO EMOCIONAL
Se siente usted Solo: Si: No:
Recibe Afecto Familiar: Siempre: Algunas veces: Nunca: De otras Personas:
Satisfecho con su Familia: Mucho: Poco: Nada:
Se siente Útil en su Familia: Si: No:
Tiene a quien contar sus problemas: Si:No:
Cuenta con grupos Sociales para compartir: Siempre: Algunas veces: Nunca:
REDES DE APOYO
CONVIVENCIA: Solo: Acompañado: Familiar: Otros:
Necesita Cuidador: Si: No:

Cuidador: Edad: Trabaja: Familiar: Vecino: Otros:

SERVICIOS PÚBLICOS

Conoce los servicios de salud en su área de vivienda.....
Cuales.....

Utiliza los servicios de salud en su área de vivienda:
Cuales.....

EVALUACIÓN SOCIAL:

1	2	3
---	---	---

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DOLOR

P. 1. En general, usted diría que su salud es: (una sola respuesta)

- () Excelente -----1
- () Muy buena-----2
- () Buena-----3
- () Regular-----4
- () Mala-----5

P. 2. ¿Como diría usted que su salud actual, comparada con la de hace un año? (Una sola respuesta)

- () Mucho mejor -----1
- () Algo mejor-----2
- () Más o menos igual-----3
- () Algo peor-----4
- () Mucho peor-----5

P. 3. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

	SI	NO
P.3a. () Actualmente, su estado de salud ¿Interfiere o dificulta su actividad laboral?	1	
P.3b. () Actualmente su estado de salud ¿Le impide realizar esfuerzo moderado, como mover una mesa, pasar la aspiradora, o caminar más de 1 hora?	1	
P.3c. () Actualmente su estado de salud. ¿ le causa problemas en su vida familiar, es decir, las relaciones con los de la casa	1	
P.3d. () Actualmente, su estado de salud ¿Le causa problemas con su vida sexual?	1	

P.4. Por favor conteste a las siguientes frases: (Una sola respuesta horizontal)

	Totalmente cierto	Bastante cierto	Bastante Falso	Totalmente falso
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	4	3	2	1
Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4
Creo que mi salud va a empeorar	4	3	2	1
Mi salud es excelente	1	2	3	4

P.5. durante el último mes ¿Cuánto tiempo? (Una sola respuesta horizontal)

	Siempre	Casi siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
¿Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
¿Tubo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
¿Se sintió desanimado y triste?	6	5	4	3	2	1
¿Se sintió cansado/agotado?	6	5	4	3	2	1

P.6. Durante el último mes ¿hasta que punto el dolor a dificultado su trabajo habitual ¿incluido el trabajo fuera de casa y tareas domesticas? (Una sola respuesta)

- Nada-----3
- Un poco -----6
- Regular -----9
- Bastante -----12
- Mucho -----15

P.7 a. ¿Su dolor es.....? (Una sola respuesta).

- Ligero-----1
- Molesto -----2
- Intenso -----3
- Insoportable -----4

P.7 b. ¿Su dolor es? (una sola respuesta).

- Raro-----1
- Frecuente -----2
- Muy frecuente -----3
- Continuo-----4

P.7 C. ¿Por favor señale la respuesta que considera oportuna? (Una sola respuesta).

- Su dolor le permite, ser autosuficiente-----1
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda ocasional-----2
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda permanente -----3
- Debido a su dolor, usted necesita ayuda permanente -----3
- Debido a su dolor, usted necesita estar encamado -----4

P.7 d. ¿debido a su dolor como se encuentra usted a la hora de dormir? (Una sola respuesta).

- Duerme regularmente-----1
- Duerme mal -----2
- Duerme muy mal-----3
- Necesita fármacos para poder dormir-----4

P.8. ¿Cómo calificaría usted la gravedad de su dolor? Una sola respuesta

- Muy leve-----1
- Leve -----2
- Ni grave ni leve-----3
- Grave -----4
- Muy grave-----5

P.9. ¿A continuación se enumeran una serie de problemas que la gente puede tener en su vida diaria?. En cada uno de ellos, marque una cruz en la casilla del "SI" si lo tiene y en la del "NO" si no lo tiene.

	SI	NO
Las cosas me deprimen o me siento desanimado/ a	1	
Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo / a	1	
Últimamente me enfado con facilidad	1	
Siempre estoy fatigado/ a	1	
Me cuesta estar de pie mucho rato (por ejemplo haciendo cola)	1	
Me cuesta mucho dormirme	1	
Me paso la mayor parte de la noche despierto /a o las preocupaciones me desvelan por la noche.	1	
Creo que soy una carga para los demás	1	

SUMA TOTAL: _____ / _____

DATOS DE CLASIFICACIÓN:

D.1. ¿Por cual de estos dolores está en la consulta?

A	DOLOR REUMÁTICO de tipo artrosis, lumbago, ciática inflamación de tendones y/o áreas que rodean las articulaciones	1
B	DOLOR TRAUMÁTICO: como esguinces, luxaciones, roturas musculares u óseas etc.	2
C	DOLOR MÚSCULO ESQUELÉTICO: dolor radicular agudo.	3
D	DOLOR MÚSCULO ESQUELÉTICO: dolor lumbar agudo.	4
E	DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: patología oído externo	5
F	DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: patología oído medio.	6
G	DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: otalgia refleja.	7
H	DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: dolor sinusitis.	8
I	DOLOR OTORRINOLARINGOLÓGICO: dolor garganta	9
J	DOLOR DENTAL (dientes, muelas, encías, ortodoncia etc.)	10
K	DOLORES MENSTRUALES producida por la regla.	11
L	Otro tipo de dolor (especificar)	12

D.2 ÁMBITO DE REALIZACIÓN:

Atención primaria.	1
Atención secundaria	2

D.3 SEXO

Hombre	
mujer	

D.4 Edad.

--	--

HISTORIA CLÍNICA DEL DOLOR

Descripción del Dolor

Patrón: constante ()

intermitente ()

Duración: _____

Localización: _____

Carácter:

Constrictivo	Fulgurante (golpe de corriente eléctrica)	De hambre	Sordo (leve pero continuo)
Pungitivo(punzante)	Lancinante (pinchazos)	Pulsativo (latido)	Taladrante (barrena)
Urente (quemante)	Cólico (retorcijón)	Errante o errático	Gravativo (pesadez)

¿Desde cuando tiene ese dolor?

Menos de 1 semana () 1-4 semanas () 1-3 meses () 3-6 meses () Más de 6 meses ()

¿A que hora del día siente más dolor?

Por la Mañana () Al mediodía () Por la Tarde () Por la noche () Siempre Igual () No sé ()

Otras descripciones:

Factores que exacerban:

Factores que disminuyen:

Intensidad Del dolor:

En Reposo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguno			Moderado				Severo			

Con Actividad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguno			Moderado				Severo			

Como ha sido su dolor en las ultimas 24 horas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ninguno			Moderado				Severo			

Escala de marcha y equilibrio.

QUE EXAMINAR	COMO EXAMINAR
1. Ritmo: 1.1 normal y esbelto. 1.2 Lento y torpe.	1. Ordenándole que camine.
2. Dirección. 2.1 Rectilínea y firme. 2.2 Titubeante	2. Ordenándole que camine hacia un punto fijo.
3. Mirada. 3.1 Adelante. 3.2 A media altura. 3.3 Al piso	3. Simple inspección.
4. Base de sustentación. 4.1 Más amplia. 4.2 Más estrecha.	4. Simple inspección.
5. Piernas: 5.1 Magnitud de los movimientos articulares. 5.2 Asienta primero la punta o el talón.	5. Observando al enfermo tanto de frente como de perfil.
6. Brazos: 6.1 Movimientos normales de péndulo. 6.2 Permanecen pegados o separados del cuerpo. 6.3 Tienen movimientos intencionados o sin finalidad alguna.	6. Observando el enfermo tanto de frente como de perfil.
7. Marcha con ojos cerrados	7. Ordenándolo que camine con los ojos cerrados, es aconsejable que una persona

	acompañe al enfermo pero sin tocarle.
8. detención brusca	
9. Giro y media vuelta, primero a un lado luego a otro.	

Actividades que hacen daño:

.....
.....

Calidad del sueño durante la noche:

() NO

() Si, no consigo dormirme

() Si, no tengo un sueño ininterrumpido

Hábitos:

Micción:

Defecación:

Gracias por su colaboración.

ANEXO Nº 2.

INTERPRETACION DE LOS TEST.

TEST CALIDAD DE VIDA:

Espiditest:

De 0 a 48 puntos: Mejor calidad de vida (Dolor Leve).

De 49 a 62 puntos: Intermedio (Dolor moderado).

De 63 puntos en adelante: Peor calidad de vida (Dolor Intenso).

TEST YESAVAGE.

De 0 a 5 puntos: Normal.

De 6 a 10 puntos: Moderadamente deprimido.

De 11 a 15 puntos: Muy Deprimido.

TEST DE PFEIFFER.

De 0-2 errores: intacto o normal.

De 3-4 errores: Leve deterioro intelectual.

De 5-7 errores: moderado deterioro intelectual.

De 8-10 errores: Grave deterioro intelectual.

TEST MINUTRICIONAL:

< 17 puntos: Mal estado Nutricional.

De 17 a 23.5 puntos: riesgo de mala nutrición.

> 24 puntos: Estado nutricional satisfactorio.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:

Se obtiene del resultado de: Test de Yesavage y Test de pfeiffer.

3. Paciente con adecuado funcionamiento psicológico.

2. Paciente con probable estado de fragilidad psicológica.

- Paciente con trastorno cognitivo sin dependencia funcional.
- Paciente con diagnostico de demencia que puede cuidarse solo.
- Paciente con alteración afectiva sin dependencia funcional.

1. Paciente con probable estado de necesidad psicológica.

- Paciente con trastorno cognitivo sin diagnostico previo con dependencia familiar y/o trastornos de conducta.
- Paciente con diagnostico de demencia que no puede cuidarse solo.
- Paciente con alteración afectiva sin tratamiento con dependencia familiar.
- Paciente con intento suicida reciente.

EVALUACIÓN SOCIAL:

Se obtiene de los resultados de Evaluación de la esfera social.

2. Adecuado funcionamiento familiar y no afectado por riesgos sociales significativos.

2. Paciente con probable estado de fragilidad social.

- Paciente que se siente solo y que no cuenta con grupos sociales para compartir
- Paciente con dificultades para la movilidad en el hogar y que presenta barreras arquitectónicas.
- Paciente solo sin redes de apoyo y sin dificultades para ir donde al médico
- Paciente con disfunción familiar.

1. Paciente con probable estado de fragilidad social:

- Paciente con bajo per capita.
- Paciente solo con dificultades para la movilidad en el hogar y presencia de barreras arquitectónicas.
- Paciente que necesita cuidador y no lo tiene.
- Paciente que necesita cuidador y éste se encuentra enfermo y/o tenga edad avanzada y/o trabaje y/o presenta signos de agotamiento.
- Paciente con disfunción familiar y/o evidencia de abuso o maltrato.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLÓGICA

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“INFLUENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ASILADOS EN DIFERENTES INSTITUCIONES DEL CANTÓN LOJA”

Tesis previa a la obtención del título de: Médico

GUÍA DE OPCIONES TERAPEUTICAS

AUTORAS:

Patricia Maricela Cuenca Rosillo.

Blanca Irene Escobar Chamba.

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Patricia González Granda

LOJA – ECUADOR

2008

GUÍA DE OPCIONES TERAPEUTICAS:

La fuerza natural de curación que yace dentro de cada uno de nosotros es la fuerza más grande que existe para obtener alivio.

Hipócrates.

INTRODUCCIÓN:

Como producto de la investigación: Influencia del dolor crónico en la calidad de vida de los adultos mayores asilados en diferentes instituciones del cantón Loja", la presente guía tiene como objetivo aportar con terapias y medicina natural, seleccionadas de acuerdo a los tipos de dolor más frecuente que hemos encontrado durante el curso de la investigación como son el dolor músculo-esquelético, reumático y traumático.

Debido a que en la población investigada encontramos que: uno de los factores que influyen en la disminución de la calidad de vida de los adultos mayores es el nivel socio económico bajo, hemos optado por escoger terapias accesibles en estas instituciones, con métodos sencillos que requieren de imaginación y pocos materiales como son: Técnicas de alivio al dolor, Aromaterapia, Fármacos herbolarios y Dietas para el Adulto Mayor.

Todos sabemos que la medicina natural es una ciencia muy antigua, que día a día se enriquece más por la investigación moderna y científica, lo que ha logrado enriquecer más la sabiduría curativa.

DEDICATORIA:

Esta guía va dedicada al grupo del PAAM (Programa de Asistencia al Adulto Mayor), y a la población de adultos mayores asilados en: Ancianato "Daniel Álvarez Sánchez", "Hogar de ancianos Rosa Puertas de Cueva" y "Hogar de Estancia de Paz Francisco Valdivieso" que gracias a su colaboración pudimos culminar nuestro trabajo de fin de carrera

INDICE

SECCIÓN 1: TECNICAS DE ALIVIO AL DOLOR

1. RELAJACIÓN

1.1 Examen de Respiración.

1.2 Práctica de Respiración: Se utiliza para cualquier tipo de dolor.

1.3 Como practicar el escaneo corporal

2. PON A PRUEBA TUS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS.

3. DETENTE Y CAMBIA: CÓMO PARAR LA PLÁTICA INTERNA NEGATIVA

4. LA TÉCNICA DETENTE

5. SIENTATE Y RESPIRA

6. ALGUNAS ALTERNATIVAS A CONSIDERAR:

SECCION 2: AROMATERAPIA

1. CONCEPTOS

2. COMO SE OBTIENEN:

3. ACEITES ESENCIALES:

4. CUALIDADES

5. FORMAS DE USO:

6. ACEITES Y PLANTAS MÁS USADOS:

SECCIÓN 3. FÁRMACOS HERBOLARIOS

1. PARA LA ARTRITIS:

2. COMO CONTRARRESTAR EL REUMATISMO:

3. PARA QUIENES SUFREN DE CALAMBRES:

3.1 FROTACIONES:

4. BAÑOS DE VAPOR:

SECCIÓN 4. DIETAS PARA EL ADULTO MAYOR

1. LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR.

1.1 Cantidad

1.2 Frecuencia

1.3 Balance

2. LA DIETA IDEAL

3. CONSEJOS GENERALES

4. ALIMENTOS CONTRAINDICADOS

SECCIÓN 1: TÉCNICAS DE ALIVIO AL DOLOR

1. RELAJACIÓN

Dentro de nosotros tenemos un poder natural que tiene la capacidad de proporcionarnos una paz profunda, tranquilidad y alivio del dolor.

Podemos provocar estas maravillosas sensaciones aprendiendo una técnica especial de relajación y respiración. Este es uno de tus recursos más importantes que te ayudan a reducir el dolor y a promover la autocuración.

Este poder interior siempre ha estado presente y siempre lo estará, disponible para que recurras a él cuando lo necesites. Aprender como usar tu **respiración** para promover la relajación profunda puede **mejorar tu calidad de vida** de una manera radical.

Es posible obtener una libertad casi inmediata del dolor y de la incomodidad con la relajación profunda.

El alivio del dolor puede durar toda la sesión de relajación o puedes obtener los beneficios de percibir niveles bajos de dolor durante un periodo más largo.

Entre más practiques, la relajación será mejor y más efectiva. Si te puedes dar el tiempo para relajarte profundamente una, o de preferencia, dos veces al día, vas a sentirte más tranquilo y con un mayor control de tu situación, y estarás en camino de una vida más agradable y con menos dolor.

a. Examen de Respiración.

Para la siguiente técnica se necesita de un ambiente tranquilo y de concentración. Y de que alguien lea las siguientes instrucciones o si es posible de una grabación.

Examina tu respiración en este momento. Pon una mano en tu pecho y la otra en entre el tórax y el abdomen. Deja que tus manos descansen ahí durante unos cuantos minutos. Luego fíjate que mano se mueve más.

La mano de abajo es la que esperaríamos que se moviera más en una respiración normal y tranquila.

b. Práctica de Respiración: Se utiliza para cualquier tipo de dolor.

1. Acuéstate en el piso o en tu cama con una almohada delgada en la cabeza, y si te es cómodo, otra bajo tus rodillas. Esta almohada es particularmente útil si tienes problemas de espalda. Asegúrate de que tu ropa esté holgada, especialmente en el área del tórax, la cintura y el abdomen. Pasa algunos momentos permitiendo que tu cuerpo se suavice y se relaje en la superficie sobre la que estás acostado.

2. Hazte consciente de tu respiración y simplemente obsérvala durante unos momentos a medida que tu respiración entra y sale. Respira por la nariz, ya que esto filtra y calienta el aire. Respira lentamente y pon atención al movimiento de tu tórax y tu abdomen. No hagas nada, simplemente observa tu respiración. Quizá notes que tus costillas se mueven a los lados y sientas que tu espalda pega con el piso o la cama a medida que se expande.

3. Pon tus manos en la parte inferior de las costillas y notarás cómo entra y sale tu respiración. Cuando inhalas, esta parte se levanta, y cuando exhalas, cae. Ninguna otra parte de tu cuerpo necesita moverse, así que verifica que la parte superior de tus hombros y tu pecho estén quietos.

4. Sigue observando esta respiración normal profunda tanto tiempo como quieras, por lo menos durante cinco minutos. Asegúrate de no forzar de ninguna manera tu mecanismo de respiración; este es un proceso que ocurre de manera gradual y natural. Cada vez te relajarás más, lo cual permitirá que los procesos corporales funcionen normal y fluidamente por tu cuerpo y el proceso de curación mejorará.

Practica este ejercicio tan frecuentemente como quieras todos los días, quizá tres o cuatro veces al día.

Una vez que hayas practicado estar de esta manera, practica los pasos 2, 3 y 4 cuando estés sentado o de pie.

Cuando estés sentado, asegúrate de mantener una posición erguida. Si te agachas no hay lugar para que se expanda tu tórax y diafragma. La respiración diafragmática (normal), se convertirá pronto en tu manera natural de respirar durante la mayor parte del día.

Una vez que se haya establecido el patrón de respiración quizá te gustaría continuar con esta práctica, pues resulta muy relajante y placentera. Tal vez descubras que esta práctica de respiración es tan efectiva que la quieras utilizar como tu forma principal de relajación.

c. Como practicar el escaneo corporal

Para el desarrollo de esta técnica Encuentra un lugar tranquilo, quítate los zapatos, suelta cualquier prenda apretada. Acuéstate en una posición cómoda y cúbrete bien. Asegúrate que no te interrumpan durante más o menos veinte minutos.

Pedirle a alguien que te las lea lentamente, dejando muchas pausas, especialmente donde están los puntos suspensivos que indican que hay que hacer una pausa.

- a)** Hazte consciente de tu respiración y durante algunos momentos pon atención a tu pecho y abdomen que suben y bajan mientras inhalas y exhalas..... Cierra los ojos si lo deseas.
- En la siguiente respiración, la inhalación se dará de manera natural, exhala por la boca con un ligero suspiro.
- Esbozando una sonrisa en tu rostro. La sonrisa te ayudará a relajar todo el rostro. El suspiro va a permitir que tu respiración se vuelva más profunda y más efectiva..... Inhala por la nariz.
- En la siguiente exhalación imagínate que el suspiro va desde la parte superior de tu cabeza hasta las plantas de los pies
- Siente el alivio a medida que sueltas el aire y dejas que toda la tensión se vaya.....
- Todo tu cuerpo se siente más cómodo y calma.... Siente cómo se hunde en la superficie sobre la que estás acostado....
- b)** A medida que te desplazas con tu mente por tu cuerpo, aparta un tiempo para estar con cada parte de él para obtener el beneficio completo de la atención y para permitir que los músculos se relajen, digamos durante tres respiraciones, para cada parte del cuerpo.
- Comienza por hacerte consciente de que tu cabeza descansa en la superficie sobre la que estás acostado y permite que tu cuello se relaje y esté libre.
- El cuello es un área especialmente importante que hay que mantener libre y relajada. Es más bien como una puerta; si la abrimos permitimos que la relajación salga del cuello hacia todo nuestro cuerpo.
- Viaja lentamente con tu mente por tu cabeza, dejando que se hunda en la superficie donde está descansando....
- Mueve tu conciencia hacia tu rostro y siente cómo tu frente se ensancha y se relaja mientras llevas tu atención a ella....
- Nota cómo se van soltando los músculos....

- Lleva tu atención a los ojos. Deja que se reblandezcan y se relajen.... Permite que todos los músculos alrededor de la boca se relajen....
- Sonríe.... Tu mandíbula se relaja.... Incluso tus dientes y encías se están relajando... Descansa la lengua en la parte inferior de la boca...
- Regresa al cuello y deja que se relaje un poco más.... El frente, los lados, y la parte posterior....
- c)** Sigue haciendo esto en otras partes del cuerpo, dejando que cada parte se suavice y se suelte, y pasa tres ciclos de respiración en cada área.
- Viaja lentamente del cuello hacia abajo por la espalda... Pasa tiempo con la espalda baja....
- Regresa al cuello y relaja de nuevo esa área... Luego ve a los hombros y baja por los brazos... por las manos... Hasta la punta de los dedos...
- Continúa con la pelvis y el abdomen... Baja por ambas piernas.
- Pasa algunos momentos en los muslos, en las rodillas.... En las pantorrillas... en los tobillos.... Y finalmente ve a los pies y a los dedos de los pies...
- Permite que cada parte se relaje, se suelte y libere la tensión...
- De vez en cuando quizá tu mente empiece a vagar; si es así, regresa tu atención a tu respiración durante algunos minutos y luego continúa con el "escaneo corporal".
- d)** Completa la relajación regresando al cuello, cabeza y rostro. El cuello está blando y libre... Tu cabeza se siente pesada y relajada...
- Tu frente se siente fresca... tan suave como la seda... y tus ojos están blandos y relajados...
- Todos los músculos de alrededor de los ojos se están soltando... Tus mejillas están relajadas... Tu mandíbula está relajada... Tus dientes están ligeramente separados...
- Los labios apenas se tocan... Y la lengua descansa suavemente en la parte inferior de la boca. Todo tu rostro está relajado, sereno y tranquilo...
- e)** Haz llevado la relajación tranquilizante a todo tu cuerpo... Ahora quizá te sientas muy pesado y con un calor que recorre todo su cuerpo. O tal vez te sientas muy ligero, como si tu cuerpo estuviera flotando y no pesara.
- Tu cuerpo está en paz y tu mente se ha lentificado... Deja que tus pensamientos pasen sin involucrarte con ellos...
- Simplemente obsérvalos a cada momento a medida que surgen y desaparecen de nuevo... No tienen nada que ver contigo, tú eres el vigilante.

- Observador de los pensamientos solamente... Si descubres que te enganchas en seguir tus pensamientos, regresa tu atención a la respiración...
- Sigue en este estado tanto tiempo como puedas, disfrutando la sensación de dejarte llevar totalmente.
- f) Para terminar la sesión, cuando estés listo, hazte consciente del lugar donde estás.
- Estira los brazos y piernas...
- llévate contigo los sentimientos de tranquilidad y paz a medida que comiences a moverte suavemente...
- La Paz y la relajación siempre están ahí para ti.

2. PON A PRUEBA TUS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS.

Para la siguiente terapia necesita de una persona para que lea, para que haya una mayor concentración y relajación.

Tus emociones son el producto de tus pensamientos. Como te sientes en este momento es el resultado de tus pensamientos previos. Para ilustrar como funciona esto, tómate unos instantes para realizar el siguiente experimento.

Parte 1.

- Tómate unos momentos para observar como te sientes en este instante. ¿Qué estas pensando? ¿Qué estas sintiendo? ¿Cómo se siente tu cuerpo?
- Piensa unos momentos en tu dolor y en la manera que ha limitado tu vida.
- Observa cómo te sientes ahora. ¿Qué estás pensando? ¿Qué estas sintiendo? ¿Cómo se siente tu cuerpo?
- Pon tu mente en blanco, libre de esta negatividad e imagina que esos pensamientos y sentimientos son como hojas de árbol que están en el suelo.
- Tienes una escoba y las barres vigorosamente lejos de ti.

Sigue inmediatamente con la parte 2.

Parte 2.

- Lleva tu mente de regreso a un momento o situación en la que estuviste feliz, o recuerda algo que te parezca gracioso, de lo que recuerdes haberte reído.
- Cierra los ojos si eso te ayuda a obtener una imagen más clara.
- Haz que el recuerdo sea lo más nítido y brillante posible; ve si puedes recordar los colores, sonidos, cómo estabas vestido y lo que estaban haciendo otras personas.
- Revive el momento. Pasa un tiempo corto pensando en ese momento.

- Observa cómo te sientes ahora.
- ¿Qué estas pensando?
- ¿Qué estas sintiendo?
- ¿Cómo se siente tu cuerpo?

A partir de este experimento puedes ver cómo diferentes pensamientos producen sentimientos diferentes.

Los pensamientos positivos produjeron sentimientos de felicidad y placer; incluso tal vez te descubriste sonriendo mientras recordabas ese momento.

3. DETENTE Y CAMBIA: CÓMO PARAR LA PLÁTICA INTERNA NEGATIVA

Existe un sistema muy sencillo que te ayuda a cambiar los pensamientos negativos persistentes, lo cuál es sumamente importante en tu viaje hacia el alivio natural del dolor.

Cuando descubras que en tu mente hay pensamientos de preocupación o desánimo y que estás escuchando y prestándole atención a tu voz interna negativa, puedes intervenir de la siguiente manera.

- Repite dentro de tu cabeza con una voz firme y convincente:

“¡ALTO!”

- Puedes utilizar otras palabras que sean realmente efectivas para ti, como “¡BASTA!”, o “¡YA BASTA!”.
- Dilas o Gritalas muy fuerte dentro de tu cabeza.
- Vas a descubrir que se forma un silencio asombroso en tu mente.
- Literalmente habrás dejado en shock a tus pensamientos y se detendrán durante un momento.
- Esta voz negativa no está acostumbrada a que se le den órdenes: ¡por lo general reina libremente! ...
- Ahora tienes que mostrarle que tú eres quien está a cargo.
- No le des oportunidad a que se recupere.
- CAMBIA esa vieja plática negativa en una voz de apoyo y positiva.
- Llena el silencio inmediatamente con pensamientos más constructivos.

Ejemplos de afirmaciones para la técnica “Detente y Cambia”

Escoge tres o cuatro de las siguientes afirmaciones poderosas y confortantes y tenlas a la mano para contrarrestar esa voz negativa.

Escoge afirmaciones que sean significativas para ti y que hagan resonancia en ti o, mejor aún, haz tus propias afirmaciones.

Apréndete de memoria estos pensamientos o afirmaciones de remplazo, como se les llama comúnmente, para que siempre los tengas listos.

- Lo estoy haciendo muy bien.
- Lo estoy manejando bien.
- Me amo y me apruebo

- Me concentraré en lo que puedo hacer
- Puedo Manejar esto
- Me es fácil... (relajarme, calmarme, caminar, sentarme confortablemente, etc.)
- Tranquilo, esto pasará. (Una maravillosa afirmación cuando surge el dolor)
- Estoy tranquilo y confiado.
- Yo soy el poder y la autoridad en mi vida para dejar ir el pasado y aceptar el bien en el momento presente.
- Me concentro en lo que puedo hacer.
- Soy paciente conmigo y con los demás.
- Respeto mi cuerpo
- Soy fuerte y mi cuerpo se está curando a sí mismo.
- Yo estoy lleno de poder curativo
- Merezco estar sano
- Hoy es un buen día. Hoy es mi día.

La técnica "Detente y cambia" es esencial para obtener y retener una actitud positiva. Es fácil sencilla y efectiva; la única parte que tienes que trabajar es recordar hacerlo.

4. LA TÉCNICA DETENTE

La técnica Detente, va a enseñarte cómo evitar que la situación emocional crezca o a aceptar y a enfrentar las emociones que surgen.

Cuando sientas que estás empezando a sentirte incómodo en una situación, enfórtala diciendo para ti mismo, en tu cabeza:

"¡DETENTE!"

- E inmediatamente concéntrate en tu respiración.
- Ahora tienes de nuevo el control llevando rápidamente tu atención a tu abdomen y permitiendo que tu respiración se vuelva más lenta y profunda.
- Esto no te llevará mucho tiempo pero si te dará un descanso de la situación potencialmente estresante.
- Esto te dará un momento para detenerte y dar un paso atrás, siendo más bien un observador de la situación, permitiéndote responder de una manera más que actuar automáticamente.
- Di para tus adentros "permanece tranquilo", o tú puedes manejar esto, mientras piensas cual será tu respuesta.

Recuerda no trates de reprimir o luchar con los sentimientos incómodos, esto sólo añade tensión.

Concéntrate mejor en las acciones o las tácticas que vas a tomar. Trata de poner una parte de tu atención en tu respiración a medida que se desarrolla la situación.

5. SIENTATE Y RESPIRA

Esta es la técnica básica para sentarse tranquilamente.

Encuentra un lugar y cómodo donde no seas molestado por el tiempo que te sea necesario (de 5, a 15 o 20 minutos).

Puedes sentarte o recostarte, pero está consciente de que si te recuestas puedes quedarte dormido.

- Para tener éxito en la técnica "siéntate y respira" necesitarás estar despierto.
- No es necesario que te sientes de una forma especial, pero sí siéntate tan derecho como puedas sin provocar ninguna tensión muscular extra.
- Esto es para ayudar a que te mantengas alerta.
- Puedes recargar la cabeza si así lo deseas.
- Lo más importante es que estés cómodo, pero no tan relajado como para que te adormezcas.
- Cierra los ojos y lleva tu atención a tu abdomen y observa como sube y baja mientras tu respiración entra y sale de tu cuerpo.
- Viaja en tu mente por todo tu cuerpo, relajando y soltando cada parte a la que vayas llegando.
- Comienza por tus pies y sube por tu cuerpo, terminando con tu cabeza y rostro.
- Mientras respiras por la nariz, está consciente de tu respiración a medida que entra y sale de tu cuerpo.
- No trates de alterarla de ninguna manera, simplemente síguela mientras entra y sale.
- Observa cualquier movimiento de tu pecho y cuerpo, y luego sigue tu respiración a medida que, a su propio ritmo, sale nuevamente a través de tu nariz.
- Simplemente siéntate y obsérvala.
- Cuando notes que tu atención ya no está en tu respiración, simplemente siéntate y obsérvala. los pensamientos y, sin criticarte o impacientarte, deja que los pensamientos se vayan.
- Suavemente trae tu atención de regreso a tu respiración otra vez.

Continúa haciendo esto, comenzando con una práctica de 5 minutos y llegando al menos a 10 minutos diarios, preferible de 15 a 20.

Puedes checar el tiempo de vez en cuando y luego, si así lo deseas cuando se haya acabado el tiempo, abre los ojos y permanece tranquilo durante otro poco de tiempo, disfrutando los sentimientos que has generado.

Lleva contigo estos sentimientos tranquilos y calmados a medida que lentamente regresas a la actividad.

6. ALGUNAS ALTERNATIVAS A CONSIDERAR:

Cambie el ritmo de sus actividades:

Si las actividades que realiza le causan dolor al día siguiente, trate de:

- dividir las tareas grandes en tareas más pequeñas
- alternar las actividades más pesadas con las más fáciles
- practicar ejercicios de relajación diariamente

Use el ejercicio:

- El ejercicio diario suave puede efectivamente disminuir en vez de aumentar el dolor persistente.
- Fortalece los músculos que lo ayudan a ser más activo e independiente.
- También puede ser una distracción placentera.

Revise sus patrones de pensamiento:

- Preste atención a sus patrones de pensamiento.
- Los pensamientos pueden influir sobre su estado de ánimo, actividades y también sobre su dolor.
- Al notar estos patrones de pensamiento, usted puede intentar cambiar sus pensamientos negativos, tales como:
 - *no puedo disfrutar nada a causa de este dolor.*

Aprenda a centrarse más en lo positivo:

- *Aunque estoy sufriendo dolor, disfruto al hablar con mis amigos.*

Distráigase con actividades placenteras:

A veces, ver una película entretenida, leer un buen libro, escuchar música o pasar el tiempo con un amigo, puede ser un modo poderoso para distraerlo del dolor.

Reduzca el consumo de tabaco, cafeína, y otras bebidas o hierbas estimulantes.

- Estos estimulantes pueden causar tensión en las partes de su cuerpo que ya están doloridas y pueden aumentar el dolor.
- También pueden turbar su sueño.
- Eliminarlos gradualmente, puede ayudarlo a sentirse mejor.

Trate los ataques de dolor:

- Los ataques son comunes y pasarán con el tiempo.
- Es una buena idea planificar para enfrentar los ataques.
- Haga una lista de ideas de lo que funciona mejor para usted.
- Por ejemplo, un ejercicio de relajación puede ser útil.
- Puede también pensar en usar hielo los primeros tres días y luego calor o hielo en lo sucesivo.

SECCION 2: AROMATERAPIA



1. CONCEPTOS:

La aromaterapia es una rama de la medicina alternativa que utiliza los aceites esenciales de ciertas plantas como método terapéutico para promover la salud en procesos físicos y anímicos.

Se refiere al tratamiento natural que emplea las energías herbales concentradas en aceites esenciales.

2. COMO SE OBTIENEN:

- Los aceites esenciales puros son aquellos que se obtienen por medio de la destilación al vapor.

- Este método consiste en pasar un vapor a través de la planta.
- Este vapor, a su paso, recoge diversos componentes de la planta.
- El vapor es luego recolectado y mezclado con alcohol, aceite de soya, almendra u de otro tipo que le sirve de base

3. ACEITES ESENCIALES:

Los aceites esenciales se encuentran ampliamente distribuidos en unas 60 familias de plantas que incluyen las Compuestas, Labiadas, Lauráceas, Mirtáceas, Pináceas, Rosáceas, Rutáceas, Umbelíferas, etc.

- Se les puede encontrar en diferentes partes de la planta:
 - ❖ En las **hojas** (ajenjo, albahaca, cedrón, eucalipto, hierba buena, limoncillo, mejorana, menta, pachulí, quenopodio, romero, salvia, toronjil, etc.).
 - ❖ En las **raíces** (angélica, azafrán, cálamo, cúrcuma, galanga, jengibre, sándalo, sasafrás, valeriana, vetiver, etc.)
 - ❖ En el **pericarpio del fruto** (limón, mandarina, naranja, etc.) En las **semillas** (anís, cardamomo, eneldo, hinojo, comino, etc.
 - ❖ En el **tallo** (canela, caparrapí, etc.).
 - ❖ En las **flores** (arnica, lavanda, manzanilla, piretro, tomillo, clavo de olor, rosa, etc.).
 - ❖ En los **frutos** (alcaravea, cilantro, laurel, nuez, moscada, perejil, pimienta, etc.)

4. CUALIDADES

- **Inciense:** revitalizante, despeje mental, clarificador, relajante ideal en la meditación, estabilizador emocional.
- **Ámbar:** revitalizante en lo anímico, anti estrés, estabiliza en general.
- **Jazmín:** estimulante anímico, anti depresivo, unificador.
- **Frutilla:** los afectos y [emociones](#), unifica y relaja, anti stress.
- **Pino:** refrescante, revitalizante, despeja la psiquis.
- **Eucaliptus:** anti estresante, refrescante clarifica y optimiza.
- **Violeta:** suaviza, relaja, unifica y estabiliza anímicamente
- **Lavanda:** revitalizante, refrescante, despeje psíquico
- Y hay algo interesante si Ud. quema cada una de ellas, concéntrese y comprobara los cambios anímicos, las variadas sensaciones, etc.
- **Relajantes:** amaro, ciprés, clavel, enebro, gálbano, ylang-ylang, cedro, mandarina, manzanilla, mejorana, mirra, nerolí, rosa, sándalo y vetiver.

- **Equilibradores:** albahaca, bergamota, geranio, incienso y lavanda.
- **Estimulantes:** angélica, canela, cardamomo, clavo, elemí, eucalipto, hinojo, jengibre, lima, menta, naranja, palma rosa, pimienta negra, pino, pomelo y romero.
- **Antidepresivos:** albahaca, amaro, bergamota, clavel, geranio, ylang-ylang, incienso, jazmín, lavanda, lima, limón, mandarina, manzanilla, naranja, nerolí, pachuli, palma rosa, petit grain, pomelo, rosa y sándalo.
- **Estimulantes de la mente:** albahaca, cardamomo, cilantro, eucalipto, menta, pino y romero.

5. FORMAS DE USO:

- Si los usamos para masaje o baño de inmersión debemos diluirlos siempre previamente en alguna base adecuada ya que la mayoría son en [estado](#) puro demasiado activas y hasta agresivas y provocarían fácilmente irritación en la [piel](#), sobre todo en las zonas mucosas.
- Solamente algunas pocas (por ejemplo: lavanda, menta, tea-tree) pueden usarse en forma pura, y eso también solamente para aplicaciones específicas localizadas.
- Puede realizarse perfectamente un masaje facial de rostro o de los pies con una pocas gotas de aceite puro de lavanda o de menta, pero si extendiéramos ese masaje al cuerpo entero.
- Seguramente tanto el masajeador como también el masajista lo pasarían mal.
- Es necesario, por lo tanto, diluir estos preparados para lograr una concentración de los aceites esenciales de no más del 1 al 5% según el caso, es decir entre 1 y 5 ml de esencia sobre 100 ml de aceite base.
- Para masaje usarlos diluidos 1 ml de esencia corresponde a aprox. 20-25 gotas.
- No hace falta usarlos diariamente, a menos que sea para tratar zonas específicas.
- Tan pronto los síntomas mejoren se reducirá su frecuencia de uso.
- Es aconsejable realizar recesos de 48 horas cada 8-10 días.
- Los baños de aromaterapia pueden tomarse dos o tres veces por semana hasta que mejore la afección y luego una o dos veces por semana para mantenimiento.

Los aceites esenciales son muy fáciles de usar, pero deben tratarse con precaución, ya que algunas personas tienen una piel muy sensible que podría no responder al tratamiento

En el baño:

- Podemos echar varias gotas de aceites esenciales sobre el agua tibia de una bañera y luego sumergirnos durante 15 o 20 minutos.
- Por este medio estamos tanto aspirando el vapor de los aceites esenciales como permitiendo que estos penetren a través de nuestra piel.
- Si lo prefiere puede mezclar de 3 a 5 gotas de aceite esencial con tres cucharadas de miel de abeja antes de echarlo en el agua.

Inhalación:

- Podemos echar algunas gotas en un pañuelo y oler o podemos echar de 6 a 12 gotas en una olla de agua hirviendo.
- Luego colocamos una toalla o manta que cubra tanto nuestra cabeza como la olla e inhalamos el vapor durante varios minutos.
- Se debe tener la precaución de no acercarse demasiado ya que podemos quemarnos la cara con el vapor.

Difusión:

- Existe en el mercado una amplia variedad de productos para llenar el espacio de una habitación u oficina con el aroma de los aceites esenciales.
- Estos productos, llamados difusores o atomizadores, esparcen los aceites esenciales formando una nube de diminutas partículas.
- Estos difusores pueden ser de utilidad en casos de afecciones respiratorias.
- Simplemente para llenar el aire con una fragancia ya sea calmante o estimulante.

Masaje:

- Los aceites esenciales al ser aplicados sobre la piel pueden tener una variedad de efectos.
- Algunos son calmantes, otros estimulantes.
- Otros son empleados para aliviar dolores y malestares musculares.
- Algunos masajistas también los utilizan para ayudar a limpiar de toxinas el sistema linfático.
- El uso de aceites esenciales es muy común en el masaje sueco, el tipo de masaje terapéutico más empleado en occidente.
- Sin embargo, su uso puede ayudar a incrementar la sensación y los efectos de cualquier tipo de masaje.

Compresas:

- Estas pueden ser frías o calientes.
- Se utilizan para aliviar dolores de cabeza, y molestias musculares.
- Se pueden añadir de 5 a 10 gotas de aceites esenciales a 4 onzas de agua.
- Se empapa una toalla en esta solución y se aplica al área dolorida.

Atención: Si el olor que desprende un producto no es agradable, o causa sensaciones de sequedad en la boca a los pocos instantes, este producto **NO ES EL ADECUADO** para usar en la curación.

6. ACEITES Y PLANTAS MÁS USADOS:

- **Aceite de albahaca:** De olor dulce es usado tradicionalmente para la depresión, los dolores de cabeza y para problemas respiratorios.
- **Aceite De Árbol Del Té** .- De olor fresco es uno de los preferidos por aromaterapeutas; ayuda con su acción antipirética y antiséptica, contra las infecciones en general, hongos, problemas respiratorios y problemas de la piel como acné y espinillas.
- **Aceite de jazmín:** Tiene un aroma dulce agradable y es usado como relajante "afrodisíaco", como tónico y para las torceduras.
- **Aceite de lavanda:** Es un aceite de aroma dulce y el más usado por sus propiedades antisépticas, "afrodisíacas", relajantes, reconstituyente de tejidos y antipirético.
- **Aceite de Rosa:** Otro de los más usados por su agradable aroma lo usan para descontrol sentimental y problemas menstruales. Tiene un aroma dulce y penetrante.
- **Aceite de Sándalo:** Aceite con olor a madera el cual es usado como relajante en meditación y para las pieles secas.
- **Cedro:** se usa para la Ansiedad, tos, y tiene efecto Sedante.
- **Enebro:** es usado para la Congestión generalizada, artritis reumatoidea, insomnio, es Refrescante, relajante, Estimulante.
- **Eucalipto:** Es usado para Dolores de cabeza. Es Relajante y descongestionante mental.
- **Incienso:** Se usa para el Estrés, cistitis (infección de vías urinarias), tiene efecto Relajante y tónico.
- **Mejorana:** Ayuda al alivio de Cefaleas, moretones, calambre, tiene efecto Tónico.
- **Pino:** Usado en Asma, cistitis. Es Refrescante, antiséptico
- **Romero:** Usado para la Amnesia, cansancio mental. Es Tónico.
- **Salvia:** Usado en Problemas de circulación, reumatismo, infecciones virales., Regula la circulación sanguínea.
- **Jengibre:** Ayuda para el alivio de dolores reumáticos y musculares,
- **La Menta:**



Se puede Utilizar en:

- Resfríos, nariz tapada, cansancio: poner 2 - 3 gotas sobre un pañuelo e inhalar.
- Dolor de cabeza, cansancio: frotar suavemente 1 - 2 gotas sobre la frente y las sienes.
- Molestias estomacales leves, malestar nervioso por viaje: ingerir 1 - 2 gotas sobre un pancito de [azúcar](#) o en agua tibia.
- Cuidado de la boca en general, mal aliento: 1 - 2 gotas en un vaso y hacer enjuagues.
- Picaduras de insectos: poner 1 gota sobre la zona afectada. (Mejor para ese fin es, no obstante, el aceite de Lavanda).
- Dolor de garganta: poner una gota sobre la [lengua](#). Es un [procedimiento](#) medio rústico, pero suele funcionar.
- Pies cansados ó hinchados por [calor](#) ó por falta de [movimiento](#) ó mala circulación: poner en un recipiente con agua tibia 4-5 gotas. Introducir los pies en el recipiente y pasar esa mezcla agua-menta suavemente con la mano por los pies y por las piernas.
- Para cambiar mediante el desparrame de unas gotas el [ambiente](#).

SECCIÓN 3. FÁRMACOS HERBOLARIOS

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por la aparición de alteraciones dolorosas en el aparato locomotor: huesos, articulaciones, músculos, tendones y ligamentos.

5. PARA LA ARTRITIS:

- La forma más eficaz de combatirla, es licuando unos diez dientes de ajo con un vaso de leche sin dulce, y lo más tibio que pueda.
- Este preparado se debe tomar un vaso antes del desayuno y otro antes del almuerzo durante 9 días continuos.
- Se le recomienda al enfermo tener una alimentación estrictamente vegetariana; para purificar la sangre debe consumir jugos, frutas y verduras.
- Debe comer mucha naranja y mandarina con todo y pulpa, ya que estas dos frutas tienen la propiedad de desintoxicar y purificar el organismo.

6. COMO CONTRARRESTAR EL REUMATISMO:

- Para calmar el dolor machaque bastante cebolla colorada y coloque como cataplasma en la parte afectada.
- Déjelo por dos o tres horas.
- Repítalo las veces que fueron necesarias.
- Para eliminarlo completamente debe conseguir una planta llamada calaguala, haga hervir la raíz más grande con panela, durante 20 minutos, tome un vaso al levantarse y durante todo el día.
- La planta debe ser hembra y se consigue en los puestos de mercado.
- Consuma la miel de cabuyo negro, al levantarse y acostarse, así mismo ponga a hervir la cantidad suficiente que puede ser unos cuatro vasos y frote bien caliente sobre la parte afectada al acostarse.
- Cuando el reumatismo es articular, consuma durante quince días al acostarse el jugo de cinco limones y entre el día tome la infusión de sus cáscaras.
- También unte el jugo de limón en la parte reumática cada dos horas.
- Para el reumatismo que ha durado muchos años o es crónico, machaque ortiga fresca y beba el zumo por lo menos medio vaso diario al levantarse, durante quince días continuos.

7. PARA QUIENES SUFREN DE CALAMBRES:

Los calambres se producen por algunas causas:

- Por el exceso de frío o la mala circulación de la sangre
- Se aconseja el agua de manzanilla concentrada con miel de abeja o panela, lo más tibia que pueda en una taza al momento del dolor, esto ayuda a eliminar el dolor que producen los calambres.
- El consumo de vitamina E, es la única que evita los calambres.

3.1 FROTACIONES:

- Deberá aplicarse la siguiente frotación en forma continua si realmente tiene la voluntad de recuperarse.
- Prepara la pomada base de Romero, flor de floripondio, miel de abejas, enjundia de gallina, trementina, alcanfor y sal quemada.
- Inmediatamente después de practicarlas, se recomienda guardar cama; por ello es preferible hacerlo por las noches.

8. BAÑOS DE VAPOR:

- El efecto de este baño es provocar la transpiración y con ella expulsar las diversas materias nocivas que perjudican nuestro organismo.
- A este baño se le puede agregar las plantas medicinales con sus maravillosos beneficios curativos y sanativos:
- El eucalipto, La salvia, manzanilla, taraxaco o diente de león, ruda y matico, las que se añaden al agua al momento en que empieza a hervir.
- Debemos recordar que las plantas y yerbas medicinales tienen más poder curativo, cuando se encuentran en su estado natural verdes.
- Este procedimiento se recomienda en las enfermedades de los bronquios, gripes, resfriados, riñones, artritis, reumatismo, obesidad, intoxicaciones e incluso en los trastornos por el abuso de alcohol.
- Estos baños se deben hacer envolviendo el cuerpo en una manta grande y gruesa y en un cuarto donde no entre el frío para aprovechar al máximo el calor.

SECCIÓN 4. DIETAS PARA EL ADULTO MAYOR

5. LA ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR.

Se debe cuidar los cambios bruscos en la alimentación por regla general, no los tolera bien, cualquier cambio deberá hacerse con lentitud y por etapas, debe hacerse hincapié en que a los 80 años de edad, las necesidades se encuentran reducidas a la tercera parte en comparación con las necesidades de los adultos jóvenes. "Es mucho más probable el que se pueda enfermar un anciano por comer en demasía que por comer demasiado poco".

El anciano se encuentra a menudo enfermo y desorientado como resultado de su mal comportamiento alimentario, y por lo tanto puede tener mayor necesidad que los demás, de una guía racional para que sustituya su instinto por la reflexión, y que comprenda que el anciano que está comiendo bien, ¡está viviendo bien!

Ahora bien la alimentación recomendable no es distinta de la que en realidad hace, solo que hace falta orientarla bajo estos principios para ordenarla en

cantidad, frecuencia, balance y algunas recomendaciones que favorezcan una buena digestión y por ende en una buena nutrición.

1.1 Cantidad:

Los **grandes volúmenes** de alimentos, dificultan la digestión, la retrasan y en general impiden que se digieran adecuadamente.

Generalmente los pacientes acusan distensión abdominal postprandial que les molesta y a la hora del siguiente alimento todavía están eructando lo que comieron antes.

Volúmenes reducidos pero de un rico valor nutricional son recomendables pero algunos ancianos que están acostumbrados a grandes volúmenes, tendrán problemas para adaptarse, sintiendo necesidad de comer antes de la hora prevista, entonces se recomendará tomar colaciones entre comidas, para hacer 5 alimentos, pero en este caso se recomendará que tomen a una hora determinada por ejemplo a las 11:00 am. Alguna fruta, algún extracto de verdura, o ensalada de verdura que puede estar incluida sardina o atún y a las 5:00 pm., un yogurt, gelatina o algún licuado con leche y fruta, por ejemplo. Esto les quita el apetito, los nutre y no los engorda, pero sobre todo los deja satisfechos.

1.2 Frecuencia: En primer término la alimentación se recomienda en salud, hacerse 3 veces al día, y se debe hacer siempre a las mismas horas por los actos condicionados a las secreciones gástricas, que se hacen con o sin alimentos, y deben dejar el tiempo suficiente entre ellos para el vaciamiento gástrico y además un período de reposo.

Un ejemplo de horario ideal son las 8:00 am., las 2:00 pm, y las 8 :00 pm. También puede ser las 9:00 am., las 2:00 pm y las 7:00 pm.

También se recomienda que no se coma frecuentemente el mismo alimento, esto es, no se debe comer huevo diario, no siempre tiene que ser el jugo de naranja por la mañana, ni el jamón o el pollo todos los días, el no hacerlo nos permite romper la monotonía, que es uno de los grandes vicios de la alimentación en los viejos, y nos permite favorecer el balance en la alimentación.

1.3 Balance.- es el método que nos permite establecer el equilibrio entre los nutrientes que debemos ingerir y los alimentos en los cuales los encontramos. Por ejemplo la vitamina C la encontramos en el limón, la naranja, la leche y quesos, las proteínas en las carnes, los carbohidratos en los cereales y leguminosas, etc. Esto quiere decir que para recibirlos debemos comerlos todos, distribuyéndolos más o menos en una semana. Si hacemos un intento veremos que podemos comer casi todo sin repetir durante los 7 días.

6. LA DIETA IDEAL

Un tipo de dieta para una persona en la tercera edad puede comenzar con un **desayuno abundante**, un **almuerzo** a base de hortalizas y verduras, una **merienda** muy liviana y una **cena** basada en frutas variadas y abundantes.

El **desayuno**, que deberá aportar la energía que necesitará para las actividades de la mañana y, como efecto secundario, ayudarlo a evitar la depresión, podrá componerse de cereales, yogurt, miel, frutas frescas y unos pocos frutos secos.

El **almuerzo** se hará a base de hortalizas en ensaladas, exclusivamente con aliño de aceite de oliva, y de verduras, ya sea en purés o budines. La sal se usará con restricciones, para no contribuir a la insuficiencia renal o a la hipertensión arterial, bastante frecuentes a estas edades. En su lugar, se favorecerá el uso de hierbas aromáticas.

La **merienda** debe consistir en un zumo de frutas, un yogurt, una infusión y una o dos galletas integrales.

La **cena** estará compuesta de varias clases de frutas, que se tomarán de forma abundante. Antes de acostarse, podrá tomarse un vaso de leche caliente con miel.

A esta dieta básica podrán añadirse huevos tres veces por semana, así como quesos tiernos combinados con frutos secos. También podrán comer legumbres algunas veces, pero en poca cantidad, muy cocidas y siempre en combinación con cereales.

7. CONSEJOS GENERALES



- Las dietas deben ser sencillas y de fácil elaboración
- Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales
- Cuidar la presentación de la comida
- Fraccionar la dieta en varias comidas
- Moderar el consumo de café, alcohol y bebidas estimulantes.
- Acostumbrarle a beber líquidos entre comidas
- Las comidas deben ser ligeras
- El ambiente a la hora de las comidas debe ser agradable y armonioso
- Los alimentos deben ser de fácil masticación y deglución
- Se debe dar importancia en la alimentación a la leche y los derivados lácteos
- Cuidar la ingesta de sal y azúcar
- Potenciar la ingesta de fibra y alimentos integrales

Desayuno	Leche semidescremada o descremada Pan integral, cereales integrales o bollería no grasa Confitura o queso
Media mañana	Fruta y/o infusión
Almuerzo	Pasta o arroz o legumbre Carne poco grasa o pescado (blanco/azul) Guarnición vegetal Frutas (cruda o cocida)
Merienda	Yogurt poco azucarado o con miel Galletas o tostadas, bollos o bizcochos
Cena	Sopa o pasta o verduras o patata y verduras Pescado o queso o huevo Fruta cruda o zumo sin azucar
Al acostarse	Leche caliente o infusión

8. ALIMENTOS CONTRAINDICADOS

Sin pretender ofrecer una lista exhaustiva de todos los alimentos contraindicados para las personas de edad avanzada, los siguientes se encuentran entre los más corrientes

- Pescado crudo
- Mariscos crudos, tales como ostras, almejas, mejillones y vieiras
- Carnes o aves crudos
- Leche o queso crudos o no pasteurizados
- Quesos blandos, como queso tipo feta, brie, azul y de estilo mexicano
- Huevos o productos derivados del huevo, crudos o parcialmente cocidos, tales como aderezos para ensalada, masa para galletas, mezcla para tortas, salsas y bebidas, como ponche de huevo
- Brotes sin cocinar
- Jugos de frutas y verduras no pasteurizados o no tratados
- Alcohol
- Azúcar
- Bizcochos
- Bollos
- Caramelos
- Carnes
- Chocolate
- Dulces
- Embutidos
- Galletas
- Helados
- Gaseosas con azúcar
- Manteca
- Mantequilla
- Mahonesa
- Mermelada
- Panes dulces
- Pastas

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguirre Pequeño Eduardo y Yuriria. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición
- Goncalves Carlos, Aromaterapia.
- Remedios Caseros, Plantas y Frutas Medicinales. Pag. 1, 6, 23, 32.
- Revista Metavisiones
- Sadler Jan, Sanación Natural del Dolor, El poder de la relajación profunda, 2003, pag. 17, 21, 22, 26, 42, 51, 137, 175.
- Zamora Miguel, Enciclopedia de la vida natural, Plantas que curan, pag. 5, 23.
- E-Handout #1010-S (Revised 8-05) Living Better With Chronic Pain, ©2005, The Permanente Medical Group, Inc. All rights reserved. Regional Health Education.