

ARTÍCULO ORIGINAL

Recibido para publicación: Octubre 10 de 2011.

Aceptado en forma revisada: diciembre 10 de 2011.

Manejo integral del adulto mayor con dolor crónico, en el asilo san pedro claver basado en la teoría de virginia henderson. cartagena 2010

Integral management of the elderly with chronic pain, in the san pedro claver asylum based on the theory of virginia henderson. cartagena 2010

[Barrios Puerta, Zorayda](#);¹ Julio Castilla, Vivatelma;² Montero Hernández, Katherine;² Rodríguez Torres, Ronald²

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico en el adulto mayor es uno de los temas más álgidos, su atención debe ser permanente y la experiencia emocional de quien la padece lleva a una afectación no sólo de quien lo sufre, sino de aquellos que le acompañan. En el asilo San Pedro Claver, se manejan aspectos relacionados con las manifestaciones del dolor crónico el cual afecta la calidad de vida de los gerontes. El dolor se presenta como un evento incapacitante, ya que impide realizar actividades como: el caminar, permanecer sentado y permanecer acostado, también se ven afectados los patrones de sueño, la autoestima y las relaciones con la familia. **Objetivo:** Evaluar el manejo integral del adulto mayor, con dolor crónico por parte del equipo de salud en el asilo San Pedro Claver. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, con una población de 40 ancianos y seis personas encargadas de su cuidado. La recolección de la información se hizo mediante una encuesta semi-estructurada que incluyó aspectos relacionados con la percepción del dolor, calidad de vida, autoestima, entre otros. Los datos obtenidos se organizaron en Excel 2007. **Resultados:** El 70% de los ancianos presentan dolor crónico intenso y la gran mayoría de estos refiere que el dolor le impide estar en reposo. Un 57% de los encuestados recibe tratamiento con fármacos para el dolor; el 55% presentan dolor más de 5 veces al día. **Conclusión:** Se pudo constatar en la población investigada que el manejo que se le está dando al dolor no es el adecuado y que estos poseen una buena percepción en cuanto a la forma como el dolor afecta sus vidas y la relación con los demás, así como de las necesidades que implica el abordaje de este, situación que puede constituirse en un punto a favor de una intervención integral la cual urge para la mejoría de la salud de los ancianos en el asilo san Pedro Claver.

¹ Enfermera, Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

² Esnfermera(o) profesional. Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Correspondencia: zorayda.barrios@curnvirtual.edu.co

Palabras Claves: Dolor crónico, cuidado, anciano, modelo, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain in older adults is one of the most critical issues, attention must be permanent and emotional experience of sufferers leads to a disruption of not only the sufferer, but of those who accompany him. In San Pedro Claver asylum are handled issues related to the manifestations of chronic pain which affects the quality of life for the elderly. The pain is presented as a disabling event, since it prevents activities such as walking, sitting and lying flat, are also affected sleep patterns, self-esteem and family relationships. **Objective:** Evaluate the integral management of the elderly, with chronic pain by the health team in San Pedro Claver asylum. **Materials and Methods:** Descriptive, with a population of 40 elderly and six caregivers. The data collection was done through a survey that included semi-structured aspects of pain perception, quality of life, self-esteem, among others. The data obtained were organized in Excel 2007. **Results:** 70% of the elderly have severe chronic pain and the vast majority of these reports that the pain prevents you from being at rest. 57% of respondents treated with pain medication, 55% have pain for more than 5 times a day. **Conclusion:** It was found in the studied population is that management is giving the pain is not adequate and that they have a good insight as to how pain affects their lives and relationships with others, as well as the needs involved in dealing with this situation that may become a point in favor of a comprehensive intervention which urges for improving the health of the elderly in nursing Peter Claver.

Keywords: Chronic pain, care, old man, model, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El dolor es uno de los síntomas más comunes que se presentan en los individuos de cualquier edad y constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable que se experimenta de una manera propia e individual [1]. El dolor es un problema para el paciente con repercusiones biopsicosociales múltiples, y especialmente en los casos de dolor crónico, en los que se genera sufrimiento, incapacidad para las actividades cotidianas, la participación social y el desempeño laboral, con menoscabo de la calidad de vida. La alta prevalencia del dolor y su impacto en los ancianos es un problema de salud pública. Sin embargo, se ha estimado que menos del 1% de los estudios sobre el alivio del dolor se han realizado en ancianos [1]. El dolor crónico es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Entre un 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor [1]. El Dolor Crónico está asociado con trastornos del sueño, disminución y/o pérdida de las funciones físicas y sociales e incremento de la utilización de las residencias de ancianos o geriátricos. El dolor crónico es una experiencia agotadora, unida a un sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condicionan y aumentan la percepción dolorosa.

Definir adecuadamente al anciano; no es una tarea fácil, depende de la fuente de información ya que ésta puede tener cambios significativos; y si bien es cierto que estas

definiciones cumplen una función importante en su propio contexto, no parecen globalizar o integrar al anciano en su verdadera dimensión [2]. El porcentaje de ancianos es cada vez mayor y los cambios en la expectativa de vida, han mostrado modificaciones muy notorias en los últimos 100 años. A principios del siglo XIX, las personas tenían una expectativa de vida al nacer entre los 35 y 40 años [3]. Colombia no ha sido ajena a este proceso, si bien hacia los años 50 la expectativa de vida se situaba alrededor de 48 años para los hombres y 54 para las mujeres, hacia el año 2000 está había aumentado en 75 años para las mujeres y 70 para los hombres, y las proyecciones proveen que para el 2020 la expectativa de vida se sitúe en cerca de 82 años para las mujeres y 75 para los hombres [3-6]. La estimación de la prevalencia del dolor crónico en la población general va del 7% al 55%. Los estudios que miden el impacto del dolor crónico sobre la vida y la salud del individuo tienden a enfocarse en trastornos específicos como los dolores regionales, o los dolores causados por enfermedades específicas (artrosis, enfermedades reumatológicas, dolor provocado por cáncer, o aquellas relacionadas alteraciones psicológicas [7].

El dolor crónico se presenta con mayor frecuencia en los ancianos donde se ha asociado a depresión, aislamiento, trastornos del sueño, de la marcha, y aumento en la utilización de los sistemas de salud. Como en todos los grupos etáreos la prevalencia del dolor es mayor en las mujeres que en los hombres y la evidencia sugiere que esto sería atribuible a una combinación de factores constitucionales, de estilo de vida, mecánicos, y psicosociales [7]. La alta prevalencia del dolor y su impacto en los ancianos es un problema de salud pública. Sin embargo, se ha estimado que menos del 1% de los estudios sobre el alivio del dolor se han realizado en ancianos [8].

Las principales características fisiológicas del anciano vienen determinadas por la disminución o alteración de los principales órganos o sistemas. Se producen alteraciones a nivel cardiovascular, musculo esquelético, urológico, metabólico, gastrointestinal, hepático, endocrino y del sistema nervioso central. A nivel cardiovascular se observa un aumento de fibrosis y calcificaciones valvulares y una disminución del número de células marcapasos [8]. En los vasos aparece la arteriosclerosis que compromete el correcto flujo a los órganos principales como corazón y cerebro, así mismo se asocia a otras patologías como la hipertensión, arritmias, y la patología vasculoperiférica. El envejecimiento del aparato músculo esquelético cursa con un descenso de la masa ósea junto con una disminución progresiva de la resistencia ósea, aparecen patologías como la osteoporosis que favorece la aparición de fracturas [7].

La osteoartritis y artritis reumatoide entre otros ejemplos de alteraciones articulares del envejecimiento son especialmente incapacitante por el dolor y las limitaciones que conllevan. Otra característica fisiopatológica del anciano es la variación de los efectos farmacológicos de los analgésicos y coadyuvantes. El consumo de fármacos en la población añosa es superior al resto de la población, destacando el empleo de tratamientos de larga duración [7]. En la población anciana la prevalencia de dolor es significativamente mayor, la dificultad del tratamiento está dada en parte por la coexistencia de co-morbilidades y alteraciones asociadas a la edad que potencian los mecanismos de dolor y aumentan la incidencia de efectos adversos medicamentosos,

así como la ausencia de cuidados acordes con el evento en sí [8]. El dolor tiene un impacto mucho mayor en los ancianos, ya que provoca alteraciones en el sueño y en las actividades de la vida diaria. La presencia de alteración del sueño solamente en el 37% de los pacientes podría estar relacionada a la mayor prevalencia de dolor somático [8].

El dolor crónico afecta a la salud física y psicológica del que lo padece, con repercusiones sobre las actividades diarias, autonomía, el empleo y el bienestar económico. Las personas con dolor crónico no maligno tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades médicas crónicas. La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor; existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes. En ocasiones son factores poco modificables como los socioculturales en donde se pueden aplicar estrategias de tipo educativa, preventiva, dietética, psicológica, conductuales, etc. Es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica [9-11].

El proceso de dolor crónico por el cual pasa un adulto mayor hace necesario definir cuál es el centro de intervención de las áreas de dependencia, es decir **saber qué hacer** y **cómo** (Conocimiento), **poder hacer** (Fuerza), o **querer hacer** (Voluntad). Los modos de intervención, se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad que en los adultos mayores es una debilidad ya que solos no lo pueden hacer, si bien no todos los modos de intervención son aplicables a todas las áreas de dependencia, por ejemplo, la voluntad puede reforzarse, pero no puede sustituirse. Aunque el dolor no es un componente del envejecimiento normal, los adultos mayores tienen las más altas tasas de procedimientos quirúrgicos y muchas de las enfermedades que ocasionan dolor crónico se presentan con mayor frecuencia en individuos mayores de 65 años. Debido a la mejoría en las condiciones de vida, este grupo poblacional tiende a ir en aumento, hasta el punto de calcularse que en los países desarrollados pasará del 17,5 al 36% en el año 2050, lo que ha aumentado el interés en el manejo del dolor en este grupo de personas [9]. En la vejez, el dolor es un síntoma que se presenta con menor frecuencia en varios problemas médicos agudos; por ejemplo, el infarto del miocardio “silencioso” ocurre en 36-42% de los casos en ancianos y, aproximadamente, el 40% de los pacientes mayores de 65 años manifiesta muy poco, o ningún dolor, en casos de peritonitis, obstrucción intestinal o neumonía, los estudios clínicos y experimentales han mostrado que en esta etapa de la vida, hay una mayor vulnerabilidad para el dolor crónico [8]. La importancia de la presente investigación radica en el poder evaluar las características del dolor, la percepción que de este tienen quienes lo padecen, la forma como este afecta su cotidianidad, así como la cualificación del recurso humano encargado de intervenir sobre estos pacientes, constituyen la punta de lanza para poder devolverle calidad de vida a la población anciana que es quien más lo

padece. El propósito final de la investigación será diseñar un modelo que brinde una respuesta integral al manejo del adulto mayor con dolor crónico de (*Virginia Henderson*) el cual permite clasificar a los adultos mayores en dependientes y autovalentes.

MATERIALES Y MÉTODOS






Es un estudio descriptivo de corte transversal, en el que participaron 40 adultos mayores alojados en el Asilo San Pedro Claver y las seis personas encargadas de su cuidado por conveniencia según los criterios de inclusión y exclusión. El enfoque de esta investigación es cuantitativo. La metodología permitió identificar las necesidades presentadas por los adultos en el asilo San Pedro Claver indicando sus características vitales y los riesgos a que se ven expuestos al no satisfacer sus necesidades. Para la evaluación del dolor se utilizó la escala facial, la de Eva y la de Lawton MP, Brody para medir las actividades instrumentales desarrolladas por el adulto mayor. Para prevenir el sesgo de no respuesta durante el desarrollo de la investigación se desarrollaron las habilidades comunicativas necesarias para afrontar los inconvenientes internos propios de la institución y la falta de colaboración del personal generado por el poco conocimiento del por qué, para qué y diseño de la investigación.

La recolección de la información se hizo mediante una encuesta semiestructurada que incluyó aspectos relacionados con la percepción del dolor, calidad de vida, autoestima, manejo del dolor por parte de los cuidadores, así como conocimientos, prácticas en torno al dolor por parte de los ancianos y cuidadores, los datos obtenidos se organizaron en Microsoft Excel 2007. Los resultados obtenidos fueron procesados y presentados en cuadros estadísticos (frecuencias y porcentajes) para su análisis e interpretación de aquellos de mayor relevancia utilizando las bases teóricas correspondientes a fin de determinar las conclusiones del presente estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El 100% de la población geriátrica encuestada que corresponde a 40 ancianos, el 40% de la población asocia la intensidad del dolor a la 5ta expresión de la escala EVA, otro 30% asocian la intensidad del dolor a la 4ta expresión de la escala EVA, un 10% de asocian la intensidad del dolor a la 1era expresión de la escala EVA, un 8% se asocian la intensidad la expresión 3era de la escala EVA, 5% asocian la intensidad del dolor la expresión 2da escala EVA. De lo anterior se puede deducir que el 70% de los ancianos presentan dolor crónico intenso, que les ocasiona molestias para realizar sus actividades diarias, este resultado corrobora lo que dice John Jairo Hernández en su artículo "Manejo del Dolor" donde manifiesta que la incidencia del dolor se dobla cuando se atraviesa la barrera de los 60 años, incrementándose la frecuencia a medida que se avanza en cada década de la vida (ver tabla 1).

Tabla 1. Expresiones asociadas a la intensidad del dolor

Expresión Facial	Escala de EVA	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
1 	1-2	4 ancianos	3 ancianas	10%
2 	3-4	2 ancianos	0 ancianas	5%
3 	5-6	2 ancianos	1 ancianas	8%
4 	7-8	5 ancianos	7 ancianos	30%
5 	9-10	10 ancianos	6 ancianos	40%
	Total	23 ancianos	17 ancianas	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

El 100% de los gerontes encuestados, un 57% de ellos recibe tratamiento con fármacos para el dolor, 15% reciben masaje, 10% tratamiento de relajación, 10% recibe tratamiento con pomada, 5% recibe tratamiento con calor local, y el otro 3% recibe otros tratamientos. De lo anterior se concluye que para el tratamiento del dolor no se combinan las terapias solo se elige una de ellas y que la que más se utiliza es la medicamentosa. De hecho el manejo adecuado del dolor es uno de los objetivos que se plantean para manejar la calidad de vida en el paciente geriátrico (ver tabla 2).

Tabla 2. Tipos de tratamientos para el dolor

Tipos de Tratamiento	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Masaje	4	2	15 %
Calor local	1	1	5 %
Pomadas	2	2	10 %
Relajación	3	1	10 %
Medicamentos	13	10	57 %
Otros	0	1	3 %
Total	23	17	100 %

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

El 100% de los gerontes encuestados, el 55% presentan dolor más de 5 veces al día, el 35% refiere que presenta dolor 1-2 veces al día y el resto el 10% de los gerontes presenta dolor 2-4 veces al día. De lo anterior descrito se puede deducir que en los gerontes la frecuencia del dolor es algo casi permanente en su vida (ver tabla 3).

Tabla 3. Frecuencias de presentación del dolor

Frecuencia del dolor	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
1 -2 veces	6	8	35 %
2 -4 veces	1	3	10 %
5 o más veces	10	12	55 %

Total	17	23	100%
-------	----	----	------

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

El 100% de la población geriátrica con dolor encuestada, el 75% de los gerontes presentan dolor lento y el 25% de los gerontes presentan dolor rápido. De los anterior se puede deducir que la mayoría de los ancianos manifiestan tener un dolor lento y permanente que les ocasiona un deterioro biopsicosocial (ver tabla 4).

Tabla 4. Formas en que sienten el dolor los ancianos

Descripción del dolor	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Dolor Lento	20	10	75%
Dolor Rápido	3	7	25 %
Total	23	17	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de la población geriátrica con dolor crónico encuestada, el 70% refiere que el dolor le impide estar en reposo y el otro 30% refiere que el dolor no le impide estar en reposo. De lo anterior se concluye que a un gran porcentaje de ancianos el dolor le impide estar en reposo lo que ocasiona alteraciones en el patrón del sueño (ver tabla 5).

Tabla 5. Porcentajes de frecuencias de ancianos a los cuales el dolor les impide estar en reposo

Dolor impide reposo	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Si	18	10	70 %
No	5	7	30 %

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de la población geriátrica encuestada con dolor, el 80% de los gerontes tienen temor a depender de otros y el 20% restante no temen a depender de otros. De lo anterior descrito se puede concluir que una gran parte de los gerontes encuestado temen a depender de otro y con esto perder la independencia y la posibilidad de satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas (ver tabla 6).

Tabla 6. Porcentajes de frecuencias de ancianos que sienten temor a depender de otros

Temor a depender de otros	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Si	12	20	80 %
No	6	2	20 %
Total	18	22	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de la población geriátrica encuestada con dolor, el 75% de los adultos piensan que el dolor les ha disminuido su calidad de vida mientras que el 25% de los adultos

considera que el dolor no ha disminuido su calidad de vida. De la anterior se concluye que la presencia de dolor en los ancianos si les afecta su calidad de vida. (ver tabla 7).

Tabla 7. Porcentajes de frecuencias de disminución de la calidad de vida a causa del dolor

Disminuye calidad de vida	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Si	15	15	75 %
No	8	2	25 %
Total	23	17	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de la población geriátrica encuestada con dolor, el 42% de los gerontes les gustaría que les administraran medicamentos para disminuir el dolor, el 38% les gustaría que le realizaran masajes y 20% les gustaría que dialogaran con ellos cuando presentan el dolor. De lo anterior se puede deducir que a los adultos mayores les gustaría que el cuidador interactúe con ellos cuando se les presente el dolor y se les de diferentes modalidades de terapia para el dolor (ver tabla 8).

Tabla 8. Que le gustaría que su cuidador hiciera para aliviar su dolor

Cuidado que le gustaría que le hiciera	Nº de ancianos	Nº de ancianas	%
Administración medicamento	11	6	42 %
Masajes	10	5	38 %
Dialogo	5	3	20%
Total	26	14	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de los cuidadores encuestados, el 67% no conocen la escala del dolor y su significado, el 33% si conocen la escala del dolor y su significado. De lo anterior se puede concluir que los cuidadores no están capacitados para el cuidado del adulto mayor con dolor crónico, ya que, no tiene los conocimientos adecuados para manejar este tipo de pacientes (ver tabla 9).

Tabla 9. Porcentajes de frecuencias de conocimiento de escala del dolor

Conoce escala de dolor	Cuidadores	%
Si	2	33 %
No	4	67 %
Total	6	100 %

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de los cuidadores encuestado, el 50% valora los signos y síntomas que el geronte presenta, 20% valora la expresión facial, el 15% inmoviliza al paciente y el 15 % restante acude al médico. De lo anterior se puede deducir que no hay un protocolo

unificado que permita al personal valorar el dolor ya que cada uno lo evalúa de acuerdo a lo que cree y espera que el paciente lo manifieste para poder tomar medidas (ver tabla 10).

Tabla 10. Qué haría usted para evaluar el dolor en los gerontes

Evaluar el dolor	Cuidadores	%
Signos y Síntomas	3	50 %
Expresión Facial	1	20 %
Inmovilización	1	10 %
Llamar al Medico	1	10 %
Total	6	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

Del 100% de los cuidadores encuestados el 33% dice utilizar el calor húmedo, el 17% realiza masajes, 17% realiza actividades físicas, 17% realiza distracción y el 17% utiliza calor local. De lo anterior se puede concluir que la mayoría de los cuidadores dicen utilizar diferentes medios terapéuticos para aliviar el dolor en los gerontes, pero al contrastarla con la información dada por los gerontes se observa que esta distante de la realidad (ver tabla 11).

Tabla 11. Porcentajes de frecuencias tipo de actividad que realizan los cuidadores para aliviar el dolor

Actividades par a aliviar el dolor	Cuidadores	%
Masaje	1	16 %
Calor local	1	17 %
Calor Húmedo	2	33 %
Actividades físicas	1	17 %
Distracción	1	17 %
Total	6	100%

Fuente: encuestas aplicadas a adultos mayores en el Asilo San Pedro Claver.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los gerontes no manifiestan el dolor por temor a depender de otras personas si su estado no les permite realizar sus actividades diarias. El tratamiento prescrito para el manejo del dolor crónico no se aplica correctamente como lo establecen las teorías farmacológicas, esto retrasa el proceso de recuperación.

Las consecuencias de la intervención puede ser la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo su autonomía o ayudándole al adulto mayor a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial. No cuentan con un

número suficiente de personas capacitadas en la atención integral del adulto mayor lo cual posibilita el incumplimiento de un abordaje integral del adulto mayor.

No cuentan con todas las herramientas para brindar una atención en salud eficiente y eficaz. Se observa que el asilo no cuenta con un plan nutricional de acuerdo a las patologías que ellos presentan, lo cual conlleva una desnutrición que les puede generar alteraciones a nivel metabólico.

Las relaciones familiares en el asilo san Pedro Claver se caracterizan por escasa comunicación entre los familiares y los gerontes, estos aspectos inciden en su estado emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez J, Onís M, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del Cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12:620-630.
2. Cano CA. "Vida académica para destacar problemática del envejecimiento en Colombia". 2001 Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v42n3/0035%20Problematica.PDF>
3. DANE. Proyecciones quincenales de población por sexo y edad, 1950-2050, Serie de Estudios Censales, No 1. Santafé de Bogotá D.C., Colombia,1998.
4. Aristizábal-Vallejo N. opinión de agentes educativos de programas de Psicología, colombianos y españoles, sobre las implicaciones del envejecimiento de la población. Informes Psicológicos, No 10, 2008. Disponible en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M130_EDITORIAL/GP_V2_M130020_CATALOGO/GPV2_M130020140_REVISTAS/INFORMES%20PSICOL%20D3GICOS%20NUMERO%2010.PDF#page=81
5. Jaramillo I. la tercera edad en Colombia y la Ley 100 de 1993 oportunidades y amenazas. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/COLOM005.pdf>
6. Mejía G. Adicción en pacientes con dolor crónico. *Rev Digital Universitaria*, 2006; 7: 1-9.
7. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localization. *Clin J Pain* 1993;9: Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8219517>
8. Hernández JJ, Benavides CM. Dolor en el adulto mayor. *Avances en psiquiatría biológica* 2008; 9: 123-142.
9. Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio Dolca). *Acta Médica Colombiana* 2009; 34: 96-102
10. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>
11. Casals M, Samper D. Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 260-269.