

**Dolor en el adulto mayor, motivo más frecuente de consulta en la atención primaria de salud.**

Pain in the elderly, the most frequent reason for consultation in primary health care.

**Autores:**

- Dra. Aracelia Valdés Zamora. Especialista I Grado de MGI. [araesthervaldes@gmail.com](mailto:araesthervaldes@gmail.com). <https://orcid.org/0009-0001-1777-3865>
- Dra. Anay de la C. Nuñez Herrera. Esp II grado de MGI. <https://orcid.org/0009-0006-9942-5675>.
- Dr. Yoany Ojeda Treto. Especialista segundo grado MIE. [Orcid 0000-0001-5706-8725](https://orcid.org/0000-0001-5706-8725)
- Lic. Noel A. Pardillo Mustelier. Licenciada en Enfermería. <https://orcid.org/0009-0008-6683-5461>
- Lic. Anisbelys Gómez. Licenciado en Enfermería. <https://orcid.org/0009-0006-0204-3049>

## **Resumen:**

El dolor es un síntoma que puede ser orgánico o psicológico y que en su exploración requiere del conocimiento semiológico del médico. La elevada prevalencia del dolor en la población anciana, junto con las consecuencias deletéreas del infra tratamiento del dolor producen, a un elevado costo, no sólo económico, sino en lo personal, social y familiar. El objetivo de esta revisión es la valoración y diagnóstico del dolor, la intensidad y el efecto que tiene sobre la persona para poder planificar una intervención o tratamiento adecuado, un correcto registro y una reevaluación sistemática. Método: se realizó una revisión bibliográfica en PubMed (Medline), Cochrane Library Plus, Dialnet (Elsevier), Google académico, de la literatura reciente y relevante sobre la gestión del dolor en los ancianos de publicaciones del 2000 al 2023 libros y actas de congresos disponibles en texto completo. Resultados: Los ancianos sufren una mayor incidencia de patologías dolorosas, por lo que se deben establecer estrategias de tratamiento adecuadas para su evaluación y manejo. La gestión del dolor es un proceso complejo y dinámico. La valoración y diagnóstico del dolor, la intensidad y el efecto que tiene sobre la persona son necesarios para poder planificar una intervención o tratamiento adecuado, y una reevaluación sistemática. Conclusiones: Su abordaje debe ser multidisciplinario, afectando a la gran mayoría de especialidades y procesos, así como a los diferentes niveles de asistencia, requiriendo evaluación minuciosa, intervención adecuada, reevaluación sistemática. . Palabras claves: Dolor, adulto mayor, evaluación

## **ABSTRACT**

Pain is a symptom that can be organic or psychological and that requires the doctor's semiological knowledge in its exploration. The high prevalence of pain in the elderly population, together with the deleterious consequences of undertreatment of pain, produces, at a high cost, not only economically, but also personally, socially and family-wise. The objective of this review is the assessment and diagnosis of pain, the intensity and the effect it has on the person in order to plan an appropriate intervention or treatment, a correct record and a systematic re-evaluation. Method: a bibliographic review was carried out in PubMed (Medline), Cochrane Library Plus, Dialnet (Elsevier), Google academic, of the recent and relevant literature on pain management in the elderly from publications from 2000 to 2023, books and conference proceedings available in full text. Results: The elderly suffer a higher incidence of painful pathologies, so appropriate treatment strategies must be established for their evaluation and management. Pain management is a complex and dynamic process. The assessment and diagnosis of pain, its intensity and the effect it has on the person are necessary to be able to plan an appropriate intervention or treatment, and a systematic re-evaluation. Conclusions: Its approach must be multidisciplinary, affecting the vast majority of specialties and processes, as well as the different levels of care, requiring thorough evaluation, appropriate intervention, and systematic reevaluation. .

Keywords: Pain, older adult, evaluation

## **Introducción**

El dolor es una de las principales manifestaciones clínicas de consulta médica. Es señalado también como una de las principales causas que afecta la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores <sup>1, 2</sup>

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. La definición de la IASP destaca que el dolor está asociado a daño tisular o que se describe como producido por éste, pero evita decir claramente que el dolor esté producido por él mismo. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica. <sup>3</sup>

La OMS definió el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial.

Desde el punto de vista clasificatorio existen distintos tipos: inflamatorios, mecánico, nociceptivo, neuropático o neurológico <sup>4</sup>

El dolor es una de las causas más frecuentes de consulta en nuestro país, teniendo un alto costo económico, social y laboral.

El objetivo de esta revisión Su abordaje debe ser multidisciplinario, afectando a la gran mayoría de especialidades y procesos, así como a los diferentes niveles de asistencia.

## **Desarrollo**

El adulto mayor sufre un deterioro gradual y progresivo en su estado funcional, al realizar sus actividades cotidianas que comúnmente realizaba sin fatiga, sin dolor y de forma segura, esto se presenta debido a que existe en ellos un declive en la fuerza y masa del músculo, afectando su rendimiento físico (sarcopenia

Tal es así que, junto al envejecimiento del adulto mayor se genera un conjunto de cambios físicos, sensorial o cognitivos, la presencia del dolor provoca el deterioro de las capacidades funcionales generando una dependencia funcional física, psíquica y

emocional, imposibilitando a las personas valerse de elementos para realizar las tareas cotidianas.<sup>5</sup>

El envejecimiento se viene dando como resultado de múltiple acúmulo de afecciones de moléculas y células en el recorrido de la vida, conllevando a un declive progresivo de la capacidad físicas, y de cuadros clínicos (síndromes geriátricos), convirtiendo a la persona adulta mayor en frágiles o dependientes, atribuyendo que el adulto mayor se pueda convertir en una carga para la sociedad.<sup>6,7</sup>

Según refiere el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en Latinoamérica y el Caribe casi 8 millones de personas adultas de 60 años o más son dependientes, que en cifras porcentuales equivale al 1% de la población total de la Región, el cual se proyecta a ser triplicada para el año 2050.<sup>8</sup>

El envejecimiento es un asunto de la más alta prioridad, que requiere acciones urgentes en varias esferas, para visibilizarlo y considerarlo desde las perspectivas de derechos humanos, género, interculturalidad e interseccionalidad, poniendo la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de las respuestas de política pública, e incorporando la visión y los compromisos que emanan de los instrumentos y acuerdos internacionales y regionales en la materia<sup>9</sup>

En América Latina existe incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más. El proceso de envejecimiento continuará incrementándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando el crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3 %. Si bien este crecimiento disminuirá al 1,5 % en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos de población.<sup>8,9,10</sup>

El envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico. Al cierre del año 2022, el grado de envejecimiento refleja el 22.3 %, con una población de 60 años y más de 2 millones 478 mil 087 personas, es decir que en solo 20 años el grado de envejecimiento creció en 7.7 puntos porcentuales, consolidándose. Según la última proyección de población realizada por la ONEI se espera que para el año 2050, la población de personas mayores alcance la cifra de 3 millones 343 mil 520 personas, lo que representaría un grado de envejecimiento del 35.9 %.<sup>11</sup>

Cuba es uno de los países dentro de la región de Las Américas y el Caribe con proporciones más altas de personas de 60 años y más (21,6 % en 2021). El proceso de envejecimiento poblacional cubano se caracteriza, fundamentalmente, por su velocidad y homogeneidad, además de estar acompañado por un crecimiento natural negativo, y en consecuencia, un decrecimiento poblacional <sup>11</sup>

Cuba cuenta hoy con un 18,3 % de su población envejecida y el aumento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado un incremento de los longevos y según los últimos datos hay cerca de 3865 centenarios en toda la isla.

Como resultado de la dinámica de las variables demográficas, el número de habitante de Cuba decreció en el 2006-2007, y casi no aumentó en el 2008 y 2009. Al iniciar el 2010 la población de Cuba se estimuló en 11 242 628. La influencia de todos los componentes, en particular en el descenso sostenible de la fecundidad, ha probado importantes cambios en la estructura por edad de la población. Un notable proceso de envejecimiento ha comenzado con celeridad, convirtiéndose en uno de los mayores retos demográficos, económicos y sociales en el país. <sup>11 12</sup>

El dolor es el síntoma que presentan los adultos mayores de una manera persistente, continua o recurrente afectando de forma negativa la funcionalidad, así como su calidad de vida. El dolor en personas adultas mayores es muy común, convirtiéndose en una gran problemática hoy en día en salud pública, esto es resultado a los diversos padecimientos que poco a poco afectan sus actividades de la vida diaria (ABVD) en ellos. El adulto mayor sufre consecutivamente múltiples dolores de todo tipo, agravando su condición ocasionando sufrimiento, limitaciones y discapacidad a consecuencia del dolor. <sup>13,14</sup>

La presencia de dolor se asocia con una peor salud y las personas con dolor pueden experimentar mayor deterioro funcional, caídas, depresión, disminución del apetito, sueño deteriorado y aislamiento social en comparación con las personas que no sufren dolor. Además, el impacto multidimensional del dolor puede dejar a los adultos mayores más vulnerables y menos capaces de responder eficazmente a los estresores fisiológicos, contribuyendo, en última instancia, al desarrollo de la fragilidad<sup>15</sup>.

El dolor musculoesquelético es una de las quejas más frecuentes de los adultos mayores y así podemos corroborarlo en las consultas médicas tanto en los consultorios médicos, como en los cuerpos de guardias y hasta en las visitas de terreno.

Estudiar este padecimiento en ancianos incrementa su importancia, pues, paradójicamente, no reciben un tratamiento de calidad debido a que en muchas culturas se consideran que es “normal” en el envejecimiento. Por otra parte, la pérdida de acondicionamiento muscular y las alteraciones de la marcha secundarias al dolor, pueden dar lugar a lesiones por caídas, alteraciones del apetito y del sueño, con afectaciones de la calidad de vida y mayores costos en salud.<sup>16</sup>

Investigadores como German M, et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de precisar el impacto del dolor en la calidad de vida y en la funcionalidad de la población anciana. El estudio fue de tipo probabilístico de diseño transversal, correlacional, donde se analizaron los datos de 2000 personas de 60 años o más, obteniendo como resultado que la mayoría de los ancianos encuestados fueron mujeres (63,4%), y la edad promedio fue de 71,17 años (DE = 8,05). Una de las asociaciones más fuertes con el dolor fue el compromiso funcional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (OR 2,45 [1,31-4,58]). Concluyendo que el dolor impacta negativamente en la independencia funcional y la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores, predisponiéndolas a desenlaces adversos.<sup>17</sup>

Obregón R, et al. (2021) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el grado de dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un hospital de las Fuerzas Armadas del Perú. Un estudio de tipo observacional descriptivo de tipo transversal, donde se estudió a 306 pacientes, evaluando mediante cuestionario dando como resultado que el 6.3% de mujeres presentan independencia funcional, mientras que el resultado del Índice de Barthel comprobó un número elevado de población adulta mayor con dependencia moderada en un 50%, Concluyendo que el 89% de pacientes adultos mayores que fueron atendidos han obtenido un grado de dependencia más en mujeres.<sup>18</sup>

En nuestro país, un estudio realizado por Cantillo Bustillo J, et al. (2019), evalúa el estado funcional del adulto mayor, en la distribución de los adultos mayores según grupo de edad y sexo, existió un predominio del sexo femenino con un 54,5 % y del

grupo de edad de 60-64 años con un 28,1 %.La mayor parte de los adultos mayores tenían vínculo laboral (79,09 %).<sup>19</sup>

La evaluación funcional de los adultos mayores según el tipo de familia se clasifica en nuclear, extensa, ampliada, donde predominaron las familias extensas con un 70 %. Entre los antecedentes patológicos personales se destacaron la Hipertensión arterial con un 73,6 %, seguido de las afecciones del Sistema Osteomioarticular con un 42,7 %.Se describe la evaluación funcional de los adultos mayores donde predominaron los ancianos independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, sobre todo para levantarse (97,2 %), comer (96,3 %) y bañarse, vestirse, ir al servicio (95,4 %), en cada una de estas actividades. Se describe la evaluación funcional de los adultos mayores con predominio de los ancianos independientes para realizar las actividades instrumentadas de la vida diaria, sobre todo para el uso del teléfono (96,3 %), bañarse y uso de los medicamentos (95,4 %), en cada una de estas actividades.<sup>19</sup>

Al evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los adultos mayores, se estudia la independencia en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.

Las ABVD son la resultante del funcionamiento en las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada. Las alteraciones del equilibrio traen consigo el problema más común que amenaza la independencia de los individuos ancianos, las caídas, que son el resultado de la acumulación de debilidades múltiples y específicas. Cada año se caen del 20-30 % de los ancianos que viven independientes.<sup>19</sup>

La ansiedad juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las limitaciones de la actividad en el adulto mayor con problemas de dolor, y está siendo muy investigada en los últimos tiempos. Específicamente, está recibiendo mucha atención la ansiedad relacionada con el catastrofismo, pues la evidencia es consistente con respecto al papel negativo que tiene este tipo de afrontamiento, así como el miedo a las caídas, el que se ha demostrado que influye en la disminución de la actividad física en los mayores, incluso más que la limitación de la actividad que genera el dolor.<sup>16</sup>

El dolor crónico en los ancianos presenta características propias que vienen determinadas por la disminución o pérdida de sus funciones vitales (deterioro mental, disminución de la capacidad visual, sordera, dificultad de expresión, etc.), sociales y familiares que en muchas ocasiones dificultan el diagnóstico y tratamiento del dolor. Es necesario prestar atención a los signos indirectos del dolor como cambios en la expresión facial, gemidos, posturas antiálgicas y agitación que nos ayuden a establecer el dolor y su origen. Los factores psicológicos se asocian al dolor del anciano. Frecuentemente el anciano refiere como dolor lo que en realidad corresponde a un cuadro de ansiedad o depresión motivado por alguna alteración en su vida familiar o social; sin olvidarnos que también pueden ejercer un cierto “chantaje” hacia las personas que les cuidan con el fin de obtener una mayor atención. Los ancianos con estabilidad personal y familiar tienen significativamente menos dolor y alteraciones psicológicas.<sup>20</sup>

La familia es donde se desenvuelve el anciano diariamente, al existir un buen funcionamiento familiar el adulto mayor se siente más protegido

El proceso no es lineal, ni paralelo a todos los adultos mayores, ni en el tiempo es igual en cada etapa, pues algunos de ellos tienen que manejar situaciones problemáticas, la falta de un diagnóstico claro, las crisis de dolor, la falta de apoyo, el aislamiento que hace que retrocedan a una etapa anterior<sup>15</sup>

El paciente anciano debe ser considerado en forma integral, de acuerdo con el déficit biológico que pueda padecer a fin de que la terapéutica farmacológica sea realmente racional y beneficiosa para el mismo. La utilización adecuada y racional de los fármacos en los adultos mayores implica una serie de consideraciones diferentes a las aplicables a otros grupos de la población, que son importantes a tener en cuenta porque, en estos pacientes puede ocurrir una respuesta farmacológica distinta o inesperada. Esto implica que debe actuarse con precaución a la hora de prescribir, utilizar o administrar los fármacos, procesos en los cuales participan el propio paciente, sus familiares y los miembros del equipo de salud. A la hora de pautar un tratamiento analgésico debemos ser cautos, empezando con las dosis mínimas, incrementándolas lentamente.<sup>21</sup>

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por disminución de la resistencia y reservas fisiológicas de los adultos mayores ante situaciones estresantes a consecuencia del acumulativo desgaste de los

sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo a sufrir efectos adversos para la salud<sup>22</sup>

El envejecimiento generalmente se corresponde con la presencia de diferentes patologías lo que implica alto consumo de medicamentos en múltiples ocasiones de manera irracional. Los pacientes mayores de 60 años consumen 2 o 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general. El consumo de fármacos constituye una señal de la prevalencia de problemas de salud y aunque son una herramienta terapéutica esencial en todo acto médico, su uso incorrecto puede convertirlos en potentes agentes agresores para el organismo<sup>23</sup>

En esta población predomina la presencia de un gran número de enfermedades crónicas (comorbilidad), algunas presentes desde antes de arribar a la tercera edad y otras a consecuencia de los cambios fisiológicos que experimentan una vez que llegan a ella. Aproximadamente el 36% de los adultos mayores tienen más de tres enfermedades crónicas, lo que hace necesario emplear un alto número de medicamentos durante largos periodos de tiempo.<sup>15</sup>

El tratamiento del dolor constituye una necesidad y un objetivo terapéutico en adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa; genera distintos grados de discapacidad y afectación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud motivados por la incapacidad de realizar distintas acciones de la vida diaria; adicionalmente a esto, ha sido considerado como una de las primeras causas de pérdida de la dependencia individual. **De ahí la importancia de mantener un adecuado nivel de actualización en cuanto al manejo y tratamiento del dolor se refiere.**<sup>24</sup>

Vidal Fuentes en el año 2022 publicó los resultados de su estudio "Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma." En dicho estudio el autor hace un recorrido por las bases semiológicas del dolor y se enfoca en cada uno de los componentes del mecanismo etiopatogénico de la artrosis para identificar el grupo farmacológico a utilizar, basado en sus características farmacológicas.<sup>25</sup>

Se debe tomar en cuenta la presencia de barreras conceptuales que impactan en el dolor del adulto mayor, éstas incluyen la creencia de que los viejos experimentan menos dolor que otros grupos poblacionales. No es para sorprenderse que los propios pacientes geriátricos creen que el dolor es algo que debe soportarse, que los

analgésicos causen adicciones, que el quejarse del dolor es signo de debilidad y que el dolor es una parte inevitable del envejecimiento <sup>26</sup>

Debido a la variabilidad que presenta este grupo de pacientes resulta difícil establecer unos protocolos en cuanto a dosis y efectos secundarios por lo que es fundamental establecer un tratamiento individualizado, con lógica y sentido común, siguiendo el consejo de la sociedad americana de geriatría de “empezar lento y continuar despacio” para valorar los resultados, tanto de los analgésicos como los secundarismos.

El envejecimiento modifica la farmacocinética en todas sus fases .Hay que tener en cuenta muchos factores en el abordaje terapéutico del dolor en el paciente anciano ya que son múltiples los factores que inciden sobre él: pluripatología, polifarmacia, adhesión al tratamiento, soporte socio-familiar. A nivel sociocultural y psicosocial se debe tener en cuenta que con la edad se produce una pérdida progresiva tanto de la capacidad funcional como de la cognitiva en las personas (pérdida de memoria y disminución de la capacidad intelectual). Esta fragilidad neurológica implica una falta o un mal cumplimiento de los tratamientos prescritos

El manejo del dolor crónico en el adulto mayor se puede lograr a través de un enfoque multidisciplinario que incluye tratamientos farmacológicos, rehabilitación física y psicológica y enfoques intervencionistas. Con respecto a la selección de agentes farmacológicos, el tratamiento multimodal con medicamentos con diferentes mecanismos de acción permite efectos sinérgicos pero también puede contribuir aún más a la polifarmacia y, por lo tanto, debe realizarse con precaución <sup>27,28</sup>.

Las opciones terapéuticas podemos dividir las en no farmacológicas, farmacológicas e intervencionismo. Pueden usarse de manera aislada o en conjunto dependiendo de cada caso, pero se sugiere en principio un manejo multimodal y siempre teniendo en cuenta el balance entre riesgo y beneficio. El someter a un paciente a tratamientos prolongados lleva un riesgo de causar iatrogenias a nivel hepático, gástrico y renal. Ya que de las principales causas de dolor crónico se encuentran las osteomusculares (lumbalgia, osteoartritis), debemos señalar que el tener un estilo de vida sano es esencial. De tal modo que hay que motivar al paciente a que haga ejercicio y controle su dieta para evitar obesidad. Esto siempre será deseable, aunque no siempre se puede conseguir <sup>29</sup>.

La combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico debe tenerse en cuenta en el planteamiento de atención de este grupo de pacientes. La mayoría, como el apoyo psicológico, acupuntura, apenas presentan efectos secundarios y en muchas ocasiones son de gran utilidad logrando disminuir las dosis de los fármacos y por ello también los efectos secundarios. El dolor crónico se explica mejor mediante un modelo biopsicosocial y su tratamiento debe incluir intervenciones dirigidas a la depresión comórbida, la ansiedad y las habilidades de afrontamiento deficientes. Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes con altos niveles de catastrofismo, definido como sentimientos de desesperanza e impotencia con respecto a su dolor, informan mayor intensidad del dolor, disminución del nivel de función y depresión (Intervención psicológica) es importante el rol del psicólogo clínico, cuyas funciones además de brindar terapia y evaluación psicológica, como la educación y promoción de las prácticas de conducta saludable son esenciales en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de dolor crónico.<sup>30</sup>

Fisioterapia y rehabilitación: El objetivo terapéutico general del tratamiento es una consideración importante cuando se atiende a pacientes de edad avanzada. El objetivo principal de la rehabilitación es mejorar el deterioro, (pérdida de estructura o función fisiológica o anatómica), que generalmente es logrado a través de modalidades que abordan la etiología fisiopatológica subyacente. Sin embargo, cuando es poco probable mejorar el deterioro, la rehabilitación debe centrarse en mejorar la discapacidad del paciente (restricción en la capacidad para realizar una actividad como resultado del deterioro)<sup>27</sup>

Independientemente de la causa del dolor y del tipo e intensidad del mismo, influyen múltiples factores no directamente relacionados con la etiología causal y que pueden modular la duración, intensidad e impacto o discapacidad de la sensación dolorosa. Estos aspectos han de ser tenidos en cuenta para una valoración global más eficaz y partiendo siempre de una historia clínica que recoja todos los aspectos que circundan la sintomatología y a la persona afectada y sus condiciones específicas donde se incluye la familia.

## Conclusiones

Se concluye que el dolor crónico producido por las alteraciones osteomioarticulares constituye el principal motivo de consulta del adulto mayor en el nivel primario de atención.

Las estrategias para manejar el dolor en personas mayores representan un tema de vital importancia en la calidad de vida y el bienestar de esta población

El envejecimiento poblacional con frecuencia conlleva a la aparición de condiciones médicas crónicas y agudas que pueden estar asociadas a diversas formas de dolor, afectando significativamente la calidad de vida y la funcionalidad diaria en las personas mayores, lo que hace imprescindible establecer protocolos adecuados con un enfoque multidisciplinario

La evaluación funcional en los pacientes de la tercera edad constituye una herramienta efectiva que permite establecer estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Es esencial explorar enfoques completos y personalizados que aborden tanto los aspectos físicos como los emocionales del dolor en la tercera edad. Desde enfoques farmacológicos hasta terapias no farmacológicas, es importante encontrar la mejor forma de aliviar el dolor, mejorar la movilidad y promover el bienestar general en la vida de las personas mayores

## Referencias Bibliográficas

1. Moix J, Casado M.<sup>a</sup> Isabel. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. Clínica y Salud [Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 17];22(1):41-50. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es.-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es.-)
2. Micó Segura JA. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2020 [citado 2023 May 19];27(2):72-3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000200002&lng=es)
3. J. Vidal Fuentes. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Revista de la sociedad Española del dolor, (2020). I: 10.20986, pp. 232
4. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. Scoping Review. Rev Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado 2023 May 18];54:39. Disponible en: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
5. Cerquera C AM, Uribe Rodr AF, Matajira YJ, Correa G HV. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente [Internet]. 5 de junio de 2017 [citado 27 de mayo de 2023]; 20(38). Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2561>
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-andhealth>
7. Geriatricarea. Principales Síndromes Geriátricos por su relevancia clínica, social y económica

- [Internet].. 2022 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <http://www.geriatricarea.com/2022/03/17/principales-sindromes-geriatricos-por-surelevancia-clinica-social-y-economica/>
8. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? [Functionality and seniors: where are we and where should we be going? Funcionalidade e pessoas idosas: onde estamos e para onde devemos ir?]. Rev. Panam Salud Pública. 2022 Apr 12; 46:e34. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2022.34. PMID: 35432502; PMCID: PMC9004688.
  9. Envejecimiento en América Latina y el Caribe Red Latinoamericana de Gerontología Disponible <https://www.gerontologia.org> › S2201043\_es PDF 15 dic 2022
  10. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Alvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud, Barranquilla [Internet]. 2021 Aug [cited 2024 Feb 20]; 37( 2 ): 488-505. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522021000200488&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200488&lng=en). Epub May 16, 2022. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>.
  11. Envejecimiento saludable en Cuba. [Internet]. Cintra Cala D, Fernández Seco AE, coordinadores. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/envejecimiento-saludable-en-cuba>
  12. ONEI (2020). El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios. La Habana.
  13. Silva J.R., Partezani R., Miyamura K., Fuentes W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm. Univ. [revista en la Internet]. 2019 [citado 2023 Jun 05]; 16 (1): 31-40. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S166570632019000100031&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632019000100031&lng=es). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>

14. Vargas KS, Lázaro KP. Calidad de vida en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad de San Juan de Miraflores, Lima – 2019. 2020 [citado 5 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8204>
15. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. Salud, Barranquilla [Internet]. 2018 Aug [cited 2024 Mar 14]; 34(2): 349-362. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522018000200349&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000200349&lng=en). <https://doi.org/10.14482/sun.34.2.612>.
16. Martín-Carbonell M Estado del arte en la investigación de factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores Volumen 16 | Nº 1 | Año 2019 | Pág. 63-86
17. Germán M, Acevedo JC, Gabriel D, Morros E, Cano CA Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15001286>
18. Obregón RD, Rosas KN. Dependencia funcional en pacientes geriátricos atendidos en consultorio externo de un hospital de las Fuerzas Armadas del Perú. Functional dependence in geriatric patients cared for in the outside office of a hospital of the Armed Forces of Peru [Internet]. 2021 [citado 4 de junio de 2023]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3207805>
19. Cantillo Bustillo J, Rodríguez Pérez Y, Martínez Cantillo YM, Padilla Martínez F. Evaluación funcional del adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 Dic [citado 2024 Mar 18]; 23(6): 876-883. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000600876&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600876&lng=es). Epub 01-Dic-2019.

20. Franco ML and Seoane de Lucas A. Characteristics of chronic pain among the elderly: management. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 29-38.
21. Stable-García Yanaysis, González-Atá Amelié, Cuba-Venereo María de las M., Garcia Agustin Daysi. Aspectos de farmacovigilancia: adulto mayor y susceptibilidad de reacciones adversas a medicamentos. Rev. CENIC Cienc. Biol [Internet]. 2021 Ago [citado 2024 Mar 18] ; 52( 2 ): 187-200. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24502021000200187&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24502021000200187&lng=es). Epub 01-Ago-2021
22. González Rodríguez R, Martínez Abreu J. Un acercamiento clínico-epidemiológico a la fragilidad en adultos mayores. PoliclínicoHéroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso];40(4). Disponible en:<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/234>
23. Díaz-Soto M, Licea-Suárez M, Medina-Carbonell A, Beltrán-Alfonso A, Calderin-Miranda J. Consideraciones sobre el medicamentos en pacientes de la tercera edad. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2020 [citado 21 May 2024]; 60 (2) Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1507>
24. Ordoñez Gallardo PN Toalombo Llugsa, H. (2023). Universidad Nacional de Chimborazo Facultad de ciencias de la salud carrera de medicina Manejo y tratamiento del dolor en adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas.
25. Vidal Fuentes J. Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2021 [citado 2023 Ago 11];28(suplemento 1):1-3. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462021000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462021000100001&lng=es)

26. Covarrubias-Gómez Alfredo, Alvarado-Pérez Javier, Templos-Esteban Luz A, López-Collada Estrada María. Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. Rev. mex. anestesiología. [revista en la Internet]. 2021 Mar [citado 2024 Ene 31] ; 44( 1 ): 43-50. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0484-79032021000100043&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032021000100043&lng=es). Epub 11-Oct-2021. <https://doi.org/10.35366/97776>.
27. Rivas, J. S. F. (2024). Perfil clínico y del manejo analgésico en adultos mayores con dolor crónico que acuden a consulta de geriatría
28. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. Anesthesiology Clinics. 2019;37(3):547-60.
29. García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2024 Abr 23] ; 29( Suppl 1 ): 77-85. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es).
30. Ramos-Vera Cristian Antony. El rol de la psicología clínica en el manejo del dolor crónico. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2023 Mar [citado 2024 Mayo 22] ; 25( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962023000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962023000100001&lng=es). Epub 25-Ene-2024.