



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

**INFLUENCIA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA MÁS EL
EJERCICIO FÍSICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR
CON DOLOR CRÓNICO**

**INFLUENCE OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE PLUS
PHYSICAL EXERCISE IN ELDERLY ADULTS WITH
CHRONIC PAIN**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
FISIOTERAPIA EN EL ADULTO MAYOR**

AUTORA:

ANA PAULA RODRIGUEZ PASCUAL

ASESOR:

MIGUEL ÁNGEL NORABUENA ROBLES

LIMA - PERÚ

2022

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Lic. Miguel Ángel Norabuena Robles

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0002-4255-1826

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado principalmente a Dios por ser mi guía y fortaleza en todo momento, a mis padres; quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar, educándome y brindándome su apoyo incondicional y a todas las personas que podrán beneficiarse con esta monografía.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fuerza suficiente y voluntad para seguir adelante en la elaboración y culminación del presente trabajo profesional.

Al Lic. Miguel Norabuena por brindarme su apoyo y asesoría durante la realización de esta monografía.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Es un trabajo autofinanciado.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

Como autora de la presente monografía, declaro que es original y se ha respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Asimismo, los datos presentados son reales y las conclusiones establecidas al final son de mi entera responsabilidad. No existen conflictos de intereses para poder obtener el título de Segunda Especialidad en Fisioterapia en el Adulto Mayor.

RESUMEN DEL REPORTE DE SIMILITUD DE TURNITIN

MONOGRAFIA: "INFLUENCIA DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA MÁS EL EJERCICIO FÍSICO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR CON DOLOR CRÓNICO"

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	1%
3	neurorehabnews.com Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Francisco de Vitoria Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	www.tandfonline.com	

	Fuente de Internet	1 %
9	Submitted to University of Newcastle Trabajo del estudiante	1 %
10	adonde.com Fuente de Internet	<1 %
11	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
12	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %
14	www.dge.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.fmc.es Fuente de Internet	<1 %
16	dokumen.pub Fuente de Internet	<1 %
17	tvd.wiki Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Buckinghamshire Chilterns University College Trabajo del estudiante	<1 %

19	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
20	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
21	okdiario.com Fuente de Internet	<1 %
22	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad San Jorge Trabajo del estudiante	<1 %
24	es.radio.oneworld.net Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1 %
26	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1 %
27	bosquedebambu.es Fuente de Internet	<1 %
28	journalretinavitreous.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1 %
29	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
30	revistas.uta.edu.ec	

	Fuente de Internet	<1 %
31	www.fisiofocus.com Fuente de Internet	<1 %
32	www.redadultomayor.org Fuente de Internet	<1 %
33	doku.pub Fuente de Internet	<1 %
34	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1 %
35	www.pain-initiative-un.org Fuente de Internet	<1 %
36	www.psim2019.org Fuente de Internet	<1 %
37	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
38	journals.humankinetics.com Fuente de Internet	<1 %
39	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	repositorio.uleam.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
41	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
42	revistasdigitales.uniboyaca.edu.co Fuente de Internet	<1 %
43	sochimfyr.cl Fuente de Internet	<1 %
44	www.academia.edu Fuente de Internet	<1 %
45	www.publimetro.pe Fuente de Internet	<1 %
46	epdf.pub Fuente de Internet	<1 %
47	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. CUERPO.....	4
IV. CONCLUSIONES.....	21
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

VI. ANEXOS

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico es un problema de salud que tiene gran prevalencia en la población en general, afectando a niños, adultos y adultos mayores, alterando directamente la calidad de vida, relaciones personales, familiares y sociales. Por ello, se propone una intervención multimodal, abordando un tema relativamente nuevo, la alianza terapéutica para potenciar la estrategia de tratamiento centrado en la persona y la influencia en los resultados, sumado al ejercicio físico, que aporta grandes beneficios tanto en la funcionalidad, kinesiofobia y trastornos emocionales de la persona mayor con dolor crónico. **Metodología:** Estudio descriptivo, revisión bibliográfica como: Pubmed, The Cochrane Library, entre otras. Se ha considerado artículos y estudios en los idiomas español e inglés. **Objetivo:** Identificar la influencia de la alianza terapéutica más el ejercicio físico en la persona adulta mayor con dolor crónico. **Conclusión:** Según la revisión bibliográfica consultada se demuestra que la alianza terapéutica sumado al ejercicio físico influye positivamente en los resultados de intervención, mejora significativamente la funcionalidad, disminuye la kinesiofobia y mejora los trastornos emocionales como la depresión y ansiedad, conllevando a una mejor calidad de vida.

Palabras claves: dolor crónico, alianza terapéutica, ejercicio físico

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is a health problem that is highly prevalent in the general population, affecting children, adults and the elderly, directly altering the quality of life, personal, family and social relationships. For this reason, a multimodal intervention is proposed, addressing a relatively new topic, the therapeutic alliance to enhance the treatment strategy centered on the person and the influence on the results, added to physical exercise, which provides great benefits both in functionality, kinesiophobia and emotional disorders of the elderly with chronic pain. **Methodology:** Descriptive study, bibliographic review such as: Pubmed, The Cochrane Library, among others. Articles and studies in Spanish and English have been considered. **Objective:** To identify the influence of the therapeutic alliance plus physical exercise in the elderly person with chronic pain. **Conclusion:** According to the bibliographical review consulted, it is shown that the therapeutic alliance added to physical exercise positively influences the results of the intervention, significantly improves functionality, reduces kinesiophobia and improves emotional disorders such as depression and anxiety, leading to a better quality of care. life.

Keywords: chronic pain, therapeutic alliance, physical exercise

I. INTRODUCCIÓN

El dolor crónico se considera mundialmente un problema de salud pública, de gran impacto negativo, que tiene mayor prevalencia en el adulto mayor, debido a las comorbilidades o factores asociados que se presentan con el envejecimiento y a los cambios biológicos y psicosocioculturales por el que transita todo ser humano, incertidumbre, sedentarismo, aislamiento social, limitaciones físicas; entre otros, afectando directamente su calidad de vida. (1)

Los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que la proporción de adultos mayores está en constante incremento en todo el mundo, refiriendo que entre 2015 y 2050, aumentará el porcentaje de personas mayores de 60 años, del 12% al 22% (2) y en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) existen 4 millones 140,000 personas de 60 años a más, representando el 12,7% de la población en el año 2020. (3)

A nivel mundial, se estima que el 20% de los adultos mayores padece dolor crónico, siendo una enfermedad muy frecuente, representando entre el 15 y 20% de las visitas al médico. (4) Mientras que la Asociación Peruana para el Estudio del Dolor (ASPED), manifiesta que entre el 30 y el 35% de la población en el Perú, padece de dolor crónico. (5)

El dolor crónico genera muchas consecuencias negativas en el adulto mayor, una de ellas es la kinesiofobia o miedo al movimiento, considerada como un miedo extenuante y excesivo a realizar cualquier actividad o movimiento por temor a provocar dolor o una causar una nueva lesión. La prevalencia de kinesiofobia en el dolor crónico representa entre el 50% y 70%. (6)

En la actualidad, se utilizan mayormente tratamientos pasivos que no han demostrado beneficios concluyentes, por lo cual se propone este estudio sobre la alianza terapéutica, considerada un facilitador de la adherencia al ejercicio y actividad física, estableciendo una relación de apoyo y soporte entre el paciente y el fisioterapeuta generando un vínculo afectivo, el cual contribuye positivamente al tratamiento ya sea a corto o largo plazo. (7)

Está claro que hoy en día no existe un adecuado manejo del dolor crónico, por lo cual debe ser tratado con intervenciones recomendadas por las guías clínicas, que beneficien a la persona adulta mayor con dolor crónico, tanto en su funcionalidad como en los diferentes aspectos de su vida, utilizando una estrategia biopsicosocial centrada en la persona.

Por ello, la presente investigación pretende identificar la influencia de la alianza terapéutica sumado al ejercicio físico, al ser un tema innovador y no contar con estudios o literatura nacional, estableciendo resultados positivos y ofreciendo una alternativa de tratamiento enfocado en la persona, yendo más allá de planes convencionales de tratamiento.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Identificar la influencia de la alianza terapéutica más el ejercicio físico en la persona adulta mayor con dolor crónico.

2.2 Objetivos Específicos:

- Determinar la influencia de la alianza terapéutica más el ejercicio físico en la mejora de la funcionalidad en la persona adulta mayor con dolor crónico.
- Explicar la influencia de la alianza terapéutica más el ejercicio físico en la disminución de la kinesiofobia en la persona adulta mayor con dolor crónico.
- Establecer la influencia de la alianza terapéutica más el ejercicio físico en la mejora de los trastornos emocionales en la persona adulta mayor con dolor crónico.

III. CUERPO

3.1 ANTECEDENTES

Stilwell P., Harman K., en su estudio sobre la prescripción de ejercicios biopsicosociales contemporáneos para el dolor lumbar crónico, investigaron la importancia de plantear un modelo biopsicosocial y los factores contextuales al prescribir ejercicio físico. Determinaron que un enfoque biopsicosocial sumado a un enfoque en la comunicación con el paciente y los factores contextuales como la alianza terapéutica, la educación del paciente, las expectativas, atribuciones y brindar una experiencia de control cognitivo podría tener un gran impacto en la adherencia al ejercicio y mejorar los resultados del tratamiento. (8)

Fuentes J. et al., en su investigación tuvieron como objetivo comparar el efecto de la alianza terapéutica mejorada contra la alianza terapéutica limitada en pacientes con dolor lumbar crónico, recibiendo terapia de corriente interferencial (IFC) de forma activa o simulada. Establecieron un estudio experimental controlado y dividieron en cuatro grupos a los participantes: el grupo 1 incluyó la aplicación de IFC activa combinada con una alianza terapéutica limitada; el grupo 2 recibió IFC simulada combinada con una alianza terapéutica limitada, el grupo 3 recibió IFC activa combinada con una alianza terapéutica mejorada, y el grupo 4 recibió IFC simulado combinado con una alianza terapéutica mejorada. Los participantes recibieron sólo una sesión, las mediciones incluyeron la intensidad del dolor que se evaluó con una escala de calificación numérica (PI-NRS) y la sensibilidad al dolor muscular que se evaluó a través del umbral de dolor por presión. Los

resultados demostraron que los cuatro grupos disminuyeron el dolor, pero el grupo 3 fue el mejor en cuanto a la disminución del dolor y sensibilidad al dolor muscular, el segundo mejor grupo fue el grupo 4. Concluyeron que una alianza terapéutica mejorada modula la intensidad del dolor y la sensibilidad al dolor muscular, originando mejoras significativas en los resultados de tratamiento en pacientes con dolor lumbar crónico. (9)

Ferreira P. et al., en su estudio tuvieron como propósito investigar si la alianza terapéutica entre pacientes con dolor lumbar crónico y fisioterapeutas predice los resultados clínicos. Realizaron un estudio observacional retrospectivo dentro de un ensayo controlado aleatorio, que comparó la eficacia de los ejercicios y la terapia de manipulación espinal. Participaron pacientes entre 18 y 80 años de edad, con dolor lumbar inespecífico durante al menos 3 meses. Se midió la alianza entre pacientes y fisioterapeutas en la segunda sesión, y se evaluaron los resultados de función, el efecto global percibido del tratamiento, el dolor y discapacidad antes y después de 8 semanas de tratamiento. Los resultados demostraron que la alianza terapéutica fue un predictor importante del resultado del tratamiento, además moderó el efecto del tratamiento sobre el efecto global percibido tanto para ejercicio general como para la terapia de manipulación espinal. Concluyeron que la alianza terapéutica entre fisioterapeutas y pacientes se asocian con mejoras en los resultados del dolor lumbar crónico. (10)

Según Moore A. et al., en su estudio sobre cómo la adherencia al ejercicio y actividad física puede facilitarse mediante la alianza terapéutica en adultos mayores con dolor de rodilla, con la finalidad de investigar las experiencias

de tratamiento de las personas, las barreras y facilitadores para el ejercicio y la conducta general de la actividad física, establecieron un enfoque cualitativo longitudinal, realizando entrevistas. Según los resultados, determinaron que las estructuras centrales de la intervención, como la progresión, supervisión e individualización del ejercicio está relacionada con el resultado del tratamiento. Las principales barreras para el ejercicio físico fueron la falta de supervisión, tiempo, motivación y ambiente físico. Los facilitadores para el ejercicio a largo plazo fueron la motivación para prevenir el regreso del dolor, la sensación de beneficios y el conocer sobre el rol del ejercicio respecto a su dolor. Concluyeron que una fuerte alianza terapéutica entre el fisioterapeuta y el participante facilitaría la adherencia al ejercicio y la actividad física. (7)

Kinney M. et al., en su estudio sobre el impacto de la alianza terapéutica en fisioterapia para el dolor musculoesquelético crónico en el adulto mayor, mediante una revisión sistemática, determinaron el impacto que tiene la alianza terapéutica sobre el dolor musculoesquelético crónico, identificando los factores que influyen en la alianza terapéutica entre los fisioterapeutas y los pacientes con este diagnóstico. Identificaron siete estudios y concluyeron que para las personas mayores con dolor musculoesquelético crónico que realizan terapia física, una alianza terapéutica fuerte mejoraría los resultados del dolor, además los fisioterapeutas deben comprender los factores que influyen de manera positiva y negativamente en la relación con el paciente para poder facilitar una alianza terapéutica fuerte. (11)

3.2 DOLOR

3.2.1 Definición

La IASP define actualmente el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. (12)

A su vez, se considera dolor crónico cuando éste persiste por un periodo mayor a tres meses, pudiendo ser recurrente o continuo y de gran intensidad, afectando negativamente la calidad de vida, funcionalidad y bienestar de la persona. Además, es un problema de alta prevalencia, influenciado por aspectos sociales del entorno y condicionado por aspectos mentales, aumentando el consumo y utilización de recursos sociales y sanitarios. (1)

3.2.2 Neurofisiología del dolor

Nocicepción no es igual que dolor, ambas son manifestaciones totalmente distintas, no puede ser inferido el dolor sólo de la actividad en las neuronas sensitivas. Muchas personas indican que sienten dolor cuando no hay daño tisular o alguna enfermedad probable, esto se debe a factores biológicos, sociales y psicológicos (experiencias emocionales), por ello, no es posible distinguir su experiencia de una causada por un daño tisular, debido a que cada persona siente dolor de distinta manera. Si la persona considera su experiencia como dolor, lo percibe de la misma forma que un dolor causado por un daño tisular. Por lo tanto, el dolor no es un estímulo, es más bien una respuesta del cerebro, que actúa de forma defensiva, ya sea acertada o incorrectamente con la finalidad de proteger los tejidos que se sienten en

peligro o amenazados, mientras que nocicepción es la información de entrada que es conducida al cerebro y que se manifiesta de acuerdo a los factores psicológicos y sociales. (12)

3.2.3 Neuroplasticidad:

Suso L, refiere que la neuroplasticidad es la capacidad que tiene el sistema nervioso central (SNC) para llegar a aprender y adecuarse a nuevas circunstancias, cambiando y originando conexiones nuevas. Pero los cambios neuroplásticos que se producen no siempre son positivos, cuando hay dolor crónico se genera en el SNC este proceso denominado neuroplasticidad, el cual conlleva a variar o cambiar la percepción del cuerpo, de tal modo que el cerebro, obtiene una memoria de estímulo hiriente o doloroso y este a su vez puede llegar a decidir provocar dolor en momentos donde por lo general, en condiciones normales, no habría dolor. (13)

Incluso una lesión leve, puede provocar una sensibilización en el sistema nervioso, desde los receptores periféricos incluso hasta la corteza cerebral, pudiendo causar dolor permanente en ausencia de estímulos nociceptivos constantes. Debido a esta sensibilización, el malestar que en otras circunstancias podría percibirse como leve, se percibe como un dolor considerable. (14)

3.2.4 Neuromatriz del dolor

En el cerebro existe una amplia red neuronal denominada neuromatriz, encargada de distintas respuestas emocionales, sensoriales, motoras y

conductuales, incluyendo la percepción del dolor, que se asocia a cada experiencia sensorial. Está formada por componentes límbicos, somatosensoriales y talamocorticales, encargados de las dimensiones afectivo-motivacionales, evaluo-cognitivas y senso-discriminativa de la experiencia dolorosa. Además, la arquitectura sináptica de la neuromatriz está establecida por los factores genéticos y sensoriales de cada persona. Por ello, las emociones y creencias pueden activar la neuromatriz, causando dolor sin la necesidad de que exista nocicepción. (15)

En otras palabras, el cerebro tiene la facultad de clasificar situaciones que pueden ser dañinas para la persona, y las que no lo son, de tal manera que lo que perciba como una amenaza, podría ser capaz de causar dolor. Cuando hay dolor crónico se alteran las situaciones normales que no deberían ser peligrosas y se deducen como tales causando dolor. (13)

3.2.5 Dolor crónico en el adulto mayor

El dolor crónico es una condición común en los adultos mayores, provocan una discapacidad considerable, se asocia con ansiedad, disminución de la movilidad y depresión llegando muchas veces a alterar las relaciones familiares y sociales.

Existen diversas causas de dolor crónico en el adulto mayor, entre ellas podemos mencionar:

- Dolor oncológico, debido al cáncer o al tratamiento de quimioterapia y radioterapia.
- Dolor posquirúrgico

- Neuropatía diabética
- Dolor central después de un accidente cerebro vascular
- Osteoartritis o artrosis
- Fibromialgia, provocando rigidez muscular y trastornos de sueño.
- Dolor miofascial (16)

3.2.6 Consecuencias del dolor crónico en la persona mayor

En el adulto mayor, el dolor crónico trae como consecuencia directa un deterioro progresivo en la funcionalidad, debido a la inactividad física y sedentarismo, disminuyendo la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, incrementando situaciones de dependencia. (1)

La kinesiofobia, o también definida como miedo excesivo al movimiento y actividad, tiene un impacto perjudicial en la vida del adulto mayor, ya que provoca limitaciones de la actividad motora y restringe actividades que se solía hacer diariamente, además es considerado como un factor importante para que el dolor agudo se cronifique por largo tiempo. (17)

Los adultos mayores con dolor crónico experimentan emociones y sentimientos como estrés, tristeza, congoja, impotencia, miedo, ansiedad desesperanza, depresión, entre otros trastornos emocionales, produciendo un agotamiento mental y deterioro físico, incrementando los síntomas dolorosos, que afectan otras funciones normales del cuerpo. (18)

Medrano E, refiere que en personas con dolor crónico se ve mucho más afectada la relación entre la experiencia y expectativa del dolor, toma de decisiones en la parte emocional y sobretodo el aspecto cognitivo en general.

Los cambios a nivel cortical que se da en la persona con dolor crónico son:

- Reducción del volumen y densidad de la sustancia gris en la corteza prefrontal dorsolateral, alterando su función, provocando un aumento en la intensidad y duración del dolor. (19)
- Alteración en la corteza somatosensorial como la hiperalgesia e hipersensibilidad en el SNC, es decir se observa una disminución en el umbral de percepción y dolor, además la tolerancia al dolor es menor que la de una persona sana. (19)
- Cambios a nivel del sistema límbico, en el tálamo, la ínsula y la amígdala, estas dos últimas implicadas en procesos emocionales como evaluación y percepción del miedo, lo cual está relacionado directamente con la kinesiophobia. (19)
- Alteración de los sistemas de modulación descendentes del dolor. (19)

3.2.7 Cultura del Dolor:

Morris D, manifiesta que la capacidad de sentir dolor es un suceso cultural y psicosocial, el dolor nos pone en una sociedad donde lo que sentimos no se puede separar de lo que aprendemos de nuestra cultura. El dolor es una experiencia subjetiva, porque cada persona lo vive de una manera diferente, dándole un significado personal y social. Los seres humanos entienden el dolor, como un hecho que requiere interpretación, es por ello que, al sentir un

dolor, buscan y consiguen con frecuencia, una respuesta satisfactoria sobre lo que les sucede. La experiencia del dolor también está establecida por las fuerzas culturales de la religión, creencias, el género y la clase social, algunos estados emocionales como el miedo, depresión, ira, lo refuerzan o lo crean. (20)

En la kinesiofobia; las creencias sociales sobre el estado físico o biológico de la persona, evitación y miedo a moverse son signos emocionales y procesos mentales o cognitivos que se transforman en inquietudes y temores de la persona mayor, respecto a que el ejercicio físico o cualquier movimiento puede incrementar significativamente el dolor o producir un daño más grave del que ya tiene. (17)

3.3 ALIANZA TERAPÉUTICA

3.3.1 Definición

Crepeau y Garren señalan que la alianza terapéutica enfocada a la rehabilitación está basada en la interacción compleja de capacidades o destrezas clínicas, habilidades comunicativas y la capacidad reflexiva que tiene el terapeuta para responder al paciente durante todo el periodo de terapia. (21)

O'Keeffe et al en su estudio determinaron 4 elementos que influyen en la alianza terapéutica respecto a la fisioterapia musculoesquelética:

1. La comunicación del fisioterapeuta con el paciente. (22)
2. La atención centrada en la persona, brindando un tratamiento individualizado para cada paciente y tomar en cuenta sus opiniones. (22)

3. Habilidades y destrezas prácticas del fisioterapeuta, así como su experiencia y nivel de capacitación. (22)
4. Los factores ambientales y organizacionales, refiriéndose al tiempo y flexibilidad con las atenciones y citas. (22)

A su vez, establecieron las destrezas y habilidades comunicativas que debe tener el fisioterapeuta:

1. **Escucha activa**, es fundamental que los fisioterapeutas escuchen a los pacientes y les permitan contar sus vivencias y experiencias, además de comprender lo que dicen, esto permite establecer un vínculo más fuerte entre el paciente y fisioterapeuta, ya que los pacientes se sienten sumamente valorados. (22)
2. **Empatía**, el fisioterapeuta debe tomar en cuenta el impacto que el dolor tiene en la vida del paciente y ponerse en su lugar, entendiendo su sufrimiento y estableciendo un tratamiento óptimo basado en la empatía. (22)
3. **Afectividad**, una conversación amistosa entre el paciente y el fisioterapeuta fortalece la alianza terapéutica, desde un saludo gentil, buen sentido del humor hasta hablar de manera abierta. (22)
4. **Motivación**, ayuda a que los pacientes sientan que el fisioterapeuta se preocupa por ellos, brindándoles tranquilidad emocional y facilitando la adherencia al tratamiento. (22)
5. **Confianza**, es un factor valioso que realza la interacción entre el paciente y el fisioterapeuta, esto significa que existe un respeto mutuo y confianza en sus opiniones. (22)

6. Comunicación no verbal, considerada como una parte esencial dado que no sólo es importante prestar atención a lo que narra el paciente, sino también el lenguaje corporal, es decir su conducta mientras habla. (22)

3.3.2 Componentes esenciales

La alianza terapéutica depende fundamentalmente de dos componentes esenciales:

Las características del terapeuta.

La colaboración y conexión entre terapeuta y paciente en:

- Acuerdo en las intervenciones y tratamientos.
- Identificación de los objetivos terapéuticos que se pretenden lograr.
- Desarrollo de un vínculo afectivo. (23)

3.3.3 Influencia y beneficios en el dolor crónico

Como estrategia de tratamiento efectivo para el dolor crónico se considera: crear una alianza terapéutica entre el paciente y el profesional de salud, asimismo promover expectativas positivas sobre los resultados de la intervención, educar al paciente respecto a su dolor, entre otros. Se considera que las habilidades del profesional sanitario son decisivas en el abordaje del dolor crónico musculoesquelético. (24)

Establecer una buena alianza terapéutica entre el fisioterapeuta y paciente se asocia con resultados positivos al final de la intervención, tanto en el dolor crónico lumbar, la satisfacción con la atención recibida y el efecto global percibido. (10)

Fuentes et al, en un estudio clínico determinó que una alianza terapéutica mejorada sumado a una terapia de corriente interferencial (IFC) es capaz de modular la intensidad y sensibilidad del dolor muscular en pacientes con dolor crónico lumbar. Demostrando que una fuerte alianza terapéutica con el paciente potencia los resultados del tratamiento. (9).

La evidencia demuestra que en personas con dolor musculoesquelético crónico que realizan fisioterapia, alianza terapéutica fortalecida mejora los resultados respecto al dolor, y además para facilitar esta alianza es importante que exista un entendimiento por parte de los fisioterapeutas sobre los factores que impactan negativa y positivamente en la relación con el paciente. (11)

3.4 EJERCICIO FÍSICO

3.4.1 Influencia y beneficios en el dolor crónico

El ejercicio físico produce grandes beneficios en personas con dolor crónico, en el cerebro, mejora la coordinación motora, el procesamiento sensorial, favorece el desempeño cognitivo y emocional de la persona, ayudando a aliviar la depresión, ansiedad y mejora la calidad del sueño, produce un efecto positivo en la capacidad funcional y por consiguiente optimiza la calidad de vida. Además, al realizar ejercicio aeróbico de forma moderada por un tiempo de 30 minutos al día, se logra modular la percepción del dolor, este efecto se define como hipoalgesia inducida por el ejercicio, por lo cual las personas que realizan ejercicios con frecuencia, manifiestan un aumento del umbral del dolor y tienen mayor tolerancia a éste. Con frecuencia, la persona con dolor crónico se rehúsa a realizar ejercicio al comienzo, por temor a que aumente

su dolor, por ello es importante empezar con una rutina de ejercicios de menor intensidad de acuerdo a la tolerancia del paciente, con carga progresiva, generando con el tiempo cambios adaptativos, hasta realizar ejercicios de intensidad más alta.

La adherencia al ejercicio depende de la motivación del paciente, por lo cual es primordial que el tratamiento sea guiado, supervisado e individualizado, y sobretodo educarlo sobre la importancia y efectos del ejercicio, explicándole que es un elemento principal en el tratamiento de su dolor crónico. (25)

Se deben incorporar ejercicios progresivos con metas posibles de alcanzar a corto plazo, el adulto mayor también debe ser educado sobre la capacidad que tiene para realizar esfuerzo, ya que, a mayores expectativas, habrá mayores logros percibidos y, por lo tanto, mayor adherencia al ejercicio. Otro beneficio del ejercicio en la persona mayor es que produce un incremento de fuerza, capacidad aeróbica y satisfacción. (26)

Se ha demostrado que el ejercicio aeróbico en el tratamiento del dolor crónico musculoesquelético genera buenos resultados, en pacientes que presentan kinesiofobia, desacondicionamiento físico y discapacidad, ya que produce cambios neuroplásticos a nivel central y promueve la neurogénesis, además el ejercicio mejora significativamente la funcionalidad, teniendo mayor impacto que muchos medicamentos, siendo indispensable adecuar un plan de ejercicios individualizado a cada paciente. (24)

Según Geneen et al, en su investigación determinó que el ejercicio físico en adultos con dolor crónico produce efectos favorables en la disminución del

dolor y en la mejora de la función física y resultados positivos moderados y significativos en la función psicológica y en la calidad de vida. El efecto adverso del ejercicio al inicio de la intervención fue el dolor muscular, el cual disminuyó algunas semanas después de realizar los ejercicios. (27)

Hurley M. et al, según los resultados de su estudio refiere que el ejercicio en personas adultas con dolor crónico de cadera y rodilla, disminuye el dolor, mejora la función física, incrementa la confianza del paciente en los ejercicios a realizar, reduce la depresión y niveles de ansiedad. A raíz de estas experiencias, el paciente potenció las creencias en que el ejercicio físico podría mejorar la salud tanto física como mental, reducir el dolor y optimizar su calidad de vida. (28)

3.4.2 Hipoalgesia inducida por ejercicio

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) hipoalgesia se define como “la disminución del dolor en respuesta a un estímulo normalmente doloroso”. (29)

Por lo tanto, la hipoalgesia inducida por el ejercicio es un mecanismo que modula y produce una disminución en la percepción del dolor, el cual es provocado por el ejercicio físico. La evidencia demuestra que se activan distintos sistemas endógenos mientras se realiza ejercicio y posterior a éste, liberando neurotransmisores (como opioides, serotonina, citoquinas antiinflamatorias, entre otros), que pueden modificar la percepción del dolor. (30)

3.4.3 Beneficios del ejercicio en la neuroplasticidad

El ejercicio físico no causa adaptaciones solamente a nivel corporal, sino también en el cerebro, favoreciendo una neuroplasticidad adaptativa. Al hacer ejercicio, ocurren alteraciones a nivel cerebral, es decir comienza a producirse un incremento del volumen de sangre, del flujo cerebral y un crecimiento de vasos sanguíneos denominado angiogénesis. Estos cambios cerebrales causan un aumento de glucosa y de oxígeno en el cerebro, los nutrientes también aumentan, favoreciéndose los procesos de crecimiento celular. De igual forma favorece la neurogénesis, que es el proceso de formación de nuevas neuronas, así como la apoptosis o muerte de antiguas neuronas desadaptativas. Es por ello que el ejercicio físico ha demostrado gran importancia en los procesos básicos cognitivos como la percepción, atención y memoria, de igual forma en los procesos cognitivos más avanzados como el aprendizaje. (31)

El ejercicio físico influye de manera positiva en el aumento del desarrollo cognitivo, creando nuevas neuronas, promoviendo la facultad de análisis matemático y el lenguaje, además potencia el crecimiento del flujo sanguíneo a nivel del cerebro y se incrementa el consumo de oxígeno por las células nerviosas, aumenta el funcionamiento y disposición de los neurotransmisores, además estimula la neuroprotección en cada una de las áreas del cerebro. En el envejecimiento, el ejercicio físico reduce la mortalidad en adultos de 50 a 70 años, por cualquiera de sus causas, produce satisfacción psicológica y cambios hormonales, como el incremento de endorfinas que al segregarse generan bienestar y disminución del estrés, provocando un mejor equilibrio

de los neurotransmisores y el incremento de la función cerebral. Todo esto conlleva a una mejoría del estado de ánimo, autoestima y equilibrio mental. (32)

Según Bangsbo et al, los adultos mayores activos físicamente a diferencia de los adultos mayores inactivos manifiestan beneficios en la salud cerebral cognitiva, además el ejercicio físico provoca el retraso o vuelve más lento el proceso de deterioro cognitivo y degeneración neuronal que se manifiesta y en la enfermedad de Alzheimer o Parkinson y con la edad. También se observa una mejora de las respuestas cerebrales funcionales y rendimiento cognitivo, influyendo de manera positiva en el desarrollo de la plasticidad cerebral. (33)

Herold et al en su investigación determinó, que el ejercicio físico según los estudios de resonancia magnética funcional, mejora el rendimiento cognitivo, observándose mejoras en el desempeño conductual y grandes cambios en la activación funcional cerebral, (sobre todo en el cerebelo, lóbulo frontal y el hipocampo). (34)

3.5 BENEFICIOS DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA MÁS EL EJERCICIO FÍSICO

Moore et al, en su investigación determinó que una alianza terapéutica bien fortalecida durante la intervención puede facilitar la adherencia al ejercicio físico y la actividad física en adultos mayores con dolor de rodilla, demostrando que la supervisión, progresión e individualización del ejercicio con cada paciente, repercute en los resultados del tratamiento, así como la

motivación, la sensación de beneficios y conocer sobre la importancia del ejercicio respecto a su dolor. (7)

Asimismo, Stilwell P, Harman K. en su estudio manifiestan que un enfoque biopsicosocial, y la interacción de los factores contextuales como la alianza terapéutica, la educación del paciente, las expectativas, atribuciones, dominio y brindar una experiencia de control cognitivo, podría tener un gran impacto positivo sobre las creencias y el cambio de comportamiento del paciente, mejorando la adherencia al ejercicio y los resultados del tratamiento. (8)

IV. CONCLUSIONES:

Según la revisión bibliográfica encontrada se determinó que la alianza terapéutica sumado al ejercicio físico influye positivamente en los resultados de tratamiento del dolor crónico en las personas adultas mayores.

Debido a ello, en relación a la mejora de la funcionalidad, se conoció que una alianza terapéutica bien fortalecida puede facilitar la adherencia al ejercicio físico en las personas adultas mayores con dolor crónico, mejorando la función física, coordinación motora, el desarrollo de actividades de la vida diaria, optimizando la calidad de vida.

Con respecto a la disminución de la kinesiofobia o miedo al movimiento en la persona adulta mayor con dolor crónico, se evidenció la influencia positiva de la alianza terapéutica sumado el ejercicio físico, generando con el tiempo un mejor acondicionamiento físico y tolerancia al ejercicio.

Se estableció que la alianza terapéutica sumado al ejercicio físico mejora significativamente los trastornos emocionales en la persona adulta mayor con dolor crónico, ayudando a aliviar la depresión, ansiedad, mejora del estado de ánimo, autoestima y equilibrio mental.

Con el presente trabajo de investigación, se concluye que el dolor crónico es un problema común en la persona mayor, por ello, la alianza terapéutica sumado al ejercicio físico es una buena propuesta de tratamiento, ya que una fuerte alianza terapéutica entre el fisioterapeuta y el paciente potencia los resultados y mejora significativamente la calidad de vida, siendo muy importante plantear un enfoque

biopsicosocial y una intervención centrada en la persona, que evidencie resultados exitosos.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández C, Gutiérrez J, López R, López JA, Vilorio MA. Dolor crónico en el anciano. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología IM&C; 2015. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG%20DOLOR%20CRONICO.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. [citado 18 noviembre de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 20 de enero de 2021]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
4. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. junio de 2015;156(6):1003-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450869/>
5. Suárez Bosleman D. La dramática situación de los pacientes con dolor crónico en el Perú debido a la pandemia | TECNOLOGIA [Internet]. El Comercio Perú. NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ; 2021 [citado 28 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/la-dramatica-situacion-de-los-pacientes-con-dolor-cronico-en-el-peru-debido-a-la-pandemia-noticia/>
6. Luque-Suarez A, Martinez-Calderon J, Falla D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. Br J Sports Med. 1 de mayo de 2019;53(9):554-9. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/53/9/554.long>
7. Moore AJ, Holden MA, Foster NE, Jinks C. Therapeutic alliance facilitates adherence to physiotherapy-led exercise and physical activity for older adults with knee pain: a longitudinal qualitative study. Journal of Physiotherapy. 1 de enero de 2020;66(1):45-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955319301249?via%3Dihub>
8. Stilwell P, Harman K. Contemporary biopsychosocial exercise prescription for chronic low back pain: questioning core stability programs and considering context. J Can Chiropr Assoc. marzo de 2017;61(1):6-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5381485/>
9. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, et al. Enhanced Therapeutic Alliance Modulates Pain Intensity and Muscle Pain Sensitivity in Patients With Chronic Low Back Pain: An Experimental

- Controlled Study. *Physical Therapy*. 1 de abril de 2014;94(4):477-89. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/94/4/477/2735610>
10. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *Physical Therapy*. 1 de abril de 2013;93(4):470-8. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/93/4/470/2735348>
 11. Kinney M, Seider J, Beaty AF, Coughlin K, Dyal M, Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2 de agosto de 2020;36(8):886-98. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1516015>
 12. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. septiembre de 2020;161(9):1976-82. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1097/j.pain.0000000000001939>
 13. Suso L. Las Consecuencias del Dolor Crónico, ¿Modificaciones en el Cerebro? *NeuroRehab News* [Internet]. 5 de diciembre de 2016 [citado 21 de enero de 2021]; Disponible en: <https://neurorehabnews.com/educacion-terapeutica-y-dolor/las-consecuencias-del-dolor-cronico-modificaciones-en-el-cerebro.html>
 14. Watson J. Dolor crónico [Internet]. *Manual MSD versión para profesionales*. 2018 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico>
 15. Paillalef Fuentes DF, Scheuermann Rifo KA, Pereira Melo MC. Efectividad del ejercicio aeróbico en pacientes con dolor crónico de hombro. [Tesis de pregrado]. Universidad de la Frontera; 2018. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ufro.cl/?a=view&item=124>
 16. Schwan J, Sclafani J, Tawfik VL. Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin*. septiembre de 2019;37(3):547-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6658091/>
 17. Herreras Huamán VJ. Asociación de características sociodemográficas y nivel de kinesiofobia en el adulto mayor con lumbalgia crónica inespecífica en un Hospital de Cañete 2019. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3721/UNFV_HERRERAS_HUAMAN_VICENTE_JOSE_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno.

- Gerokomos. diciembre de 2016;27(4):142-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003
19. Medrano Escalada Y. Cambios corticales en el dolor lumbar crónico y el tratamiento con control motor. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad Complutense de Madrid; 2019. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/56962/>
 20. Morris DB. La cultura del dolor. Andres Bello; 1993. 416 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=0jseRm2XSAcC&oi=fnd&pg=PA9&dq=como+influye+la+cultura+en+el+dolor+cr%C3%B3nico&ots=lurmUFppZJ&sig=UQIMG4483bA5nsaNGcFydk77qYE#v=onepage&q=como%20influye%20la%20cultura%20en%20el%20dolor%20cr%C3%B3nico&f=false>
 21. Crepeau EB, Garren KR. I looked to her as a guide: the therapeutic relationship in hand therapy. Disability and Rehabilitation. enero de 2011;33(10):872-81. Disponible en: <https://scihub.se/https://doi.org/10.3109/09638288.2010.511419>
 22. O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. Physical Therapy. 1 de mayo de 2016;96(5):609-22. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/96/5/609/2686357>
 23. Maldavsky D, Álvarez LH, Neves N, Stanley C. Construcción de la alianza terapéutica durante la sesión: Conceptos e instrumento para la investigación empírica. Subjetividad y Procesos Cognitivos. 21(2):146-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3396/339655686007/html/index.html>
 24. Bazterrica IA, Martín MÁG, Cuadrado FM. Abordaje no farmacológico del dolor. FMC. 1 de marzo de 2020;27(3):145-53. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-abordaje-no-farmacologico-del-dolor-articulo-S1134207219302415?ref=busqueda&ant=S1138359315002476&sig=S1134207213705103#bib0215>
 25. Urtubia M. V, Miranda M. AL. Ejercicio para manejo del dolor crónico. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2015;156-66. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/425940629/Ejercicio-Para-Manejo-Dolor>
 26. Jara L. R. Efectos del ejercicio en adultos mayores. Rev Hosp Clin Univ Chile. 2015;293-9. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/04/Efectos-del-ejercicio-en-adultos-mayores.pdf>
 27. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 14 de enero de 2017 [citado

10 de enero de 2021];2017(1). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6469540/>

28. Hurley M, Dickson K, Hallett R, Grant R, Hauari H, Walsh N, et al. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018 [citado 21 de enero de 2021];(4). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010842.pub2/full/es>
29. IASP Terminology - IASP [Internet]. [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Hypoalgesia>
30. Sanjurjo Yanes AD. Hipoalgesia inducida por el ejercicio. Revisión Sistemática [Internet] [Trabajo de Investigación]. Fundación H.A. Barceló; 2019 [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASHdd11/8016c0ba.dir/BRC_TFI_Sanjurjo_Yanes_Ayelen.pdf
31. Cuenca F. Papel del Ejercicio Físico en el Cerebro. NeuroRehab News [Internet]. 12 de noviembre de 2017 [citado 21 de enero de 2021]; Disponible en: <https://neurorehabnews.com/neuroplasticidad-y-ejercicio/ejercicio-cerebro.html>
32. Sanfeliu C, Trejo JL. Cerebro y ejercicio. Los Libros De La Catarata; 2020. 92 p. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/Cerebro_y_ejercicio.html?id=aZsAEAAAQBAJ&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
33. Bangsbo J, Blackwell J, Boraxbekk C-J, Caserotti P, Dela F, Evans AB, et al. Copenhagen Consensus statement 2019: physical activity and ageing. Br J Sports Med. julio de 2019;53(14):856-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6613739/>
34. Herold F, Aye N, Lehmann N, Taubert M, Müller NG. The Contribution of Functional Magnetic Resonance Imaging to the Understanding of the Effects of Acute Physical Exercise on Cognition. Brain Sci [Internet]. 18 de marzo de 2020 [citado 16 de enero de 2021];10(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7139910>

VI. ANEXOS

DOLOR CRÓNICO EN EL ADULTO MAYOR



el 35% de la población peruana padece de dolor crónico

ALIANZA TERAPÉUTICA



Es el vínculo entre el profesional y el usuario que se basa en el respeto y confianza

El dolor crónico afecta a las personas en todo el mundo, alterando su calidad de vida y repercute en aspectos físicos, emocionales y sociales.

La Alianza terapéutica sumada al ejercicio físico...



Alivia la depresión y ansiedad



Mejora la calidad del sueño



Potencia los resultados de tratamiento



Mejora la coordinación y disminuye el dolor

Esta intervención multimodal de alto valor aporta grandes beneficios a salud del adulto mayor.



ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA



Comunicación del fisioterapeuta con el paciente



Las habilidades clínicas y experiencia del fisioterapeuta



La atención centrada en la persona, valorando las opiniones del paciente

Factores ambientales y organizacionales (tiempo y flexibilidad en las citas)



¡Alianza terapéutica, un lazo basado en la confianza y empatía!

HABILIDADES Y DESTREZAS COMUNICATIVAS DEL "FISIOTERAPEUTA"

