

# INTEGRACIÓN Y PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

*Lic. Victoria Banegas, Lic. Julieta Pavoni, Dr. Julio Honorio Pueyrredon,  
Dra. Clarisa Alvarez, Dr. Fernando Salvat.*

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS RAÚL CARREA. FLENI

DIRECCIÓN: FLENI, MONTAÑESES 2325 C1428AQB BUENOS AIRES. // EMAIL DE CONTACTO: tdolor@fleni.org.ar

## RESUMEN

La participación es “la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento”.

En los pacientes con dolor crónico, esta participación ocupacional, se ve afectada por la intensidad del dolor y por las limitaciones funcionales presentes en éstos pacientes.

El objetivo del presente trabajo es analizar la integración a la comunidad de pacientes con dolor crónico en el periodo 2005-2006 que realizaron un programa de tratamiento interdisciplinario, a través del *Cuestionario de Integración a la comunidad (Community integration questionnaire)*.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se seleccionaron 33 pacientes con dolor crónico que fueron evaluados y realizaron tratamiento interdisciplinario en el Centro de Dolor, Fleni Escobar en el periodo 2005-2006. Los resultados se midieron a través del CIQ (*Community integration questionnaire*) completado por los pacientes al momento de la evaluación y al final de tratamiento.

**RESULTADOS:** El grupo “Amas de casa”, presentó una disminución de 1.4 puntos del puntaje promedio de integración al hogar al

momento de la evaluación, aumentando 0.7 puntos al final del tratamiento.

El grupo “empresarios” presentó una disminución de 5 puntos del puntaje promedio de integración productiva al momento de la evaluación, aumentando 9 puntos al final del tratamiento.

El grupo “empleados” presentó una disminución de 3 puntos del puntaje promedio de integración productiva al inicio del tratamiento aumentando 1 punto al final del tratamiento.

El grupo “profesionales” presentó una disminución de 5 puntos del puntaje promedio de integración productiva al momento de la evaluación, aumentando 7 puntos al final de tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El dolor crónico modifica la participación de la persona en todas las áreas de desempeño.

En el presente trabajo, pudimos observar cómo el dolor crónico afecta la participación de las personas y los cambios que se generan luego del tratamiento interdisciplinario.

Una evaluación integral de aquellos aspectos que limitan la participación de la persona en la vida cotidiana, la consideración del impacto en su vida diaria y la importancia para el paciente, nos

acercan a las estrategias que pueden actuar como facilitadores del desempeño.

**Palabras clave:** *Dolor crónico; participación en la comunidad; programa interdisciplinario.*

## ABSTRACT

Participation is defined as "involvement of an individual in a vital situation. It represents society's perspective with respect to functioning." In patients with chronic pain this refers to occupational participation, and can be affected both by pain intensity and by the functional limitations these patients present.

The aim of this study was to analyze community integration during the period 2005-2006 in chronic pain patients who were undergoing interdisciplinary treatment by using the Community integration questionnaire.

**MATERIALS AND METHODS:** Thirty three chronic pain patients were selected to receive treatment at the interdisciplinary pain clinic at FLENI Escobar between 2005 and 2006. Results were measured using the Community integration questionnaire (CIQ) completed by patients at time of evaluation as well as at the end of treatment

## RESULTS

The "housewives" group showed an average drop of 1.4 points in home integration scores which increased 0.7 at end of treatment.

The "business men" group dropped scores on average by 5 points in productive integration, increasing 9 points by end of treatment.

The "employees" group dropped scores on average 3 points, and increased one point by end of treatment.

The group of "professionals" dropped on average 5 points in productive integration scores on evaluation increasing 7 points by the end of treatment.

## CONCLUSIONS

Chronic pain modifies participation in every field.

In this study we observed how chronic pain affected individual participation, as well as the changes elicited after interdisciplinary treatment.

Integral workup of aspects limiting participation of individuals in activities of daily living, and consideration of the impact on everyday life together with its relevance for each individual patient may allow us to identify strategies which might improve performance.

**Key words:** *Chronic pain; community participation; interdisciplinary program.*

## INTRODUCCIÓN

La **participación** es "la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento"<sup>1</sup>

Según Kielhofner<sup>2</sup> en el contexto de la definición citada anteriormente, el término *participación ocupacional* se utiliza para referirse a la participación en el trabajo, juego o actividades de la vida diaria que forman parte del propio contexto sociocultural y que son deseados y necesarios para el propio bienestar. *Participación* implica no sólo desempeño sino también experiencia subjetiva. Por lo tanto, la participación indica hacer cosas con significación personal y social.

El **dolor** según la *International Association for Study of Pain* (IASP) es definido como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de tal daño"<sup>3</sup>

En los pacientes con dolor crónico, esta participación ocupacional puede verse afectada por la intensidad del dolor y por las limitaciones funcionales presentes en estos pacientes.

"El dolor crónico produce cambios en la personalidad, estilo de vida y en el desempeño ocupacional"<sup>4</sup>. Está frecuentemente asociado a síntomas de ansiedad, trastornos de personalidad, depresión, trastornos del sueño, los cuales también interfieren en la participación de las ocupaciones de los pacientes<sup>5 6 7 8</sup>.

## PROPÓSITO

El objetivo del presente trabajo es analizar la integración a la comunidad en el periodo 2005-2006 de pacientes con dolor crónico que realizaron programa de tratamiento interdisciplinario, a través del *Cuestionario de Integración a la comunidad (Community integration questionnaire)*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes fueron evaluados y realizaron el programa interdisciplinario de dolor crónico en Fleni Escobar, en el periodo de 2005-2006, con diagnóstico de dolor crónico<sup>5</sup>.

El programa interdisciplinario de tratamiento realizado es ambulatorio con una modalidad de media jornada o jornada completa, con una frecuencia variable de 1 a 6 veces por semana, habiendo completado al menos 2 meses de tratamiento.

Del total de la población, 33 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión.

### *Criterios de inclusión:*

Pacientes con dolor crónico que completaron el CIQ: retrospectivamente antes del dolor, al momento de la evaluación interdisciplinaria y al final del programa de dolor.

Pacientes que completaron dos meses de tratamiento en el Centro Integral de Dolor Fleni Escobar (CIDFE).

### *Criterios de exclusión:*

Pacientes que tengan incompleto el CIQ en alguna instancia.

Pacientes que hayan abandonado el programa de tratamiento.

### **Variables**

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Nivel de Participación

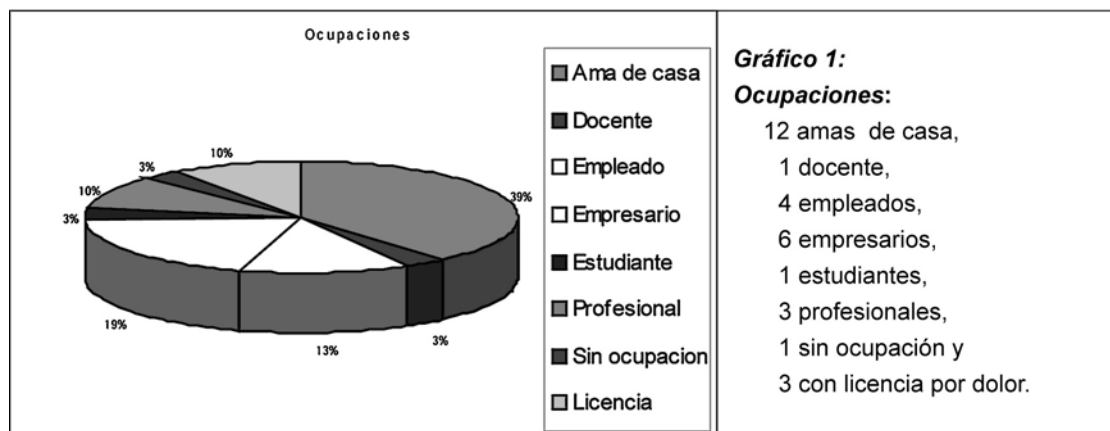
**Edad:** Se incluyeron pacientes con una edad entre 21 años y 82 años.

**Ocupación:** Se clasificaron en pacientes laboralmente activos y jubilados. Se subdividieron los activos en aquellos que trabajan en relación de dependencia o en forma independiente.

**Nivel de participación:** se midió a través del CIQ. Es una escala autoadministrable que mide el nivel de integración al hogar, social y productivo.

Se divide en tres subescalas: integración al hogar, integración social y productividad, puntuando cada ítem de las mismas de 0 a 2, según la frecuencia en que desempeña la actividad, si la realiza solo, con asistencia u otra persona, etc

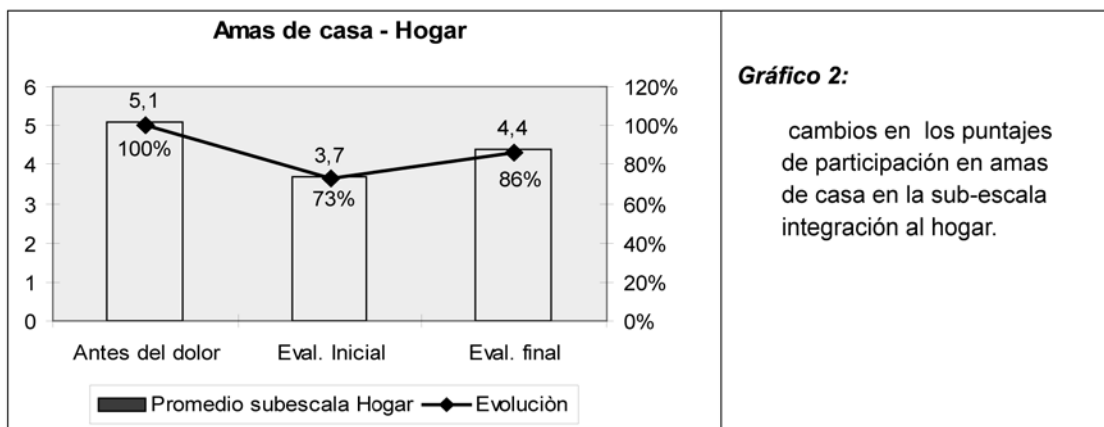
La puntuación total es de 0 a 29. A mayor puntaje mayor integración a la comunidad.



**Gráfico 1:**

### **Ocupaciones:**

12 amas de casa,  
1 docente,  
4 empleados,  
6 empresarios,  
1 estudiantes,  
3 profesionales,  
1 sin ocupación y  
3 con licencia por dolor.



**Gráfico 2:**  
cambios en los puntajes de participación en amas de casa en la sub-escala integración al hogar.

### PROCEDIMIENTO

Los pacientes completaron el *Cuestionario de Integración a la Comunidad (CIQ)* que forma parte de la batería inicial del CIDFE, luego de la evaluación médica. En esta primera instancia, el cuestionario esta dividido en su situación de integración antes del dolor y al momento actual de la evaluación, para evaluar los cambios producidos por el dolor.

En segunda instancia, el paciente vuelve a completar el cuestionario, una vez que finaliza el programa, a fin de evaluar los cambios producidos con el tratamiento.

Para el análisis de datos, el terapeuta ocupacional calcula puntajes de los cuestionarios que están en las baterías iniciales y finales de evaluación; y extrae el resto de las variables. Estos datos fueron cargados en una base de Excel, por una misma persona.

### RESULTADOS

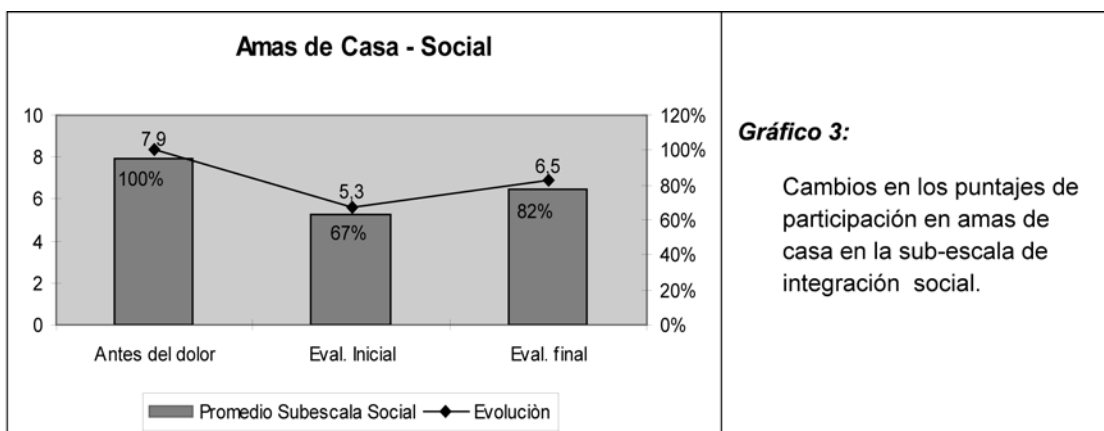
Treinta y tres pacientes completaron el CIQ en forma auto-administrable y cumplieron con los criterios de inclusión.

Por falta de datos o por no completar las tres instancias de evaluación, se excluyen de la muestra 59 pacientes.

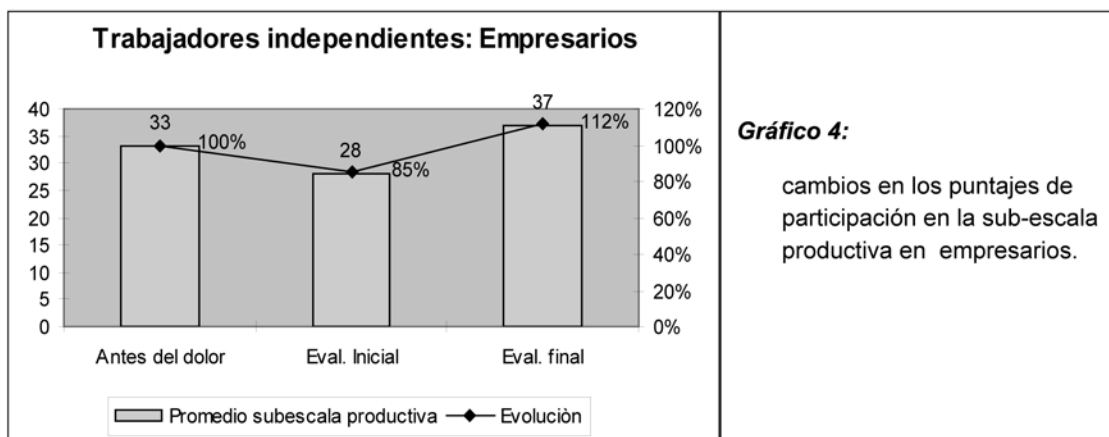
Del total de pacientes que conformaron la muestra, 11 fueron de sexo masculino y 21 de sexo femenino, con una edad promedio de 54 años (21-82).

Las ocupaciones de los pacientes fueron: amas de casa, empleados, empresarios, estudiantes, profesionales. Se consideraron también pacientes sin ocupación y con licencia por dolor. (*Gráfico 1*)

Del 42% de los pacientes laboralmente activos (grupo de “empleados” “empresarios” y “profesionales”) el 61% (n=11) trabaja en forma independiente y el 39% (n=7) en relación de dependencia.



**Gráfico 3:**  
Cambios en los puntajes de participación en amas de casa en la sub-escala de integración social.



Tres pacientes se encontraban con licencia por dolor, de los cuales se observó que sólo uno se desempeñaba en relación de dependencia y dos en forma independiente.

Tomando el grupo **amas de casa**, la sub-escala de integración al hogar, presentó una disminución del puntaje promedio de 1.4 puntos, aumentando 0.7 puntos al final del tratamiento. (Gráfico 2)

Continuando con el análisis del grupo **amas de casa**, la sub-escala de integración social, presentó una disminución del puntaje promedio de 2.6 puntos al momento de la evaluación, aumentando 1.2 puntos al final de tratamiento. (Gráfico 3)

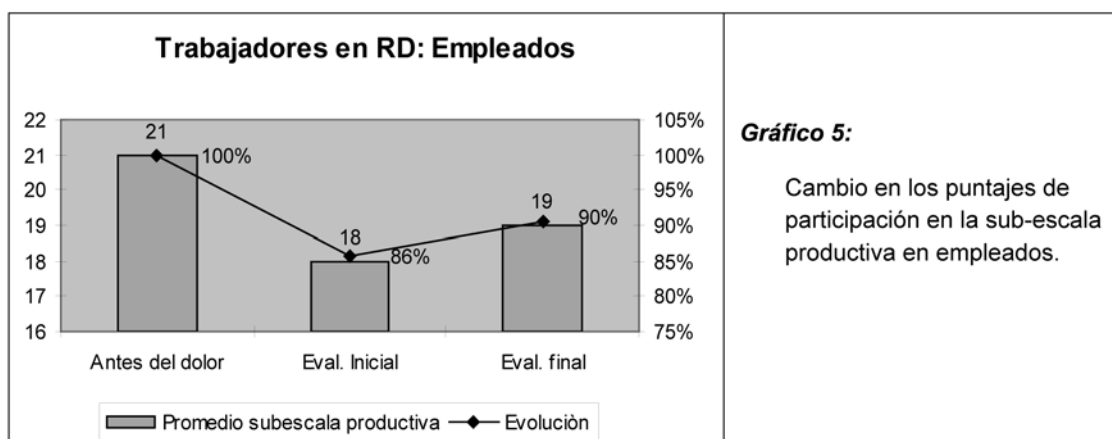
Tomando al grupo de ocupación **empresarios**, la sub-escala productiva, presentó una disminución de 5 puntos del puntaje promedio de integración al momento de la evaluación, aumentando 9 puntos al final de tratamiento. (Gráfico 4).

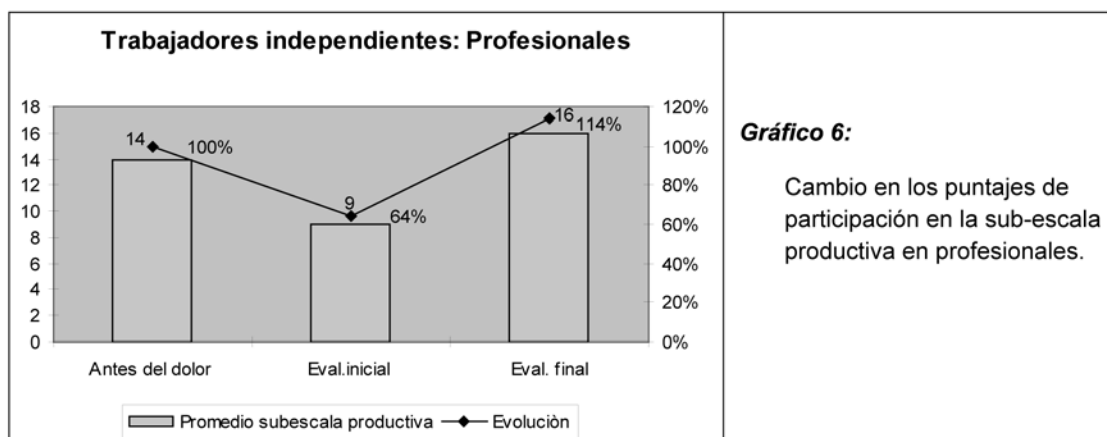
En el grupo de **empleados**, la sub-escala productiva, presentó una disminución de 3 puntos de puntaje promedio de integración productiva al momento de la evaluación, aumentando 1 punto al final de tratamiento. (Gráfico 5).

Por último, en el grupo **profesionales**, la sub-escala productiva, presentó una disminución de 5 puntos del puntaje promedio de integración productiva al momento de la evaluación, aumentando 7 puntos al final del tratamiento. (Gráfico 6)

## DISCUSIÓN

Los pacientes con dolor crónico pueden presentar limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación (CIF; 2001). Estas pueden ser valoradas para determinar cuáles son aquellas ocupaciones limitadas o excluidas





por dolor y cuáles son las intervenciones más adecuadas para favorecer la participación.

Existe un estado de privación ocupacional, cuando una persona no puede desempeñar actividades que considera significativas, ya sea a causa de la discapacidad u otra afectación<sup>2</sup>.

La participación en actividades puede medirse a través de diferentes escalas tales como: *Craig Handicap Assessment and Reporting Technique(CHART)*<sup>11</sup>, *The Reintegration to Normal Living Index(RNLI)*<sup>12</sup>, *Impact on Participation and Autonomy(IPA)*<sup>13</sup>, *Participation Objective, Participation subjective(POPS)*<sup>14</sup>.

En el Centro integral del dolor de Fleni Escobar (CIDFE), en el área de Terapia Ocupacional, la participación en actividades se evaluó a través del *Cuestionario de integración a la comunidad (CIQ)*<sup>13 14 16 16 17</sup>; una escala auto-administrable, que intenta medir el nivel de integración al hogar y comunidad, del individuo con discapacidad. Originalmente fue desarrollada por un pequeño grupo de expertos interesados en medir la integración a la comunidad en personas que habían sufrido un traumatismo de cráneo, estableciendo de forma conjunta cuáles son las actividades que caracterizan al individuo en la integración a la comunidad, realizadas con anterioridad a la lesión.

Se demostró su validez en todos los tipos de discapacidad como lesión medular, stroke y para personas con cualquier "inhabilidad"<sup>13</sup>.

La aplicación del CIQ en los pacientes con dolor crónico, pudo demostrar que refleja cambios en la participación de actividades, luego de un

programa interdisciplinario de dolor crónico.

En la evaluación de los pacientes que iniciaron el programa interdisciplinario de tratamiento, pudimos observar que modifican su participación en actividades cotidianas a causa del dolor.

Observamos que el grupo de pacientes con ocupación "amas de casa" que representa un 39% de la muestra, en la mayoría de los casos, presentaban una baja participación en las actividades de su rol al inicio del tratamiento, la cual se vio incrementada en un 13% luego del mismo (*Gráfico n° 5*), en algunos casos requiriendo la asistencia de otra persona. Creemos que esta situación está relacionada con las intervenciones que se realizaron desde el área de Terapia Ocupacional, donde se trabajó para que modifiquen y mejoren su desempeño en las tareas del hogar, mediante el entrenamiento en actividades instrumentales de la vida diaria, como así también en la educación para evitar tareas que pueden ser nocivas o que generen aumento de dolor.

Si bien algunos pacientes tenían la capacidad de realizar las actividades, no vuelven al nivel de desempeño previo al dolor, ya que preventivamente se evaluó la conveniencia de no realizar ciertas tareas, de modificar las mismas, o de buscar la posibilidad de delegar estas tareas en otra persona.

Analizando la participación social para el grupo "amas de casa" (*gráfico 7*), se observó que la alta participación que tenían antes del dolor, había disminuido notablemente al ingreso del tratamiento, aún mas que la participación en el hogar.

Luego del tratamiento interdisciplinario, la participación en actividades sociales, aumentó un 15%, aunque no volvió a ser la misma que antes del dolor.

Refiriéndonos a la participación en el área productiva, los “trabajadores independientes”, que representan un 61% de la población laboralmente activa, presentaron al ingreso del programa una disminución de la participación de sus actividades productivas, con un aumento del 27% luego del programa interdisciplinario, mejorando aún más la participación en esta área, incluso reflejada en los puntajes promedios de participación previos al dolor.

Si bien no se pudieron objetivar estos resultados, se podría interpretar que al ser trabajadores independientes, la posibilidad de readecuación de tareas y modificaciones de acuerdo a los requerimientos y necesidades del paciente, es mayor.

En el grupo “trabajadores en relación de dependencia”, que representa un 39% de la población laboralmente activa, la participación en actividades productivas disminuyó al ingreso del programa, mejorando sólo un 4%. Aquí podría inferirse que muchos de los pacientes presentaron baja participación o no retornaron a la participación previa, debido a la menor flexibilidad en las condiciones laborales para implementar adecuadamente las sugerencias.

Nos parece importante mencionar que las escalas de participación en la comunidad, mas allá de tener en cuenta los aspectos modificados en el desempeño de las actividades, deben considerar la importancia de las mismas y cuánto impacta en la vida diaria; el cual va a ser diferente si las actividades modificadas o limitadas son significativas para el paciente o no.

Asimismo es importante el seguimiento de los resultados en el tiempo luego de una intervención.

Teniendo en cuenta las limitaciones que presenta nuestro trabajo que dificultan una generalización de los datos, debido al pequeño tamaño de la muestra seleccionada, diferencias de género (mayoría de los pacientes de sexo femenino) y la falta de seguimiento de los resultados en el tiempo, a partir de la finalización del programa; consideramos que se debería aumentar la investigación sobre la participación

en las actividades de los pacientes con dolor crónico.

## CONCLUSIONES

El dolor crónico modifica la participación de la persona en todas las áreas de desempeño.

En el presente trabajo, pudimos observar cómo el dolor crónico afecta la participación de las personas y los cambios que se generan luego del tratamiento interdisciplinario.

Una evaluación integral de aquellos aspectos que limitan la participación de la persona en la vida cotidiana, la consideración del impacto en su vida diaria y la importancia para el paciente, puede acercarnos a las estrategias que actúan como facilitadoras del desempeño.

## REFERENCIAS

1. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, Nº 50, Madrid 2001, ISSN 1133-6439, Págs. 15-30.
2. Kielofner G. Terapia Ocupacional- Modelo de la Ocupación Humana- Teoría y Aplicación. 3º Ed. Med. Panamericana.
3. Bonica's Management of Pain, Third Edition. Loeser JD. Eds. Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
4. Willard and Spackman- Tratamiento del dolor. - Sección VII Pág. 634- Ed. Médica Panamericana.
5. Pueyrredón JH, Salvat F. Dolor Crónico: Evaluación interdisciplinaria. Arch. Neurol. Neuroc. Neuropsiquiatr. 2007 13 (1) 25-32.
6. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2004;29(2):206-10.
7. Tae-Suk K, Chi-Un P, Chang-Ki H, et al. Interrelationships among pain, disability, and psychological factors in young Korean conscripts with lumbar disc herniation. Militare Medicine, Vol. 171, 11:1113, 2006.
8. Manchikanti L, Pampati V, Beyer C, et

al. Evaluation of psychological status in chronic low back pain: comparison with general population. *Pain Physician*. 2002;5(2):149-55

11. Zhang L, Abreu BC, Gonzalez V, et al. Comparison of the Community Integration Questionnaire, the Craig Handicap Assessment and Reporting Technique, and the Disability Rating Scale in traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2002;17(6):497-509.

12. Wood-Dauphinee SL, Opzoomer MA, Williams JI, et al. Assessment of global Function: The Reintegration to Normal Living Index. *Arch Phys Med Rehabil*. 1988; 69(8):583-90.

13. Kersten P, Cardol M, George S, et al. Validity of the impact on participation and autonomy questionnaire: a comparison between two countries. *Disabil. Rehabil*. 2007;29(19):1502-9

14. Brown M, Dijkers MP, Gordon WA, et al. Participation objective, participation subjective: a measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil*. 2004;19(6):459-81

15. The Center Outcome Measurement in Brain Injury. <http://www.tbims.org/combi/ciq> 10 de marzo de 2005.

16. Reistetter TA, Abreu BC. Appraising evidence on community integration following brain injury: a systematic review. *Occup Ther Int*. 2005;12(4):196-217.

17. Cicerone KD, Mott T, et al. Community integration and satisfaction with functioning after intensive cognitive rehabilitation for traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85(6): 943-50.

18. Huebner RA, Johnson K, Bennett CM, et al. Community participation and quality of life outcomes after adult traumatic brain injury. *Am J Occup Ther*. 2003;57(2):177-85.

19. Seale GS, Caroselli JS, High WM Jr, et al. Use of community integration questionnaire (CIQ) to characterize changes in functioning for individuals with traumatic brain injury who participated in a post-acute rehabilitation programme. *Brain Inj*. 2002 Nov;16(11):955-67.