

ORIGINAL

Recibido: 7/11/2022
 Aceptado: 14/6/2023
 Publicado: 6/9/2023
 e202309071

el-e17

Effectiveness of a multimodal intervention for improving chronic pain care

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Ángeles Carmen López Tarrida
 Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
 Av. San Juan de Dios, s/n.
 CP 41930. Bormujos (Sevilla). España.
 angelacarmen.lopez@sjd.es

CITA SUGERIDA

Ruiz-Romero MV, López-Tarrida AC, Porrúa-Del Saz A, Gómez-Hernández MB, Martínez-Monrobé MB, Sánchez-Villar E, Cruz-Valero C, Pereira-Delgado C. Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico. Rev Esp Salud Pública. 2023; 97: 6 de septiembre e202309071.

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico

AUTORES

- María Victoria Ruiz Romero (1) [ORCID: 0000-0002-0601-8952]
 Ángeles Carmen López Tarrida (2) [ORCID: 0000-0002-4716-2897]
 Ana Porrúa del Saz (3)
 María Begoña Gómez Hernández (4)
 María Blanca Martínez Monrobé (5)
 Elena Sánchez Villar (6)
 Carlos Cruz Valero (7)
 Consuelo Pereira Delgado (8)

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

- ANÁLISIS FORMAL, DESARROLLO O DISEÑO DE LA METODOLOGÍA, CREACIÓN DE MODELOS, ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO, VISUALIZACIÓN**
 MV Ruiz Romero
- CONCEPTUALIZACIÓN**
 MV Ruiz Romero
 C Pereira Delgado
- IDEAS**
 MV Ruiz Romero
 AC López Tarrida
 A Porrúa del Saz
 MB Gómez Hernández
 MB Martínez Monrobé
 C Pereira Delgado
- REDACCIÓN DEL BORRADOR ORIGINAL**
 MV Ruiz Romero
 C Cruz Valero
- INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO, SUPERVISIÓN**
 MV Ruiz Romero
 C Pereira Delgado
- REVISIÓN FINAL**
 MV Ruiz Romero
 AC López Tarrida
 A Porrúa del Saz
 MB Gómez Hernández
 MB Martínez Monrobé
 E Sánchez Villar
 C Cruz Valero
 C Pereira Delgado
- CURACIÓN DE DATOS**
 MV Ruiz Romero
 E Sánchez Villar

FILIACIONES

- (1) Responsable de Calidad e Investigación; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (2) Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (3) Servicio de Rehabilitación; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (4) Fisioterapia, Servicio de Rehabilitación; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (5) Unidad de Psicología; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (6) Hospitalización; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.
 (7) Especialista interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; Centro de Salud de Camas. Camas (Sevilla). España.
 (8) Unidad de Medicina Interna, Servicio de Medicina; Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La prevalencia de dolor crónico en España es del 17% y causa sufrimiento y pérdida significativa de la calidad de vida. Las terapias no deben enfocarse sólo a la reducción del dolor, sino que es necesario mejorar la función y la calidad de vida. Actualmente, se apuesta por combinar fármacos y otras terapias como la relajación, meditación, terapia cognitivo conductual, ejercicios dirigidos, estilos de vida saludable y técnicas de aumento de la autoestima y motivación para el cambio. Estas terapias pueden ser utilizadas como parte de un abordaje multimodal, formando parte de programas o talleres multicomponente. En este trabajo nos planteamos evaluar la efectividad de un taller desarrollado en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, que integraba distintas terapias no farmacológicas en el control del dolor crónico no oncológico y analizar las percepciones de los pacientes sobre las técnicas aplicadas y cómo afectaban al dolor y a sus estilos de vida.

MÉTODOS // Se realizó un estudio intragrupo antes-después (inicio-final del taller), comparando dolor, bienestar, consumo de fármacos, calidad de vida y autoestima. Se realizaron encuestas para profundizar en aspectos más cualitativos e identificar mejoras. El taller consistió en una acción psicoeducativa y de entrenamiento para el control mental del dolor y las emociones, fundamentada en la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad, promoviendo su autocuidado y autoestima, y persiguiendo mejorar el bienestar y calidad de vida. Constó de cinco sesiones de tres horas (una por semana); de carácter grupal, interactivo y práctico. El análisis estadístico se realizó con SPSS vs.27.0. Para comparar medidas relacionadas (antes-después) se realizaron las pruebas T de Student para muestras apareadas y test de Wilcoxon, y para comparar grupos independientes se usó la T de Student y U de Mann Whitney; para las variables cualitativas se empleó Chi-Cuadrado y test de Fisher.

RESULTADOS // Se evaluaron cuatro talleres en los que participaron 63 pacientes, con 576 (SD:11.37) años de edad media, y de los que 60 (95,2%) fueron mujeres. Al finalizar el taller el dolor disminuyó 1,5 de mediana (-2,0-0) y el bienestar aumentó 2,0 (0-2,0); la calidad de vida aumentó una media de 0,121 (SD: 0,209), el estado de salud 16,8 (23,78) y la autoestima 2,74 (4,73) [p<0,001]. Las técnicas mejor valoradas fueron las meditaciones, principalmente la analgesia mental, las afirmaciones ante el espejo y las técnicas de autoestima.

CONCLUSIONES // Hay satisfacción global con el taller con una puntuación de 9,8 sobre 10. Se constata el control del dolor y la mejora de la calidad de vida, la autopercepción del estado de salud, el bienestar y la autoestima.

PALABRAS CLAVE // Dolor crónico; Terapias no farmacológicas; Calidad de vida; Bienestar; Participación activa del paciente.

ABSTRACT

BACKGROUND // The prevalence of chronic pain in Spain is 17%, which causes suffering and significant loss of quality of life. Therapies should not focus only on pain reduction, to improve function and quality of life are necessary. Currently, it is committed to combining drugs and other therapies such as relaxation, meditation, cognitive behavioral therapy, targeted exercises, healthy lifestyles and techniques to increase self-esteem and motivation for change. These therapies can be used as part of a multimodal approach, forming part of multicomponent programs or workshops. In this paper we proposed to evaluate the effectiveness of a workshop developed from the Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, that integrated different non-pharmacological therapies in the control of chronic non-oncologic pain and to analyze patients' perceptions of the techniques applied and how they affected pain and lifestyles.

METHODS // An intragroup before-after study (beginning-end of the workshop) was carried out, comparing pain, well-being, drug use, quality of life, and self-esteem. Surveys were conducted to deepen more qualitative aspects and identify improvements. The workshop consisted of psychoeducational action and training for the mental control of pain and emotions, based on the active participation of the patient in the management of his disease, promoting self-care and self-esteem, and aiming to improve well-being and quality of life. It consisted of 5 sessions of 3 hours (1 per week); of a group, interactive and practical nature. Statistical analysis was performed with SPSS vs.27.0. To compare related measures (before-after) we used Student's T tests for paired samples and Wilcoxon's test and to compare independent groups, Student's T and Mann Whitney's U; for the qualitative variables, we used Chi-Square and Fisher's test.

RESULTS // Four workshops were evaluated in which 63 patients participated, with a mean age of 576 (SD:11.37) years, 60 (95.2%) of them were women. At the end of the workshop pain decreased 1.5 median (-2.0-0) and well-being increased 2.0 (0-2.0); quality of life increased a median of 0.121 (SD: 0.209), health status 16.8 (23.78) and self-esteem 2.74 (4.73); [p<0.001]. The best valued techniques were meditations, mainly mental analgesia, affirmations in the mirror and self-esteem techniques.

CONCLUSIONS // Overall satisfaction with the workshop is 9.8 out of 10. There is a pain control and improvement in quality of life, self-perception of health status, well-being and self-esteem.

KEYWORDS // Chronic pain; Non-pharmacological therapies; Quality of life; Well-being; Patient's active participation.

INTRODUCCIÓN



EL DOLOR CRÓNICO (DC) AFECTA A UNA DE cada cinco personas de la población mundial (1) y supone un reto clínico importante. La prevalencia estimada de DC en Europa es del 19% (2), siendo el 18% de intensidad moderada a severa (3). En España la prevalencia de DC es del 17% (2,4).

El DC es uno de los principales contribuyentes a los años vividos con discapacidad, causando sufrimiento y una pérdida significativa de la calidad de vida en los pacientes afectados (1,3,5).

Además, causa una funcionalidad reducida (6), una disminución de la productividad en el lugar de trabajo, un aumento de bajas laborales (2,4), hiperfrecuentación de las instituciones sanitarias (6) y gran consumo de recursos, lo que se traduce en altos costes económicos (3). El DC se considera, por tanto, un problema de Salud Pública, complejo y angustiante, que tiene un impacto significativo en la sociedad y en los individuos (7), y que, desgraciadamente, aún no hemos podido controlar (8).

Lo óptimo sería adecuar el tratamiento a cada paciente, según los mecanismos etiológicos, siendo fundamental distinguir si el DC procede de causa inflamatoria, degenerativa o postraumática. Esto es complicado en la práctica clínica (9). Además, es necesario evaluar de forma regular y adaptar las dosis y el tipo de fármaco en función de la respuesta y características del paciente. Según la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud, los tratamientos de primera línea son medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol o metimazol; escalando, según respuesta, a opioides tipo codeína y tramadol, y pasando finalmente a opioides potentes como morfina, fentanilo, metadona u oxycodona; en la mayoría de ocasiones es preciso añadir fármacos coadyuvantes, especialmente para el dolor neuropático y la fibromialgia, como antidepresivos analgésicos y

antiepilépticos (10,11). Los antiinflamatorios y los opioides mayores han acabado usándose de forma indiscriminada (8,12), aumentando el riesgo de daños graves sin evidencia suficiente de los beneficios. Por ello, es fundamental ajustar la dosis e incluso retirarlos si no son efectivos, valorando el riesgo-beneficio.

No obstante, los objetivos de la terapia no deben enfocarse sólo a la reducción del dolor (9). El DC constituye una experiencia personal, sensorial y emocional, compuesta por procesos biológicos, psicológicos y socioculturales, y que puede acompañarse de ansiedad, dolor emocional y visión negativa ante la vida (2,4,13,14). Generalmente se acepta que el DC provoca depresión, ansiedad, sueño deficiente y condiciones sociales adversas, pero es menos conocido que estos factores también predisponen al DC (10).

Existe una amplia gama de estrategias de tratamiento del DC, tanto farmacológicas como con Terapias no Farmacológicas (TnoF) (4). El reto consiste en seleccionar qué tratamientos emplear y en qué casos, para obtener los mejores resultados a largo plazo para el paciente (3).

Entre las TnoF se incluyen técnicas mente-cuerpo (meditación, atención plena), terapias psicológicas como la terapia cognitiva conductual y terapia de aceptación y compromiso, la promoción de hábitos saludables que sabemos que mejoran el dolor, y otras técnicas y herramientas que mejoran el autoconcepto (autoafirmaciones ante el espejo), la autoestima (fomentar el amor propio y el autocuidado), el bienestar emocional (identificación de pensamientos y creencias limitantes para reconducirlas hacia otras potenciadoras y el trabajo del perdón hacia los demás y hacia mí mismo) (4).

Según informa la Sociedad Española del Dolor (<https://www.sedolor.es/pacientes/consejos-y-recomendaciones/#tratamientos>) existe una amplia variedad de tratamientos no far-

macológicos disponibles en nuestro país para paliar el dolor, entre los que se encuentran los ejercicios y movimientos controlados, programas especiales como la escuela de espalda, el apoyo psicológico, la relajación, la quiropráctica, la osteopatía, la acupuntura. También aconseja a los pacientes con DC, mantener la actividad física y mental, adoptar una postura correcta, utilizar calzado adecuado, aprender a relajarse, así como mantener la actividad social y los contactos con su familia y amigos.

Urge la necesidad de aplicar intervenciones eficaces que mejoren la función y disminuyan la morbilidad **(1,6)** para mejorar la calidad de vida de las personas con DC y, de este modo, reducir el enorme impacto social y económico que trae consigo. Actualmente, se apuesta por combinar fármacos y TnoF, y están desarrollándose líneas de investigación en diferentes partes del mundo, con un enfoque integral y multidisciplinar en el manejo del DC **(4,15,16,17,18)**. Entre las TnoF que han demostrado efectividad están: relajación, meditación, terapia cognitivo conductual, masajes terapéuticos, ejercicios dirigidos, musicoterapia, técnicas de reducción de estrés, acupuntura, aromaterapia, yoga, terapia de arte, retroalimentación, afirmaciones, técnicas de aumento de la autoestima y la motivación para el cambio **(4,18,19,20)**.

La intervención psicológica más común para el DC es la terapia cognitivo conductual (TCC), que implica la reestructuración de creencias, actitudes y comportamientos desadaptativos que contribuyen a la carga de la enfermedad **(10)**. En un ensayo piloto se vio que los pacientes con dolor lumbar mejoraron significativamente en cuanto al dolor, la función física y la depresión tras aplicar TCC **(21)**. Aunque la TCC típicamente ha sido administrada por psicólogos, el médico podría usarla para facilitar un comportamiento más beneficioso en los pacientes **(10)**.

Algunas TnoF pueden ser utilizadas como parte de un abordaje multimodal **(3,9,18,19,22)**,

formando parte de programas o talleres multicomponente que incorporen la educación del paciente, ya que es fundamental que conozca el mecanismo del DC y la enfermedad o lesión que se lo provoca para que pueda tomar decisiones sobre su salud y alcanzar los objetivos consensuados con su médico **(9,18,19,23)**. También se alienta a los pacientes a adoptar un estilo de vida saludable: dieta adecuada, control del peso, actividad física acorde con la edad y condición física, descanso adecuado y cese del consumo de tabaco **(9,4,19,24,25)**. Estos programas deben contar con la participación de profesionales de diversas disciplinas (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales, principalmente) **(9,4,19,3,22)**. El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) realiza talleres que integra distintas TnoF para el control del DC no oncológico desde 2016. Desde entonces han participado en ellos 178 pacientes. El taller ha ido modificándose para adaptarse a las expectativas de los pacientes y cubrir sus necesidades.

Uno de ellos fue evaluado con metodología cualitativa **(4)** y los resultados fueron publicados en 2021; el resto ha sido evaluado con metodología cuantitativa, pero, debido a que el formato y contenido se ha ido modificando, los resultados no son comparables; es por esto que se decide definir un formato estable y que dé respuesta a las necesidades de los pacientes que participan en ellos. Una vez definido y cerrado el taller, y tras llevar a cabo cuatro ediciones con la misma metodología y contenido, nos planteamos este estudio con el fin de evaluar la efectividad de un taller que integraba distintas terapias no farmacológicas en el control del dolor crónico no oncológico, comparando dolor, bienestar, calidad de vida, autoestima y consumo de fármacos, así como conocer la satisfacción de los pacientes con las técnicas aplicadas y cómo redundaban sobre su calidad de vida y el dolor sufrido. También se evaluaron otros objetivos secundarios como la mejora de los hábitos y el estado de ánimo.

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA RUIZ ROMERO et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

SUJETOS Y MÉTODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL intragrupo antes-después, en el que se compararon el dolor, bienestar, manejo de fármacos, calidad de vida y autoestima, justo antes de iniciar el taller y al finalizar el mismo. También se analizaron las experiencias de los participantes, mediante encuestas ad hoc con preguntas cerradas y otras abiertas que permitieron la expresión de opiniones y vivencias personales acerca del taller, para profundizar así en aspectos más cualitativos e identificar áreas de mejora.

El HSJDA es un hospital comarcal que atiende una población de 295.800 habitantes, de veintiocho municipios (veintiseis de Sevilla y dos de Huelva). El estudio se realizó con los pacientes del área poblacional de referencia que participaron en los talleres de control del DC no oncológico, desde noviembre de 2021 a junio de 2022.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de 18 años o más; pertenecientes al área de referencia del HSJDA; con DC no oncológico ya diagnosticado y tratado desde hacía seis meses o más; que no cedía con el tratamiento habitual; que aceptaran participar en el taller; que hubieran firmado el Consentimiento Informado y cumplimentasen la documentación inicial necesaria para su evaluación. Se excluyeron a los pacientes en fase de diagnóstico, con dolor asociado exclusivamente a patología oncológica, expectativa de vida inferior a un año o con enfermedades cognitivas o mentales severas, o que les impidiese comprender tanto el contenido de los talleres como los instrumentos de medición. Se consideraron pérdidas del estudio a los que faltaron a dos o más sesiones.

Los pacientes fueron derivados por profesionales de diferentes servicios del HSJDA (Rehabilitación, Traumatología, Medicina Interna, Ginecología, Urología), desde Atención Primaria (Distrito Sanitario Aljarafe-

Sevilla Norte) y desde asociaciones de pacientes con fibromialgia. Los servicios y centros que derivaron pacientes fueron previamente informados sobre las características del taller, a qué tipo de pacientes iban dirigidos, su contenido y formato. Los pacientes candidatos identificados se comunicaron con la coordinadora del taller por correo electrónico, teléfono o presencialmente, y fueron entrevistados por teléfono para confirmar que cumplían los criterios de inclusión y tenían disponibilidad para acudir a todas las sesiones en el horario y fechas previstas, siendo, en tal caso, admitidos para iniciar el taller e invitados a participar en el estudio.

En cada taller se admitió a un máximo de veinticinco pacientes. Para calcular el tamaño muestral requerido, nos basamos en la evaluación del último taller de tres de las variables resultado: dolor, bienestar y calidad de vida (medida con EQ5D), y tomamos la última por necesitar de un tamaño mayor. Se precisaron 50 sujetos (riesgo alfa de 0,05 y beta de 0,2) en un contraste bilateral para detectar una diferencia igual o superior a 0,07 unidades. Se asumió una desviación estándar de 0,158 y una tasa de pérdidas de seguimiento estimada del 20%.

El taller constó de cinco sesiones (una por semana, en semanas consecutivas) de tres a tres horas y media de duración cada una. La intervención consistió en una acción psicoeducativa y de entrenamiento para el control mental del dolor y de las emociones, que se fundamenta en la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad, promueve su autocuidado y su autoestima, así como persigue una mejora de su bienestar y calidad de vida. Es de carácter grupal, interactivo y práctico. Se intercalaron exposiciones orales apoyadas en documentos de Powerpoint, vídeos, actividades realizadas en el aula y aplicación de las herramientas y técnicas explicadas.

Al finalizar cada sesión, el paciente se llevó algunas tareas para hacer en casa durante la

semana, así como una tabla de seguimiento en la que registraban tres actividades que realizaban a diario (meditación, analgesia mental y afirmaciones ante el espejo); además, valoraba su propio control del dolor con la técnica (esta tabla la rellenaron desde el primer día hasta finalizar el taller).

En la última sesión los pacientes realizaron la valoración del taller y su impacto en el control del dolor, afrontamiento de la enfermedad, bienestar, autoestima, calidad de vida y estado de ánimo, así como aportaron sugerencias para la mejora y realizaron comentarios en texto libre.

Al finalizar el taller, se entregó al paciente una guía que refuerza lo explicado en el taller para que pudiera continuar aplicando las herramientas y recomendaciones una vez finalizado este. Al mes de finalizar el taller se hizo una sesión de una tarde para valorar si los pacientes continuaban aplicando las técnicas y se les animaba a seguir haciéndolo.

Las técnicas que se usaron fueron relajación, meditación, analgesia mental, identificación de pensamientos negativos y creencias limitantes, re-enfoque con pensamientos positivos, motivación, perdón a los demás y a uno mismo, aumento de la autoestima, mejora de hábitos y control del abuso de fármacos. Se animó a los pacientes a tomar parte activa en la mejora de su salud, a que mejorasen sus hábitos (alimentación, ejercicio físico, sueño de calidad, disminución del estrés). Se invitó a pacientes que ya habían participado en talleres anteriores, a que contasen su experiencia, motivando así a los nuevos participantes.

Los datos se obtuvieron de los documentos que autocumplimentaron los propios pacientes: ficha de recogida de datos del paciente al inicio del taller (datos demográficos, información sobre el dolor y tratamientos); escala visual numérica de dolor (de 0 a 10); escala visual numérica de bienestar (de 0 a 10); *Euro-*

Qol-5D (26) con cinco opciones de respuestas, versión adaptada al español (de 0 a 1); *Escala de Autoestima de Rosenberg* (27) (de 9 a 36). Todas las escalas se midieron al inicio y al final. Por último, el paciente valoró el impacto del taller en su manejo del dolor, en el afrontamiento de su enfermedad y en su bienestar.

Se incluyó toda la información en una base de datos común que se depuró y se exportó al programa informático SPSS versión 27.0, para su análisis estadístico. Para las variables cualitativas se calcularon los totales y porcentajes de cada una de las opciones; para las variables cuantitativas se calcularon media y desviación típica (SD) o mediana y rango intercuartílico, según siguiesen una distribución normal o no. Para comparar medidas relacionadas (antes-después), se realizaron las pruebas T de Student para muestras apareadas o el test de Wilcoxon, según siguieran una distribución normal o no, y para comparar grupos independientes se usó la T de Student o U de Mann Whitney, según siguieran una distribución normal o no; para las cualitativas se empleó Chi-Cuadrado o el test de Fisher (si las frecuencias eran bajas).

Este proyecto contó con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla. Se tuvieron en cuenta las recomendaciones de ética e investigación establecidas por la *Declaración de Helsinki* (28). Los autores confirman que se adoptaron las medidas necesarias para garantizar la privacidad de los datos identificativos de los pacientes y de la información recogida. El tratamiento de los datos se realizó conforme a la *Ley Orgánica de la Protección de Datos Personales* (29) y amparados por el delegado de Protección de Datos del centro hospitalario. Los datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales y, una vez dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA RUIZ ROMERO et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

serán eliminados. Se trabaja con dos bases de datos que se custodian en archivos diferentes. En la primera se relaciona el número de identificación del paciente unívoco con los datos personales; en la segunda con los datos clínicos de los pacientes.

RESULTADOS



PARTICIPARON UN TOTAL DE 74 PACIENTES en los cuatro talleres evaluados, de los cuales 63 finalizaron el taller (85,1%). En la **TABLA 1**, se muestran las características de los pacientes de la muestra, diferenciando según finalizaran o no el taller.

De los pacientes que participaron en los talleres hasta el final, 60 eran mujeres (95,2%), tenían una edad media de 57,6 años (SD:11,37); 24 (38,1%) contaban con estudios de bachillerato, FP o Universitarios; 30 (47,6%) no trabajaban fuera de casa y otros 10 (15,9%) estaban de baja; 33 (52,4%) convivían con su pareja y 7 (11,1%) vivían solos.

El dolor se localizaba, fundamentalmente, a nivel lumbar (48; 15,5%) o cervical (46; 14,8%), en cadera (34; 11%) o rodilla (31; 10%); 39 (12,6%) tenía fibromialgia y/o fatiga crónica y 28 (9%) tenían dolor generalizado. En cuanto a las enfermedades que les provocaban el dolor, las más frecuentes fueron la fibromialgia (34; 34,7%) y la artrosis (18;18,4%) **[TABLA 2]**.

Los pacientes decían haber tenido un dolor máximo en el último mes de 8,0 puntos de mediana (Q1:6,3-Q3:9,0) sobre una escala de 1 a 10, y en los últimos seis meses de 8,0 (7,0-9,0). Se habían ausentado del trabajo debido a su enfermedad un total de 16 personas (25,3%) y 13 (20,6%) habían tenido alguna baja laboral **[TABLA 1]**.

Un total de 51 pacientes (81%) tomaban analgésicos, 24 (38,1%) habían tomado morfina en alguna ocasión y 38 (60,3%) estaban tomando antidepresivos o ansiolíticos.

En cuanto al estado de ánimo, 17 (27%) estaban deprimidos y 26 (41,3%) desanimados.

Hubo 52 (82,5%) pacientes que dijeron haber realizado alguna terapia no farmacológica, siendo las más comunes: relajación (34; 20,9%); meditación (27; 16,6%); acupuntura (27; 16,6%); yoga (23; 14,1%); Reiki (15; 9,2%); y homeopatía (13; 8,0%). Hasta 56 pacientes (88,9%) dijeron creer en los beneficios de alguna o algunas de estas terapias **[TABLA 1]**.

Justo antes de iniciar el taller, el dolor alcanzaba un 6,0 (4,0-7,0), el bienestar 4,0 (3,0-4,0; escala de 1 a 10), la calidad de vida medida con EQ-5D (escala 0 a 1) 0,510 (0,227), la autopercepción del estado de salud 50,0 (38,8-60,0) y la autoestima, en una escala de 9 a 36, 25,9 (5,16). El estado de ánimo era alegre en un paciente (2%), normal en 16 (34%), desanimado en 16 (34%) y deprimido en 14 (30%) **[TABLA 1]**.

Se midieron los resultados en salud justo al finalizar el taller y se compararon con los valores al inicio del mismo. El dolor disminuyó una mediana de 1,5 puntos (-2,0-0) y el bienestar aumentó 2,0 (0-2,0). La calidad de vida aumentó una media de 0,121 (0,209), la autopercepción del estado de salud se incrementó 16,8 (23,78) y la autoestima aumentó 2,74 (4,73). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) **[TABLA 3]**.

Se evaluó el cambio según cada paciente hubiese mejorado, empeorado o se hubiesen mantenido igual, y se encontró que mejoraron 43 pacientes (69,4%) en el dolor, otros 43 (75,4%) en el bienestar, 45 (73,8%) en calidad de vida, 47 (77%) en la percepción del estado de salud y 28 (62,2%) en la autoestima **[TABLA 3]**.

Se realizó una correlación entre el dolor final y las distintas medidas al final del taller, encontrándose una relación negativa (inversa) entre moderada y fuerte entre el dolor y el bienestar (coeficiente de Spearman:

Tabla 1
Características de la muestra.

Variables	Finaliza el taller			
	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	
Ediciones	Edición 9	15 (23,8)	5 (45,5)	20 (31,7)
	Edición 10	10 (15,9)	4 (36,4)	14 (22,2)
	Edición 11	20 (31,7)	1 (9,1)	21 (33,3)
	Edición 12	18 (28,6)	1 (9,1)	19 (30,2)
Sexo	Mujer	60 (95,2)	10 (90,9)	70 (94,6)
Estudios	Sin estudios	4 (6,3)	1 (9,1)	5 (6,8)
	Primaria	12 (19,0)	0 (0)	12 (16,2)
	Secundaria	9 (14,3)	3 (27,3)	12 (16,2)
	Bachillerato, FP grado medio	15 (23,8)	2 (18,2)	17 (23,0)
	Diplomado, Licenciado, Graduado	9 (14,3)	0 (0)	9 (12,2)
	Desconocido	5 (6,8)	14 (18,9)	19 (25,7)
Situación laboral	Trabajo a tiempo completo	5 (7,9)	1 (9,1)	6 (8,1)
	Trabajo a tiempo parcial	2 (3,2)	0 (0)	2 (2,7)
	Trabajo pero estoy de baja de corta duración	4 (6,4)	0 (0)	4 (5,4)
	Trabajo pero estoy de baja de larga duración	6 (9,5)	1 (9,1)	7 (9,5)
	No trabajo fuera del hogar	30 (47,6)	4 (36,4)	34 (45,9)
	Desconocido	16 (25,4)	5 (45,5)	21 (28,4)
Estructura familiar	Convivo con hijos	20 (6,3)	4 (9,1)	24 (5,9)
	Convivo con padres	5 (3,2)	1 (0)	6 (6,1)
	Convivo con pareja	33 (52,4)	4 (36,4)	37 (37,8)
	Convivo con hermano	1 (0)	0 (0)	1 (1,0)
	Vivo solo/a	7 (11,1)	1 (9,1)	8 (8,2)
	Desconocido	17 (27,0)	5 (45,5)	22 (22,4)
Necesidad de cuidador	No	36 (57,1)	4 (36,4)	40 (54,1)
	Sí, a tiempo parcial	6 (9,5)	1 (9,1)	7 (9,5)
	Sí, a tiempo completo	5 (7,9)	0 (0)	5 (6,8)
	Desconocido	16 (25,4)	6 (54,5)	22 (29,7)
Es cuidador de otra persona	No	42 (66,7)	4 (36,4)	46 (62,2)
	Sí, a tiempo completo	4 (6,3)	1 (9,1)	5 (6,8)
	Sí, a tiempo parcial	1 (1,6)	1 (9,1)	2 (2,7)
	Desconocido	16 (25,4)	5 (45,5)	21 (28,4)

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

Variables	Finaliza el taller			
	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	
Ausentado del trabajo	No	16 (25,4)	1 (9,1)	17 (23,0)
	Sí, a veces	9 (14,3)	4 (36,4)	13 (17,6)
	Sí, muchas veces	7 (11,1)	1 (9,1)	8 (10,8)
	No trabajo fuera de casa	14 (22,2)	0 (0)	14 (18,9)
	Desconocido	17 (27,0)	5 (45,5)	22 (29,7)
Baja laboral	Sí	13 (20,6)	4 (36,4)	17 (23,0)
	No	17 (27,0)	2 (18,2)	19 (25,7)
	No trabajo fuera de casa	15 (23,8)	0 (0)	15 (20,3)
	Desconocido	18 (28,6)	5 (45,5)	23 (31,1)
Toma analgésicos	Sí	51 (81,0)	10 (90,9)	61 (82,4)
	No	11 (17,5)	0	11 (14,9)
	Desconocido	1 (1,6)	1 (9,1)	2 (2,7)
Toma antidepresivos, ansiolíticos o relajantes	Sí	38 (60,3)	10 (90,9)	48 (64,9)
	No	25 (39,7)	1 (9,1)	26 (35,1)
Ha consumido morfina en alguna ocasión	Sí	24 (38,1)	5 (45,5)	29 (39,2)
	No	30 (47,6)	5 (45,5)	35 (47,3)
	Desconocido	9 (14,3)	1 (9,1)	10 (13,5)
Estado de ánimo previo al taller	Alegre	2 (3,2)	0 (0)	2 (3,3)
	Normal	17 (27,0)	4 (36,4)	17 (27,9)
	Desanimado	26 (41,3)	3 (27,3)	25 (41,0)
	Deprimido	17 (27,0)	4 (36,4)	17 (27,9)
	Relajación	34 (20,9)	3 (12,5)	37 (19,8)
Técnicas	Acupuntura	27 (16,6)	3 (12,5)	30 (16,0)
	Meditación	27 (16,6)	2 (8,3)	29 (15,5)
	Yoga	23 (14,1)	4 (16,7)	27 (14,4)
	Reiki	15 (9,2)	2 (8,3)	17 (9,1)
	Homeopatía	13 (8,0)	2 (8,3)	15 (8,0)
	Pilates	6 (3,7)	1 (4,2)	7 (3,7)
	Gimnasia	4 (2,5)	2 (8,3)	6 (3,2)
	Otras	14 (8,6)	5 (20,8)	19 (10,2)

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

Tabla 1 (continuación)
Características de la muestra.

Variables		Finaliza el taller		
		Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)
Cree en beneficios	Sí	56 (88,9)	8 (72,7)	8 (10,8)
	No	5 (7,9)	3 (27,3)	64 (86,5)
	Desconocido	2 (3,2)	0 (0)	2 (2,7)
Media (DE)				
Edad		57,6 (11,37)	55,8 (7,28)	57,3 (10,83)
Calidad de vida	Escala 0-1	0,510 (0,227)	0,501 (0,158)	0,509 (0,218)
Autoestima	Escala 9-36	25,9 (5,16)	27,0 (5,29)	26,0 (5,12)
Mediana (RIC)				
Dolor máximo en último mes	Escala 0-10	8,0 (6,25-9,0)	8,0 (7,0-8,0)	8,0 (7,0-9,0)
Dolor máximo en últimos seis meses	Escala 0-10	8,0 (7,0-9,0)	8,0 (8,0-10,0)	8,0 (7,0-9,0)
Dolor al inicio	Escala 0-10	6,0 (4,0-7,0)	6,0 (5,1-8,0)	6,0 (4,0-7,0)
Bienestar al inicio	Escala 0-10	6,0 (6,0-7,0)	6,0 (5,4-8,0)	6,0 (5,8-7,0)
Mi salud al inicio	Escala 0-100	50,0 (38,8-60,0)	40,0 (30,0-70,0)	50,0 (32,5-60,0)

Tabla 2
Localización del dolor y enfermedad que lo provoca.

Variables		Finaliza el taller		
		Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)
Localización del dolor	Cervical	46 (14,8)	8 (20,5)	54 (15,5)
	Dorsal	20 (6,5)	1 (2,6)	21 (6,0)
	Lumbar	48 (15,5)	8 (20,5)	56 (16,0)
	Pelvis	16 (5,2)	4 (10,3)	20 (5,7)
	Miembros Inferiores	3 (1,0)	0 (0)	3 (0,9)
	Cadera	34 (11,0)	6 (15,4)	40 (11,5)
	Rodilla	31 (10,0)	6 (15,4)	37 (10,6)
	Tobillos	2 (0,6)	0 (0)	2 (0,6)
	Pies	3 (1,0)	0 (0)	3 (0,9)
	Hombros	2 (0,6)	0 (0)	2 (0,6)

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

Tabla 2 (continuación)
Localización del dolor y enfermedad que lo provoca.

Variables	Finaliza el taller			
	Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)	
Localización del dolor	Brazo	2 (0,6)	0 (0)	2 (0,6)
	Codos	1 (0,3)	0 (0)	1 (0,3)
	Muñecas, Manos	4 (1,3)	0 (0)	4 (1,1)
	Articulaciones	3 (1,0)	0 (0)	3 (0,9)
	Jaqueca o migraña	23 (7,4)	2 (5,1)	25 (7,2)
	Fibromialgia o fatiga crónica:	39 (12,6)	4 (10,3)	43 (12,3)
	Generalizado	28 (9,0)	0 (0)	28 (8,0)
	Otros	5 (1,6)	0 (0)	5 (1,4)
Total	310	39	349	
Enfermedad que la produce	Fibromialgia	34 (34,7)	5 (27,8)	39 (33,6)
	Fatiga crónica	3 (3,1)	0 (0)	3 (2,6)
	Artrosis	18 (18,4)	2 (11,1)	20 (17,2)
	Osteoporosis	4 (4,1)	0 (0)	4 (3,4)
	Hernias discales	7 (7,1)	0 (0)	7 (6,0)
	Migraña	4 (4,1)	2 (11,1)	6 (5,2)
	Neuralgia	2 (2,0)	1 (5,6)	3 (2,6)
	Artritis reumatoide	4 (4,1)	0 (0)	4 (3,4)
	Lupus eritematoso sistémico	4 (4,1)	0 (0)	4 (3,4)
	Otras	13 (13,3)	4 (22,2)	17 (14,7)
	Trocanteritis	1	1	-
	Digestivas	1	0	-
	Covid permanente	1	0	-
	Reuma	1	0	-
	Megaapófisis transversa	1	0	-
	Accidente de tráfico	1	0	-
	Artritis psoriásica	1	0	-
	Artrodesis lumbar	1	0	-
	Esclerosis múltiple	1	0	-
	Epicondilitis-hombros-piernas	0	1	-
Pies planos	0	1	-	
Tendinitis	1	0	-	

Tabla 2 (continuación)
Localización del dolor y enfermedad que lo provoca.

Enfermedad que la produce	Variables	Finaliza el taller		
		Sí N (%)	No N (%)	Total N (%)
	Escoliosis	1	1	-
	Necrosis vascular	1	0	-
	Endometriosis	1	0	-
	Inespecíficas	4 (4,1)	3 (16,7)	7 (6,0)
	Dolor de espalda	2	1	-
	Dolor general	1	0	-
	Dolor articulaciones	0	1	-
	Dolor abdominal	0	1	-
	Tensión emocional en cervicales, ruidos en la cabeza	1	0	-
	Desconocido	0 (0)	1 (5,6)	1 (0,9)
Total		98	18	116

Tabla 3
Principales resultados. Escalas de medida.

Indicador de resultado (escala)	Diferencia	Mediana (RIC)	p
Dolor (0-10)	(Final-inicial)	q-1,5 (-2,0_-0)	p<0,001 ^(a)
Bienestar (0-10)	(Final-inicial)	2,0 (0-2,0)	p<0,001 ^(a)
Indicador de resultado (escala)	Diferencia	Media (DE)	p
Calidad de vida (EQ-5D) (0-1)	(Final-inicial)	0,121 (0,209)	p<0,001 ^(b)
Mi salud (0-100)	(Final-inicial)	16,8 (23,78)	p<0,001 ^(b)
Autoestima (9-36)	(Final-inicial)	2,74 (4,73)	p<0,001 ^(b)
Indicador y momento		Coefficiente de correlación	p
Dolor al final	Bienestar al final	-0,719	p<0,001 ^(c)
Dolor al final	Calidad de vida al final	-0,778	p<0,001 ^(c)
Dolor al final	Mi salud final	-0,639	p<0,001 ^(c)
Dolor al final	Autoestima al final	-0,0403	0,005 ^(c)
Dolor al final	Estado de ánimo al final	0,429	0,001 ^(c)

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

Indicador de resultado (escala)	Mejora N (%)	Igual N (%)	Empeora N (%)
Dolor (0-10)	43 (69,4)	11 (17,7)	8 (12,9)
Bienestar (0-10)	43 (75,4)	8 (14,0)	6 (10,5)
Calidad de vida (EQ-5D) (0-1)	45 (73,8)	4 (6,6)	12 (19,7)
Mi salud (0-100)	47 (77,0)	6 (9,8)	8 (13,1)
Autoestima (9-36)	28 (62,2)	5 (11,1)	12 (26,7)

(a) Test de Wilcoxon; (b) T-Student para muestras apareadas; (c) Correlación de Spearman; (d) U de Mann Whitney.

-0,719; $p < 0,001$), la calidad de vida (0,778; $p < 0,001$) y la autopercepción de su salud (0,639; $p < 0,001$); también hubo una correlación estadísticamente significativa y negativa con la autoestima pero, en este caso, fue muy escasa. Y, por último, se encontró una correlación débil y positiva (0,429; $p = 0,001$) entre el dolor y el estado de ánimo (medido éste con una escala ordinal de 1 a 4, en la que 1 era alegre y 4 deprimido) [TABLA 3].

Un total de 53 pacientes (85,5%) afirmaron haber sentido que disminuía su dolor al aplicar las técnicas; en 40 (72,7%) casos disminuyó la medicación, fundamentalmente, la frecuencia en las tomas (31; 79,5%) o la dosis (26; 68,4%); 50 (87,7%) pacientes mejoraron alguno de sus hábitos.

El estado de ánimo, al finalizar el taller, era alegre para 23 (37,1%), normal para 28 (45,2%), desanimado para 9 (14,5%) y deprimido para 2 (3,2%). Se estudió una posible asociación entre el estado de ánimo y la autoestima, encontrándose una asociación entre el estado de ánimo alegre y la autoestima alta (19; 54,3% frente a 1; 10%; $p = 0,045$) [TABLA 4].

Por último, se evaluó la satisfacción con el taller, en una escala de 0 a 10: claridad de los contenidos presentados (media: 9,8); conveniencia de los ejercicios y actividades realiza-

dos (9,6); utilidad del taller para el manejo del dolor (9,4); utilidad del taller para el manejo de la enfermedad (9,2); en qué grado recomendarían el taller (9,9); y satisfacción global (9,8).

DISCUSIÓN



AL FINALIZAR EL TALLER, LOS PACIENTES sienten que disminuyen el dolor y aumentan su bienestar, la calidad de vida, la autopercepción del estado de salud y la autoestima, en comparación a los valores que tenían al inicio del taller, y estas diferencias son estadísticamente significativas. Resultados que comparten otros estudios que aplican TnoF (4,15,16,21).

La mayoría afirma que disminuye el dolor al aplicar las técnicas; en casi las tres cuartas partes disminuye la medicación, fundamentalmente la frecuencia de las tomas o la dosis; y la amplia mayoría de pacientes mejoran alguno de sus hábitos, al igual que ocurrió en otros estudios (4,30,31,32).

El estado de ánimo también mejora al finalizar el taller, aumentando significativamente las personas que pasaron a tener un estado alegre y disminuyendo las que estaban en estado *desanimado* o *deprimido* (4,33,34). Nosotros encontramos, además, una asociación entre el estado de ánimo alegre y la autoestima alta.

Tabla 4
Autovaloración del impacto del taller en mi salud y estado de ánimo.

		Sí N (%)	No N (%)
Impacto en mi salud	1. Cuando has aplicado las técnicas ¿Ha disminuido el dolor?	53 (85,5)	9 (14,5)
	2. Después del taller ¿has disminuido la medicación?	40 (72,7)	15 (27,3)
	a. He disminuido la frecuencia en las tomas	31 (79,5)	8 (14,5)
	b. He disminuido las dosis	26 (68,4)	12 (21,8)
	c. He cambiado un fármaco por otro de menor nivel	14 (35,9)	25 (45,5)
	d. He dejado de tomar algunos fármacos	22 (56,4)	17 (30,9)
	3. ¿Has mejorado algunos de tus hábitos haciéndolos más saludables?	50 (87,7)	7 (12,3)
Estado de ánimo al final del taller	Alegre	23 (37,1)	-
	Normal	28 (45,2)	-
	Desanimado	9 (14,5)	-
	Deprimido	2 (3,2)	-

Casi la totalidad de los participantes son mujeres y tienen una edad media cercana a los sesenta años. Afirman haber tenido un dolor máximo alto en el último mes y en los últimos seis meses (8 sobre 10). Casi la mitad no trabaja fuera de casa y, de las personas que sí trabajan, una cuarta parte se ausenta del trabajo y una quinta parte presenta alguna baja laboral, hecho muy común en los pacientes con DC **(2,4)**.

Las tres cuartas partes de los pacientes toman analgésicos, más de un tercio tomó morfina en alguna ocasión y tres de cada cinco estaban tomando antidepresivos o ansiolíticos, coincidiendo con muchos de los estudios revisados **(8,12,35,36,37)**.

La mayoría de los pacientes afirman creer en los beneficios de alguna/s TnoF y la mayoría practica alguna en algún momento, siendo las más comunes: relajación, meditación, acupuntura y yoga, que son las más extendidas **(30)**. Según una encuesta realizada en 2007, casi cuatro de cada diez adultos esta-

dounidenses utilizaron TnoF, además de las tradicionales, para tratar su dolor. Estudios posteriores han demostrado que el uso de TnoF continúa aumentando, siendo más frecuente en mujeres y en niveles educativos más altos **(5,10)**.

El tipo de DC que padecen los pacientes que participan en estos talleres y las enfermedades que se lo provocan son muy variados. Las más frecuentes resultan la fibromialgia y la artrosis, que les provocan dolor generalizado o en varias localizaciones, principalmente lumbar, cervical, de cadera y rodillas; aunque también aparecen enfermedades autoinmunes, neuralgias o dolores viscerales por patologías ginecológicas o urológicas. Por el contrario, muchos de los programas multicomponentes para el DC se dirigen a grupos de pacientes con la misma patología **(15,16,21,30,34)**.

Además, parten de diferentes niveles culturales. No obstante, las técnicas realizadas en el taller resultan válidas para todos ellos, ya

Efektividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
6/9/2023
e202309071

que el paciente aprende a mitigar o abolir el dolor a través de la relajación, la meditación y la analgesia mental.

Por último, la satisfacción global y la de cada aspecto evaluado es muy alta, rozando el 10. Además, en los comentarios finales, los pacientes manifiestan su agradecimiento a las docentes y colaboradoras y su deseo de seguir participando en futuros talleres.

Como limitaciones de este estudio destacamos las pérdidas en el taller de nivel 1, ocasionadas principalmente por la concurrencia de eventos que provocan un gran estrés (enfermedad grave o muerte de una persona cercana) o por una reactivación severa de la enfermedad. Estos hechos no pueden evitarse, pero, en estos casos, se le ofrece al paciente abandonar el taller y realizar un nuevo taller más adelante, cuando se encuentre preparado para ello. También hubo pérdidas en el de nivel 2; en este caso, acortar el tiempo entre ambos talleres de seis a tres meses mejoró la tasa de participación.

Otra dificultad fue la de medir la evolución del dolor, ya que es muy fluctuante. A pesar de ello, la media de la muestra disminuye de manera significativa; además, la mayoría de los pacientes afirman que disminuye o se abole el dolor cuando aplican la analgesia mental. Este resultado se complementa con los otros indicadores de salud (bienestar, calidad de vida, autoestima y estado de ánimo), todos ellos favorables.

Como mejoras identificadas y que se aplicarán en adelante, se han incorporado una fisioterapeuta y una psicóloga al equipo de docentes; se ha creado un nuevo taller de nivel 2, que consta de dos tardes de tres horas y media de duración cada una, que se realizará a los tres-seis meses de finalizar el taller, y, una vez se haya realizado con los cuatro grupos, se analizarán los resultados.

Y, por último, la alta demanda del taller nos ha llevado a contactar con nuestro distrito de Atención Primaria y ofrecerles formación a los profesionales que estén dispuestos a desarrollar estos talleres en su área, adaptándolos a sus necesidades, pudiendo así abarcar un mayor número de pacientes y facilitándoles el desplazamiento, ya que se harían en su misma localidad.

AGRADECIMIENTOS



A nuestras 3 colaboradoras del Centro Universitario San Juan de Dios, de Bormujos (Sevilla): Natalia Gutiérrez (estudiante de Enfermería), Noelia Flores (estudiante de Enfermería) y Almudena Arroyo (Jefe de Estudios).

A todos los pacientes que han confiado en este proyecto y han tenido la valentía de mirar de frente a su dolor y cambiar sus pensamientos, creencias y hábitos, para crear una vida más sana, feliz y plena. 🍀

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA
RUIZ ROMERO
et al.

BIBLIOGRAFÍA



1. Miller J, MacDermid JC, Walton DM, Richardson J. *Chronic Pain Self-Management Support With Pain Science Education and Exercise (COMMENCE) for People With Chronic Pain and Multiple Comorbidities: A Randomized Controlled Trial*. Arch Phys Med Rehabil. 2020;101(5):750-761. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2019.12.016>
2. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Cabrera-León A, Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S. *Factors that Influence Coping with Chronic Noncancer Pain in European Countries: A Systematic Review of Measuring Instruments*. Pain Management Nursing. 2020;21(2):123-133. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2019.06.010>
3. *Guía de SIGN*. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>. [Consultado 1 Noviembre 2022].
4. Ruiz-Romero MV, Guerra-Martín MD, Álvarez-Tellado L, Sánchez-Villar E, Arroyo-Rodríguez A, Sánchez-Gutiérrez MC. *Non-drug treatments for chronic non-malignant pain: patients' perceptions*. An Sist Sanit Navar. 2021;44(1):61-69. doi: <https://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0927>
5. James SL, Abate D, Abate KH, James SL. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. The Lancet. 2018;392(10159):1789-1858. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
6. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar J, Schellevis F et al. *Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice*. BMC Fam Pract. 2014;15(1):61. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-15-61>
7. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. *Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies*. Br J Anaesth. 2019;123(2):e273-e283. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
8. Varela N. *Treatment of non-malignant chronic pain: paradigm shift and multidisciplinary management*. An Sist Sanit Navar. 2022;45(2). doi: <https://dx.doi.org/10.23938/ASSN.1010>
9. Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido, Grupo de Dolor SEMG, GdT Enfermedades Reumáticas, SEMERGEN. *Atención al Paciente Con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) En Atención Primaria (AP)*. Documento de Consenso. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/2017/documentos/atencion_paciente_DCNO.pdf [consultado 4 Noviembre 2022].
10. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. *Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances*. The Lancet. 2021;397(10289):2082-2097. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7)
11. *Recomendaciones para el Uso Racional del Medicamento en el Tratamiento Farmacológico de las Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas*. Fibromialgia. 2022. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.Semergenandalucia.Org/Docs/Formacion/Documentos/2022/Sep-tiembre/Fibromialgia> [consultado 4 Noviembre 2022].
12. World Health Organization. *Repositorio Institucional para Compartir Información*. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43944>. [Consultado 1 Noviembre 2022].
13. Todd J, Van Ryckeghem DML, Sharpe L, Crombez G. *Attentional bias to pain-related information: a meta-analysis of dot-probe studies*. Health Psychol Rev. 2018;12(4):419-436. doi: <https://dx.doi.org/10.1080/17437199.2018.1521729>
14. Meints SM, Edwards RR. *Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes*. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2018;87:168-182. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.pnpb.2018.01.017>
15. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RWJG, Guzman J et al. *Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;(9):CD000963. doi: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
16. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R,



Weimer M *et al.* *Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline.* Ann Intern Med. 2017;166(7):493-505. doi: <https://dx.doi.org/10.7326/M16-2459>

17. Wilson S, Chaloner N, Osborn M, Gauntlett-Gilbert J. *Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process.* Physiotherapy. 2017;103(1):98-105. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2015.11.005>

18. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo E, Lopera Valle J, Vargas Grisales N *et al.* *Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor.* Rev Soc Esp Dolor. 2014;21(6):338-344. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600007>

19. Morcillo-Muñoz Y, Castellano MHJ, Exposito FJD, Sanchez-Guarnido AJ, Alcantara MG, Baena-Parejo MI. *Multimodal Interventions to Improve the Management of Chronic Non-Malignant Pain in Primary Care Using Participatory Research.* Clin Pract. 2021;11(3):561-581. doi: <https://dx.doi.org/10.3390/clinpract11030072>

20. Khoo EL, Small R, Cheng W, Hatchard T, Glynn B, Rice D *et al.* *Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis.* Evid Based Mental Health. 2019;22(1):26-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>

21. Day MA, Ward LC, Ehde DM, Thorn B, Burns J, Barnier AM *et al.* *A Pilot Randomized Controlled Trial Comparing Mindfulness Meditation, Cognitive Therapy, and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Chronic Low Back Pain.* Pain Medicine. 2019;20(11):2134-2148. doi: <https://dx.doi.org/10.1093/pm/pny273>

22. Kristjánsdóttir ÓB, Fors EA, Eide E, Finset A, Van Dulmen S, Wigert S *et al.* *Written online situational feedback via mobile phone to support self-management of chronic widespread pain: a usability study of*

a Web-based intervention. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12(1):51. doi: <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-51>

23. Kilbride MK, Joffe S. *The New Age of Patient Autonomy.* JAMA. 2018;320(19):1973. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.14382>

24. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin B, Lamonte M, Lee I *et al.* *Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults.* Med Sci Sports Exerc. 2011;43(7):1334-1359. doi: <https://dx.doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>

25. Hearing CM, Chang WC, Szuhany KL, Deckersbach T, Nierenberg AA, Sylvia LG. *Physical Exercise for Treatment of Mood Disorders: A Critical Review.* Curr Behav Neurosci Rep. 2016;3(4):350-359. doi: <https://dx.doi.org/10.1007/s40473-016-0089-y>

26. Herdman M, Badia X, Berra S. *El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria.* Aten Primaria. 2001;28(6):425-429. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)

27. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Ediciones Paidós; 1990. <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>

28. The World Medical Association-WMA. *Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [consultado 1 noviembre 2022].

29. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.* Boletín Oficial del Estado 294, de 6 de diciembre de 2018, 1-68. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf> [consultado 1 noviembre 2022].

Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico.

MARÍA VICTORIA RUIZ ROMERO *et al.*

30. Wexler RS, Fox DJ, Edmond H, Lemau J, ZuZero D, Bollen M *et al.* *Protocol for mindfulness-oriented recovery enhancement (MORE) in the management of lumbosacral radiculopathy/radiculitis symptoms: A randomized controlled trial.* *Contemp Clin Trials Commun.* 2022;28:100962. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100962>
31. Garland EL, Bryan CJ, Finan PH, Thomas E, Priddy S, Riquino M *et al.* *Pain, hedonic regulation, and opioid misuse: Modulation of momentary experience by Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement in opioid-treated chronic pain patients.* *Drug Alcohol Depend.* 2017;173:S65-S72. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.07.033>
32. Garland EL, Hanley AW, Riquino MR, Reese S, Baker A, Salas K *et al.* *Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via analgesic and positive psychological mechanisms: A randomized controlled trial.* *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(10):927-940. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000390>
33. The British Pain Society. *People living with pain.* <https://www.britishpainsociety.org/people-with-pain/> (consultado 1 Noviembre 2022).
34. Khodadad B, Letafatkar A, Hadadnezhad M, Shojaeidin S. *Comparing the Effectiveness of Cognitive Functional Treatment and Lumbar Stabilization Treatment on Pain and Movement Control in Patients With Low Back Pain.* *Sports Health: A Multidisciplinary Approach.* 2020;12(3):289-295. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1941738119886854>
35. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, Van der Goes DN. *Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain.* *Pain.* 2015;156(4):569-576. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.fi>
36. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, Jensen A, DeRonne B, Goldsmith E *et al.* *Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain.* *JAMA.* 2018;319(9):872. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.0899>
37. Curtis HJ, Goldacre B. *OpenPrescribing: normalised data and software tool to research trends in English NHS primary care prescribing 1998-2016.* *BMJ Open.* 2018;8(2):e019921. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019921>