

## Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes

### *Non-drug treatments for chronic non-malignant pain: patients' perceptions*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0927>

M.V. Ruiz-Romero<sup>1</sup>, M.D. Guerra-Martín<sup>2</sup>, L. Álvarez-Tellado<sup>3</sup>, E. Sánchez-Villar<sup>4</sup>, A. Arroyo-Rodríguez<sup>4</sup>, M.C. Sánchez-Gutiérrez<sup>5</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** La prevalencia de dolor crónico en España es del 17%. Es conveniente recopilar evidencia científica acerca de las terapias no farmacológicas que sean efectivas para el tratamiento del dolor crónico. El objetivo fue analizar las percepciones sobre las terapias no farmacológicas de los pacientes con dolor crónico no oncológico.

**Método.** Estudio mixto, descriptivo y fenomenológico. Se realizó un taller de control del dolor mediante terapias no farmacológicas de cuatro sesiones (una a la semana), de cuatro horas de duración cada una, en el que participaron 19 pacientes. Se analizó la escritura reflexiva sobre las vivencias personales de cada uno de los participantes. Se utilizó el software Atlas Ti 8 para analizar los datos cualitativos.

**Resultados.** Dieciséis participantes habían probado alguna terapia alternativa y catorce valoraban sus beneficios. Las expectativas de los participantes se clasificaron en tres grupos de similar tamaño: alivio del dolor físico, manejo del dolor emocional, y herramientas aplicables en su vida cotidiana. Todos los participantes estuvieron satisfechos con el taller. Los beneficios personales percibidos fueron mejor manejo del dolor y del sueño; disminución de la fatiga; reducción del consumo de medicamentos; mejora de la actitud ante la vida, del estado emocional, mayor energía positiva y motivación, y mejor afrontamiento.

**Conclusiones.** Los participantes afirmaron que el taller les había ayudado a disminuir el dolor y el consumo de analgésicos, así como otros síntomas asociados a la enfermedad crónica, mejorando por tanto su salud percibida. Además, manifestaron gran satisfacción con la organización y las docentes.

**Palabras clave.** Atención plena. Calidad de vida. Dolor crónico. Resultados percibidos por el paciente. Terapias complementarias.

#### ABSTRACT

**Background.** The prevalence of chronic pain in Spain is 17%. There is a need for more scientific data on non-drug treatments that can be effectively used to treat chronic pain. The aim of this study is to analyze how patients with chronic non-malignant pain perceive non-drug approaches.

**Method.** Mixed, descriptive and phenomenological study. Nineteen patients enrolled in a workshop on pain management and non-drug treatments that consisted of four sessions (one session a week). Each session lasted four hours. The patients then participated in a reflective writing activity about their personal experiences. Data from this activity was then analyzed. Atlas.ti 8 software was used for the qualitative data analysis.

**Results.** Sixteen participants tried an alternative therapy and fourteen assessed its benefits. The participants' expectations were divided into three groups of similar size: relief from physical pain, emotional pain management and tools for use in daily life. All the participants were satisfied with the workshop. Perceived personal benefits were better pain and sleep management, reduced fatigue, reduced drug consumption; a more positive approach to life, better mood, more positive energy, more motivation and improved capacity to cope.

**Conclusions.** The participants commented that the workshop had helped them to reduce pain levels and consume fewer analgesics, and had reduced other symptoms associated with chronic disease, thus improving their perceived health. They also expressed great satisfaction with the organization and teachers.

**Keywords.** Mindfulness. Quality of life. Chronic pain. Patient reported outcome measures. Complementary therapies.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2021; 44 (1): 61-69

1. Unidad de Calidad e Investigación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.
2. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla.
3. Servicio de Rehabilitación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.
4. Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. Bormujos. Sevilla.
5. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

#### Correspondencia:

María Dolores Guerra-Martín  
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología  
Universidad de Sevilla  
C/ Avenzóar, s/n  
41009 Sevilla – España  
E-mail: guema@us.es

Recepción: 24/07/2020

Aceptación provisional: 01/09/2020

Aceptación definitiva: 30/10/2020

## INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de dolor crónico (DC) en España es del 17%, afectando a 6.658.363 de personas mayores de 16 años. Es importante distinguirlo del dolor crónico discapacitante (DCD) el cual se asocia a disfunción, a actividad limitada y a restricción en la participación social; el 11,4% de la población española mayor de 16 años padece DCD, mientras que el 5,7% padece DC no discapacitante (DCnoD)<sup>1,2</sup>. La prevalencia del DCD aumenta con la edad, en mujeres y en niveles sociales más vulnerables; así mismo, el deterioro progresivo de la población con DCnoD aumenta el riesgo de pasar a DCD en edades tempranas, especialmente en mujeres<sup>1,2</sup>.

Los pacientes con DCD tienen una menor calidad de vida; un 44% valora su salud como buena o muy buena frente al 83,8% sin DC y al 72% con DCnoD. En personas mayores de 65 años con DCD aumentan significativamente las necesidades instrumentales (49,6%) y básicas (37%) respecto a la población sin DC o con DCnoD. En la población con DCD es mayor el consumo de analgésicos (71,5%) y otros fármacos (82,8%), la utilización de los servicios de atención primaria (91%), urgencias (36,5%), médico general (35,9%) o especialista (9,1%), y se duplica la hospitalización (13%) respecto a la población con DCnoD o sin DC<sup>1</sup>.

El DC es una experiencia compleja y multidimensional, y su elevada prevalencia lo convierte en un problema de salud pública por el empleo de recursos sanitarios y por el impacto psicosocial en la vida del paciente, aspectos que se acentúan en el DCD<sup>3</sup>. Por ello se están desarrollando tratamientos que agrupan terapias farmacológicas y no farmacológicas (físicas y psicológicas)<sup>3-5</sup>.

La prevalencia del dolor es alta, a pesar de los fármacos empleados y de la alta tecnología. Las estrategias actuales de manejo del dolor provocan impactos perjudiciales en los pacientes, en el sistema de salud y en la sociedad<sup>1,2</sup>. En España, desde 1970 hasta 1990, había esperanza de que estos impactos se redujeran con los nuevos medicamentos, el uso más libre de los opioides, las nuevas tecnologías y el mayor co-

nocimiento de los mecanismos del dolor. Sin embargo, la creciente morbilidad, mortalidad y discapacidad relacionadas con el dolor lleva a entidades expertas, como la *National Academy of Medicine*<sup>6,7</sup>, a proponer un cambio cultural en el manejo del dolor.

Actualmente se recomienda un enfoque más integral, con una atención colaborativa interdisciplinaria, con enfoques farmacológicos y no farmacológicos, otorgando un papel protagonista a los pacientes en la mejora de su propia salud y en la gestión de las conductas relacionadas con el dolor. Pero transformar el sistema de atención del dolor en un modelo integral requiere la existencia de opciones de terapias no farmacológicas (TnoF) basadas en la evidencia, con estrategias eficaces y eficientes, que reduzcan los eventos adversos de los fármacos y la adicción. Para el cuidado integral del dolor hay que tener en cuenta la magnitud del problema, los impactos individuales, sociales y económicos, y recopilar las evidencias científicas acerca de TnoF efectivas en el dolor agudo posquirúrgico, no-quirúrgico, oncológico y crónico<sup>5</sup>.

Las TnoF basadas en la evidencia se están considerando más apropiadas como tratamiento inicial para la gestión de dolor agudo y crónico<sup>5</sup>, ya que el tratamiento médico convencional resulta insuficiente y alimenta la crisis de los opioides<sup>8</sup>. El Colegio Americano de Médicos (ACP) establece que las TnoF con efectividad demostrada y administradas por profesionales capacitados deben considerarse de primera línea para el tratamiento del DC lumbar, al provocar menos daños que los fármacos<sup>9</sup>. En la revisión sistemática sobre TnoF para el dolor lumbar principalmente crónico de Chou y col<sup>4</sup>, identifican varias técnicas con efectos pequeños a moderados a corto plazo sobre el dolor, incluyendo intervenciones mente-cuerpo.

El DC puede acompañarse de ansiedad, dolor emocional o visión negativa ante la vida, disminuyendo la calidad de vida del paciente, interfiriendo en sus actividades diarias y en el trabajo. El abordaje del tratamiento del DC con fármacos resulta en ocasiones insuficiente y los pacientes recurren a otras terapias como técnicas psico-

**Tabla 1.** Características de los estudios sobre terapias no farmacológicas para el dolor

TnoF	Recomendaciones / Rentabilidad	Mejoras / beneficios / eficacia
– Atención plena – Meditación – Relajación – Intervenciones de <i>eHealth</i> basadas en la atención plena y la relajación (4, 5, 9-16)	– Tomar conciencia de la respiración y prestar atención al momento presente, para transformar la percepción del dolor. – Recomendada para el DC lumbar, por ACP. – Se reducen los costes, en comparación con la atención habitual.	– <i>Atención plena y meditación</i> : beneficios en cefalea crónica en adultos, artritis, dolor de cuello, o dos o más condiciones de DC. Mejora a corto plazo la intensidad del dolor y la funcionalidad en DC lumbar en comparación con la atención habitual. – <i>Atención plena</i> : manejo del DC comparable a la TCC. – <i>Meditación</i> : mejora significativa en la angustia psicológica y la salud general autoevaluada. – <i>Atención plena y relajación</i> : reducción de estrés. – <i>Relajación</i> : efectos positivos en DC de cabeza, fibromialgia e intestino irritable. Mejoras clínicamente significativas en DC de rodilla y la funcionalidad.
– Terapia Cognitivo Conductual (3,5, 9, 10, 18-21)	– Recomendada para el DC lumbar, por ACP, aunque no está muy utilizada. – Reducción de costes respecto a la atención habitual.	– Moderadamente eficaz para el DC lumbar – Reducen la intensidad del dolor, mejora la función.
Terapias de relajación: – Musicoterapia – TAC: Estrategias de conciencia consciente y aceptación. – Imágenes guiadas: Palabras que representan imágenes tranquilas, y música para evocar escenarios imaginativos positivos. – Hipnosis y sugestión: Inducción de un estado de conciencia relajado pero receptivo a sugerencias positivas. (5,18,21)	– Utilizan técnicas fisiológicas como respiración diafragmática lenta o relajación muscular progresiva, para regular el equilibrio S/PS y reducir los síntomas de excitación simpática, frecuentes en el DC: estrés, tensión muscular y respiración superficial. – ACP recomienda la relajación progresiva para el DC lumbar. – NIH de EE.UU, recomienda la relajación para la fibromialgia	– <i>Musicoterapia</i> : disminuye el dolor crónico, la angustia emocional y la ingesta de opioides y no-opioides. – <i>TAC</i> : manejo del dolor crónico comparable a la TCC pero con mayor satisfacción personal. – <i>Imágenes guiadas</i> : mejoría significativa en el dolor y la función y menor consumo de medicamentos en fibromialgia, artritis y trastornos reumatológicos
Tai-Chi (4,9,19)	– Asocian movimientos posturales y meditación	– Eficaz para el tratamiento del DC.
– Yoga (5,9,19,22)	– Asocian movimientos posturales y meditación – ACP, AHRQ, NIH de EEUU y otros autores lo recomiendan para dolor lumbar, osteoartritis, artritis reumatoide, cifosis y fibromialgia.	– Eficaz para el tratamiento del DC. – Pequeña a moderada mejora en la funcionalidad en DC lumbar a tres y seis meses respecto al grupo control (sin ejercicio); comparable al ejercicio habitual. – Tan seguro como el ejercicio habitual. Un maestro cualificado debe adaptar las posturas de los pacientes con glaucoma o mala salud ósea.
– Pilates (23-25)	– Asocian movimientos posturales y meditación	– Eficaz para el tratamiento del DC. – Mayor mejora en dolor y funcionalidad que la atención habitual y la actividad física a corto plazo. – Mejora el DC lumbar equivalente al masaje y ejercicios a corto o largo plazo.

TnoF: terapias no farmacológicas para el dolor; DC: dolor crónico; ACP: Colegio Americano de Médicos; TCC: terapia cognitivo conductual; TAC: terapia de aceptación y compromiso; NIH: *National Institutes of Health*; AHRQ: *Agency for Healthcare Research and Quality*.

lógicas, relajación, meditación o yoga<sup>5</sup>. Las nuevas evidencias apoyan la efectividad de las intervenciones mente-cuerpo, aunque se necesita más investigación para identificar TnoF efectivas y qué combinaciones y secuencias son más efectivas<sup>4</sup>.

Por otro lado, las conductas, estilos de vida y confianza de los pacientes en su capacidad, influyen en su compromiso, impactando en los resultados de salud. Aunque los estudios específicos sobre dolor son escasos, los comportamientos saludables mejoran la salud y reducen enfermedades como diabetes, aterosclerosis y obesidad, que están asociadas con condiciones de dolor. Así, la obesidad está asociada con la inflamación y trastornos musculoesqueléticos y el dolor impide la pérdida de peso en pacientes<sup>5</sup>. Por tanto, es necesario enfocar el manejo del dolor de manera integral, incorporando TnoF efectivas y haciendo partícipe al paciente en su autocuidado. En la tabla 1 se exponen las características de algunas TnoF que, según distintos autores<sup>3-5,9-25</sup>, pueden mejorar la salud. Los estudios encontrados abordan la efectividad de estas terapias desde una metodología cuantitativa y, generalmente, de manera individualizada.

El objetivo de este estudio ha sido analizar las opiniones y percepciones de los pacientes con dolor crónico no oncológico sobre las TnoF aplicadas tras su asistencia a un taller de control del dolor.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio mixto: cuantitativo descriptivo de las características de la muestra y de aspectos relacionados con el dolor experimentado, y cualitativo fenomenológico para conocer las experiencias subjetivas de los participantes mediante el análisis de los discursos<sup>26</sup> a partir de la expresión de opiniones y vivencias personales acerca del taller de control del dolor, utilizando la escritura reflexiva como técnica de recogida de datos.

En marzo de 2018, se impartió un taller de control del dolor mediante TnoF dirigido a 20 pacientes (población de estudio), con

los siguientes criterios de inclusión: mayores de edad, del área de referencia del hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla), que acuden al Servicio de Rehabilitación por DC no oncológico ya diagnosticado y tratado pero que no cede con el tratamiento habitual.

Se realizó un muestreo cualitativo propositivo, la muestra fue no probabilística y estuvo compuesta por 19 participantes voluntarios<sup>27</sup> que asistieron al taller y cumplieron con los criterios de inclusión.

El taller constó de cuatro sesiones (una a la semana), de cuatro horas de duración cada una. Fue impartido por una especialista en Anestesiología y Reanimación con formación en Neurociencia y Biología del comportamiento, una especialista en Medicina Preventiva con formación en inteligencia emocional, hábitos saludables y técnicas de meditación, y una fisioterapeuta con formación en *mindfulness*. Los contenidos del taller fueron: psiconeuroinmunología: (cómo el pensamiento influye en nuestra salud), analgesia endógena (a través de la relajación y el control del pensamiento), identificación de las creencias limitantes que perjudican al bienestar y al estado emocional, y aplicación de TnoF: respiración consciente, relajación muscular, imágenes guiadas, musicoterapia, visualización creativa, meditación de atención y terapia de aceptación y compromiso (TAC). Se intercalaron exposiciones orales, apoyadas con presentaciones en *power point* y vídeos, con ejercicios prácticos de aplicación de las diferentes técnicas. Al finalizar cada sesión, se recomendaba al paciente la realización de actividades relacionadas con los contenidos impartidos, además de registrar diariamente en una tabla las actividades realizadas y el dolor más alto y más bajo de cada día.

Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki y se solicitó consentimiento informado a los participantes, respetando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

Para el análisis cuantitativo descriptivo se recogieron las variables sexo, edad, asistencia, localización del dolor y número de localizaciones, número de medicamentos para el dolor y tipo, repercusiones labora-

les (absentismo, invalidez), duración del dolor e intensidad (escala visual analógica, EVA, de 1 a 10), nivel de bienestar (de 1 a 10), estado de ánimo (alegre, normal, desanimado, deprimido), uso previo de terapias alternativas y opinión sobre su efectividad.

Para el análisis de los discursos se utilizó el software de análisis de datos cualitativos Atlas Ti 8. La secuencia de análisis se desarrolló en tres fases: descubrimiento, codificación y relativización<sup>28</sup>. Se identificaron dos categorías analíticas principales al analizar la información de los participantes: Valoraciones acerca del taller (valoración del taller, valoración de las docentes, qué ha faltado en el taller, técnicas que más han servido y expectativas previas al taller) y beneficios personales percibidos (actitud ante la vida, dolor, medicación, ansiedad y actitud ante la enfermedad).

El proceso de codificación y categorización se realizó por pares, llevándose a cabo por dos investigadoras externas que no habían participado en la organización ni en la impartición del taller. Se consideraron los criterios de calidad descritos por Lincoln y Guba<sup>29</sup> en cuanto a confiabilidad (por triangulación del análisis de los datos entre varias investigadoras), transferibilidad (conformación aleatoria de la muestra de participantes), *dependibilidad*: (registro exhaustivo del procedimiento que permite replicarlo en sucesivos talleres de contenido idéntico), autenticidad (adaptado a los sujetos en estudio, considerando el contexto y situación de cada uno de forma individual<sup>30</sup>) y criterios éticos.

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación típica (DT) y las categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

## RESULTADOS

Participaron en el taller 19 pacientes, principalmente mujeres (n=18), con 52,7 años de edad media de (rango 33-72, DT: 10,7). El 73,7% (n=14) asistieron a las cuatro sesiones y los otros cinco a tres sesiones.

La mayoría de pacientes presentaron dos o más localizaciones con dolor (n=16;

84,2%), siendo el más común la espalda (75%): lumbar (n=7) y cervical (n=5), seguido de la rodilla (n=9) y de la cadera (n=7). El 73,7% de los pacientes tomaba medicación para el dolor y asociaba dos o más fármacos; diez de ellos tomaban algún opioide o incluso morfina; los otros cuatro tomaban analgésicos ocasionalmente. Doce pacientes (63,2%) se ausentaron del trabajo por dolor y once (57,9%) tenían invalidez laboral.

Los pacientes declararon sufrir dolor desde hace entre 10 meses y 20 años. La intensidad media del dolor según la EVA era de 8,5 en los últimos 6 meses y de 8,1 en el último mes. Justo al inicio del taller manifestaron una media de 6,2 de dolor y de 6 de bienestar. El estado de ánimo más frecuente fue deprimido y normal (seis pacientes cada uno), seguido por desanimado (n=4); solo dos pacientes mostraron un estado de ánimo alegre.

El 84,2% de los pacientes habían probado alguna terapia alternativa y 14 de los 16 creían en sus beneficios.

Las expectativas de los pacientes fueron rellenas por 18 pacientes (94,7%) y se clasificaron en alivio del dolor físico (n=6), manejo del dolor emocional (n=7) y herramientas aplicables en su vida cotidiana (n=5).

Se examinaron 19 escritos que, tras analizar la información de los participantes y codificar las citas, se agruparon en dos categorías analíticas principales: beneficios personales percibidos (actitud ante la vida, dolor, medicación, ansiedad y actitud ante la enfermedad) y valoraciones acerca del taller (valoración del taller, valoración de las docentes, qué ha faltado en el taller, técnicas que más han servido y expectativas previas al taller).

En la tabla 2 se muestran los comentarios (C) relacionados con los beneficios personales percibidos. Los pacientes informaron de un cambio en la forma de ver la vida: los problemas y las relaciones personales e incluso con uno mismo (perdonando sus propios errores y respetándose a sí mismos) (C1-4). Muchos pacientes relacionaron técnicas y ejercicios concretos con un mejor control del dolor (C5-7), otros refirieron mejoría significativa en la funcionalidad

**Tabla 2.** Comentarios sobre los beneficios personales percibidos y sobre las valoraciones del taller

<b>Comentarios sobre los beneficios personales percibidos</b>	
<b>Actitud ante la vida</b>	
1.	“Ha cambiado mi relación con el dolor, mi actitud con la vida, con las personas cercanas y conmigo. He aprendido a perdonarme, he aprendido a relajarme y me he hecho adicta a la meditación y a vivir el lado bueno de todo” (A.F.A., mujer, 51 años)
2.	“Creo que puedo empezar a quererme un poco más y a no recordar siempre los fallos de mi vida. Empezaré a recordar mi vida sin pensar si lo hice bien o no, ya creo que me juzgué suficiente [...] He aprendido a respetarme” (A.M., mujer, 67 años)
3.	“Salgo de aquí con ganas y mucha motivación” (C.G.R., mujer, 53 años)
4.	“Me ha servido para afrontar mi estado emocional con una energía positiva...” (S.M.D., mujer, 43 años)
<b>Dolor</b>	
5.	“Durante las relajaciones y meditaciones, el dolor disminuye mucho, en especial cuando practico estas técnicas en la piscina, mientras nado o simplemente floto” (A.L.M. mujer, 53 años)
6.	“Sigo de manera disciplinada todos los ejercicios, ello ayuda a controlar el dolor” (C.S.A., mujer 41 años)
7.	“¿Cuál ha sido mi sorpresa, que el Jueves Santo pude hacer la estación de penitencia sin dolor, y el Viernes Santo apenas me molestaba y podía caminar!” (M.R.R., mujer, 44 años)
<b>Medicación</b>	
8.	“De vivir siempre medicándome, ahora no tomo ni una sola pastilla” (A.F.A, mujer, 51 años)
9.	“Tomo menos pastillas y eso que me ha coincidido un brote de fibromialgia” (A.M., mujer, 67 años)
10.	“Bajé la medicación (algunas)” (C.S.A., mujer, 41 años)
<b>Ansiedad</b>	
11.	“Me he sentido bien tranquila y con el pensamiento aquí y ahora” (D.R.M., mujer, 72 años)
12.	“El taller me ha servido para desconectar” (F.L.M., mujer, 54 años)
13.	“Me controlo mejor el dolor y la falta de sueño, la fatiga y el cansancio también” (F.L.M., mujer, 54 años)
14.	“Personalmente creo que he aprendido mucho, en lo que respecta a la elección de mi dolor y de mi ansiedad” (E.O.S, Mujer, 33 años)
<b>Actitud ante la enfermedad</b>	
15.	“Hice frente a la enfermedad, por lo que ahora es amiga mía” (C.S.A., mujer, 41 años)

(C7). Algunos de los asistentes informaron que disminuyeron o abandonaron la medicación tras aplicar determinadas técnicas (C8-10); otros disminuyeron la ansiedad (C11, C14), la fatiga y la falta de sueño (C13), centrándose en el momento presente (C11-12). De los asistentes que hablaron de su enfermedad, la mayoría comentaron que el taller les había ayudado a dejar de culpabilizarse, estableciendo una nueva relación consigo mismo y con la enfermedad (C15).

En cuanto a las valoraciones sobre el taller de control del dolor (Tabla 2), todos los pacientes valoraron favorablemente su paso por el taller y comentaron que había tenido un impacto a nivel personal y emocional (C16), destacando que les había aportado nuevas formas de autocuidado

y posibilidades que desconocían (C17-19). Valoraron positivamente la metodología y a las docentes (C20-23). Al inicio, algunos asistentes expresaron incertidumbre acerca del contenido del taller o sobre las emociones que experimentarían (C24-25), aunque finalmente vieron su utilidad (C25). La mayoría identificaron la meditación y la relajación como las técnicas que más les ayudaron a mejorar la ansiedad y el dolor (C26-29); también mencionaron las que trabajaban el autoconcepto, el amor propio, la comprensión de los propios sentimientos y la motivación (C30-32). Como mejoras para próximas ediciones, propusieron alargar la duración del taller, repetirlo para asimilar por completo los contenidos y disponer de los contenidos en papel (C33-34).

<b>Comentarios sobre las valoraciones del taller</b>
<b>Valoración del taller</b>
16. “El curso para mí ha sido estupendo. A nivel personal y emocional” (CGG, mujer, 62 años)
17. “El taller me ha dado herramientas para cuidarme” (FLM, mujer, 54 años)
18. “Me ha abierto muchos caminos y estoy encantado” (MPR, hombre, 42 años)
19. “Este curso me ha reforzado todos estos conocimientos y habilidades” (MCR, mujer, 60 años)
<b>Valoración de las docentes</b>
20. “Mi agradecimiento de corazón a vosotros por la manera tan profesional y efectiva con la que nos habéis hecho entender temas tan complicados” (A.L.M., mujer, 53 años)
21. “Muchas gracias por vuestra actitud en este taller porque no todo son conocimientos, también es importante cómo se transmiten” (M.C.R., mujer, 60 años)
22. “Ganas de superación y de seguir sintiendo todo lo que pasa alrededor, eso es lo que transmitís” (C.G.R., mujer, 53 años)
23. “Sois unas profesionales magníficas”(C.G.G., mujer, 62 años)
<b>Expectativas previas al taller</b>
24. “Llegué al taller sin saber lo que me iba a encontrar” (C.G.R., mujer, 53 años)
25. “No sabía cómo iba a reaccionar en el caso de tener que hacer algunas actividades [...] Cuando llegué al curso estaba un poco despistada y era un poco escéptica, la verdad [...]” (E.O.S., mujer, 33 años)
<b>Técnicas que más les han servido</b>
26. “La meditación, eso me ha hecho otra calidad de vida” (D.R.M., mujer, 72 años)
27. “La meditación la práctica y, aunque me quede dormida, sé que mi subconsciente está trabajando” (F.L.M., mujer, 54 años)
28. “La meditación, el saber que puedo cambiar, por mí misma, el nivel de dolor, me da otra perspectiva de mi vida” (C.G.R., mujer, 53 años)
29. “Meditar y visualizar el dolor con colores e intentar apagarlo” (G.R.F., mujer, 55 años)
30. “Actualmente medito, práctico Ho’Oponopono, hablo con amor a cada parte de mi cuerpo...” (C.S.A., mujer, 41 años)
31. “Hablar conmigo misma repitiendo continuamente quiero – puedo” (G.R.F., mujer, 55 años)
32. “Especialmente útiles: Los mensajes ante el espejo y la técnica del Ho’oponopono y, en especial, aplicada a mí misma ante el espejo, quizás por haberme sentido responsable de mi lesión y del agravamiento de la misma...”(A.L.M., mujer, 53 años)
<b>Lo que ha faltado en el taller</b>
33. “Se me ha quedado corto y tengo que comprobar que no se me ha quedado nada en el tintero” (F.L.M., mujer, 54 años)
34. “Me gustaría que pasarais la información en papel para tenerlo como manual de práctica” (S.M.D., mujer, 43 años)

## DISCUSIÓN

Este estudio, además de la metodología cuantitativa, ha empleado la metodología cualitativa, enfocada en las vivencias y experiencias que perciben los propios sujetos participantes en la investigación, poniendo de manifiesto el sentir sobre lo vivenciado en los talleres de TnoF desde sus propias palabras, en primera persona y recogiendo aspectos que no se pueden medir con escalas cuantitativas.

Todos los pacientes valoraron positivamente su paso por el taller y consideraron que había tenido impacto en su día a día, ayudándoles no sólo en el manejo del dolor y otros síntomas como la ansiedad, sino a afrontar mejor la enfermedad e incluso su propia vida.

Los estudios publicados realizan análisis cuantitativos, pero no se ha encontrado un abordaje cualitativo como el del presente estudio, dando valor a las vivencias de los pacientes. Se ha demostrado que las combi-

naciones de tratamientos y secuencias son más efectivas que aplicar terapias de manera independiente<sup>4</sup>. La mayoría de nuestros pacientes destacaron la meditación y la relajación para controlar el dolor, la ansiedad y mejorar la funcionalidad, coincidiendo con muchas publicaciones<sup>4,9,10,13,14</sup> que las recomiendan para el DC lumbar y de otras zonas de la espalda, para la artritis o la fibromialgia, patologías de base de nuestros pacientes y en las que todos manifestaron mejoría, al igual que ocurrió en otros estudios<sup>12,19</sup>.

Los pacientes hicieron especial mención también a las técnicas que trabajan el autoconcepto, el amor propio, la comprensión de los propios sentimientos y la motivación (mensajes ante el espejo, técnica del *Ho'oponopono*), que facilitan la aceptación y el compromiso y que han demostrado mejorar los resultados en el manejo del DC<sup>3,18,31</sup>. También se utilizaron la musicoterapia y las imágenes guiadas que producen efectos positivos en el manejo del dolor y la ansiedad, disminuyendo el consumo de fármacos<sup>10,20,21</sup>.

Que el paciente se vea capaz de cambiar su situación por él mismo, aplicando técnicas sencillas y seguras que le llevan a un estado de mayor bienestar, refuerza de manera positiva el cambio en la conducta y facilita el mantenimiento de estos nuevos comportamientos, lo que a su vez influye en los resultados de salud<sup>5</sup>.

Una limitación de este estudio es que se entrevistó a los pacientes cuando solo habían dispuesto de un mes para aplicar las terapias, precisándose de un mayor tiempo de uso para beneficiarse de estas.

En conclusión, los pacientes manifestaron, además de una gran satisfacción con la organización y las docentes, que el taller les había ayudado a disminuir el dolor y el consumo de analgésicos, así como a mejorar otros síntomas asociados a la enfermedad crónica (la ansiedad y el cansancio), mejorando así la salud percibida y el bienestar.

Este estudio ha permitido identificar categorías y aspectos que son relevantes para los pacientes y que pueden ser de gran utilidad para elaborar un cuestiona-

rio estructurado que permita evaluar los resultados de próximos talleres y realizar un análisis cuantitativo. Entre los aspectos claves a evaluar estaría el dolor previo y, tras el taller, la disminución de la ansiedad y del consumo de fármacos, el bienestar, las técnicas de mayor interés, y la actitud ante la vida y la enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CABRERA-LEÓN A, CANTERO-BRAOJOS MA. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. *Aten Primaria* 2018; 50: 527-538. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.020>
2. CABRERA-LEÓN A, CANTERO-BRAOJOS MA, GARCÍA-FERNÁNDEZ L, GUERRA DE HOYOS JA. Living with disabling chronic pain: results from a face-to-face cross-sectional population-based study. *BMJ Open* 2018; 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020913>
3. CANTERO-BRAOJOS MA, CABRERA-LEÓN A, LÓPEZ-GONZÁLEZ MA, SAÚL LA. Intervención grupal desde un enfoque sensoriomotriz para reducir la intensidad del dolor crónico. *Aten Primaria* 2019; 51: 162-171. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.006>
4. 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: 493-505. <https://doi.org/10.7326/m16-2459>
5. TICK H, NIELSEN A, PELLETIER KR, BONAKDAR R, SIMMONS S, GLICK et al. Evidence-based nonpharmacologic strategies for comprehensive pain care: the Consortium Pain Task Force white paper. *Explore* 2018; 14: 177-211. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.02.001>
6. Institute of Medicine (US), Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. *Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington: National Academies Press, 2011. <https://doi.org/10.17226/13172>
7. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. *Pain management and the opioid epidemic: balancing societal and individual benefits and risks of prescription opioid use*. Washington: The National Academies Press, 2017. <https://doi.org/10.17226/24781>

8. National Institute on Drug Abuse. Pain relief most reported reason for misuse of opioid pain relievers. <https://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2017/07/pain-relief-most-reported-reason-misuse-opioid-pain-relievers>
9. QASEEM A, WILT TJ, McLEAN RM, FORCIEA M. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 514-530. <https://doi.org/10.7326/m16-2367>
10. HERMAN PM, ANDERSON ML, SHERMAN KJ, BALDERSON BH, TURNER JA, CHERKIN DC. Cost-effectiveness of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care among adults with chronic low-back pain. *Spine* 2017; 42: 1511-1520. <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000002344>
11. BAKHSHANI NM, AMIRANI A, AMIRIFARD H, SHAHRAKIPOOR M. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived pain intensity and quality of life in patients with chronic headache. *Glob J Health Sci* 2015; 8: 142-151. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n4p142>
12. ROSENZWEIG S, GREESON JM, REIBEL DK, GREEN JS, JASSER SA, BEASLEY D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res* 2010; 68: 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.010>
13. ANHEYER D, HALLER H, BARTH J, LAUCHE R, DOBOS G, CRAMER H. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2017; 166: 799-807. <https://doi.org/10.7326/M16-1997>
14. CHERKIN DC, SHERMAN KJ, BALDERSON BH, COOK AJ, ANDERSON ML, HAWLES RJ et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315: 1240-1249. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
15. BENNELL KL, NELLIGAN R, DOBSON F, RINI C, KEEFE F, KASZA J et al. Effectiveness of an Internet-delivered exercise and pain-coping skills training intervention for persons with chronic knee pain: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2017; 166: 453-462. <https://doi.org/10.7326/m16-1714>
16. MIKOLASEK M, BERG J, WITT CM, BARTH J. Effectiveness of mindfulness- and relaxation-based ehealth interventions for patients with medical conditions: a systematic review and synthesis. *Int J Behav Med* 2018; 25: 1-16. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9679-7>
17. OSTELO RWJG, VAN TULDER MW, VLAEYEN JWS, LINTON SJ, MORLEY S, ASSENDELFT WJJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 25: CD002014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014>
18. VEEHOF MM, TROMPETTER HR, BOHLMELJER ET, SCHREURS KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2016; 45: 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
19. NAHIN RL, BOINEAU R, KHALSA PS, STUSSMAN BJ, WEBER WJ. Evidence-based evaluation of complementary health approaches for pain management in the United States. *Mayo Clin Proc* 2016; 91: 1292-1306. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.06.007>
20. LEE JH. The effects of music on pain: a meta-analysis. *J Music Ther* 2016; 53: 430-477. <https://doi.org/10.1093/jmt/thw012>
21. GIACOBBI PR JR, STABLER ME, STEWART J, JAESCHKE AM, SIEBERT JL, KELLEY GA. Guided imagery for arthritis and other rheumatic diseases: a systematic review of randomized controlled trials. *Pain Manag Nurs* 2015; 16: 792-803. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.01.003>
22. WIELAND LS, SKOETZ N, PILKINGTON K, VEMPATI R, D'ADAMO CR, BERMAN, BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 1: CD010671. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010671.pub2>
23. WELLS C, KOLT GS, MARSHALL P, HILL B, BIALOCERKOWSKI A. The effectiveness of Pilates exercise in people with chronic low back pain: a systematic review. *PLoS One* 2014; 9: e100402. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100402>
24. LIN HT, HUNG WC, HUNG JL, WU PS, LIAW LJ, CHANG JH. Effects of Pilates on patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review. *J Phys Ther Sci* 2016; 28: 2961-2969. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.2961>
25. CRUZ-DÍAZ D, MARTÍNEZ-AMAT A, OSUNA-PÉREZ MC, DE LA TORRE-CRUZ MJ, HITA-CONTRERAS F. Short- and long-term effects of a six-week clinical Pilates program in addition to physical therapy on postmenopausal women with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil* 2016; 38: 1300-1308. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1090485>
26. SALGADO AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007; 13: 71-78

27. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ-COLLADO C, BAPTISTA P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGrawHill, 2006.
28. 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>
29. LINCOLN YS, GUBA EG. Naturalistic Inquiry. California: Sage; 1985.
30. VALLES MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociología; 2009.
31. WETHERELL JL, AFARI N, RUTLEDGE T, SORRELL J, STODDARD J, PETKUS A et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011; 152: 2098-2107. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>