



ORIGINAL

Impacto de un programa multicomponente con terapias no farmacológicas para pacientes con dolor crónico



M.V. Ruiz Romer^a, A. Porrúa del Saz^b, M.B. Gómez Hernández^{c,*}, E. Lobato Parra^a, A. Soler Jiménez^d y C. Pereira Delgado^e

^a Unidad de Calidad e Investigación, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), Bormujos (Sevilla), España

^b Servicio de Rehabilitación, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), Bormujos (Sevilla), España

^c Fisioterapia. Servicio de Rehabilitación, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), Bormujos (Sevilla), España

^d Especialista interno residente de Cirugía Traumatológica y Ortopédica, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), Bormujos (Sevilla), España

^e Unidad de Medicina Interna, Servicio de Medicina, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), Bormujos (Sevilla), España

Recibido el 20 de diciembre de 2023; aceptado el 29 de enero de 2024

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2024

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico;
Terapias no
farmacológicas;
Taller
multicomponente;
Calidad de vida;
Uso de recursos
sanitarios;
Efectividad

Resumen

Introducción: El 25,9% de los españoles padece dolor crónico. Se recomienda un enfoque integral, interdisciplinar, con terapias farmacológicas y no farmacológicas, participando los pacientes en su autocuidado.

Objetivo: evaluar la efectividad y el impacto en recursos de un programa/taller con terapias no farmacológicas en el control del dolor crónico no-oncológico a corto y medio plazo.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental antes-después, seguimiento 3-6 meses, midiendo: dolor, bienestar, calidad de vida, autoestima, resiliencia, ansiedad/depresión (escalas validadas); resultados aportados por los pacientes del impacto del programa en manejo del dolor, hábitos y ánimo; visitas a urgencias y consultas; consumo de fármacos y situación laboral. **Resultados:** Finalizaron el taller 142 pacientes; 131 (92,3%) eran mujeres, edad: 56,0. Disminuyeron: dolor (escala 0-10) (inicio: 6,0; fin taller: 4,0; 3 meses: 5,0); ansiedad (12,9; 10,4; 8,8) y depresión (12,3; 7,23; 6,47) (escalas 0-21). Aumentaron: bienestar (escala 0-10) (4,0; 6,0; 4,0); calidad de vida (escala 0-1) (0,418; 0,580; 0,536); estado de salud (escala 0-100) (47,5; 60,0; 60,0); autoestima (escala 9-36) (24,1; 27,5; 26,7); resiliencia (escala 6-30) (14,8; 17,4; 18,6). Realizan aportación de resultados 136 pacientes al finalizar el taller y 79 a los 3 meses: disminuyeron el dolor (final taller: 104, 76,5%; 3 meses: 66, 83,5%); disminuyeron medicación (96, 76,2%; 60, 78,9%); mejoraron hábitos (112, 88,2%; 69, 90,8%). Redujeron visitas a urgencias 40 pacientes (37,4%), 40 (37,4%) disminuyeron las consultas programadas. Satisfacción global: 9,8 sobre 10.

Conclusiones: El paciente aprende a mitigar su dolor, participa en su autocuidado y mejora su calidad de vida, autoestima y estado emocional. Los efectos se mantienen 3-6 meses.

© 2024 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: gotxuta@hotmail.com (M.B. Gómez Hernández).

KEYWORDS

Chronic pain;
Non-pharmacological
therapies;
Multicomponent
program;
Quality of life;
Use of health
resources;
Effectiveness

Impact of a multicomponent program with nonpharmacological therapies for patients with chronic pain**Abstract**

Introduction: 25.9% of Spanish people suffer from chronic pain. An integrated, interdisciplinary approach is recommended, with pharmacological and non-pharmacological therapies, involving patients in their self-care.

Objective: To evaluate the effectiveness and impact on resources of a program with non-pharmacological therapies in the control of non-oncological chronic pain in the short and medium term.

Material and methods: Quasi-experimental before-after study, follow-up 3-6 months, measuring: pain, well-being, quality of life, self-esteem, resilience, anxiety/depression (validated scales); patient-reported outcomes of workshop impact on pain management, habits and mood; ED and office visits; drug consumption and employment status.

Results: One hundred and forty-two patients completed the program; 131 (92.3%) were women, age: 56.0. Decreased: pain (scale 0-10) (start: 6.0; end of workshop: 4.0; 3 months: 5.0); anxiety (12.9; 10.4; 8.8) and depression (12.3; 7.23; 6.47) (scales 0-21). They increased: well-being (scale 0-10) (4.0; 6.0; 4.0); quality of life (scale 0-1) (0.418; 0.580; 0.536); health status (scale 0-100) (47.5; 60.0; 60.0); self-esteem (scale 9-36) (24.1; 27.5; 26.7); resilience (scale 6-30) (14.8; 17.4; 18.6). Patient-reported outcomes were performed by 136 patients at the end of the workshop and 79 at 3 months: pain decreased (end of program: 104, 76.5%; 3 months: 66, 83.5%); medication decreased (96, 76.2%; 60, 78.9%); habits improved (112, 88.2%; 69, 90.8%). Forty patients (37.4%) reduced visits to the emergency room, 40 (37.4%) reduced scheduled visits. Overall satisfaction: 9.8 out of 10.

Conclusions: Patients learn to mitigate their pain, participate in their self-care and improve their quality of life, self-esteem and emotional state. The effects remained for 3-6 months.

© 2024 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia mundial de dolor crónico (DC) se estimó en un 20% en 2014, esto supondría 1.600 millones de pacientes con DC en la actualidad^{1,2}. En Europa, entre 2006 y 2011, se estimó que el 19% de la población sufría DC (140 millones en 2022)²⁻⁴. En 2022, el Barómetro del DC en España², arrojó una prevalencia del 25,9% (más de 9 millones), el 30,5% en mujeres, y edad media 51,5 años.

Los pacientes con DC tienen alto consumo de recursos sanitarios. Los españoles mayores de 14 años con DC que toman fármacos para el dolor aumentaron del 54% en 2014, al 67% en 2020⁵. El consumo es mayor en mujeres, especialmente de mayor edad, y en personas con menor nivel económico y de estudios⁵.

El consumo de opiáceos en España muestra un significativo crecimiento en los últimos años, siendo el más prescrito tramadol clorhidrato/paracetamol, seguido de tramadol clorhidrato y fentanilo. El gasto mayor corresponde al fentanilo, aunque es el tapentadol el de mayor precio y ha incrementado su prescripción⁶. Según la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España, los hipnosedantes son la cuarta sustancia más consumida por la población española (23,5%) seguida de los opioides (15,8%), sobre todo, en mujeres⁷.

Según el Barómetro del Dolor Crónico², el 42,1% de los encuestados visitaron el sistema sanitario en el último mes: atención primaria (86,7%), traumatología (69,4%), urgencias

(45%) y hospital (23,7%). El 28,6% de los pacientes con DC cursaron baja laboral de 4-5 meses en el último año; el 32,2% dejó su ocupación y el 17,3% modificó su trabajo por el dolor².

Existen múltiples terapias farmacológicas para combatir el dolor, no obstante, es habitual desarrollar tolerancia, precisando variaciones farmacológicas para mayor eficacia. La adherencia al tratamiento varía entre 8-62%, debido a múltiples factores⁵.

También se dispone de terapias no farmacológicas (TnoF): programas de ejercicio físico activo y pasivo⁵; terapia cognitivo conductual, de aceptación y compromiso o de reprocesamiento del dolor, entre otras; y las de mente-cuerpo como atención plena, relajación, meditación o yoga^{8,9}.

Actualmente se aboga por combinar TnoF con farmacológicas, en un enfoque integral, para tratar el DC^{8,10}, que pueden formar programas multicomponentes y multidisciplinares^{8,10,11}, cuyo objetivo principal sería promocionar una mejor calidad de vida (CV) al paciente. Hay evidencias de la eficacia de estos talleres multicomponentes, en disminución del dolor^{9,10,12,13}, menor catastrofización⁹, menor consumo de analgésicos^{8,10,12}; mejora de la ansiedad y depresión^{9,10}; calidad del sueño¹³ y CV^{10,13}.

El hospital donde se realizó el estudio atiende a casi 300.000 habitantes, realiza programas (talleres) para el control del DC no-oncológico con TnoF desde 2016, en los que

han participado 284 pacientes. El taller ha ido modificándose para adaptarse a las expectativas y necesidades de los pacientes y, desde noviembre de 2021, se homogeniza, permitiendo sumar los participantes de sucesivas ediciones y evaluar muestras más grandes.

Anteriormente hemos evaluado el efecto inmediato del taller (justo al finalizar) en cuanto al manejo del dolor y su impacto en la CV, bienestar, autoestima, manejo de fármacos y estado de ánimo de los pacientes que asistieron a 4 ediciones del taller¹⁰.

En esta ocasión, ampliamos la muestra a los pacientes de las últimas 9 ediciones y añadimos nuevas variables como resiliencia, ansiedad y depresión. Además, hacemos un seguimiento a medio plazo (3-6 meses) para evaluar, por un lado, si se mantienen los efectos beneficiosos del taller y, por otro, para conocer el impacto en el uso de los recursos sanitarios medido a través del número de visitas a urgencias y consultas programadas, el número de fármacos que consumen y la situación laboral.

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad a corto y a medio plazo de un taller que integra distintas TnoF en el control del DC no-oncológico, en cuanto al control del dolor y a la mejora del bienestar, CV, autoestima, resiliencia, ansiedad/depresión, hábitos y estado de ánimo, así como conocer su impacto en recursos (consumo de fármacos, consultas), comparando los valores previos al taller con los resultados al finalizar el mismo y tras un periodo de seguimiento a medio plazo (3-6 meses).

Metodología

Se realizó un estudio cuasiexperimental intragrupo antes-después, con seguimiento a los 3 meses de finalizar el taller (a excepción de los 2 primeros talleres, en los que el seguimiento se hizo a los 6 meses). Se utilizaron escalas validadas para comparar dolor, bienestar, CV, autoestima, resiliencia, ansiedad/depresión; un cuestionario ad hoc para valorar resultados aportados por los pacientes (PROM) en el manejo del dolor y los fármacos, mejora de hábitos y estado de ánimo.

También se evaluó el impacto en recursos, por un lado, comparando las urgencias y consultas programadas de cualquier especialidad, cuyo motivo de consulta era el DC y/o síntomas asociados al mismo (ansiedad/depresión, problemas de sueño), tanto en atención primaria (desde DIRAYA) como en atención hospitalaria (desde TICARES), 4 meses antes del taller y 4 meses después, de una muestra de pacientes. Por otro lado, se evaluó el consumo de fármacos (desde Receta XXI, confirmando que el paciente tenía prescrito fármacos analgésicos, ansiolíticos/antidepresivos/hipnóticos y que los estaba retirando de la farmacia) y la situación laboral (cuestionario PROM), ambos se midieron al inicio y tras 4 meses de finalizar (a excepción de los 2 primeros talleres, en los que el seguimiento de fármacos y situación laboral se hizo a los 6 meses).

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con DC no-oncológico diagnosticado y tratado desde hace 6 meses o más, que no cede con tratamiento habitual, dieron el consentimiento informado y cumplieron la documentación inicial. Se excluyeron pacientes en fase de diagnóstico, con

dolor asociado exclusivamente a patología oncológica, con enfermedades cognitivas o mentales que impidiesen comprender el contenido de los talleres o los instrumentos de medición. Fueron pérdidas del estudio los que faltaron a 2 o más sesiones.

Derivaron pacientes diferentes servicios (Rehabilitación, Traumatología, Medicina Interna, Ginecología, etc.), atención primaria y asociaciones de pacientes con DC, previamente informados sobre el taller. Los pacientes candidatos se derivaron a la coordinadora del taller y se entrevistaron para confirmar que cumplían los criterios de inclusión y tenían disponibilidad para acudir a todas las sesiones, siendo entonces admitidos y dando su consentimiento escrito.

Se calculó el tamaño muestral con GRANMO y la evaluación de 3 variables: dolor, bienestar y CV, tomando la última por necesitar mayor tamaño. Se precisaron 142 sujetos (riesgo alfa: 0,05 y beta: 0,2) en un contraste bilateral, para detectar una diferencia de 0,06 unidades. Se asumió una desviación estándar de 0,197 en el cuestionario EuroQol-5D, según los resultados alcanzados por los pacientes de los talleres previos y un 40% de pérdidas ya que, en el seguimiento a los 3 meses, las pérdidas suelen rondar estas cifras.

El taller constó de 5 sesiones (una por semana, semanas consecutivas) de 3,5h cada una; de carácter grupal, interactivo y práctico. La intervención fue una acción educativa y de entrenamiento para el control mental del dolor y de las emociones, fundamentada en la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad, promoviendo su autocuidado y autoestima y persiguiendo una mejora de su bienestar y CV.

Las técnicas usadas fueron relajación, analgesia mental (meditación específica para disminuir el dolor), otras meditaciones, identificación de pensamientos negativos y creencias limitantes, reenfoque con pensamientos positivos, motivación, perdón a los demás y a uno mismo, aumento de autoestima, mejora de hábitos y control del abuso de fármacos. Se animó a los pacientes a que mejorasen sus hábitos (alimentación, ejercicio físico, sueño, control del estrés). Se invitó a pacientes de talleres anteriores a contar su experiencia a los nuevos participantes.

Al finalizar cada sesión, el paciente llevaba tareas para casa y una tabla de seguimiento para registrar 3 actividades que realizaban a diario hasta finalizar el taller (meditación, analgesia mental y afirmaciones ante el espejo) y valorar su control del dolor con las técnicas.

Finalizado el taller, se entregó una guía con las herramientas para que continuaran aplicándolas. Al mes de finalizar el taller, se hizo una sesión para comprobar si los pacientes continuaban aplicando las técnicas y animarles a seguir haciéndolo.

Los pacientes autocumplimentaron al inicio del taller la ficha (datos demográficos, información sobre el dolor y tratamientos) y escalas: visual numérica (escala: 0 a 10) de dolor y de bienestar; EuroQol-5D¹⁴ (0-1); Autoestima de Rosenberg¹⁵ (9-36); Resiliencia (*Brief resilience scale [BRS]*)¹⁶ (6-30) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (*hospital anxiety and depression scale [HADS]*)¹⁷ (0-21). Las escalas se midieron también al final y a los 3 meses. Finalmente, el paciente valoró el impacto del taller (PROM) y su satisfacción.

Análisis estadístico

La información se exportó a SPSS vs.27.0, para su análisis estadístico. Para las variables cualitativas se calcularon totales y porcentajes; para las cuantitativas media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según siguiesen una distribución normal o no. Para comparar los grupos, se empleó Chi-cuadrado o Fisher para variables cualitativas, y T-Student para muestras independientes y U-Mann-Whitney, para las cuantitativas, según siguiesen o no una distribución normal. Para comparar medidas relacionadas (antes-después), se realizó T-Student para muestras apareadas o Wilcoxon.

Consideraciones éticas

Este proyecto cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación (código: 0213-N-22; 17/02/2022). Se tuvieron en cuenta las recomendaciones de ética e investigación de Helsinki y se adoptaron las medidas 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 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales. Los datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros y serán eliminados. Se trabajó con 2 bases de datos, la primera con el número de identificación del paciente con datos personales, la segunda con datos clínicos.

Resultados

Se evaluaron los 9 últimos talleres (ediciones 9 a 17), noviembre 2021-junio 2023; participaron 161 pacientes y finalizaron el taller 142; de estos, 79 fueron seguidos a los 3 meses.

De los 142 que finalizaron el taller, 131 (92,3%) eran mujeres, la mediana de edad fue de 56,0 (rango intercuartílico: 49,0-64,0). Tenían estudios de Bachillerato o FP grado medio 48 (33,8%) y 58 (40,8%) tenían estudios inferiores; 73 (51,4%) no trabajaba fuera del hogar y 38 (26,8%) estaba de baja de larga duración por enfermedad crónica; 34 (23,9%) se habían ausentado del trabajo muchas veces y 30 (21,1%) a veces; hasta 65 (45,8%) causaron baja laboral. El estado de ánimo al inicio del taller era desanimado en 55 (38,7%) y deprimido en 47 (33,1%) (tabla 1).

No vivían acompañadas 13 (6,5%) personas; necesitaban cuidador a tiempo parcial 23 (16,2%) y 5 (3,5%) a tiempo total; 25 (17,6%) cuidaban a otra persona (tabla 1).

Tenían dolor generalizado 87 (61,3%) pacientes; 123 (86,6%) consumían analgésicos; 103 (74,6%) antidepressivos/ansiolíticos/relajantes; y 78 (54,9%) habían consumido morfina alguna vez. Hubo 120 (84,5%) pacientes que creían en los beneficios de las TnoF y habían llegado a practicar algunas de ellas: acupuntura (60; 42,3%), relajación (57; 40,1%), yoga (44; 31,0%), meditación (41; 28,9%) o pilates (34; 23,9%) (tabla 1).

El dolor máximo en el último mes fue de 8,0 (7,0-9,6) de mediana y de 8,5 (8,0-10,0) en los 6 meses últimos. Al inicio del taller informaban de: dolor 6,0 (5,0-8,0); bienestar 4,0 (2,0-4,0); percepción de su salud 50,0 (30,0-60,0); CV 0,347 de media (desviación estándar: 0,197); autoestima

24,1 (5,33); resiliencia 14,8 (4,73); ansiedad 12,9 (3,63) y depresión 12,28 (4,24) (tabla 1).

Las enfermedades más frecuentes fueron fibromialgia (82; 57,7%) y artrosis (36; 25,4%) y las localizaciones: lumbar (137; 96,5%), rodillas (73; 51,4%), caderas (71; 50,0%), cervical (70; 49,3%) y puntos dolorosos de la fibromialgia (67; 8,3%) (tabla 2).

La tabla 1 recoge 26 características de la muestra, segmentada según finalizaran o no el taller, para detectar diferencias entre ambos, encontrando diferencias significativas en 8; entre los que no finalizaron el taller destacamos: mayor proporción de pacientes que trabajaban a tiempo completo (5; 26,3%; $p=0,048$); 5 (26,3%; $p=0,043$) no creían en los beneficios de las TnoF y el dolor al inicio era más alto (7,5; [6,0-8,5]; $p=0,039$).

Se midieron 8 indicadores de salud con escalas al inicio del taller, y se compararon con los resultados al finalizar el taller y a los 3 meses, encontrando mejoras estadísticamente significativas en todos ellos en los 2 momentos medidos respecto a los valores iniciales (tabla 3).

El dolor disminuyó de 6,0 a 4,0 (mediana) al finalizar el taller (3 meses: 5,0); el bienestar mejoró de 4,0 a 6,0 (3 meses: 4,0); la CV aumentó de 0,418 a 0,580 (3 meses: 0,536); la percepción de la salud de 47,5 a 60,0 (3 meses: 60,0); la autoestima de 24,1 a 27,5 (3 meses: 26,7); la resiliencia de 14,8 a 17,4 (3 meses: 18,6); la ansiedad disminuyó de 12,9 a 10,4 (3 meses: 8,8) y la depresión de 12,3 a 7,23 (3 meses: 6,47) (tabla 3).

Realizaron los PROM al finalizar el taller 136 pacientes y 79 a los 3 meses. Consiguieron disminuir el dolor con las técnicas 104 (76,5%) pacientes al finalizar el taller (3 meses: 66; 83,5%). Disminuyeron medicación 96 (76,2%) (3 meses: 60; 78,9%). Mejoraron hábitos 112 (88,2%) (3 meses: 69; 90,8%), principalmente: ejercicio físico, alimentación, tiempo para mí, más relajaciones/meditaciones. El estado de ánimo mejoró, aumentando los pacientes «alegre» (38; 27,9%) y «normal» (68; 50,0%) (3 meses: 25; 31,3% y 34; 42,5%) (tabla 4).

Al comparar las visitas a urgencias y consultas programadas 4 meses antes y 4 meses después del taller, se constató una disminución estadísticamente significativa. Hubo 40 (37,4%) pacientes que redujeron las visitas a urgencias y 12 (11,2%) las aumentaron; 40 (37,4%) disminuyeron las consultas programadas y aumentaron 22 (20,6%) (tabla 5).

El número de fármacos pasó de 3,0 (2,0-4,0) a 2,0 (1,0-3,8), $p<0,001$, a los 4-6 meses de finalizar el taller, 40 (50,0%) pacientes redujeron analgésicos, 28 (35,0%) los antidepressivos/ansiolíticos/relajantes y 14 (17,5%) los mixtos. Sin cambios en la situación laboral (tabla 5).

Las técnicas más útiles según los pacientes fueron meditación (25,2%), analgesia mental (16,5%), relajación (16,5%), afirmaciones (10,7%) y técnica del perdón (8,7%).

La satisfacción global con el taller fue de 9,8 (escala 0-10); grado recomendación 9,9; claridad de contenidos 9,7; conveniencia de actividades 9,6; utilidad para manejar el dolor 9,1; y utilidad para manejar la enfermedad 9,2.

Discusión

Al finalizar el taller, los pacientes disminuyeron el dolor, coincidiendo con otros estudios que aplican TnoF^{9,10,12,13} y

Tabla 1 Características de la muestra

Variables	Finaliza el taller		Significación (p)
	Sí N (%)	No N (%)	
<i>Total de participantes</i>	142 (88,2)	19 (11,8)	
<i>Sexo</i>			
Mujer	131 (92,3)	18 (94,7)	1 ^a
<i>Estudios</i>			
Sin estudios	8 (5,6)	1 (5,3)	
Primaria	30 (21,1)	6 (31,6)	
Secundaria	20 (14,1)	3 (15,8)	
Bachillerato, FP grado medio	48 (33,8)	5 (26,3)	0,336 ^b
Diplomado, licenciado, graduado	24 (16,9)	0 (0)	
Desconocido	12 (8,5)	4 (21,1)	
<i>Situación laboral</i>			
Trabajo a tiempo completo	13 (9,2)	5 (26,3)	
Trabajo a tiempo parcial	2 (1,4)	1 (5,3)	
Trabajo pero estoy de baja de corta duración	4 (2,8)	0 (0)	
Trabajo pero estoy de baja de larga duración	38 (26,8)	1 (5,3)	0,048* ^b
Jubilado/a, pensionista	3 (2,1)	0 (0)	
No trabajo fuera del hogar	73 (51,4)	8 (42,1)	
Desconocido	9 (6,3)	4 (21,1)	
<i>Estructura familiar (una o más opciones)</i>			
Vivo solo/a	13 (6,5)	1 (3,3)	
Convivo con pareja	91 (45,7)	10 (33,3)	
Convivo con hijos	68 (34,2)	12 (40,0)	
Convivo con padres	9 (4,5)	3 (10,0)	
Convivo con hermano/s	3 (1,5)	0 (0)	
Desconocido	15 (7,5)	4 (13,3)	
<i>Necesidad de cuidador</i>			
No	97 (68,3)	10 (52,6)	
Sí, a tiempo parcial	23 (16,2)	4 (21,1)	0,524 ^b
Sí, a tiempo completo	5 (3,5)	0 (0)	
Desconocido	17 (12,0)	5 (26,3)	
<i>Es cuidador de otra persona</i>			
No	99 (69,7)	11 (57,9)	
Sí, a tiempo parcial	15 (10,6)	1 (5,3)	0,293 ^b
Sí, a tiempo completo	10 (7,0)	3 (15,8)	
Desconocido	18 (12,7)	4 (21,1)	
<i>Ausentado del trabajo</i>			
No	27 (19,0)	2 (10,5)	
Sí, a veces	30 (21,1)	4 (21,1)	
Sí, muchas veces	34 (23,9)	7 (36,8)	0,288 ^b
No trabajo fuera de casa	39 (27,5)	2 (10,5)	
Desconocido	12 (8,5)	4 (21,1)	
<i>Causa baja laboral</i>			
No	29 (20,4)	8 (42,1)	
Sí	65 (45,8)	9 (47,4)	0,014* ^b
No trabajo fuera de casa	37 (26,1)	0 (0)	
Desconocido	11 (7,7)	2 (10,5)	
<i>Estado de ánimo previo al taller</i>			
Alegre	5 (3,5)	0 (0)	
Normal	33 (23,2)	3 (15,8)	
Desanimado	55 (38,7)	8 (42,1)	0,680 ^b
Deprimido	47 (33,1)	8 (42,1)	
Desconocido	2 (1,4)	0 (0)	
<i>Dolor generalizado</i>			
Sí	87 (61,3)	10 (52,6)	0,470 ^b

Tabla 1 (continuación)

Variables	Finaliza el taller		Significación (p)	
	Sí N (%)	No N (%)		
No	55 (38,7)	9 (47,4)		
<i>Toma analgésicos</i>				
Sí	123 (86,6)	17 (89,5)		
No	15 (10,6)	0	0,376 ^a	
Desconocido	4 (2,8)	2 (10,5)		
<i>Toma antidepresivos, ansiolíticos o relajantes</i>				
Sí	103 (74,6)	13 (68,4)		
No	30 (21,1)	4 (21,1)	1 ^a	
Desconocido	6 (4,2)	2 (10,5)		
<i>Ha consumido morfina en alguna ocasión</i>				
Sí	78 (54,9)	11 (57,9)		
No	55 (38,7)	6 (31,6)	0,632 ^b	
Desconocido	9 (6,3)	2 (10,5)		
<i>Terapias no farmacológicas (una o más opciones)</i>				
Acupuntura	60 (42,3)	5 (26,3)		
Homeopatía	23 (16,2)	4 (21,1)		
Meditación	41 (28,9)	4 (21,1)		
Pilates	34 (23,9)	1 (5,3)		
Reiki	21 (14,8)	3 (15,8)		
Relajación	57 (40,1)	6 (31,6)		
Yoga	44 (31,0)	5 (26,3)		
Ejercicio físico	18 (12,7)	3 (15,8)		
Otras	13 (9,2)	4 (21,1)		
<i>Cree en beneficios de las terapias no farmacológicas</i>				
Sí	120 (84,5)	13 (68,4)		
No	13 (9,2)	5 (26,3)	0,043* ^a	
Desconocido	9 (6,3)	1 (5,3)		
Media (desviación estándar)				
Calidad de vida (EQ5D) inicio	Escala 0-1	0,347 (0,197)	0,418 (0,245)	0,210 ^c
Autoestima al inicio	Escala 9-36	24,1 (5,33)	24,3 (6,10)	0,750 ^c
Resiliencia al inicio**	Escala 6-30	14,8 (4,73)	18,6 (3,05)	0,089 ^c
Ansiedad al inicio**	Escala 0-21	12,9 (3,63)	13,0 (3,46)	0,925 ^c
Depresión al inicio**	Escala 0-21	12,28 (4,24)	10,4 (1,95)	0,232 ^c
Mediana (rango intercuartílico)				
Edad		56,0 (49,0-64,0)	52,0 (42,0-59,0)	0,175 ^d
Dolor máximo en el último mes	Escala 0-10	8,0 (7,0-9,6)	8,0 (8,0-10,0)	0,511 ^d
Dolor máximo en últimos 6 meses	Escala 0-10	8,5 (8,0-10,0)	9,0 (8,0-10,0)	0,109 ^d
Dolor al inicio	Escala 0-10	6,0 (5,0-8,0)	7,5 (6,0-8,5)	0,039* ^d
Bienestar inicio	Escala 0-10	4,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,489 ^d
Mi salud al inicio	Escala 0-100	50,0 (30,0-60,0)	40,0 (30,0-50,0)	0,229 ^d

* Significación estadística $p < 0,05$.
** Muestra más pequeña, $n = 34$.
^a Test de Fisher.
^b Chi-cuadrado.
^c Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes.
^d T-Student para muestras independientes.

el consumo de analgésicos^{10,12}, además de mejorar el resto de indicadores medidos^{18,19}: bienestar, CV¹³, auto percepción del estado de salud, autoestima, resiliencia, ansiedad y depresión^{9,10}, y, estas mejoras, fueron estadísticamente significativas.

Algo más de 3 cuartas partes de los pacientes afirmaron haber disminuido el dolor al aplicar las técnicas y disminuyeron la medicación, fundamentalmente la frecuencia de las tomas o la dosis; y la amplia mayoría mejoraron alguno de sus hábitos, al igual que ocurrió en otros estudios^{8,10,20}.

Tabla 2 Localización del dolor y enfermedad que lo provoca

	Finaliza el taller		No finaliza el taller	
	N	(%)	N	(%)
<i>Total de pacientes</i>	142	88,2	19	11,8
<i>Enfermedad que produce el dolor</i>				
Fibromialgia	82	57,7	12	63,2
Artrosis	36	25,4	1	5,3
Fatiga crónica	16	11,3	1	5,3
Dolor en articulaciones	15	10,6	3	15,8
Dolor de espalda	15	10,6	2	10,5
Hernia discal	14	9,9	0	0,0
Lumbalgia	12	8,5	0	0,0
Enfermedad autoinmune o neurodegenerativa	10	7,0	0	0,0
Dolor neuropático	9	6,3	1	5,3
Migraña	8	5,6	2	10,5
Cervicalgia	8	5,6	1	5,3
Dolor tras accidente	7	4,9	1	5,3
Otros	36	25,4	1	5,3
No contesta	12	8,5	1	5,3
Total de respuestas	280	100	26	100
<i>Localización del dolor</i>				
Columna cervical	70	49,3	17	89,5
Columna dorsal	61	43,0	6	31,6
Columna lumbar	137	96,5	18	94,7
Miembros inferiores	43	30,3	10	52,6
Caderas	71	50,0	13	68,4
Pelvis	30	21,1	4	21,1
Rodillas	73	51,4	12	63,2
Pies	38	26,8	5	26,3
Miembros superiores	29	20,4	5	26,3
Hombros	33	23,2	6	31,6
Manos	34	23,9	4	21,1
Cabeza	41	28,9	9	47,4
Puntos dolorosos de la fibromialgia	67	47,2	9	47,4
Fatiga crónica	23	16,2	1	5,3
Dolor generalizado	28	19,7	1	5,3
Otra localización	13	9,2	1	5,3
Neuralgia	10	7,0	2	10,5
No contesta	3	2,1	0	0,0
Total de respuestas	804	100	123	100

Aclaración: El porcentaje se calcula sobre el número total de pacientes de cada grupo.

Casi 9 de cada 10 pacientes, antes de iniciar el taller, tomaban analgésicos; las 3 cuartas partes consumían anti-depresivos, ansiolíticos o relajantes y, algo más de la mitad, había tomado morfina en alguna ocasión, resultados que coinciden con muchos de los estudios revisados^{21,22}.

El consumo se redujo significativamente a los 4-6 meses de finalizar el taller, disminuyendo el número total de fármacos en una unidad, gracias a que redujeron principalmente los analgésicos, aunque también los anti-depresivos/ansiolíticos/relajantes y, en menor medida, los mixtos.

Hubo una reducción significativa de las visitas a urgencias y de consultas programadas en referencia al dolor y síntomas derivados de este (ansiedad, depresión, insomnio) a los 4 meses de haber finalizado el taller. Aún hay pocos estudios que evalúen estos efectos, no obstante, encontramos

que un grupo de investigadores²³ estudiaron las diferencias entre los pacientes que acudían a atención primaria y los que asistían a clínicas especializadas en DC y encontraron que los pacientes que acudían a estas clínicas especializadas iban menos a urgencias y a atención primaria, además de consumir menos analgésicos, mientras que los sujetos que acudían a atención primaria se realizaban más pruebas diagnósticas y causaban mayores costes de hospitalización. El barómetro del dolor desarrollado en España en 2022² ha confirmado la alta frecuentación tanto a atención primaria como hospitalaria y a los dispositivos de urgencias de ambos niveles asistenciales, en pacientes con DC. El taller evaluado es una opción válida ya que casi un 40% de los pacientes disminuyeron las visitas al sistema sanitario (tanto a urgencias como las programadas) para consultar sobre su DC y síntomas asociados a este (ansiedad, problemas de sueño) y, además,

Tabla 3 Principales resultados. Escalas de medida

Indicadores de salud		Inicial	N	Final taller	N	p	A los 3 meses	N	p
Dolor (0-10)	Mediana (RIC)	6,0 (5,0-8,0)	142	4,0 (4,0-6,0)	141	p < 0,001* ^a	5,0 (4,0-6,0)	96	p < 0,001* ^a
Bienestar (0-10)	Mediana (RIC)	4,0 (2,0-4,0)	142	6,0 (4,0-7,0)	141	p < 0,001* ^a	4,0 (4,0-6,0)	95	p < 0,001* ^a
Mi salud (0-100)	Mediana (RIC)	47,5 (30,0-60,0)	138	60,0 (50,0-75,0)	140	p < 0,001* ^a	60,0 (40,0-80,0)	93	p < 0,001* ^a
Calidad de vida (EQ-5D) (0-1)	Media (DE)	0,418 (0,2453)	139	0,580 (0,2343)	140	p < 0,001* ^b	0,536 (0,2619)	94	p < 0,001* ^b
Autoestima (9-36)	Media (DE)	24,1 (5,33)	127	27,5 (0,466)	126	p < 0,001* ^b	26,7 (5,37)	86	p < 0,001* ^b
Resiliencia (6-30)	Media (DE)	14,8 (4,73)	29	17,4 (3,20)	29	0,005* ^b	18,6 (2,44)	15	0,013* ^b
Ansiedad (0-21)	Media (DE)	12,9 (3,63)	29	10,4 (4,56)	29	0,002* ^b	8,8 (5,83)	15	0,019* ^b
Depresión (0-21)	Media (DE)	12,3 (4,24)	29	7,2 (4,35)	29	p < 0,001* ^b	6,47 (4,90)	15	0,006* ^b

DE: desviación estándar; RIC: rango intercuartílico.

* Significación estadística p < 0,05.

^a Test de Wilcoxon.

^b T-Student para muestras apareadas.

Aclaración: Los valores de p reflejan si hay diferencias estadísticamente significativas entre las medias y medianas de los 2 momentos medidos (final del taller y a los 3 meses), respecto a los valores iniciales.

Tabla 4 Autovaloración del impacto del taller. Resultados aportados por los pacientes (PROM)

Preguntas	Final taller Sí N (%)	A los 3 meses Sí N (%)
<i>Ha disminuido el dolor al aplicar las técnicas</i>	104 (76,5)	66 (83,5)
<i>Después del taller ha disminuido la medicación</i>	96 (76,2)	60 (78,9)
Disminuye la frecuencia en las tomas	63 (52,5)	49 (67,1)
Disminuye las dosis	56 (46,7)	33 (45,8)
Cambia un fármaco por otro de menor nivel	31 (25,8)	23 (32,5)
Deja de tomar algunos fármacos	46 (38,7)	35 (50,0)
<i>Mejora hábitos</i>	112 (88,2)	69 (90,8)
<i>Estado de ánimo al final del taller</i>		
Alegre	38 (27,9)	25 (31,3)
Normal	68 (50,0)	34 (42,5)
Desanimado	21 (15,4)	15 (18,8)
Deprimido	9 (6,6)	6 (7,5)
<i>Total muestra</i>	136	79

redujeron el número de analgésicos entre los 4 y 6 meses después de finalizarlo.

En nuestro estudio, no encontramos cambios en la situación laboral, el DC sigue siendo una causa importante de baja laboral de corta y larga duración e incluso de incapacidad².

El estado de ánimo, también mejoró al finalizar el taller, coincidiendo con otros estudios^{8,24,25}, aumentando significativamente las personas en estado de ánimo «alegre» y disminuyendo las de «desanimado» o «deprimido».

Pasados 3 meses, se mantuvo la mejoría en la percepción de la salud, aumentó la mejoría de la resiliencia, la ansiedad y la depresión, incluso se incrementó la proporción de pacientes que mejoró cada uno de estos PROM; también Björnisdóttir et al.¹³ informaron resultados positivos hasta 6

meses en disminución del dolor y mejora de CV; en otros estudios, las mejoras no se mantuvieron^{26,27}.

El dolor, aunque se mantuvo por debajo de la mediana inicial, subió una unidad más a los 3 meses; algo similar ocurrió con la CV y la autoestima, que se mantuvieron bajo la media inicial, aunque la mejora fue menor respecto al final del taller. En cambio, la mejoría en el bienestar no se mantuvo, ya que volvió al valor original a los 3 meses.

Casi la totalidad de los participantes fueron mujeres, coincidiendo con lo publicado por otros autores^{2,5,6}, con una edad media cercana a los 60 años, algo superior a la edad media arrojada por el Barómetro del DC en población española². La situación laboral se vio afectada debido al DC, ya que la mitad de los pacientes no trabajaban fuera de casa y entre los que sí trabajaban, un número importante

Tabla 5 Impacto en consumo de recursos

		4 meses antes	4 meses después	Significación (p)	Cambios producidos
Consultas a urgencias	Mediana (RIC)	0 (0-1,0)	0 (0-0)	$p < 0,001^* \text{ }^a$	Disminuyen 40 (37,4%) Igual 55 (51,4%) Aumentan 12 (11,2%)
Consultas programadas	Mediana (RIC)	1,0 (0-2,0)	0 (0-1,0)	0,017* ^a	Disminuyen 40 (37,4%) Igual 45 (42,1%) Aumentan 22 (20,6%)
		Al inicio del taller	4-6 meses después	Significación (p)	Cambios producidos
Total de medicamentos	Mediana (RIC)	3,0 (2,0-4,0)	2,0 (1,0-3,8)	$p < 0,001^* \text{ }^a$	Disminuyen 44 (55,0%) Igual 21 (26,3%) Aumentan 15 (18,8%)
Analgésicos	Mediana (RIC)	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (0-2,0)	$p < 0,001^* \text{ }^a$	Disminuyen 40 (50,0%) Igual 28 (35,0%) Aumentan 12 (15,0%)
Antidepresivos, ansiolíticos, relajantes	Mediana (RIC)	1,0 (0-2,0)	1,0 (0-2,0)	0,025* ^a	Disminuyen 28 (35,0%) Igual 37 (46,3%) Aumentan 15 (18,8%)
Mixtos	Mediana (RIC)	0 (0-1,0)	0 (0-0)	0,023* ^a	Disminuyen 14 (17,5%) Igual 63 (78,8%) Aumentan 3 (3,75%)
Situación Laboral					
Trabaja	N (%)	13 (17,3%)	14 (18,7%)		
Baja laboral	N (%)	21 (28,0%)	18 (24,0%)		
No trabaja	N (%)	41 (54,7%)	43 (57,3%)	0,887 ^b	

RIC: rango intercuartílico.

* Significación estadística $p < 0,05$.^a Test de Wilcoxon.^b Chi-cuadrado.

habían causado baja laboral por el dolor y, casi la cuarta parte, se había ausentado del trabajo muchas veces, aunque sin baja, situaciones muy comunes en los pacientes con DC^{2,28}.

La mayoría de los pacientes que finalizaron el taller dijeron creer en los beneficios de alguna/s TnoF y la mayoría había practicado alguna (acupuntura, relajación, meditación, yoga y pilates), que coinciden con las más extendidas²⁰. En cambio, entre los que no finalizaron el taller, más de una cuarta parte no creía en los beneficios de las TnF, lo que podría explicar su abandono. Según una encuesta de 2007, casi 4 de cada 10 adultos estadounidenses utilizaron TnoF, además de las tradicionales, para tratar su dolor; estudios posteriores han demostrado que su uso continúa aumentando, especialmente en mujeres y niveles educativos más altos²⁸.

El tipo de DC que padecían los pacientes que participaron en estos talleres y las enfermedades que se lo provocaban fueron muy variados, destacando la fibromialgia y la artrosis, que les provocaba dolor generalizado o en varias localizaciones, aunque también había enfermedades autoinmunes, neuralgias o dolores viscerales. Esta variedad la consideramos enriquecedora para los pacientes al compartir experiencias; por el contrario, muchos de los programas multicomponentes para el DC se dirigen a pacientes con la misma patología^{18-20,25}. Además, nuestros pacientes partían de diferentes niveles culturales, no obstante, esto no ha sido

un problema, y las técnicas realizadas en el taller resultaron válidas para todos ellos.

Como limitaciones de este estudio, destacamos los pacientes que no finalizaron, principalmente por la concurrencia de eventos graves (muerte o empeoramiento de un familiar) o reactivación severa de su enfermedad; en estos casos, se ofreció al paciente abandonar el taller y realizarlo más adelante; otros abandonaron por incompatibilidad de horarios con el trabajo, una minoría no confiaban en este tipo de terapias y varios abandonaron sin explicar porqué. No obstante, las mayores pérdidas se produjeron en el seguimiento a los 3 meses. Para minimizar estas pérdidas, se evitó realizar talleres en los meses de verano o con varios festivos y se acordaron las fechas con el grupo de pacientes.

Otra dificultad fue medir la evolución del dolor, ya que es fluctuante, aunque la media disminuyó de manera significativa, principalmente gracias a la analgesia mental. Este resultado se complementa con otros indicadores de salud favorables: bienestar, CV, autoestima, resiliencia, ansiedad/depresión y estado de ánimo.

La satisfacción global y de cada aspecto evaluado roza el valor máximo, y, en los comentarios finales, los pacientes transmitieron su agradecimiento a las docentes y colaboradoras y manifestaron haber realizado un gran cambio en sus vidas, en la visión de su enfermedad y del dolor, que les había llevado a mejorar su autocuidado y autoestima, recuperando las ganas de emprender nuevas metas e ilusiones.

Financiación

Parte de este trabajo ha sido financiado por la Unión Europea (NextGenerationEU) y el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, a través de la ayuda con número de expediente SE/INV/0013/2022 concedida por la Consejería de Empleo, Formación y Trabajo Autónomo de la Junta de Andalucía en la convocatoria 2022 del Programa Investigo, Mecanismo de Recuperación y Resiliencia.

Contribuciones de los autores

- María Victoria Ruiz Romero. Concepción, diseño del estudio, adquisición de datos, análisis, interpretación de los datos, borrador del artículo, aprobación definitiva de la versión que se presenta.
- Ana Porrúa del Saz. Concepción, revisión crítica del contenido intelectual, aprobación definitiva de la versión que se presenta.
- María Begoña Gómez Hernández. Concepción, adquisición de datos, revisión crítica del contenido intelectual, aprobación definitiva de la versión que se presenta.
- Eva Lobato Parra. Adquisición de datos, análisis, interpretación de los datos, borrador del artículo, aprobación definitiva de la versión que se presenta.
- Antonio Soler Jiménez. Adquisición de datos, borrador del artículo, aprobación definitiva de la versión que se presenta.
- Consuelo Pereira Delgado. Concepción, interpretación de los datos, borrador del artículo, aprobación definitiva de la versión que se presenta.

Conflicto de intereses

Los autores de este estudio declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A nuestras colaboradoras del Centro Universitario San Juan de Dios, de Bormujos (Sevilla): Noelia Flores (estudiante de Enfermería y nutricionista), Natalia Gutiérrez (estudiante de Enfermería y técnico de Anatomía Patológica), Almudena Arroyo (jefe de estudios) y Rocío Romero (profesora titulada); y a María Dolores Guerra, profesora titulada de la Universidad de Sevilla.

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.

Bibliografía

1. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Sociedad Española del Dolor. El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. 2018 [acceso 3 Oct 2023]. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_dolor_ok.pdf
2. Observatorio del Dolor, Fundación Grünenthal España. Barómetro del dolor crónico en España. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional. 2022 [acceso 3 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/con-la-ciencia/barometro-dolor-cronico-espana-2022>
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-287, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>.
4. Langley PC. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Curr Med Res Opin*. 2011;27:463-80, <http://dx.doi.org/10.1185/03007995.2010.542136>.
5. Ortega-Jiménez P, de Sola H, Salazar A, Dueñas M, del Reguero L, Failde I. A nationwide cross-sectional study of self-reported adherence and factors associated with analgesic treatment in people with chronic pain. *J Clin Med*. 2020;9:3666, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm9113666>.
6. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. 2018 [acceso 3 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PAERMEV4.pdf>
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad SS e Igualdad. Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Sobre Alcohol y Otras Drogas En España (EDADES) 1995-2022. Published 2022 [acceso 3 Oct 2023]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
8. Ruiz-Romero MV, Guerra-Martin 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;44:61-9, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0927>.
9. You DS, Ziadni MS, Cooley CE, Talavera DC, Mackey SC, Poupore-King H. Effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation program in real-world patients with chronic back pain: A pilot cohort data analysis. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2021;34:965-73, <http://dx.doi.org/10.3233/BMR-200305>.
10. Ruiz-Romero M, López-Tarrida A, Porrúa-del Saz A, Gómez-Hernández MB, Martínez-Monrobé MB, Sánchez-Villar E, et al. Efectividad de una intervención multimodal para la mejora de la atención al dolor crónico. *Rev Esp Salud Publica*. 2023;97:e202309071.
11. Tauben D, Stacey B. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Uptodate. 2023 [acceso 3 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>
12. Skúladóttir H, Björnsdóttir A, Holden JE, Gunnarsdóttir TJ, Halldorsdóttir S, Sveinsdóttir H. Pain rehabilitation's effect on people in chronic pain: A prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:10306, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph181910306>.
13. Björnsdóttir SV, Triebel J, Arnljótsdóttir M, Tómasson G, Valdimarsdóttir UA. Long-lasting improvements in health-related quality of life among women with chronic pain, following multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2018;40:1764-72, <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2017.1312565>.
14. 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;28:425-9, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4).
15. Sánchez-Villena AR, de la Fuente-Figuerola F, Ventura-León J. Modelos factoriales de la Escala de Autoestima de Rosenberg en adolescentes peruanos. *Rev de Psicopatol y Psicol Clin*. 2021;26:47, <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.26631>.
16. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med*. 2008;15:194-200, <http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972>.
17. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital

- anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277–83, [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4).
18. 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;CD000963, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>.
 19. 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, <http://dx.doi.org/10.7326/M16-2459>.
 20. 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100962>.
 21. Varela N. Treatment of non-malignant chronic pain: Paradigm shift and multidisciplinary management. *An Sist Sanit Navar*. 2022;45, <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.1010>.
 22. 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;319:872, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.0899>.
 23. Rodríguez MJ, García AJ. A registry of the aetiology and costs of neuropathic pain in pain clinics. *Clin Drug Investig*. 2007;27:771–82, <http://dx.doi.org/10.2165/00044011-200727110-00004>.
 24. People living with pain. The British Pain Society. [Internet] [citado 19 Dic 2023]. Siaponible en: <https://www.britishpainsociety.org/people-with-pain/>
 25. Khodadad B, Letafatkar A, Hadadnezhad M, Shojaedin 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*. 2020;12:289–95, <http://dx.doi.org/10.1177/1941738119886854>.
 26. Cano-García FJ, González-Ortega MdelC, Sanduvete-Chaves S, Chacón-Moscoso S, Moreno-Borrego R. Evaluation of a psychological intervention for patients with chronic pain in primary care. *Front Psychol*. 2017;8, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00435>.
 27. Schaller A, Dintsios CM, Icks A, Reibling N, Froboese I. Promoting physical activity in low back pain patients: Six months follow-up of a randomised controlled trial comparing a multicomponent intervention with a low intensity intervention. *Clin Rehabil*. 2016;30:865–77, <http://dx.doi.org/10.1177/0269215515618730>.
 28. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397:2082–97, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00393-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7).