



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
University of Oviedo

Curso: 2022-2023

**Grado Enfermería**  
**Trabajo Fin de Grado**

**“Revisión bibliográfica del dolor crónico  
y las terapias alternativas  
complementarias. Visión enfermera”**

**Autora: Dña. Mónica Soage Bermúdez**

**Tutor: D. Miguel Núñez Moral**



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

D. Miguel Núñez Moral Grado en Enfermería por la Universidad de Oviedo, Área de enfermería, Departamento de Medicina. Supervisor de la Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

**CERTIFICA:**

Que el Trabajo Fin de Grado presentado por Dña. Mónica Soage Bermúdez , titulado "Revisión bibliográfica del dolor crónico y las terapias alternativas complementarias. Visión enfermera", realizado bajo la dirección de D. Miguel Núñez Moral, reúne a su juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Enfermería.

Y para que así conste dónde convenga, firma la presente certificación en Oviedo a 2 de junio de 2023.

### AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quisiera agradecer a mi entorno cercano por el apoyo recibido durante mi etapa universitaria. Ha supuesto todo un reto enfrentarme con mi edad y mis obligaciones laborales, a esta aventura nada fácil. Pero sin duda, ha merecido la pena.

En segundo lugar, a mi tutor, por haber tenido mucha paciencia y guiarme hasta encontrar el enfoque verdadero de este trabajo. Me ha enseñado a ser objetiva y a no creer en la verdad absoluta en el mundo de la ciencia. Me ha mostrado que vale más la calidad que la cantidad y la prueba es este pequeño trabajo. Ha sido bonito compartir opiniones sobre este tema tan controvertido.

Por último, a todos aquellos que compartimos esta bonita profesión. La enfermería no debe perder nunca su objetivo principal, el Arte de cuidar. Creo que debemos aprovechar la era de la evidencia en la que estamos para cambiar el mundo. Las enfermeras estamos en una posición muy privilegiada y debemos aprovecharla.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	4
RESUMEN .....	5
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Principal .....	8
2.2. Secundarios.....	8
3. METODOLOGÍA .....	8
3.1. Estrategia de búsqueda y selección de artículos .....	8
3.2. Descriptores en ciencias de la salud utilizados.....	9
3.3. Criterios de inclusión .....	10
3.4. Criterios de exclusión .....	10
3.5. Resultados.....	11
4. DESARROLLO .....	11
4.1. DEFINICIÓN DE DOLOR Y EVOLUCIÓN .....	11
4.2. PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO.....	13
4.3. TERAPIAS ACTUALES FRENTE AL DOLOR.....	14
4.4. LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS .....	17
4.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS TAC .....	20
➤ Prácticas de Manipulación Corporal:.....	20
➤ Técnica de Mente- Cuerpo. ....	21
➤ Sistemas médicos Antiguos.....	25
5. COMENTARIOS FINALES.....	26
6. BIBLIOGRAFÍA .....	28

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
TAC	Terapia Alternativas Complementarias
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
IASP	Asociación Internacional para el estudio del dolor
EFIC	Federación Europea de Capítulos
ADT	Antidepresivos tricíclicos
FAES	Antiepilépticos
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NIH	National Institutes of Health- Estados Unidos
SNC	Sistema Nervioso Central
SN	Sistema Nervioso
Na <sup>2+</sup>	Sodio
Ca <sup>+</sup>	Calcio
Sustancia P	Péptido del dolor
RDQ	Cuestionario de discapacidad Roland
AVAC	Años de vida ajustados según la calidad
TCBM	Terapia conductual basada en el Mindfulness o Terapia plena
TCC	Terapia cognitivo- conductual
TFG	Trabajo fin de grado

## RESUMEN

El dolor crónico es un gran problema de salud pública con alto coste, superando a enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. El Instituto Nacional de Estadística, revela que el 17% de la población española convive con dolor, situación que irá en aumento debido al envejecimiento y los estilos de vida. Por ello la gestión del dolor crónico se ha convertido en un indicador primordial de la práctica clínica. El enfoque biopsicosocial y el abordaje multidisciplinar parecen necesarios, y aunque se ha avanzado en el conocimiento de la neurofisiología del dolor, el tratamiento farmacológico, no parece solucionar por sí sólo el problema que ocasiona el dolor crónico.

Parece oportuno realizar esta revisión bibliográfica para dar a conocer el panorama actual del dolor crónico, y cómo las Terapias Alternativas Complementarias, a través de un enfoque holístico, pueden responder a la demanda de los pacientes que no responden a tratamiento farmacológico. Por otro lado, los profesionales deben saber atender las peticiones de la población a estas terapias no farmacológicas, para garantizar la buena relación de profesional-paciente y alejar en muchas ocasiones a éste de terapias alternativas potencialmente peligrosas.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en: PubMed Web of Science, Google Scholar, Cochrane y Scielo. Se seleccionaron 42 trabajos con buena calidad metodológica (revisiones sistemáticas y metaanálisis), de los últimos 15 años. Estimamos que la revisión tiene solidez como para propugnar que las Terapias Alternativas Complementarias especialmente: el masaje, yoga, musicoterapia, mindfulness, kinesiología o acupuntura, pueden ser una herramienta coadyuvante en el tratamiento del dolor, ayudando a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras Clave:** *“Dolor crónico”, “Terapias Complementarias”, “Manejo del dolor” y “Salud Holística”.*

## **ABSTRAC**

Chronic pain is a major public health problem with high cost, surpassing cardiovascular diseases, diabetes and cancer. The National Institute of Statistics, reveals that 17% of the Spanish population lives with pain, a situation that will increase due to aging and lifestyles. For this reason, chronic pain management has become a primary indicator of clinical practice. The biopsychosocial approach and the multidisciplinary approach seem necessary, and although progress has been made in the knowledge of the neurophysiology of pain, pharmacological treatment based on the consumption of opioids does not seem to solve the problem caused by chronic pain alone.

It seems appropriate to carry out this bibliographic review to publicize the current panorama of chronic pain, and how Complementary Alternative Therapies, through a holistic approach, can respond to the demand of patients who do not respond to pharmacological treatment. On the other hand, professionals must know how to respond to the population’s requests for these non-pharmacological therapies, in order to guarantee a good of professional-patient relationship, on many occasions, steer patients away from potentially dangerous alternative therapies.

A literature search was conducted in: PubMed Web of Science, Google Scholar, Cochrane and Scielo. We selected 42 papers with good methodological quality (systematic reviews and meta-analyses) from the last 15 years. We believe that the review is strong enough to advocate that Complementary Alternative Therapies especially: massage, yoga, music therapy, mindfulness, kinesiology or acupuncture, can be an adjuvant tool in the treatment of pain, helping to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** *“Chronic Pain”, “Complementary Therapies”, “Pain Management” and “Holistic Health”.*

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico es un problema muy grave de salud pública, encontrándose entre las diez enfermedades con mayor gasto. En España los costes anuales (directos e indirectos), son superiores a 16.000 millones de euros (3% del Producto Interior Bruto), superando conjuntamente a las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer<sup>1</sup>. El dolor supone un importante impacto en la calidad de vida de quien lo padece, siendo la segunda causa de consulta en Atención Primaria.<sup>2</sup>

En Europa afecta a cien millones de personas, lo que indica que el 19% de la población estaría experimentando algún tipo de dolor crónico. Según datos de la última encuesta nacional de salud publicada por el Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia alcanza el 17%, lo que se traduce en una de cada seis personas conviven con dolor. Todo hace pensar que debido al aumento de la esperanza de vida y los hábitos poco saludables, los datos irán en aumento.<sup>1</sup>

El consumo de opioides desde el año 2013 al 2019, se ha visto incrementado del 3,57 al 5,42 de forma general. En la población española, es el 15,2 % (entre los 15 y 64 años) quien reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión; práctica más extendida entre las mujeres.<sup>3</sup>

Por ello la gestión del dolor crónico se ha convertido en un indicador primordial de la práctica clínica, debido al gran número de personas que lo padecen y al enorme gasto sanitario que produce. El enfoque biopsicosocial y el abordaje multidisciplinar parecen necesarios, y aunque se ha avanzado en el conocimiento de la neurofisiología del dolor, el tratamiento farmacológico por sí solo no parece solucionar el problema del dolor crónico.<sup>4</sup>

La reflexión sobre la utilidad de las TAC como profesionales de la salud, debe basarse en conocer la evidencia y gestionar de manera adecuada su uso. Los profesionales deben saber atender las demandas de la población a estas terapias no farmacológicas, de manera convincente y fiable,

para garantizar la buena relación de profesional- paciente y alejar en muchas ocasiones a éste de terapias alternativas potencialmente peligrosas. Se debe informar al paciente acerca del abordaje del tratamiento convencional farmacológico, y orientar sobre la naturaleza de las terapias alternativas, así como de las expectativas reales, riesgos y beneficios, para lograr el control del dolor y mejorar la calidad de vida.<sup>5</sup>

Por ello parece oportuno realizar esta revisión bibliográfica, para dar a conocer el panorama del dolor crónico y cómo las TAC se presentan como otra forma de cuidar holística e integralmente, respondiendo a las demandas de los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico, y así incrementar su bienestar físico, emocional, social y espiritual.<sup>6</sup>

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Principal

Evaluar las diferentes Terapias Alternativas Complementarias por medio de una revisión bibliográfica, para determinar la evidencia existente.

### 2.2. Secundarios

- Mostrar la epidemiología del dolor y las bases anatómicas y estructurales implicadas en la trasmisión.
- Revisión del tratamiento farmacológico para el dolor crónico.
- Revisión bibliográfica y análisis de los diversos estudios en Terapias Alternativas Complementarias y su aplicación en el dolor crónico.

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Estrategia de búsqueda y selección de artículos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed Web of Science, Google Scholar, la biblioteca electrónica Scielo y la Cochrane (fuente principal de revisiones sistemáticas en salud); así como páginas Web de sociedades científicas y organismos oficiales:

Organización Mundial de la Salud, la Agencia Europea del Medicamento y el Instituto Nacional de Estadística. El periodo de búsqueda tiene lugar entre los meses de enero-mayo del 2023.

### 3.2. Descriptores en ciencias de la salud utilizados

Descriptor en Español	Descriptor en Inglés
<i>Dolor crónico</i>	<i>Chronic pain</i>
<i>Terapias complementarias</i>	<i>Complementary therapies</i>
<i>Manejo del dolor</i>	<i>Pain management</i>
<i>Salud holística</i>	<i>Holistic health</i>

Se termina por combinar todas ellas con el descriptor “*dolor crónico*” mediante el operador booleano “*and*”. A su vez, se establecen los siguientes filtros:

- Estudios y revisiones realizadas entre los años 2008-2023.
- Idioma inglés y español.
- Disponibilidad gratuita del artículo.
- Población adulta con algún tipo de dolor crónico.
- Incluir estudios Meta-Análisis y estudios randomizados.

Finalmente se obtuvieron 6.966 referencias de los diferentes buscadores (**Tabla 1**). Se analizaron los títulos y resúmenes del total, descartando las referencias que no aludían a la temática y la relacionaban con otros factores no incluidos en el presente trabajo. Se procedió a la eliminación manual de duplicados y se descartaron aquellos que no cumplieran con todos los criterios de selección reseñados.

	<i>Chronic pain and complementary therapies</i>	<i>Chronic pain and Pain management</i>	<i>Chronic pain and Holistic health</i>
<b>PubMed</b>	788	2.160	19
<b>Google Scholar</b>	603	2.490	80
<b>Scielo</b>	6	48	1
<b>Cochrane</b>	45	722	4
<b>TOTAL</b>	1.442	5.420	104

**Tabla 1:** Perfil de Búsqueda.

### 3.3. Criterios de inclusión

- Fecha de publicación comprendida entre los años 2008-2023.
- Idioma Castellano e inglés.
- Referencia explícita al dolor crónico o las Terapias Alternativas Complementarias.
- Posibilidad de obtención gratuita del artículo completo.
- Alusión a dolor y cuidados paliativos. Dolor de espalda y cuello, lesiones óseas, articulares y musculares.

### 3.4. Criterios de exclusión

- Publicaciones que no aborden la temática de manera específica.
- Imposibilidad de conseguir texto original.
- Bibliografía gris y/o calidad metodológica subóptima.
- Temática alejada de las ciencias de la Salud.

### 3.5. Resultados

En la elaboración definitiva de este trabajo se descartó la bibliografía gris, es decir, trabajos publicados en libros de comunicaciones a congresos y aquellos trabajos de calidad metodológica subóptima. Se observaron un total de 100 estudios, incluyendo artículos y textos de organismos oficiales (OMS e INE) que se reseñan en el apartado de bibliografía. En el desarrollo de este trabajo se han empleado un total de 42 artículos.

## 4. DESARROLLO

### 4.1. DEFINICIÓN DE DOLOR Y EVOLUCIÓN

El tratamiento del dolor es un Derecho humano publicado en Ginebra en el 2004 por la asociación internacional del dolor (IASP), la federación europea de capítulos del IASP (EFIC), y la OMS, en su campaña global contra el dolor.<sup>7</sup>

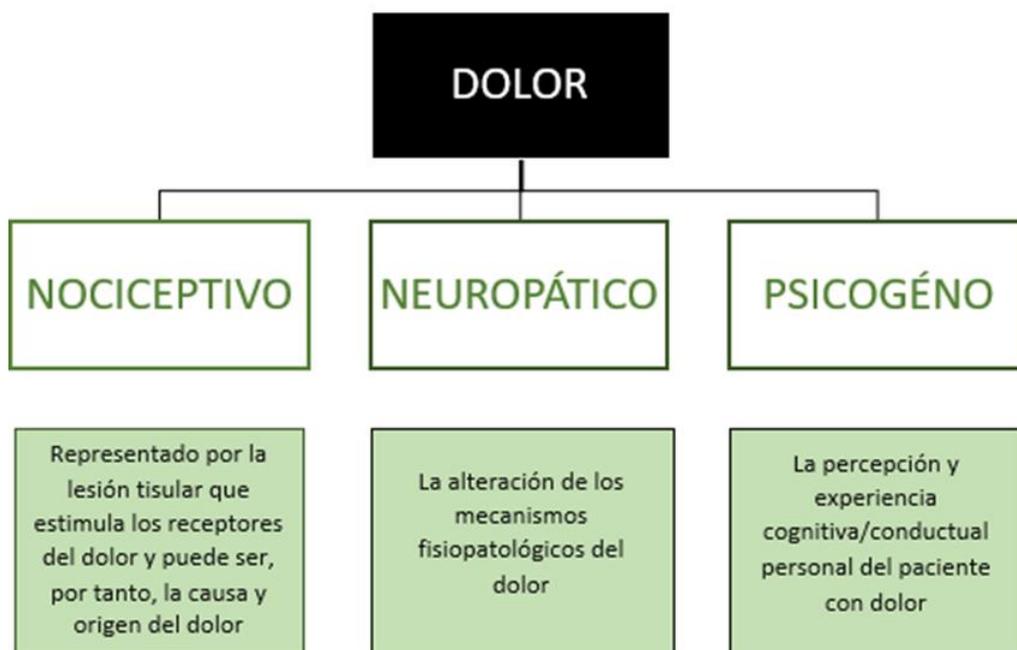
El término fue definido en 1978 por el comité de taxonomía de la IASP como:

***“Experiencia sensorial, emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en términos de dicha lesión”.***<sup>8</sup>

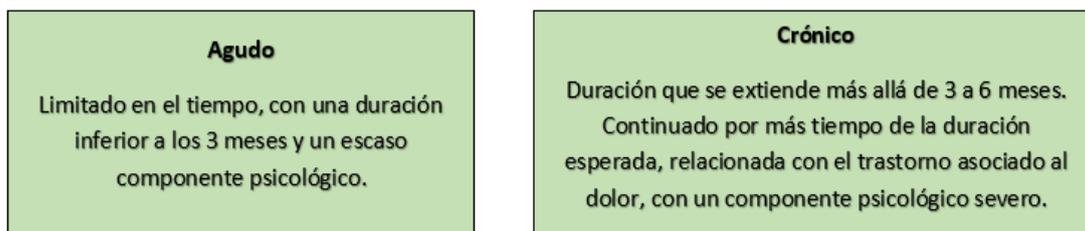
De modo que un estímulo agudo y de alta intensidad (relacionado con una lesión tisular), activa circuitos aferentes generando un estado de algesia que tras tratamiento se resuelve en pocos días procediendo paralelamente a la curación sensitiva. Cuando no da lugar a una resolución del estado y persiste la inflamación junto a la lesión nerviosa, se produce unos cambios permanentes y un estado de dolor crónico persistente.<sup>9</sup>

Se puede clasificar el dolor atendiendo a diferentes criterios, sin embargo, resulta más interesante hacer referencia solo a algunos de ellos con el objetivo de entender el abordaje de la farmacoterapia del dolor.

### Dolor atendiendo a su patogenia



### Dolor atendiendo a su duración



En el año 2017 se creó el término **nociplático** que incluyó aquellos casos sin lesión, pero con alteraciones del sistema nervioso nociceptivo. Esta definición no tuvo en cuenta que la propia disfunción del sistema nervioso somato-sensorial es el origen de este tipo de dolor relacionada con aspectos psicológicos<sup>10</sup> (**Gráfico 1**). Centrarse en una definición de dolor como síntoma es una pobre definición de un síndrome que puede ser crónico e incluso podría ser considerado como una enfermedad, ya que puede seguir su propio curso clínico.<sup>11</sup> Por este motivo en el año 2020 la IASP ha publicado una nueva definición:

***"El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, a una lesión tisular real o potencial".<sup>12</sup>***

Se añaden cuatro palabras: - "similar a la asociada"- que son clave. Aunque no exista lesión objetiva, se valida el dolor como algo real, siendo el caso de la fibromialgia o la mayoría de los dolores de espalda, cuya principal o única manifestación es la sensación que producen.<sup>13</sup> Por primera vez se tiene en cuenta los aspectos psicológicos del dolor, validando la experiencia de dolor del paciente sin una lesión subjetiva.<sup>12</sup>

Los problemas psicológicos son uno de los principales factores que agravan la percepción del dolor en el paciente y que debe ser evaluado. El aumento del malestar emocional del paciente se relaciona con:<sup>14</sup>

- La propia enfermedad: proceso crónico, pronóstico, incapacidad o dependencia.
- El propio paciente: miedo a la muerte, pérdida control, impotencia o ansiedad.
- Situación familiar: problemas previos, económicos o bajo apoyo social.
- Relación con el equipo médico: percepción de tratamiento inadecuado, desconfianza o dificultades en la comunicación.
- El propio tratamiento: retraso en el diagnóstico, en las pruebas o fallo en tratamiento previo.

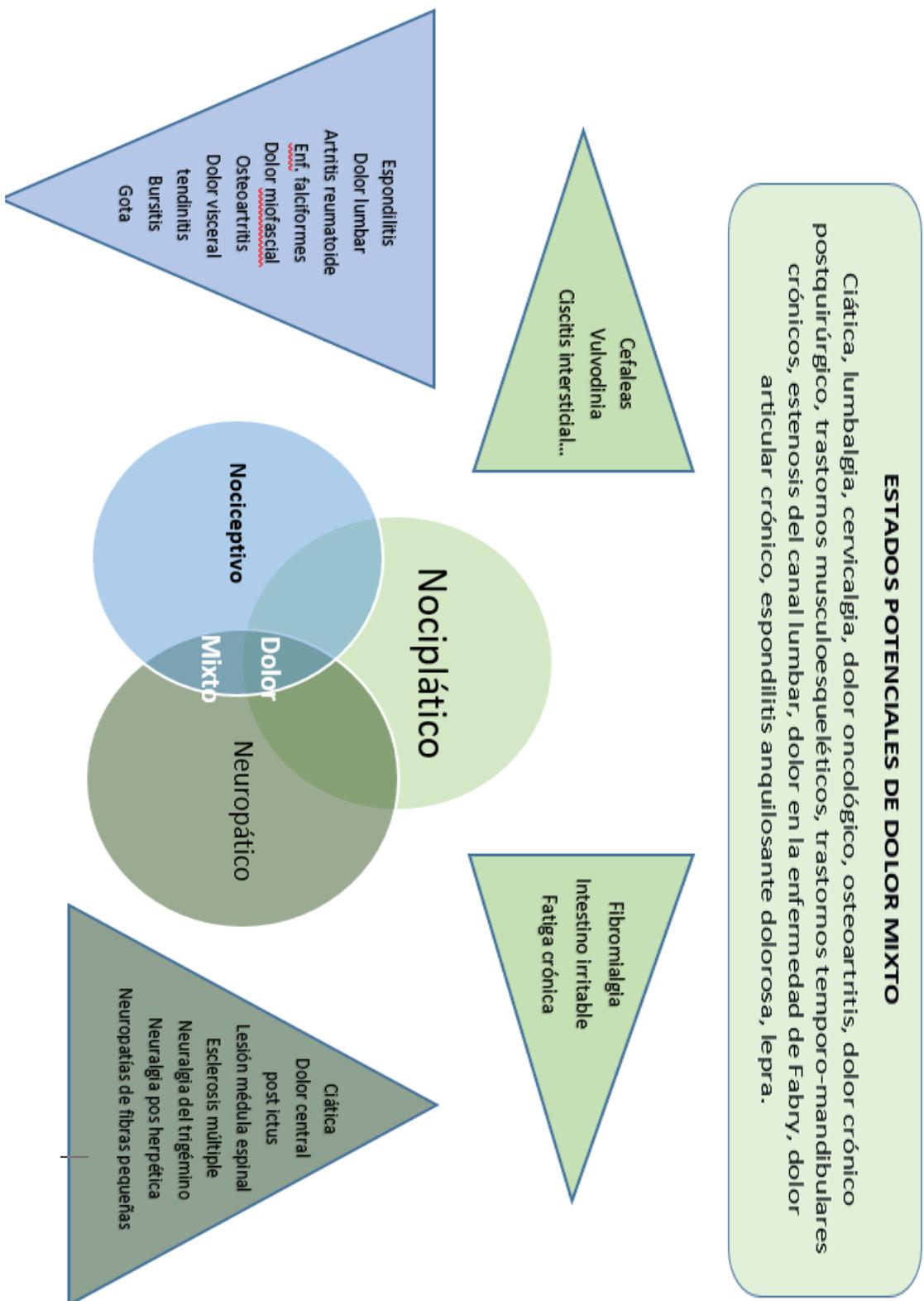
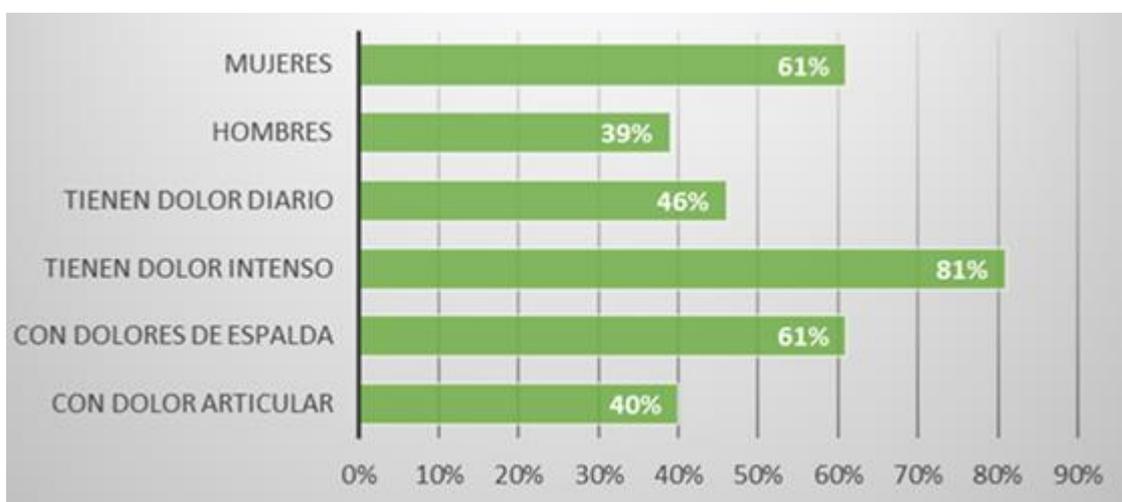


Gráfico 1: Adaptado de Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. 2019

## 4.2. PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor es una de las causas que más afecta a la calidad de vida del paciente que lo sufre con consecuencias en el ámbito personal, familiar y laboral. Existe también una alta repercusión económica y social en rehabilitación, hospitalización, invalidez o pérdida de trabajo; lo que convierte al dolor crónico en una enfermedad social. El Ministerio de sanidad estima que el 32% de la población adulta en España sufre algún tipo de dolor, siendo el 17% dolor crónico cuya duración es mayor a 3 meses.<sup>15</sup> Según el consenso de sociedades médicas, de los españoles que padecen dolor crónico, se desglosa los siguientes datos (**Gráfico 2**):<sup>16</sup>

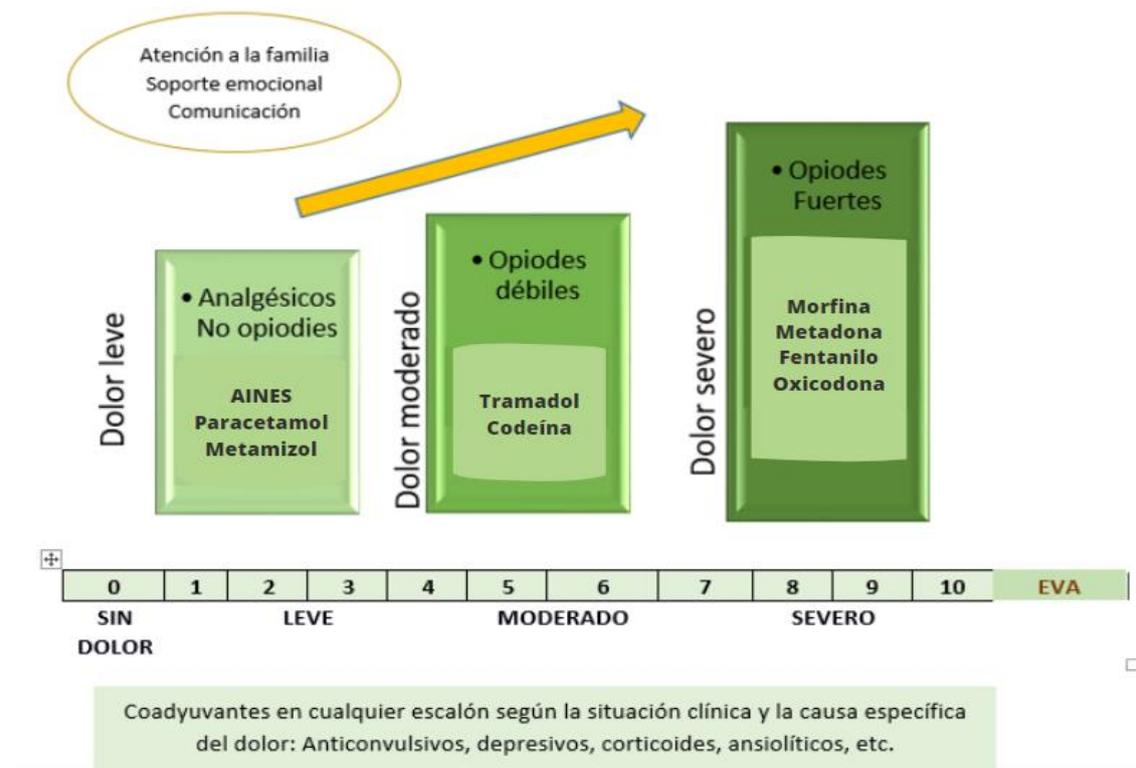


**Gráfico 2:** Documento de Consenso de las Sociedades médicas de Atención Primaria.<sup>16</sup>

En el Año 2017, la encuesta nacional de salud analizó los principales problemas a nivel nacional, destacando las patologías asociadas al dolor **lumbar** (19,7%), **la artrosis** (18,2%), el **dolor cervical** (15,8%) y **migraña** (9,5 %), con diferente prevalencia entre sexos, siendo mayor los datos en mujeres.<sup>17</sup> Y según la Encuesta Europea de Salud 2020, las patologías más prevalentes diagnosticadas por facultativos y que cursan con dolor crónico en la población española de 15 o más años son: **Artrosis** (56,17 %), **dolor lumbar** (31,16%), **dolor cervical** (27,38 %) y **migraña o dolor de cabeza** (5 %).<sup>15</sup>

### 4.3. TERAPIAS ACTUALES FRENTE AL DOLOR

Debido a la dificultad en la identificación de los mecanismos clínicos causantes del dolor, el tratamiento farmacológico se engloba en un tratamiento multidimensional; así que una estrategia consiste en administrar el fármaco, evaluar su eficacia, y si ésta es aceptable postular un mecanismo probable. De modo que el control de la sintomatología y la mejora de la funcionalidad y calidad de vida del paciente, representa un viaje empírico a través de una escalera analgésica, en lugar de dirigirse a un mecanismo de dolor preciso.<sup>18</sup>



*Escalera analgésica de tratamiento del dolor de la OMS.*

Otro tipo de fármacos que se utiliza en el tratamiento del dolor crónico son los denominados coadyuvantes, quienes modulan la respuesta analgésica en diferentes niveles de la vía nociceptiva, siendo especialmente útiles para el dolor neuropático como:<sup>19</sup>

- **Corticoides:** con acción periférica antiinflamatoria y acción central con efectos en el humor y apetito.
- **Ansiolíticos-hipnóticos:** se utilizan por su acción sedante y relajante.
- **Antidepresivos tricíclicos (ADT):** inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina en el SNC.
- **Antiepilépticos (FAES):** bloquean los canales de  $\text{Na}^+$  y  $\text{Ca}_2^+$  voltaje dependiente de las neuronas del SN disminuyendo su excitabilidad como (Gabapentina, Pregabalina, Carbamacepina, Lamotrigina, Topiramato y cannabinoides).
- **Fármacos tópicos:** En población vulnerable (tienen efectos secundarios menores), como:
  - ✓ Capsaicina: elimina la sustancia P de los terminales nerviosos asociado al inicio de la transmisión del estímulo doloroso.
  - ✓ Apósitos de Lidocaína al 5% que produce los canales de  $\text{Na}^+$  y produce acción analgésica.

Según el documento consenso de atención al paciente con dolor crónico no oncológico, los objetivos del tratamiento del dolor se resumen en:<sup>20</sup>

1. Reducir la intensidad del dolor mayor al 30% inicial.
2. Mantener o mejorar los hábitos de vida saludables.
3. Mantener o mejorar la actividad física.
4. Preservar el patrón de sueño.
5. Mejorar el estado de ánimo.
6. Preservar la actividad laboral, social y familiar.
7. Asegurar la participación, el aprendizaje y el automanejo por parte del paciente.
8. Garantizar el uso correcto de los medicamentos y otras medidas terapéuticas.

Otro tipo de terapias que hoy en día se utilizan, son las consideradas como el cuarto escalón del tratamiento del dolor, procedimientos poco invasivos que se usan para aliviar los síntomas: <sup>19</sup>

- **Bloqueo nervioso:** Tiene como finalidad interrumpir las vías dolorosas del Sistema Nervioso Central (SNC), que son las que envían las aferencias nociceptivas al cerebro.
- **La neuromodulación:** Tratamiento no invasivo y reversible que altera los mensajes creados por la transmisión del dolor en la asta posterior medular.

Diferentes patologías entre ellas el dolor, puede verse agravada por una mala alimentación e influir directamente en la experiencia dolorosa. La recomendación actual es la siguiente:<sup>21</sup>

- **Evitar sobrepeso y obesidad:** Un peso elevado sobrecarga articulaciones, acompaña malas posturas y favorece el dolor; Aumenta las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. En el dolor es importante mantener el equilibrio entre ingesta y gasto ajustado al peso, talla o la edad, evitando deficiencias y el consumo de grasas saturadas y trans, azúcares refinados, harinas y productos procesados.
- **Consumo de polifenoles:** Tienen efecto vasodilatador, antitrombótica, antiinflamatorio y antioptótico. Mejoran el sistema inmune y ayudan a nuestro cuerpo a protegerse frente al daño oxidativo. Una dieta rica en polifenoles de origen vegetal mejora la salud y disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares y el dolor.
- **Omega-3 y AOVE:** Ayudan a reducir la inflamación y mejoran el sistema inmunológico. Se recomienda el consumo de pescado azul un mínimo de 2-3 porciones/semana, así como el consumo de otros alimentos: mariscos, aceites de lino, o chía, aguacate, nueces, avena, lechuga y espinacas.

- **Reducir grasas saturadas y trans:** productos como la mantequilla, procesados o aceites vegetales hidrogenados. Se debe limitar las grasas poliinsaturadas como aceite de girasol y cártamo. Un control de los niveles de colesterol y triglicéridos, ayudaran a disminuir el peso, la inflamación y las enfermedades cardiovasculares.
- **Cantidades adecuadas de Vitamina D, B-12 y Mg:**
  - Vitamina D: influye en el Sistema nervioso, inmunitario y la mineralización ósea. Además de ser un antioxidante asociado a la fatiga muscular (pescado azul, hígado, lácteos y yema de huevo).
  - Vitamina B-12: Interviene en los procesos neurológicos relacionados con el dolor (carne de ave, hígado, huevos lácteos, pescado y almejas).
  - Magnesio: un déficit se asocia a espasmos musculares, inflamación y dolor neuropático (legumbres y cereales integrales, nueces, semillas, espinacas y lácteos).
- **Hidratación:** la deshidratación está relacionada con una mayor sensibilidad al dolor, rigidez, calambres y fatiga muscular. Es necesario beber agua según las condiciones y patologías asociadas.
- **Evitar hábitos tóxicos:** Mantener un estilo de vida saludable que nos ayude a controlar el dolor. Estas sustancias producen inflamación y crean dependencia. Enfermedades asociadas como la gota se acreditan al consumo de alcohol, carnes rojas, bebidas edulcoradas y obesidad.

#### 4.4. LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS

Desde la Ciencia enfermera se ha considerado al individuo como un “todo”, aceptando este concepto del arte de cuidar de forma integral. Cuidar a una persona supone el reconocimiento

de sus valores culturales, creencias y convicciones. Se trata de comprender sus problemas y situación en la vida.

Diferentes son los modelos en intervención que se conocen en el abordaje teórico del dolor. Para la práctica enfermera buscar un conocimiento fiable y un objetivo para responder al cuidado de la salud humana se convierte en un constante reto. Las teorías relacionadas con el dolor humano son múltiples y la enfermería debe conocer estos abordajes desde su perspectiva y ver la experiencia del dolor humano como un fenómeno en su totalidad. Los diferentes modelos que se describen a continuación, han evolucionado en busca del cuidado holístico. Las TAC se promulgan como un abordaje futuro que puede ser beneficioso para el paciente.<sup>22</sup>

- Modelo biopsicosocial de Engel.G.: logró tener una visión global del dolor y entenderlo como una enfermedad y no como un síntoma. La percepción subjetiva de la persona, juega un papel muy importante.<sup>23</sup>
- Modelo de atención crónica: promovido por Edward Wagner, incide en el apoyo mutuo de profesionales y pacientes para trabajar la autogestión, toma de decisiones basadas en la evidencia, la información y la prevención; haciendo énfasis en la calidad, la flexibilidad e integración del sistema. Atiende a 3 planos:<sup>24</sup>
  - La comunidad (políticas y recursos).
  - El sistema de salud y sus organizaciones.
  - La interacción con el paciente.
- Modelo de atención centrada en la persona: propone que ésta sea el centro del Sistema y que el flujo sea transversal, proporcionando a los sanitarios recursos y capacidad en la continuidad asistencial, en coordinación con las diferentes disciplinas.<sup>25</sup>
- Modelo de empoderamiento o de paciente activo: con capacidad de decisión sobre la propia salud, fomentando el autocuidado y la participación individual y familiar en los tratamientos. Surge de la necesidad de establecer un plan terapéutico para las personas

con dolor crónico. Constituido por terapias multidisciplinares y multidimensionales coordinados con intervenciones psicoeducativas, farmacológicas y ejercicios activos con el objetivo de disminuir la intensidad y el impacto del dolor en todas las esferas del paciente y que repercuta en la disminución del consumo de psicofármacos y en la salud en general.<sup>26</sup>

- Modelo filosófico de las TAC: Dada la compleja naturaleza del dolor crónico y sus objetivos de tratamiento, la farmacoterapia por sí sola no permite lograr resultados satisfactorios, sino que el tratamiento del dolor crónico debe dirigirse a través de un enfoque multimodal que incluya hábitos saludables como:<sup>27</sup>
  1. Rehabilitación física, ejercicio y terapia ocupacional para preservar o aumentar la capacidad funcional.
  2. La terapia psicológica para reducir el impacto psicoemocional.
  3. La farmacología y cirugía.
  4. La Medicina Alternativa Complementaria (TAC).

### Significado de Medicina complementaria

El concepto de “Medicina complementaria” ha venido reemplazando a la medicina alternativa en los últimos años. Este hace referencia al uso en conjunto de las terapias naturales con los tratamientos convencionales. Es el término que más se ajusta a la realidad, ya que generalmente los pacientes no dejan de utilizar la farmacología.<sup>28</sup>

Existen tres definiciones de expertos sobre Terapias Alternativas Complementarias:

- El Grupo Cochrane: define Medicina Alternativa y Complementaria como un amplio dominio de recursos curativos que abarca los sistemas de salud y las diferentes modalidades y prácticas con sus correspondientes creencias y teorías acompañantes.<sup>29</sup>

- National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM): señala en su informe “*Legal Status Of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine,*” que la medicina es un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos para la atención de la salud que no se considera actualmente una parte de la medicina convencional.<sup>30</sup>
- La Organización Mundial de la Salud (OMS): la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de las diferentes culturas (bien sean explicables o no), utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales.<sup>31</sup>

Las Terapias Alternativas Complementarias pueden agruparse en cinco categorías (**Tabla 2**):<sup>32</sup>

Abordajes terapéuticos	Características
<i>Prácticas biológicas</i>	Fitoterapia, terapia nutricional, vitaminas y suplementos
<i>Técnicas mente- cuerpo</i>	Meditación, Yoga, kinesiología, Hipnoterapia, Arteterapia y Musicoterapia
<i>Prácticas manipulativas y corporales</i>	Osteopatía, Masaje, Reflexología, Quiromasaje, Aromaterapia y Shiatsu
<i>Terapias Energéticas</i>	Terapia de campo magnético, Reiki, Qi-gong y Terapia floral.
<i>Sistemas integrales o completos</i>	Medicina china tradicional, medicina ayurvédica, Acupuntura, Naturopatía u Homeopatía

**Tabla 2:** Agrupación por categorías de las TAC<sup>32</sup>

#### 4.5. ESTUDIOS RELACIONADOS CON LAS TAC

##### ➤ **Prácticas de Manipulación Corporal:**

##### ▪ MASAJE

En el ensayo aleatorizado controlado de grupos paralelos simple ciego de **Cherkin et al. (2011)**, participaron 401 personas con edades comprendidas entre los 20 y 65 años. Evaluó la

efectividad de dos tipos de masaje para el dolor lumbar crónico. El masaje de relajación complementado con ejercicios para realizar en el hogar, en comparación con el masaje estructural destinado a identificar y aliviar el dolor de espalda con técnicas miofasciales, neuromusculares y de tejidos blandos.

Se realizó una intervención durante 10 semanas y se midió los resultados al inicio a las 10, 26 y 52 semanas, utilizando un cuestionario de discapacidad Roland y la escala Symptom. A las 10 semanas se obtuvo resultados funcionales similares que fueron superiores a los de la atención habitual; siendo más baja para los grupos de relajación y masaje estructural.

Las limitaciones de este ensayo fueron que el masaje estaba restringido a una sola zona y que los terapeutas y pacientes no estaban cegados al tratamiento (simple ciego).

Este estudio confirma que el masaje es un tratamiento efectivo para el dolor lumbar crónico con beneficios duraderos al menos 6 meses.<sup>33</sup>

➤ **Técnica de Mente- Cuerpo.**

▪ **YOGA**

En relación con las alteraciones musculo-esqueléticas **Carson et al. (2010)**, condujeron un estudio controlado aleatorizado entre el 2009 a 2010 en el que se examinó el impacto de la intervención del Yoga en una muestra de mujeres con fibromialgia. En este estudio participaron 53 mujeres mayores de 21 años, diagnosticadas de fibromialgia durante al menos 1 año y sometidas a tratamiento farmacológico mayor a 3 meses. Durante 8 semanas, se sometieron a clases grupales de 120 minutos (una vez por semana dirigidos por un profesor de Yoga certificado). Así mismo se les indicó la práctica en el domicilio de 20-40 min diarios de ejercicio

durante 5-7 días a la semana. En este programa las posturas suaves de yoga se complementaban con ejercicios de meditación y respiración, además de discusiones grupales.<sup>34</sup>

Se emplearon hasta tres tipos de instrumentos de medición: cuestionarios estandarizados, pruebas físicas y diarios personales en dónde se capturaban información sobre los síntomas de la fibromialgia, los déficits funcionales y las estrategias de afrontamiento al dolor de las pacientes. Los resultados obtenidos en el grupo de intervención determinaron la utilidad del Yoga para la mejora de una amplia gama de síntomas relacionados con la fibromialgia y déficits funcionales como: el dolor, fatiga, rigidez, falta de sueño, depresión, mala memoria, ansiedad, sensibilidad, equilibrio deficiente, sensibilidad ambiental, vigor y fuerza limitada. Además de sugerir cambios en la estrategia de afrontamiento del dolor y resolución de problemas.<sup>34</sup>

**Villemure (2014)** y su equipo, investigaron los posibles fundamentos neuroanatómicos de la práctica de Yoga evaluado mediante pruebas sensoriales y técnicas de resonancia magnética. Un total de 14 practicantes norteamericanos experimentados en cualquier disciplina de Yoga (interconexión mente-cuerpo, posturas físicas integradas o control de la respiración), participaron en este estudio. Se evaluó las expectativas relacionadas con la práctica de Yoga en la percepción de dolor con una escala analógica visual, y se procedió a la estimulación térmica de detención de frío/calor para analizar el umbral del dolor en estos pacientes cuando introducían su brazo no dominante, en agua de baño a 5 grados centígrados con los ojos cerrados. Posteriormente los sujetos participaron en una sesión de exploración de resonancia magnética para comparar el volumen y grosor de la materia gris entre los yoguis y el grupo control.

En los resultados obtenidos, los practicantes de Yoga experimentados, mostraron el doble de tolerancia al dolor que el grupo control. Se mostró que los yoguis tienen más materia gris cerebral en múltiples regiones corticales relacionadas con el procesamiento del dolor afectivo, la regulación y la atención de éste. Sin embargo, sólo el aumento del volumen de la materia gris

en la corteza insular izquierda, se correlacionó con la mayor tolerancia al dolor entre los grupos; lo que sugiere que la práctica de Yoga de manera regular y a largo plazo, puede dotar a los individuos con herramientas o estrategias mentales frente a estímulos sensoriales y emociones vinculadas al dolor, incluida aquellas que implican mayor función parasimpática y conciencia interoceptiva.<sup>35</sup>

- **MUSICOTERAPIA**

Una revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados de **Li (2017)**, compara los efectos de la intervención musical en pacientes con quemaduras durante el procedimiento de los tratamientos. Realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas desde la primera publicación existente hasta 2016. Un total de 17 estudios cumplieron los criterios de inclusión en los que intervinieron 804 pacientes. La intensidad del dolor fue medido a través de escalas como la analógica visual, McGill y Likert entre otras. Los participantes demostraron una diferencia estadística significativa en el alivio del dolor entre las intervenciones musicales y no musicales, lo que indica una correlación positiva entre los tratamientos que incluyen la intervención con musicoterapia, así como un efecto positivo en el alivio del dolor, la ansiedad y reducción de la frecuencia cardíaca.<sup>36</sup>

**Tabrizi (2012)**, lideró una investigación semiexperimental sobre el efecto de la música en el nivel de cortisol, glucosa en sangre y condición hemodinámica de pacientes sometidos a raquianestesia. Participaron 90 hombres con edades comprendidas entre los 18 y 45 años, candidatos a cirugía urológica o abdominal. Se dividieron en 3 grupos de forma aleatoria. 30 de los sujetos recibieron auriculares con música, 30 pertenecieron al grupo de silencio y el resto al grupo control sin manipulación. Los criterios de inclusión de los participantes fueron plena conciencia, no uso de farmacología o ausencia de enfermedad mental o ansiedad.

Durante el experimento se realizó analítica antes y posterior a la intervención de los sujetos. Los resultados de este estudio indicaron que el nivel de cortisol después de la operación en el grupo de música no revelaba aumento en comparación con el tiempo anterior de la operación y con el resto de los grupos que sí mostraban aumento previo y posterior a la operación. Lo que implica que la música podría prevenir la ansiedad, y el aumento del nivel de cortisol en la sangre. Paralelamente se obtuvo reducción de la presión arterial sistólica.<sup>37</sup>

- **MINDFULNESS**

Las sesiones grupales de reducción del estrés basada en la atención plena o la terapia cognitivo- conductual, brindan un tratamiento rentable en el dolor lumbar crónico según el estudio randomizado controlado del Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa; además de ofrecer ahorro de costos sustanciales en comparación con la atención habitual.

La Investigación fue llevada a cabo por el servicio de investigación y desarrollo estadounidense la RAND y el Kaiser del Health Research Institute y la Universidad de Washington, en Seattle. Asignaron al azar a 342 adultos con dolor lumbar crónico para recibir tratamiento TCBM más atención habitual, TCC más atención habitual o cuidado habitual solo; repartido en sesiones semanales grupales de 2 horas durante 8 semanas. Los investigadores calcularon la rentabilidad social añadiendo los costos de la atención médica y las pérdidas de productividad sobre el cambio en años de vida ajustados por calidad.

Los resultados obtenidos mostraron que la TCBM redujo los costes sociales por persona y la atención médica individual. Esta atención junto la TCC, mostró un aumento de la calidad de vida relacionada con la salud en comparación con el grupo de atención habitual.<sup>38</sup>

- **KINESIOLOGÍA**

Ha demostrado ser un método de intervención no quirúrgica eficaz en pacientes con artritis degenerativa de rodilla, así como en el dolor, la función y el rango de movimiento articular,

según el Estudio de **Lee (2016)** realizado en el hospital de Daegu. Los 30 participantes tenían una media de edad entre los 72-73 años, y padecían artritis degenerativa de rodilla (sin fractura o daño de ligamentos). De los participantes, 15 recibieron terapia física conservadora tratados con calor superficial y ondas de interferencia, y los otros pertenecieron al grupo de trabajo con cintas de kinesiología. Fueron tratados 3 veces por semana durante un mes. El dolor fue medido mediante escala EVA, el rango de movimiento mediante goniómetros articulares y la evaluación funcional mediante un índice de la Universidad Coreana de Ontario K-WOMAC.

Los resultados obtenidos fueron que la utilización de cintas en pacientes con artritis podría ser un método de tratamiento simple y seguro para aliviar el dolor en poco tiempo, mejorar el equilibrio y la fuerza muscular.

Los autores muestran la necesidad de estudios futuros más completos y con enfoque más amplio donde se estudie diversos pacientes con diversas enfermedades musculoesqueléticas.<sup>39</sup>

➤ **Sistemas médicos Antiguos**

▪ **ACUPUNTURA**

**Lee (2011)** y su equipo realizan una revisión Cochrane<sup>40</sup> con el objetivo de evaluar y resumir los efectos de la acupuntura en el tratamiento de cualquier dolor. En total se incluyeron ocho revisiones de alta calidad metodológica dónde se relacionaba la técnica con una amplia gama de síndromes de dolor. Cuatro revisiones concluyeron que la acupuntura es efectiva para las migrañas, trastornos del cuello, la cefalea tensional y la osteoartritis articular periférica.

En cuanto a las limitaciones del estudio, una revisión no logró demostrar el tipo de efectividad para la artritis reumatoide y tres de ellas no fueron concluyentes para el dolor de hombro, lateral del codo y dolor lumbar.

**Taspinar y Sirin (2009)**, llevaron un estudio prospectivo cuyo objetivo fue evaluar el efecto de la acupresión sobre las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia en 34 pacientes con cáncer ginecológico. Concluyeron que la acupuntura era eficaz para reducir las náuseas relacionadas con la quimioterapia y puede disminuir el uso de antieméticos después del tratamiento. Así mismo, manifiestan la necesidad de estudios adicionales.<sup>41</sup>

La acupuntura también tiene efectos sobre la reducción del estrés y así lo demuestra un ensayo controlado aleatorio de **Liu (2022)** sobre los efectos de la acupresión en la calidad de sueño en pacientes con cáncer de mama. El ensayo fue realizado entre 2019 y 2021 en un hospital de Fujian, en el que participaron 147 pacientes con cáncer de mama. Fueron asignados aleatoriamente y divididos en 4 grupos: el grupo de atención habitual, el grupo de reducción de estrés basado en la atención plena, grupo de acupuntura y un grupo combinado. Se evaluó la calidad de sueño, la fatiga, ansiedad y depresión al inicio, a la cuarta y octava semana. Los resultados obtenidos mostraron mejores datos en la intervención de la acupresión o la terapia combinada. Se demuestra las ventajas en la calidad del sueño, fatiga y ansiedad.<sup>42</sup>

## 5. COMENTARIOS FINALES

El dolor es un gran problema de salud pública, por el número de personas que afecta y el gran gasto. El 32% de la población española sufre algún tipo de dolor<sup>15</sup>, y el gasto sanitario supera en conjunto lo que se destina a enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.<sup>1</sup>

El dolor crónico es considerado una enfermedad social debido a que son muchas las personas (el 17% de la población) las que sufren dolor mayor a 3 meses de duración<sup>15</sup>. Entre las patologías se encuentran **dolor lumbar, artrosis, dolor cervical y migraña**. Siendo la prevalencia mayor en mujeres.<sup>17</sup>

Dada la compleja naturaleza del dolor crónico, la farmacoterapia por sí sola no permite lograr resultados satisfactorios<sup>27</sup>, sino que el tratamiento del dolor crónico debe dirigirse a través de un enfoque multimodal, lo que supone que su alivio sea un reto para la enfermería.<sup>18</sup> La medicina complementaria puede ser una vía futura para desarrollar más estudios basados en la evidencia.

Los estudios indicados (**Carson, Li, Taspinar o Lee**)<sup>34,36,38,39</sup> muestran como: el yoga, la musicoterapia, la acupuntura o la Kinesiología pueden reducir el dolor, la fatiga, la ansiedad y las náuseas; además de incidir sobre el sueño y mejorar el equilibrio y la fuerza muscular respectivamente. Estos artículos, como todos los estudios, no están carentes de sesgos (tamaño muestral pequeño, tiempo de seguimiento corto), ni de nuevas líneas de investigación; pero exponen un camino a seguir en el enfoque del control del dolor, donde las Terapias Alternativas Complementarias pueden jugar un papel importante.

Al ser una revisión bibliográfica tiene limitaciones. La selección de artículos ha sido realizada por una única persona, acarreando sesgo. En los criterios de inclusión se eliminaron los artículos de pago, lo que puede ser un artefacto, ya que suelen estar publicados en revista con índice de mayor impacto y generar mucho interés, por eso no son libres. Quizás sería interesante realizar un TFG donde la revisión bibliográfica, incluyera estos trabajos.

Hay que tener en cuenta que hemos revisado un total de 100 artículos y seleccionando 42 con una calidad metodológica buena; y siendo muchos de ellos revisiones sistemáticas e incluso metaanálisis. Estimamos que la revisión es lo suficientemente sólida, como para propugnar que las Terapias Alternativas Complementarias (especialmente las mencionadas en este trabajo y basadas en los artículos expuestos), pueden ser una herramienta coadyuvante en el tratamiento no farmacológico del dolor crónico, ya que componen un abanico de posibilidades que ayudan a mejorar la calidad de vida de los pacientes, proporcionando alivio del dolor.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 3 de enero de 2023];21(1):16–22. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000100003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003)
2. González JA, Ayuso A, Caba F, Caraballo M, Cosano I, Salvador J y cols. Plan andaluz de atención a personas con dolor. 2010-2013. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. 2010.
3. EDADES.ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (EDADES)2019-2020. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm).
4. National Research Council. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011 [Internet]. <http://portal.guiasalud.es/web/guest/wiki/wiki/Principal/Guías+de+Práctica+Clínica#uno>
5. Kramlich D. Strategies for Acute and Critical Care Nurses Implementing Complementary Therapies Requested by Patients and Their Families. Crit Care Nurs. 2016;36(6):52-58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2016974>
6. Peña A, Aedo I. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;4(16):207-215.
7. Martínez Caballero C, Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2015 [citado el 28 de marzo de 2023];22(5):224–30. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462015000500007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462015000500007)
8. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2023];27(4):232–3. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462020000400003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003)
9. Podvin S, Yaksh T, Hook V. The emerging role of spinal dynorphin in chronic pain: A therapeutic perspective. Annu Rev Pharmacol Toxicol [Internet]. 2016;56(1):511–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010715-103042>
10. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico J-A, Rice ASC, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain [Internet]. 2016;157(7):1382–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000507>
11. Aydede M, Shriver A. Recently introduced definition of “nociceptive pain” by the International Association for the Study of Pain needs better formulation. Pain [Internet]. 2018 [citado el 2 de febrero de 2023];159(6):1176–7. Disponible en: [https://journals.lww.com/pain/Citation/2018/06000/Recently\\_introduced\\_definition\\_of\\_nociceptive\\_pain.22.aspx](https://journals.lww.com/pain/Citation/2018/06000/Recently_introduced_definition_of_nociceptive_pain.22.aspx)
12. Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2019 [citado el 7 de marzo de 2023];26(4):209–10. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462019000400001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400001)
13. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3839/2020>
14. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises:

- Concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
15. Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia. Ministerio de Sanidad. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2021. [ citado 28 dic 2021]. Disponible en: [System Engineering Plan \(sanidad.gob.es\)](http://www.sanidad.gob.es/Plan-Optimizacion-Utilizacion-Analgescicos-Opioides-En-Dolor-Cronico-Non-Oncologico-En-El-Sistema-Nacional-de-Salud)
  16. Sánchez Jiménez DJ, Varillas AT, Carrascal R, Proyecto GC, Médico S, González M, et al. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DOCUMENTO DE CONSENSO AUTORES Coordinadores del Consenso [Internet]. Semfyc.es. [citado el 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
  17. INE base / Sociedad /Salud /Encuesta nacional de salud / Resultados [Internet]. INE. [citado el 2 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)
  18. Fillingim RB, Bruehl S, Dworkin RH, Dworkin SF, Loeser JD, Turk DC, et al. The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an evidence-based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. J Pain [Internet]. 2014 [citado el 2 de mayo de 2023];15(3):241–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24581634/>
  19. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain: a Cochrane review. J Neurol Neurosurg Psychiatry [Internet]. 2010 [citado el 2 de mayo de 2023];81(12):1372–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20543189/>
  20. Sánchez Jiménez DJ, Varillas AT, Carrascal R, Proyecto GC, Médico S, González M, et al. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) DOCUMENTO DE CONSENSO AUTORES Coordinadores del Consenso [Internet]. Semfyc.es. [citado el 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
  21. Solano Villarrubia C, et al. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica [Internet]. SEMAP; 2015 [http://www.semap.org/docs/CUADERNO\\_2\\_SEMAP.pdf](http://www.semap.org/docs/CUADERNO_2_SEMAP.pdf).
  22. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020;161(9):1976–82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680716/>
  23. Ramos Pozón S. Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2015 [citado el 4 de abril de 2023];35(127):511–26. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352015000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300005)
  24. Starfield B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health [Internet]. 2011;10(1):15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
  25. Martínez T, Psicóloga R, Wwww GA, Rodríguez P, Fundación R, Mayte P, et al. Modelo de atención centrada en la persona Presentación de los Cuadernos prácticos [Internet]. Csic.es. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
  26. Murillo AZ. LA FIGURA DEL PACIENTE ACTIVO EN PATOLOGÍAS CRÓNICAS, EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA ASISTENCIA SANITARIA. Endocrinol Diabetes Nutr (Engl ) [Internet]. 2019 [citado el 4 de abril de 2023];66(9):531–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-la-figura-del-paciente-activo-S2530016419302034>

27. Dworkin, R. H., Bruehl, S., Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Terman, G. W., & Turk, D. C. (2016). Multidimensional Diagnostic Criteria for Chronic Pain: Introduction to the ACTION, American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT). *Journal of Pain*, 17(9), T1–T9.
28. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What’s In a Name? | NCCIH [Internet]. [cited 2017 Jan 15].  
<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
29. Alex Flores R, Lilian Arias R, Ximena Azolas C, Juan Carlos Bravo V, Carmen Gajardo H, Emilia Poblete R, et al. Dolor y medicina complementaria y acupuntura. *Rev médica Clín Las Condes* [Internet]. 2014 [citado el 1 de mayo de 2023];25(4):636–40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-dolor-medicina-complementaria-acupuntura-S0716864014700847>
30. Belachew N, Tadesse T, Gube AA. Knowledge, attitude, and practice of complementary and alternative medicine among residents of Wayu town, Western Ethiopia. *J Evid Based Complementary Altern Med* [Internet]. 2017 [citado el 1 de mayo de 2023];22(4):929–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2515690X17746547>
31. de la Salud OM. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. 2013.[citado el 1 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)
32. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014 [citado el 2 de mayo de 2023];21(6):338–44. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000600007](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000600007)
33. Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, Wellman R, Cook AJ, Johnson E, et al. A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial: A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2011;155(1):1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-155-1-201107050-00002>
34. Carson JW, Carson KM, Jones KD, Bennett RM, Wright CL, Mist SD. A pilot randomized controlled trial of the Yoga of Awareness program in the management of fibromyalgia. *Pain* [Internet]. 2010;151(2):530–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.020>
35. Villemure C, Ceko M, Cotton VA, Bushnell MC. Insular cortex mediates increased pain tolerance in yoga practitioners. *Cereb Cortex* [Internet]. 2014;24(10):2732–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/cercor/bht124>
36. Li J, Zhou L, Wang Y. The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2017;17(1):158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12906-017-1669-4>
37. Mottahedian Tabrizi E, Sahraei H, Movahhedi Rad S, Hajizadeh E, Lak M. The effect of music on the level of cortisol, blood glucose and physiological variables in patients undergoing spinal anesthesia. *EXCLI J*. 2012;11:556–65. Disponible en: [El efecto de la música sobre el nivel de cortisol, glucosa en sangre y variables fisiológicas en pacientes sometidos a raquianestesia - PMC \(nih.gov\)](http://www.excli.com/El_efecto_de_la_musica_sobre_el_nivel_de_cortisol_glucosa_en_sangre_y_variables_fisiologicas_en_pacientes_sometidos_a_raquianestesia_PMC_nih.gov)
38. Herman PM, Anderson ML, Sherman KJ, Balderson BH, Turner JA, Cherkin DC. Cost-effectiveness of mindfulness-based stress reduction versus cognitive behavioral therapy or usual care among adults with chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2017;42(20):1511–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/BRS.0000000000002344>
39. Lee K, Yi C-W, Lee S. The effects of kinesiology taping therapy on degenerative knee arthritis patients’ pain, function, and joint range of motion. *J Phys Ther Sci* [Internet]. 2016 [citado el 7 de mayo de 2023];28(1):63–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1589/jpts.28.63>
40. Lee MS, Ernst E. Acupuncture for pain: an overview of Cochrane reviews. *Chin J Integr Med* [Internet]. 2011;17(3):187–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11655-011-0665-7>
41. Taspınar A, Sirin A. Effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in Turkey. *Eur J Oncol Nurs*. 2010 Feb;14(1):49-54. doi:

- 10.1016/j.ejon.2009.07.006. Epub 2009 Sep 11. PMID: 19748316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748316/>
42. Liu Q, Wang C, Wang Y, Xu W, Zhan C, Wu J, et al. Mindfulness-based stress reduction with acupressure for sleep quality in breast cancer patients with insomnia undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2022;61(102219):102219. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102219>