

Terapias complementarias no farmacológicas en el cuidado de personas con dolor crónico no oncológico: una revisión bibliográfica

Complementary non-pharmacological therapies in the care of people with chronic non-cancer pain: a bibliographic review

DOI: S1134-928X2024000300007

María Dolores Guerra-Martín^{1,2}

Irene Delgado-Saldaña³

Andrea Nieto-Pérez⁴

Álvaro Borralló-Riego^{1,2,*}

1. Doctor en Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla, España.

2. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS). Sevilla, España.

3. Enfermera. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, España.

4. Enfermera. Hospital Miguel Servet. Zaragoza, España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aborralló@us.es (Álvaro Borralló-Riego).

Recibido el 22 de marzo de 2024; aceptado el 28 de mayo de 2024.

RESUMEN

Objetivo: Examinar los problemas (físicos, psicológicos, sociales y económicos) de las personas con dolor crónico no oncológico y analizar las distintas terapias complementarias no farmacológicas utilizadas para el cuidado. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos CINAHL, PubMed, PsycINFO y Scopus. Los criterios de inclusión fueron: 1) estudios de investigación con metodología cuantitativa, cualitativa y/o mixta; 2) que versasen sobre el tópico de la revisión, y 3) publicados en los últimos 10 años (2013-2023). **Resultados:** Se localizaron 289 estudios, y se seleccionaron 15. Todos los estudios describieron distintos problemas de forma combinada en las personas con dolor crónico no oncológico.

Las principales terapias complementarias referenciadas fueron acupuntura, hipnosis y meditación. **Conclusiones:** El dolor crónico no oncológico afecta mayoritariamente a nivel físico, pero también muestra efectos a nivel psicológico, social y económico. Los estudios evidencian una mejora de los síntomas del dolor crónico no oncológico en las personas que han hecho uso de las terapias complementarias.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, dolor crónico no oncológico, terapias complementarias/no farmacológicas.

ABSTRACT

Objective: Examine the problems (physical, psychological, social and economic) of people with chronic non-cancer pain and analyze the different non-pharmacological complementary therapies used for care. **Methodology:** A bibliographic review was carried out in the databases: Cinahl, PubMed, PsycINFO and Scopus. The inclusion criteria were: 1) research studies with quantitative, qualitative and/or mixed methodology; 2) that dealt with the topic of the review; and 3) published in the last ten years (2013-2023). **Results:** 289 studies were located, selecting 15. All studies described different problems in combination in people with chronic non-cancer pain. The main complementary therapies referenced were acupuncture, hypnosis and meditation. **Conclusions:** Chronic non-oncological pain affects mostly on a physical level, but it also shows effects on a psychological, social and economic level. Studies show an improvement in the symptoms of chronic non-cancer pain in people who have used complementary therapies.

KEYWORDS: Non-cancer chronic pain, quality of life, complementary/non-pharmacological therapies.

■ INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema de salud pública de primer orden en el mundo, que afecta aproximadamente al 3% de la población mundial¹. A este respecto, el dolor es un síntoma que afecta y preocupa profundamente a las personas, y es la causa del 15 al 20% de todas las consultas médicas².

El dolor se define como una experiencia tanto sensorial como emocional desagradable relacionada con una lesión presente o descrita en términos

de la misma. La experiencia del dolor resulta única para cada individuo, quien posee el conocimiento más preciso sobre su propio sufrimiento. Debe tenerse en consideración que una incapacidad de verbalizar la presencia de dolor no niega su existencia ni la necesidad de tener un tratamiento adecuado³.

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁴, el dolor crónico se define como una experiencia emocional y sensitiva desagradable provocada por una lesión tisular potencial o real. Para esta

clasificación, este tipo de dolor debe presentar una duración mayor a 3 meses, comienzo súbito o lento, de intensidad leve a grave sin necesidad de tener un final anticipado o previsible. Según el proceso asistencial integrado, este dolor puede llegar a causar un deterioro en la capacidad funcional⁵.

En España se estima que más de 5 millones de personas sufren dolor crónico a diario, con una intensidad severa en un 28,8% de estos casos, y que causa un deterioro en la calidad de vida⁶. Además, en los casos de gran severidad, el dolor crónico puede ser discapacitante, asociándose a una disfunción y/o disminución de la participación social y a una actividad limitada^{7,8}.

Algunos autores refieren que las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir dolor crónico, con una mayor gravedad e intensidad que los hombres. Además, se ha descrito que las mujeres presentan una tolerancia y sensibilidad distinta, así como respuestas diferentes a los tratamientos⁹. Otros factores que pueden afectar a la percepción del dolor son la edad, la cultura o las experiencias previas frente al dolor de la persona afectada^{1,3}.

Entre los trastornos crónicos más frecuentes en nuestro contexto se encuentran el dolor lumbar, la artrosis, el dolor cervical crónico, la fibromialgia y las cefaleas^{2,10}. En los últimos años, se ha observado un incremento de estas terapias en occidente debido al mejor acceso a la información en salud y a la mayor preocupación por los efectos secundarios derivados por el uso de medicamentos¹¹.

Las terapias complementarias (TC) se inspiran en el diagnóstico, el tratamiento, así como en las medidas de prevención que complementan a las terapias convencionales, de ese modo, promueven una atención integral que permite satisfacer las demandas que no atienden los tratamientos ortodoxos¹². A nivel general, las TC presentan como objetivo general mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo los efectos negativos causados por el tratamiento y promoviendo el control percibido por parte del paciente para el manejo de la enfermedad. Debido a las diferentes combinaciones que pueden presentar su clasificación es amplia¹³.

Según algunos autores, las TC se refieren a intervenciones no farmacológicas que se llevan a cabo de forma conjunta con la medicina convencional¹⁴. En este sentido, otros autores refieren la necesidad de incentivar un enfoque integral para el manejo del dolor crónico, y para ello es necesario la implementación tanto de medidas farmacológicas como no farmacológicas. Para ello es necesario brindar diversas opciones de terapias que aporten estrategias eficaces y eficientes y, a su vez, no presenten tantos efectos adversos como los fármacos⁷. Algunos fármacos como los opioides pueden presentar diversos efectos adversos como el estreñimiento, las náuseas, los vómitos y la sedación. La preservación de los efectos adversos farmacológicos puede llegar a ser intolerable para el paciente, lo que podría conducir a una mala adherencia terapéutica y a la continuidad del síndrome doloroso¹⁴.

Por lo descrito, nos planteamos como objetivos examinar los problemas (físicos, psicológicos, sociales y económicos) de las personas con dolor crónico no oncológico y analizar las distintas TC no farmacológicas utilizadas para el cuidado de estos.

METODOLOGÍA

• **Diseño del estudio y estrategia de búsqueda.** Para responder al objetivo propuesto se realizó, entre febrero y mayo de 2023, una revisión bibliográfica sistematizada¹⁵ por pares siguiendo las recomendaciones del manual Cochrane¹⁶ y las indicaciones del informe PRISMA¹⁷.

La estrategia de búsqueda de los estudios se definió por consenso¹⁸. Se llevó a cabo en las bases de datos: CINAHL, PubMed, PsycINFO y Scopus. La estrategia de búsqueda fue: (“Chronic Pain” NOT “Cancer Pain”) AND (“Complementary Therapies” NOT “Drug Therapy”).

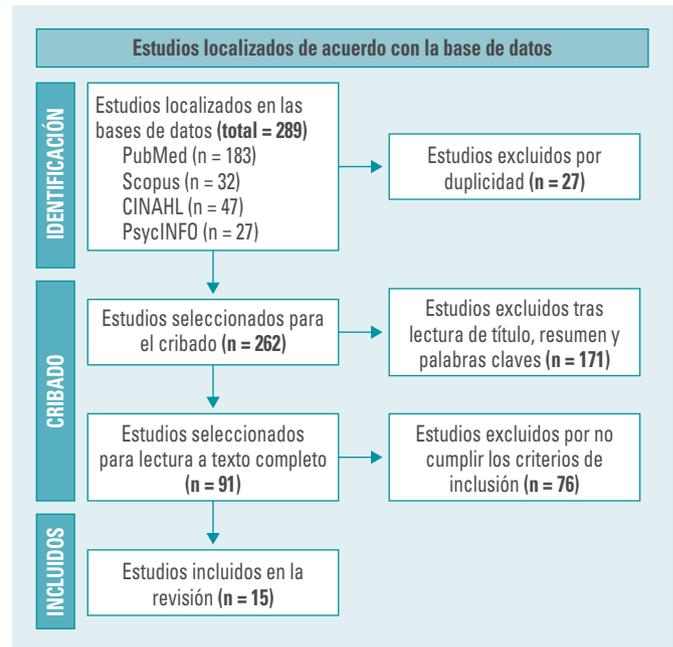


Figura 1. Diagrama de flujo (PRISMA).

- **Criterios de elegibilidad.** Los criterios de elegibilidad de los estudios se definieron con la mayor claridad y objetividad posibles para controlar el sesgo de selección¹⁹.
 - **Criterios de inclusión:** los criterios de inclusión fueron: 1) estudios de investigación de metodología cuantitativa, cualitativa y/o mixta; 2) que versasen sobre las TC no farmacológicas utilizadas para el cuidado de personas con dolor crónico no oncológico, y 3) publicados en los últimos 10 años (2013-2023).
 - **Criterios de exclusión:** se excluyeron los estudios publicados de revisiones, así como protocolos/proyectos que no presentasen resultados. De igual modo, se excluyeron las publicaciones de opiniones, editoriales y cartas al editor.
- **Selección de artículos.** Los artículos se seleccionaron por pares de forma ciega e independiente tras sucesivos cribados. En caso de desacuerdo se contó con un tercer autor para su resolución. En el primer cribado se seleccionaron los artículos según el título, palabras clave y resúmenes, eliminándose previamente los duplicados. En el segundo cribado se procedió a la lectura crítica a texto completo aplicando los criterios de elegibilidad preestablecidos.
- **Análisis de los datos.** Una vez seleccionados los estudios, el proceso de análisis de los datos se llevó a cabo mediante una síntesis narrativa de estos. La información extraída se incluyó en diferentes tablas siguiendo las recomendaciones de Del Pino et al.¹⁸. En la tabla 1 se incluye: 1) autor/es y año; 2) objetivo; 3) tipo de estudio/muestra, y 4) país/período de estudio. En la tabla 2 se exponen los problemas que presentan las personas con dolor crónico no oncológico, así como las TC no farmacológicas que se llevan a cabo en estas personas.

RESULTADOS

Características de los estudios

De los 289 estudios identificados inicialmente, se seleccionaron 15²⁰⁻³⁴. El proceso detallado para la selección de los estudios se muestra en la figura 1.

Tabla 1. Características de los estudios

| Autor/es y año | Tipo de estudio/instrumento para el dolor/muestra | País/periodo |
|--|--|---|
| Mckernan et al., 2022²⁰ | Estudio mixto Instrumentos: BPI-Pain Severity scale, Pain Interference Scale, Michigan Body Map, PainDetect Instrument Muestra: 85 participantes con dolor crónico (72% mujeres; edad media: 51,19 años) | País: EE. UU. Período: entre 06/2017 y 09/2019 |
| Taylor et al., 2022²¹ | Estudio cuantitativo Instrumento: END Muestra: 302.396 pacientes veteranos | País: EE. UU. Período: 10/2016 a 09/2019 |
| Bicego et al., 2021²² | Estudio mixto longitudinal aleatorizado Instrumentos: END, PDI, SOPA-35 Muestra: 203 participantes (182 mujeres y 21 hombres) | País: Bélgica Período: 03/2015 a 02/2020 |
| Véron et al., 2020²³ | Estudio cualitativo Instrumento: no descrito Muestra: 17 pacientes con dolor espinal crónico (11 mujeres y 6 hombres) | País: Suiza Período: 06-11-2017 |
| Taylor et al., 2019²⁴ | Estudio cualitativo Instrumento: no descrito Muestra: 3.364 miembros del Panel de información de veteranos. De ellos, 1.230 completaron la encuesta (hombres: 1.048 y mujeres: 182) | País: EE. UU. Período: 17 al 25 de julio 2017 |
| Donaldson et al., 2018²⁵ | Estudio mixto transversal Instrumento: HPI Muestra: 1.850 participantes (1.668 hombres [90,3%]) | País: EE. UU. Período: 10/2015 a 11/2016 |
| Wenham et al., 2018²⁶ | Estudio cualitativo longitudinal Instrumento: no descrito Muestra: 517 pacientes | País: Reino Unido Período: no descrito |
| Dubois et al., 2017²⁷ | Estudio: mixto Instrumento: no descrito Muestra: 168 pacientes con dolor lumbar crónico (71 hombres y 95 mujeres) | País: Suiza Período: 11/2014 a 02/2015 |
| Lin et al., 2017²⁸ | Estudio cuantitativo Instrumento: END, Chronic Pain Acceptance Questionaire Muestra: 501 adultos (260 hombres y 241 mujeres) | País: EE. UU. Período: 10/2011 a 07/2014 |
| Bremner et al., 2016²⁹ | Estudio cuantitativo Instrumento: EVA Muestra: 37 participantes, de los que 29 completaron el estudio (4 mujeres y 25 hombres) | País: EE. UU. Período: 08/2013 y 02/2014 |
| Allam & Mohammed, 2013³⁰ | Estudio cuantitativo Instrumento: EVA Muestra: 30 mujeres | País: Egipto Período: 03/2008 a 06/2009 |
| Tan et al., 2013³¹ | Estudio cualitativo Instrumento: no descrito Muestra: 210 pacientes (103 hombres y 107 mujeres) | País: EE. UU. Período: no descrito |
| Lauche et al., 2013³² | Estudio mixto Instrumento: EVA Muestra: 133 participantes. Solo 82 devolvieron los cuestionarios | País: Alemania Período: no descrito |
| Yoon & Kim, 2013³³ | Estudio mixto descriptivo transversal Instrumento: EVA Muestra: 150 mujeres | País: EE. UU. Período: no descrito |
| Kulich et al., 2013³⁴ | Estudio cuantitativo Instrumento: EVA Muestra: 4.518 pacientes (58,1% mujeres) del total, 2.770 artrosis de rodilla; 673 artrosis de cadera; 420 artrosis de la articulación del tobillo; 655 lumbalgia | País: Austria Período: 01/2000 a 12/2010 |

END: escala numérica de dolor; EVA: escala visual analógica; HPI: Health Practices Inventory; PDI: Pain Disability Index; SOPA-35: Survey of Pain Attitude-35.

Fuente: elaboración propia.

Continúa

Tabla 2. Problemas de las personas con dolor crónico no oncológico y terapias complementarias no farmacológicas aplicadas

| Autor/es y año | Problemas | Terapias complementarias/no farmacológicas |
|---|--|---|
| <p>McKernan et al., 2022²⁰</p> | <p>Físicos: dolor persistente durante 6 meses o más. Dolor musculoesquelético crónico o neuropático Psicológicos: ansiedad y depresión Sociales: dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria Económicos: el dolor crónico cuesta hasta 635.000 millones de dólares al año</p> | <p>Hipnosis: ha consistido en enseñar a las personas habilidades de autohipnosis para controlar el dolor crónico no oncológico Participantes: adultos con dolor crónico existente que persiste durante 6 meses o más con niveles de dolor de 4 o más en la escala END-11. Se les formuló una entrevista psicológica. Los participantes completaron las evaluaciones antes del inicio del tratamiento, después del tratamiento y a los 3 y 6 meses Se realizaron 8 sesiones de 90 min, con un descanso de 5 a 10 min. Cada sesión comenzaba con un registro, discusión de expectativas o práctica en el hogar. Posteriormente, de 20 a 30 min de hipnosis formal comentando la experiencia posthipnosis Intervencionistas: psicólogos clínicos, becarios posdoctorales de psicología clínica, pasantes de psicología y estudiantes de prácticas capacitados en hipnosis clínica Resultados: el 80% de la muestra completó al menos 4 sesiones de tratamiento. Se observó reducción significativa del dolor y cambio significativo en la interferencia del dolor</p> |
| <p>Taylor et al., 2022²¹</p> | <p>Físicos: enfermedad cardiovascular, diabetes, dolor musculoesquelético crónico y obesidad Psicológicos: depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático</p> | <p>Las TC referenciadas fueron: acupuntura, biorretroalimentación, hipnosis, terapia de masaje, meditación, visualización guiada, Tai Chi, Qi Gong, yoga. A este respecto, las más utilizadas por los pacientes fueron la atención quiropráctica, la acupuntura, la meditación y el yoga</p> |
| <p>Bicego et al., 2021²²</p> | <p>Físicos: dolor crónico no oncológico Psicológicos: ansiedad, depresión e insomnio</p> | <p>Se llevaron a cabo 7 sesiones mensuales de 2 h más, así como 2 sesiones de seguimiento a los 6 y 12 meses, también con 2 h de duración. Cada sesión grupal estuvo compuesta por 8 pacientes. Se usaron 4 enfoques: 1. Psicoeducación/TC: 2 psicólogas realizaron discusiones grupales de apoyo con el propósito de capacitar a los pacientes para que se convirtieran en participantes activos en su propio tratamiento 2. Autocuidado: 3 psicólogos propusieron ejercicios centrados en ajustar las expectativas de sí mismo, cambiar la narrativa del paciente, fortalecer la autoestima, observar y ajustar los roles sociales del paciente, identificar límites y necesidades, identificar situaciones y sentimientos de impotencia, aceptar la imposibilidad de controlar todo, diferenciando el yo de la enfermedad 3. Autohipnosis combinada con autocuidado: el terapeuta invitó al paciente a tomar una posición cómoda para proceder a la inducción. Se centró en la fijación visual y la atención en la respiración, invitando al paciente a enfocarse en las distintas intensidades de dolor y ubicaciones que sentían en su cuerpo. Objetivo: disminuir la sensación de dolor y aumentar la calidad del sueño 4. Música: Los pacientes escuchaban una melodía musical durante 20 min diariamente. La música como control de la hipnosis se usó previamente y demostró ser efectiva</p> |
| <p>Véron et al., 2020²³</p> | <p>Físicos: dolor espinal crónico, lumbar y espalda Psicológicos: ira, ansiedad y depresión, pensamientos negativos Sociales: sentimiento de abandono y aislamiento</p> | <p>Los pacientes recibieron: 1/psicomotricidad; 2/terapia física (ejercicios de estiramiento y fortalecimiento); 3/terapia ocupacional (sesiones individuales adaptadas a las necesidades del paciente); y 4/apoyo psicológico (una sesión grupal semanal) Se abordó: la conexión cuerpo y mente; la atención individualizada pasiva (ejercicios de relajación), así como una atención sobre la movilidad y el bienestar frente al dolor. A este respecto, los pacientes compartieron que tenían menos miedo de moverse gracias a la terapia. Una vez finalizado el programa aparecieron 2 reacciones: 1/ira, que llevó a los pacientes a buscar solos más ayuda para su dolor, y 2/angustia, que llevó a los pacientes a sentirse abandonados y experimentar síntomas depresivos</p> |
| <p>Taylor et al., 2019²⁴</p> | <p>Físicos: dolor musculoesquelético crónico Psicológicos: ansiedad y depresión Económicos: los pacientes que usaron enfoques CIH tenían más probabilidades de tener ingresos más altos</p> | <p>- Acupresión (14,4% de los veteranos. Uso para el dolor, el 81,7%. Su uso fue útil para aliviar el dolor) - Acupuntura (16,6% de los veteranos. Uso para el dolor, el 92,5%. Lo encontró útil para ello el 54,5%) - Quiropráctica (38,4% de los veteranos. Uso para el dolor, el 91,7%. Lo encontró útil para ello el 76%) - Toque curativo/toque terapéutico/Reiki (9,5% de los veteranos. Uso para el dolor, el 68,9%. Lo encontró útil para ello el 54,8%) - Hipnosis (3,4% de los veteranos. Uso para el estrés/relajación, el 54,5%. Lo encontró útil para ello el 83,3%) - Terapia de masajes (43,6% de los veteranos. Uso para el dolor, el 74,7%. Lo encontró útil el 76,7%) - Meditación (33,6% de los veteranos. Uso para estrés, el 72,8%. Lo encontró útil para ello el 70,3%) - Terapia de movimiento (17,4% de los veteranos. Uso para el dolor, el 65,2%. Lo encontró útil para ello el 56,2%) - Pilates curativo nativo (5,4% de los veteranos. Uso en un 72,9% para mejorar la salud y el bienestar. Un 86,2% de los pacientes la encontraron útil para abordar el problema) - Relajación progresiva (2,2% de los veteranos. Uso en un 66,9% para el estrés/relajación. Un 66,7% de los pacientes la encontraron útil para abordar el problema) - Qi Gong (3,6% de los veteranos. Uso en un 65,2% para mejorar la salud y el bienestar. Un 66,7% lo encontraron útil para abordar el problema) - Tai Chi (11,2% de los veteranos. Uso en un 66,7% para mejorar la salud y el bienestar. Un 68,2% lo encontró útil para abordar este aspecto) - Yoga (uso en un 72,3% para mejorar la salud y el bienestar. Un 65,2% lo encontró útil para abordar este aspecto)</p> |

Tabla 2. Problemas de las personas con dolor crónico no oncológico y terapias complementarias no farmacológicas aplicadas (cont.)

| Autor/es y año | Problemas | Terapias complementarias/no farmacológicas |
|---------------------------------------|---|---|
| Donaldson et al., 2018 ²⁵ | Físicos: dolor musculoesquelético crónico. El 40% de los hombres tenía dolor crónico no oncológico Psicológicos: ansiedad, depresión y evaluación deficiente de la salud | Se describieron 6 clases de usuarios: - Uso bajo (50%): 923 usuarios tuvieron bajas tasas de uso de la práctica de salud - Ejercicio (23%): 426 usuarios tuvieron un alto uso de ejercicio - Psicoterapia (6%): 112 usuarios tuvieron un alto uso de psicoterapia y grupos de apoyo - Terapias manuales (12%): 213 usuarios tuvieron un alto uso de quiropráctica, fisioterapia y masajes - <i>Mindfulness</i> (5%): 101 usuarios tuvieron un alto uso de la práctica de <i>mindfulness</i> y relajación - Multimodal (4%): 75 usuarios tuvieron alto uso de la mayoría de las prácticas Las prácticas más utilizadas para el bienestar fueron el ejercicio aeróbico, el yoga y el Tai Chi/qi gong, y las prácticas más utilizadas para el dolor fueron la fisioterapia manual, la quiropráctica y la acupuntura |
| Wenham et al., 2016 ²⁶ | Físicos: dolor de cuello crónico, cansancio Psicológicos: desesperación, ideas suicidas e impotencia, insatisfacción con los analgésicos, preocupación, desilusión | Sesiones de acupuntura o lecciones de Alexander La técnica Alexander tiene un elemento terapéutico, incluye una educación basada en el uso de habilidades de pensamiento incorporadas que permiten a las personas mejorar el tono muscular, el apoyo muscular, la coordinación del movimiento y el equilibrio, reduciendo los hábitos musculoesqueléticos desadaptativos y el dolor que causan Resultados: a los 6 meses, la mayoría había comenzado a notar mejoras tangibles en el dolor de cuello, así como otros beneficios, incluido un mayor bienestar. A los 12 meses, reducción del dolor y discapacidad asociada en comparación con la atención habitual exclusiva Muchos expresaron sentimientos de mayor control sobre el manejo del dolor a través de la adquisición de autoconciencia, habilidades, conocimientos y cambio de comportamiento El aumento de la autoconciencia permitió a algunos participantes reconocer que los cambios se estaban involucrando tanto a nivel físico como mental |
| Dubois et al., 2017 ²⁷ | Físicos: dolor lumbar crónico, migrañas, artritis y alergias Económicos: no disponer de seguro médico limita el uso de las TC | De los 168 pacientes, aproximadamente la mitad (46,9%) había experimentado dolor lumbar crónico durante más de 5 años y el 39% durante 1 a 5 años. El 83% había experimentado dolor lumbar todos los días o casi todos los días en los 6 meses anteriores Los participantes siguieron sesiones individuales y/o grupales de 1 h cada una aproximadamente una vez a la semana Aproximadamente la mitad de los participantes utilizaron quiropráctica para el dolor lumbar crónico, una cuarta parte usó masajes y una décima usó acupuntura y meditación |
| Lin et al., 2017 ²⁸ | Físicos: dolor crónico Psicológicos: depresión Económicos: la cobertura del seguro puede limitar el acceso a las terapias | Los participantes usaron: - Fisioterapia: realizada por el 22% de la muestra, es decir 110 sujetos - Meditación o yoga: el 19%, 97 sujetos - Psicoterapia: el 16%, 82 sujetos - Remedios a base de hierbas: el 15%, 76 sujetos - Acupuntura: el 6%, 31 sujetos En general, solo una pequeña minoría de pacientes utilizó estrategias específicas sin medicación a pesar de tener síntomas de dolor continuos |
| Bremner et al., 2016 ²⁹ | Físicos: infecciones, problemas intestinales y dolor Social: estigma y discriminación ante los pacientes con VIH | 37 personas cumplieron con los criterios. De los cuales, 18 fueron asignadas a Reiki en 6 sesiones semanales de 30 min y evaluaciones de seguimiento de 6 y 10 semanas; 19 fueron asignadas a música, también con evaluaciones de seguimiento programadas a las 6 y 10 semanas. Todos los participantes recibieron el mismo CD de música meditativa con instrucciones para escuchar al menos 30 min cada semana. Un maestro de Reiki dirigió todas las sesiones Resultados: El dolor autoinformado de los participantes del IMOG se mantuvo constante durante el estudio, mientras que en los participantes del RMG disminuyó significativamente con el tiempo. El estudio describe que el Reiki puede tener un impacto positivo en la salud física y psicológica del individuo |
| Alliam & Mohammed, 2013 ³⁰ | Físicos: dolor musculoesquelético (cervical, región lumbosacra, hombro y rodilla), osteoartritis (dolor crónico y rigidez articular) | Previamente, los pacientes tuvieron una valoración de la EVA para calcular la puntuación de cada uno antes de la terapia de acupuntura y 1 h después de recibir el tratamiento Se administró una sesión a cada paciente con agujas de acupuntura desechables. Se insertaron 4-6 agujas, principalmente en los puntos básicos. La profundidad de inserción fue de 5 a 15 mm. Las agujas se mantuvieron durante 15 a 20 min. Solo se aplicó estimulación manual a las agujas Las puntuaciones EVA antes de la intervención oscilaron entre 3 y 10. Las puntuaciones EVA posteriores a la intervención variaron de 0 a 8, con una correlación positiva estadísticamente significativa entre los valores posteriores a la intervención y los previos a la intervención. La diferencia de la puntuación EVA calculada para cada paciente osciló entre 2 y 8. lo que indica una mejora alta y estadísticamente significativa después del tratamiento para todo el grupo de pacientes |

Continúa

Tabla 2. Problemas de las personas con dolor crónico no oncológico y terapias complementarias no farmacológicas aplicadas (cont.)

| Autor/es y año | Problemas | Terapias complementarias/no farmacológicas |
|-------------------------------------|--|---|
| Tan et al., 2013 ³¹ | Físicos: el 60% tenía dolor en un área mientras que el 6% tenía dolor en 4 o más áreas Psicológicos: impacto en la salud psicológica Económicos: elevados gastos para usar CAM, pérdida de horas de trabajo | La mayoría sintió que la CAM ayudó a aliviar el dolor (72%), aunque un menor número expresó satisfacción con la CAM (64%) Se realizaron entrevistas a 210 pacientes, de los que 176 (84%) informó haber usado CAM en algún momento, 88 (50%) usaba CAM específicamente para el dolor, y 41 (23%) todavía usaba CAM en el momento de la encuesta La clase más común de CAM fue la medicina tradicional china (68%). Le siguió "otros" (31%), que incluía yoga, tratamiento quiropráctico, masaje, vitaminas y los que no figuran en la encuesta La acupuntura fue la más utilizada (49%), seguida de Tui Na (17%) y masaje (16%) El 72% sintió que la CAM ayudó con su dolor. En cuanto a la satisfacción con el tratamiento de prescripción, el 85% estaba satisfecho o muy satisfecho |
| Lauche et al., 2013 ³² | Físicos: dolor de cuello crónico inespecífico Económicos: las compañías de seguros no cubren esta terapia | Terapia con ventosas: 1. La ventosa seca se aplicó usando vasos de vidrio de doble pared. Se invirtieron sobre una llama abierta para calentar el aire interior, colocándose sobre un área afectada. El tratamiento duró unos 15 min y se repitió cada 3-4 días; en total se aplicaron 5 tratamientos (50 pacientes) 2. Ventosas húmedas, se hizo una incisión superficial en la piel antes de aplicar las ventosas. Solo se aplicaron una vez dentro del período de estudio 3. Ventosas pulsantes usando el Pneumatron® 200S, que generó succión electromecánica pulsante en copas de vidrio o silicona. La reducción de la presión y la propia presión atmosférica se alternaron con una frecuencia estándar de 200 ciclos/min, lo que provocó una oscilación de la piel y los tejidos subdérmicos. El tratamiento duró 15 min y se repitió cada 3-4 días; en total se aplicaron 5 tratamientos (50 pacientes) Los resultados se midieron 3 veces, previa a la intervención, después del tratamiento y 2 años después. En comparación con 2 años antes, 18 pacientes (22,0%) calificaron su salud como muy mejorada, 21 (25,6%) como algo mejorada, 33 (40,2%) informaron que no hubo cambios, 3 (3,7%) calificaron su salud como algo peor y 2 (2,4%) como mucho peor. 28 pacientes (34,1%) obtuvieron una reducción de la intensidad del dolor (EVA) desde el inicio de al menos un 30%, y 20 pacientes (24,4%) obtuvieron una reducción de al menos un 50%. Por otro lado, 21 pacientes (25,6%) refirieron un aumento del dolor de al menos un 30% y 17 (20,7%) de al menos un 50% |
| Yoon et al., 2013 ³³ | Físicos: dolor crónico, hipertensión, problemas de espalda y artritis Psicológicos: depresión Económicos: el 36% percibió que tenía dificultades económicas Sociales: solo el 22% tenía trabajo actualmente | El 89% había utilizado algún tipo de CAM para controlar el dolor durante los últimos 12 meses: - Hierbas: las más utilizadas incluyen ginseng, ajeno, acanthopanax, cebolla, <i>Achyranthes</i> , clemátide y azufáifo. La prevalencia del uso de hierbas fue aún mayor para las combinaciones de hierbas y materiales de origen animal en comparación con el producto único a base de hierbas - Acupuntura: fue la segunda modalidad de CAM más común - Suplementos dietéticos: fueron los menos comunes Aproximadamente el 27% calificó a la CAM como efectiva para aliviar el dolor. Solo el 6,5% experimentó efectos secundarios |
| Kullitch et al., 2013 ³⁴ | Físicos: osteoartritis (especialmente rodilla o cadera) Psicológicos y sociales: el dolor lumbar crónico presenta costes psicosociales altos | - Artrosis de rodilla: 9 sesiones de RM durante 1 año. Según la escala EVA, los pacientes mostraron puntuaciones de dolor reducidas con mejoría después de los 3, 6 y 12 meses Resultados: el dolor con la carga disminuyó en una escala de 10 partes de 6 (diariamente) a 4 (1 vez a la semana), la frecuencia del dolor máximo se redujo a "muy poco/solo 2 veces al mes" y el dolor en reposo disminuyó a "raro" a "muy raro". El número de pacientes con artrosis de rodilla que no presentaron quejas durante la noche aumentó del 39% en un inicio al 72% a los 12 meses - Artrosis de cadera: la RM produjo claras mejoras en cuanto al dolor y función que se comprobaron hasta 1 año después del tratamiento. El paciente mostró mejoras en el dolor en reposo, tanto en intensidad (42,8%) como en frecuencia (36,3%) - Lumbalgia: la intensidad del dolor a la carga se redujo notablemente 1 año después de la RM. Paralelamente, la mediana del pico-dolor disminuyó de 6,0 de la línea de base a 2,5 después de 12 meses. También la intensidad del dolor en reposo se redujo clara y significativamente. Tras 6 meses o 1 año después del tratamiento, los pacientes con afectaciones de la columna vertebral pudieron realizar actividades rutinarias diarias como levantar objetos, caminar, sentarse, pararse y viajar con mucha más facilidad - Artrosis de tobillo: tras 1 año después de la RM, la reducción media del dolor máximo fue del 46,7%, el dolor con carga del 47,0% y el dolor en reposo del 40,4%. Se observó un alivio del dolor del 37 al 40% a los 3-6 meses después de la RM. También la frecuencia del dolor mostró una disminución significativa, tendencia que comienza con una puntuación de 6 (a menudo/diariamente) hasta 4 (una vez a la semana) y 2 (poco frecuente/una vez al mes) |

CAM: medicina complementaria y alternativa; END: escala numérica del dolor; EVA: escala visual analgésica; MC: medicina complementaria; MQG: grupo de solo música; RM: resonancia magnética; RMG: grupo de Reiki con música; TC: terapias complementarias; TCC: terapia cognitivo-conductual; VHT: virus de la inmunodeficiencia humana.
Fuente: elaboración propia.

Las características de los estudios seleccionados se exponen en la tabla 1. A este respecto, 5 de los estudios seleccionados fueron cuantitativos, 4 cualitativos y 6 mixtos. La muestra total estuvo compuesta por 310.318 pacientes, con una edad media de 54,79 años. No obstante, hay que aclarar que 3 de los estudios no realizaron especificaciones en cuanto al sexo^{21,26,32} y en 2 no se tomó constancia de la edad media^{26,28}. De los estudios seleccionados, 14 se centraron de forma exclusiva en las TC y los otros 2 combinaron las TC con farmacoterapia^{28,29}.

Problemas (físicos, psicológicos, sociales y económicos) de las personas con dolor crónico no oncológico

En la tabla 2 se describen los problemas de las personas con dolor crónico no oncológico. A este respecto, 14 de los estudios hicieron referencia a los problemas físicos, destacándose entre ellos el dolor, especialmente el musculoesquelético y el neuropático; sin embargo, otros se referenciaron como problemas cardiovasculares, la diabetes o la obesidad^{20,22-34}. En 11 de los estudios se hizo alusión a los problemas psicológicos, de los que la ansiedad y la depresión fueron los más referenciados; no obstante se han descritos otros como la ira, el insomnio, los pensamientos negativos, la ideación suicida, las preocupaciones y el miedo^{20,22-26,28,29,31,33,34}.

Solo 5 de los estudios manifestaron problemas de origen social, refiriéndose dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria, aislamiento y sentimientos de abandono^{20,23,29,33,34}; 7 describieron problemas económicos. A este respecto, algunos de ellos estaban relacionados con las características de los propios sistemas sanitarios, describiendo que los seguros médicos limitan el acceso a las TC, y en algunos casos los seguros no cubrían estas terapias. Otro de los aspectos descritos está relacionado con los costes mismos de las TC, siendo más probable observarlos en personas con ingresos más altos. Otro de los efectos económicos está relacionado con el absentismo laboral provocado por el dolor^{20,24,27,28,31-33}.

Instrumentos y/o escalas para el dolor

En la tabla 1 se muestran los instrumentos y/o escalas para el dolor utilizadas en cada uno de los estudios seleccionados. Sobre el particular, 9 de los estudios incluyeron instrumentos para valorar la intensidad del dolor, como la BPI-Pain Severity Scale²⁰, la escala numérica del dolor (END)^{21,22,28} y la escala visual analógica (EVA)^{29,30,32-34}. Dos estudios incluyeron instrumentos para valorar la interferencia del dolor con las actividades diarias de la persona, describiéndose las siguientes: Pain Interference Scale²⁰ y Pain Disability Index (PDI)²². Uno de los estudios referenció un cuestionario relacionado con la aceptación del dolor, destacando la importancia de este aspecto en el funcionamiento diario de los pacientes con dolor crónico. El cuestionario utilizado para ello fue el Chronic Pain Acceptance Questionnaire²⁸.

En uno de los estudios se utilizó un instrumento para valorar las actitudes y creencias de los pacientes con el dolor crónico, siendo este la Survey of Pain Attitude-35 (SOPA-35)²². Así como instrumentos para valorar la extensión del dolor (Michigan Body Map) o el tipo de dolor implicado (PainDetect Instrument)²⁰. Un estudio recogió datos relacionados con el abordaje y control del dolor mediante el uso del Health Practices Inventory (HPI)²⁵. Hubo 5 estudios que no describieron instrumentos y/o escalas para el dolor^{23,24,26,27,31}.

Terapias complementarias no farmacológicas utilizadas para el cuidado de personas con dolor crónico no oncológico

En la tabla 2 se describen las TC utilizadas para el cuidado de las personas con dolor crónico no oncológico. En 8 estudios de la revisión ha destacado

la acupuntura como una de las principales TC para mejorar la calidad de vida de estas personas^{21,24,26-28,30,31,33}. También se describió la acupresión²⁴ y el uso de medicina tradicional china³¹. En 4 de los estudios se han descrito los beneficios de realizar actividades como el Reiki, el Tai Chi, el yoga, el pilates o el Qi Gong^{21,24,28,29}, y en 2 se ha recomendado el uso de hierbas^{28,33}.

En 2 de los estudios se ha referenciado la necesidad de contemplar el apoyo psicológico, y es de utilidad promover la psicoterapia^{23,28}. Para el abordaje del dolor, contemplando las necesidades emocionales y psicológicas, 3 de los estudios han descrito la utilidad de la hipnosis^{20,21,22}, otros 3 la meditación^{21,27,28}, 1 la musicoterapia²² y otro el *mindfulness*²⁵.

Dos de los estudios han incorporado la terapia de masajes^{21,24} como estrategia para abordar y controlar el dolor y en otro se utilizó la terapia con ventosas³².

DISCUSIÓN

Todos los estudios de la revisión han descrito diversos problemas en las personas con dolor crónico no oncológico. La mayoría de los estudios ha descrito la presencia de dolor recurrente y persistente como uno de los principales factores que afectan a la función física^{20,22-34}. Estos hallazgos están en consonancia con los postulados de otros autores, que han destacado la influencia del dolor en diferentes funciones de la persona a nivel físico, emocional, social y en la calidad de vida³⁵.

La mayoría de los estudios incluidos en la revisión destacaron el efecto del dolor a nivel emocional, manifestándose diversos problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión^{20,22-26,28,29,31,33,34}. A este respecto, diversos autores han hecho referencia al procesamiento psicológico en el dolor, describiendo que su presencia puede desencadenar estados psicológicos alterados. Al mismo tiempo, manifiestan que antecedentes psicológicos previos pueden aumentar el riesgo para la cronificación del dolor dado los procesos de sensibilización^{3,6}.

Estudios de la revisión han manifestado que la presencia de dolor en estos pacientes puede reportar diversos problemas sociales dado sus efectos sobre las actividades básicas de la vida diaria, lo que causa de forma frecuente sentimientos de abandono y aislamiento, así como consecuencias a nivel laboral^{20,23,29,33,34}. En este sentido, son diversos los estudios realizados que han manifestado las consecuencias del dolor a nivel social, con repercusiones importantes tanto en la actividad laboral como en las relaciones con familiares y amigos^{36,37}.

Otro de los principales problemas descritos por autores de la revisión se refiere a los aspectos económicos, describiéndose la necesidad de implementar una cobertura de seguros que incluyan el uso de TC, pues se manifiesta que las personas que habitualmente se beneficiaban de este tipo de terapias suelen disponer de ingresos más altos^{20,24,27,28,31-33}. Otros autores han referenciado que la presencia de dolor presenta un grave impacto en la calidad de vida de las personas, causando graves repercusiones laborales y económicas, especialmente en personas vulnerables (personas desempleadas, población inmigrante o con bajo nivel de estudios)³⁸.

Diversos estudios de la revisión han descrito instrumentos asociados al dolor, permitiendo medir su intensidad, tipo y extensión, la interferencia del dolor con las actividades básicas de la vida diaria, su aceptación, así como las actitudes y creencias de las personas ante el dolor^{20-22,25,28-30,32-34}. Otro estudio describe la importancia de valorar el grado de repercusión del dolor en la calidad de vida general de personas, así como las posibles repercusiones a nivel multidimensional. No obstante, refieren que aún no están bien definidas las herramientas de valoración³⁹.

Todos los estudios de la revisión han descrito TC para incentivar el cuidado y promover la calidad de vida de las personas con dolor crónico no oncológico, manifestando que estas deben abordar aspectos tanto físicos

como psicológicos y sociales. La acupuntura fue la más referenciada por los estudios^{21,24,26-28,30,31,33}. Diversos autores han destacado los efectos beneficiosos de la acupuntura en el manejo del dolor⁴⁰. No obstante, otros estudios realizados describen que la meditación y la relajación son las terapias que más impacto han presentado para mejorar tanto el dolor como la ansiedad⁷.

Limitaciones

Entre las limitaciones se debe considerar que la búsqueda bibliográfica se filtró a los últimos 10 años, pudiendo ocasionar que estudios relevantes relacionados con la temática no fueran incluidos en la presente revisión. No obstante, con la aplicación del filtro se garantizaba el acceso a los estudios más recientes y actualizados. Otra de las limitaciones ha sido la heterogeneidad de los estudios, debido a la muestra, tipo de estudios, períodos, tipo de dolor crónico y terapias aplicadas. Además, entre las limitaciones también debemos considerar la falta de utilización de una herramienta para evaluar la calidad de los estudios.

CONCLUSIONES

Los pacientes con dolor crónico no oncológico presentan diversos problemas tanto físicos como psicológicos, sociales y económicos. Los

problemas físicos están relacionados principalmente con la presencia de un dolor recurrente y persistente, especialmente a nivel musculoesquelético. De igual modo, se evidencia su impacto a nivel emocional y psicológico, y es frecuente observar problemas a este nivel como la depresión y la ansiedad. Esta presencia de dolor crónico también es causa de múltiples problemas sociales debido a las múltiples dificultades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, lo que puede llegar a ocasionar sentimientos de abandono y aislamiento. De igual modo, deben considerarse las repercusiones económicas en estos pacientes. En este sentido, dado los altos costes que podrían desencadenar las TC, se hace necesario promover una cobertura que ayude a la implementación de estas terapias.

Para la atención de estos pacientes es necesario utilizar instrumentos que nos permitan valorar y determinar las características del dolor. Además, para su atención se describen múltiples TC como acupuntura, acupresión, Reiki, Tai Chi, yoga, pilates o Qi Gong. También se han descrito los beneficios de la medicina tradicional china o el uso de hierbas. La psicoterapia se describe como fundamental para la atención de los aspectos emocionales y psicológicos, también es de utilidad en estos casos la hipnosis, la meditación, la musicoterapia o el *mindfulness* ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Valenciano L. El dolor crónico unido a la depresión. NPunto. 2021;4:59-79.
- Tristancho R, Hernández EB, Álvarez JF, Fernández RG, Hernández AP, Jiménez JS, et al. ¿Cómo evaluar los resultados en salud en el dolor crónico no oncológico? Investigación cualitativa. J Healthc Qual Res. 2023;38:35-42.
- Ferrán DJ. El dolor. Umbral del dolor. Novedades de tratamiento en pacientes con dolor. NPunto. 2021;4:4-30.
- NNConsult. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017. NANDA International, 2021. Disponible en: <http://www.nnconsult.com/nanda>
- Guerra de Hoyos JA, Cabeza Pérez R, Cáliz Cáliz RA, Domínguez Camacho JC, García Montes I, Rubián López M, et al. Dolor crónico no oncológico. Proceso asistencial integrado. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.
- Ortiz L, Velasco M. Dolor crónico y psiquiatría. Rev Med Clin Condes. 2017;28:866-73.
- Ruiz-Romero MV, Guerra-Martín MD, Álvarez-Tellado L, Sánchez-Villar E, Arroyo-Rodríguez A, Sánchez-Gutiérrez MC. Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes. An Sist Sanit Nav. 2021;44:61-9.
- Cabrera-León A, Cantero-Braojos MA. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. Aten Primaria. 2018;50:527-38.
- Garzón-Sánchez A, Rodríguez-Arenas MA, Garzón Sánchez JC, Díaz-García RS, Sánchez-Montero FJ, Fresneña-López N. Cross-sectional study on factors related to chronic pain and its care, according to sex. Rev Soc Esp Dolor. 2022;29:61-70.
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes y Sociedad Española del Dolor. El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Madrid: Plataforma de Organizaciones de Pacientes; 2018.
- Guerra-Martín MD, Tejedor-Bueno MS, Correa-Casado M. Effectiveness of complementary therapies in cancer patients: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:1017.
- Martínez-Sánchez LM, Martínez-Domínguez GI, Molina-Valencia JL, Vallejo-Agudelo EO, Gallego-González D, Pérez-Palacio MI, et al. Uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con dolor crónico en una institución hospitalaria, Medellín, Colombia, 2014. Rev Soc Esp Dolor. 2016;23:280-6.
- Pedrosa S, Aguado D, Canfrán S, Torres J, Miró J. La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. Rev Soc Esp Dolor. 2017;24:11-8.
- Martínez LM, Martínez GI, Gallego D, Vallejo EO, Lopera JS, Vargas N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2014;21:338-44.
- Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J. 2009;26:91-108.
- Higgins J, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. The Cochrane Collaboration; 2011.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrowe CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 2021;74:790-9.
- Del Pino R, Frías A, Palomino PA. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. 2014;7:24-39.
- Perestelo-Pérez L. Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. Int J Clin Health Psychol. 2013;13:49-57.
- McKernan LC, Finn MT, Crofford LJ, Kelly AG, Patterson DR, Jensen MP. Delivery of a group hypnosis protocol for managing chronic pain in outpatient integrative medicine. Int J Clin Exp Hypn. 2022;70:227-50.
- Taylor SL, Gelman HM, DeFaccio R, Douglas J, Hawrilenko MJ, McGinty NK, et al. We Built it, But Did They Come: Veterans' Use of VA Healthcare System-Provided Complementary and Integrative Health Approaches. J Gen Intern Med. 2023;38:905-12.
- Bicego A, Monseur J, Collinet A, Donneau AF, Fontaine R, Libbrecht D, et al. Complementary treatment comparison for chronic pain management: A randomized longitudinal study. PLoS One. 2021;16:e0256001.
- Véron C, Genevay S, Bastard MK, Fleury A, Cedraschi C. Psychomotor therapy as a treatment of chronic spinal pain: A qualitative study. Complement Ther Med. 2021;56:102590.
- Taylor SL, Hoggatt KJ, Kligler B. Complementary and integrated health approaches: what do veterans use and want. J Gen Intern Med. 2019;34:1192-9.
- Donaldson MT, Polusny MA, MacLehose RF, Goldsmith ES, Haggel-Campbell EM, Miron LR, et al. Patterns of conventional and complementary non-pharmacological health practice use by US military veterans: a cross-sectional latent class analysis. BMC Complement Altern Med. 2018;18:246.
- Wenham A, Atkin K, Woodman J, Ballard K, MacPherson H. Self-efficacy and embodiment associated with Alexander Technique lessons or with acupuncture sessions: A longitudinal qualitative sub-study within the ATLAS trial. Complement Ther Clin Pract. 2018;31:308-14.
- Dubois J, Scala E, Faouzi M, Decosterd I, Burnand B, Rodondi PY. Chronic low back pain patients' use of, level of knowledge of and perceived benefits of complementary medicine: a cross-sectional study at an academic pain center. BMC Complement Altern Med. 2017;17:193.
- Lin LA, Bohnert AS, Jannausch M, Goesling J, Ilgen MA. Brief Report: Use of non-pharmacological strategies for pain relief in addiction treatment patients with chronic pain. Am J Addict. 2017;26:564-7.
- Bremner MN, Blake BJ, Wagner VD, Pearcey SM. Effects of Reiki with music compared to music only among people living with HIV. J Assoc Nurses AIDS Care. 2016;27:635-47.
- Allam H, Mohammed NH. The role of scalp acupuncture for relieving the chronic pain of degenerative osteoarthritis: a pilot study of Egyptian women. Med Acupunct. 2013;42:216-20.
- Tan MG, Win MT, Khan SA. The use of complementary and alternative medicine in chronic pain patients in Singapore: a single-centre study. Ann Acad Med Singapore. 2013;42:133-7.
- Lauche R, Cramer H, Langhorst J, Dobos G. Cupping for chronic nonspecific neck pain: a 2-year follow-up. Complement Med Res. 2013;20:328-33.
- Yoon SL, Kim JH. Factors contributing to the use of complementary and alternative medicine in rural older women with chronic pain in South Korea. Appl Nurs Res. 2013;26:186-91.
- Kulich W, Overbeck J, Spiegel HU. One-year-survey with multicenter data of more than 4,500 patients with degenerative rheumatic diseases treated with therapeutic nuclear magnetic resonance. J Back Musculoskelet Rehabil. 2013;26:93-104.
- García MV, Prieto I. Dolor crónico no oncológico: Dónde estamos y dónde queremos ir. Aten Primaria. 2018;50:517-8.
- Berrosos A, De Arriba L, Arcega A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. Rev Clin Med Fam. 2018;11:154-9.
- Martínez A, García MJ, Sánchez M, Cobo F, Turmo M, Stanes A, et al. Escuela de pacientes con dolor crónico no oncológico y tratamiento opioide. Rev Soc Esp Dolor. 2020;27:324-38.
- Cortinaes-Saenz M, Bonilla-García JL, Arnedo C, Navajas AI, Menoyo MB, López R, et al. Crisis económica española y salud: impacto clínico en el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2015;22:51-8.
- Alonso A. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Aten Primaria. 2011;43:575-6.
- Muñoz-Ortego J, Vas J, Nishishinya B, Carrillo B, Pérez A, Verástegui C, et al. Síntesis de la evidencia científica en acupuntura. Rev Int Acupuntura. 2018;12:97-125.