

Venciendo al dolor crónico y creando una nueva vida más plena

Autores:

Investigadora Principal y persona de contacto: María Victoria Ruiz Romero. Responsable de Calidad e Investigación. Email: mariavictoria.ruiz@sjd.es. Teléfono: 664 396 621 (1)

Investigadoras Colaboradoras:

- Ana Porrúa Del Saz. Servicio de Rehabilitación. (1)
- Ángeles Carmen López Tarrida. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. (1)
- Consuelo Pereira Delgado. Servicio de Medicina. Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina. (1)
- María Blanca Martínez Monrobé. Unidad de Psicología. (1)
- Begoña Gómez Hernández. Unidad de Fisioterapia. Servicio de Rehabilitación. (1)
- Noelia Flores Garrido. Estudiante del Grado de Enfermería. (2)
- Natalia Gutiérrez Fernández. Estudiante del Grado de Enfermería. (2)
- Almudena Arroyo Rodríguez. Jefatura de estudios. (2)
- María Dolores Guerra-Martín. Profesora (3)

(1) Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA). Bormujos. Sevilla.

(2) Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. Bormujos. Sevilla.

(3) Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Área temática: **5 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN HUMANIZADA**

Resumen ejecutivo del proyecto (máximo 500 palabras)

Justificación: La prevalencia de dolor crónico (DC) en España es del 17%. El DC es una experiencia compleja y multidimensional, su elevada prevalencia, a pesar de los fármacos y la alta tecnología empleados, lo convierten en un problema de salud pública con alto consumo de recursos sanitarios y gran impacto psicosocial en la vida del paciente. Se recomienda un enfoque más integral, interdisciplinar, con enfoques farmacológicos y no-farmacológicos, otorgando un papel protagonista a los pacientes en el control del dolor y la mejora de su propia salud.

Objetivos: Evaluar la efectividad de un taller que integra distintas TnoF en el control del DC no oncológico y analizar las opiniones y percepciones de los pacientes.

Despliegue: Estudio cuasi-experimental intragrupo “antes-después”, comparando dolor, bienestar, uso de fármacos, calidad de vida y autoestima antes de iniciar el taller y al finalizar. El taller consta de 5 sesiones (1/semana) de 3 horas cada una. La metodología es participativa y experimental, integra técnicas mente-cuerpo: analgesia mental, relajación, atención plena, terapia cognitiva conductual, autoafirmaciones, trabajo del perdón, autoaceptación, promoción de hábitos saludables.

Resultados: Se evalúan las 6 últimas ediciones, realizadas entre nov-2021 y dic-2022, total: 101 pacientes.

A) Satisfacción global: 9,7 sobre 10; Claridad de contenidos (9,7); Conveniencia de las actividades (9,6); Utilidad para manejar el dolor (9,0) y la enfermedad (9,2) y recomendación (9,9).

B) Resultados en salud: El dolor (escala 0-10) disminuyó una media de 1,6 (SD: 2,16); el bienestar (escala 0-10) aumentó 1,5 (SD: 2,02); la calidad de vida (0-1) aumentó 0,15 (SD: 0,22); el estado de salud (0-100) aumentó 16,9 (SD: 25,07) y la autoestima (9-36) aumentó 3,4 (SD: 5,03).

C) Autovaloración del impacto del taller en la salud: a) disminuyó el dolor con las técnicas en el 82,1%; b) disminuyó la medicación el 72,4%; c) hábitos más saludables: el 86,2%; d) mejora del estado de ánimo: 30% alegre (antes 2%), 47% normal (antes 27%), 18% desanimado (antes 38%) y 5% deprimido (antes 33%).

Conclusiones: Los pacientes expresan que, gracias al taller, han profundizado en su autoconocimiento, han cambiado su visión del dolor y su actitud ante la vida y la enfermedad y que ello ha impactado muy positivamente en sus vidas y en su entorno social. La demanda de este tipo de talleres es alta ya que tanto los profesionales como los pacientes lo aconsejan a otros pacientes. Todo ello nos anima a seguir desarrollando y mejorando este proyecto.

Índice de contenidos

I. Introducción.....	4
Justificación y pertinencia	4
Objetivos	4
II. Desarrollo y ejecución	5
II. A. Diseño	5
II. B. Ámbito. Población	5
III. Despliegue	6
III.D. Variables de estudio	7
III.E. Fuentes de datos.....	7
III.F. Análisis estadístico	8
III.G. Consideraciones bioéticas.....	8
IV. Planificación y/o cronograma:.....	8
V. Resultados	8
V.A. Satisfacción con el taller.....	8
V.B. Principales resultados en salud.....	9
V.C. Autovaloración del impacto del taller en la salud.....	9
V.D. Técnicas y herramientas que más les han servido.....	10
V. Evaluación y revisión.....	11
VI. Carácter innovador.....	11
VII. Divulgación	12
VI. Nivel de aplicabilidad	12
IX. Imágenes del taller	13
Anexo 1. Características de los estudios sobre Terapias no farmacológicas.....	15
Anexo 2. Cronograma y reparto de tareas	16

I. Introducción

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

Los pacientes con DCD tienen una menor calidad de vida; un 44% valora su salud como buena o muy buena frente al 83,8% sin DC y al 72% con DCnoD. En la población con DCD es mayor el consumo de analgésicos (71,5%) y otros fármacos (82,8%), la utilización de los servicios de atención primaria (91,0%), urgencias (36,5%), medicina general (35,9%) o especialista (9,1%), y se duplica la hospitalización (13,0%) respecto a la población con DCnoD o sin DC.

La prevalencia de DC es alta, a pesar de los fármacos empleados y de la alta tecnología, esto lo convierte en un problema de salud pública por el empleo de recursos sanitarios y por el impacto psicosocial en la vida del paciente. El DC es una experiencia compleja y multidimensional, actualmente se recomienda un enfoque más integral, con una atención colaborativa interdisciplinaria, con enfoques farmacológicos y no farmacológicos, otorgando un papel protagonista a los pacientes en la mejora de su propia salud y en la gestión de las conductas relacionadas con el dolor.

Pero transformar el sistema de atención del dolor en un modelo integral requiere la existencia de opciones de terapias no farmacológicas (TnoF) basadas en la evidencia, con estrategias eficaces y eficientes, que reduzcan los eventos adversos de los fármacos y la adicción.

El DC puede acompañarse de ansiedad, dolor emocional o visión negativa ante la vida, disminuyendo la calidad de vida del paciente, interfiriendo en sus actividades diarias y en el trabajo. El abordaje del tratamiento del DC con fármacos resulta en ocasiones insuficiente y los pacientes recurren a otras terapias como técnicas psicológicas, relajación, meditación o yoga. Las nuevas evidencias apoyan la efectividad de las intervenciones mente-cuerpo, aunque se necesita más investigación para identificar TnoF efectivas y qué combinaciones y secuencias son más efectivas.

Por otro lado, las conductas, estilos de vida y confianza de los pacientes en su capacidad, influyen en su compromiso, impactando en los resultados de salud. En el **anexo 1** se exponen algunas TnoF que han demostrado ser efectivas para el DC.

Justificación y pertinencia

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA) realiza talleres para el control del DC no oncológico con TnoF desde 2016. Desde entonces, han participado en ellos 216 pacientes. El taller ha ido modificándose para adaptarse a las expectativas de los pacientes y cubrir sus necesidades.

A finales de 2021, se rediseña el taller y nos planteamos evaluar su efectividad con un enfoque cuantitativo, sumando los resultados de los pacientes de los talleres que se han realizado a partir de entonces.

Objetivos

General: El objetivo de este proyecto es evaluar la efectividad de un taller que integra distintas TnoF en el control del DC no oncológico y analizar las opiniones y percepciones de los pacientes sobre las técnicas aplicadas tras su asistencia al taller y cómo afectan al control de su dolor y a su calidad de vida.

Específicos:

1) Evaluar el impacto del taller (efectividad) en cuanto a: Dolor, Pauta analgésica, Bienestar del paciente, Autoestima, Autocuidado y Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

- 2) Analizar las opiniones y percepciones de los pacientes sobre el taller y cómo les ayuda a controlar el dolor y a sentirse mejor.
- 3) Conocer las técnicas y herramientas que más les ayuda para el control del dolor y su bienestar.

II. Desarrollo y ejecución

II. A. Diseño

Se sigue un diseño tipo cuasi-experimental intragrupo tipo antes-después, en el que se comparan el dolor, bienestar, manejo de fármacos, calidad de vida y autoestima, justo antes de iniciar el taller y al finalizarlo.

II. B. Ámbito. Población

El HSJDA es un hospital comarcal que atiende una población de 295.800 habitantes, de 28 municipios (26 de Sevilla y 2 de Huelva). El estudio se realiza sobre los pacientes del área que han participado en los talleres de control del DC no oncológico, desde noviembre-2021 y hasta completar el tamaño muestral requerido (diciembre-2022).

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 años o más,
- que residan en poblaciones del área de referencia del HSJDA,
- con DC no oncológico ya diagnosticado y tratado desde al menos 6 meses, que no cede con el tratamiento habitual,
- que acepten participar en el taller, que hayan firmado el Consentimiento Informado
- y que cumplimenten la documentación inicial necesaria para su evaluación.

Criterios de exclusión:

- pacientes en fase de diagnóstico,
- dolor asociado exclusivamente a patología oncológica,
- expectativa de vida inferior a un año,
- enfermedades cognitivas o mentales severas o que les impida comprender el contenido de los talleres o los instrumentos de medición.

Pérdidas del estudio:

- pacientes que no completen el taller (faltar a dos o más sesiones),
- que no cumplimenten la documentación del seguimiento,
- que decidan abandonar el taller por cualquier motivo.

Reclutamiento:

Los pacientes son derivados por profesionales sanitarios de diferentes servicios del HSJDA (Rehabilitación, Traumatología, Medicina Interna, Ginecología, Hematología, Urgencias, etc), desde Atención Primaria (Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte) y desde Asociaciones de pacientes con patologías asociadas a DC no oncológico.

Los servicios y centros que derivan han sido previamente informados sobre las características del taller. Los pacientes candidatos se comunican a la coordinadora del taller, vías posibles: correo electrónico, teléfono o presencialmente. La coordinadora entrevista a cada paciente para confirmar que cumple los criterios de inclusión y tiene disponibilidad para acudir a las 5 sesiones en fechas previstas. Si esto se cumple, es admitido y se le invita a participar en el estudio y a firmar el consentimiento informado.

Tamaño muestral:

Nos basamos en evaluaciones de dolor, bienestar y calidad de vida (EQ5D) de talleres previos y tomamos la que requería un tamaño mayor. Se precisan 98 sujetos (alfa: 0.05 y beta: 0.2), para detectar

una diferencia igual o superior al 0.05 unidades (EQ5D). Se asume una SD 0.158 y un 20% de pérdidas de seguimiento.

III. Despliegue

III.A. Intervención:

Acción psicoeducativa y de entrenamiento para el control mental del dolor y de las emociones, que se fundamenta en la participación activa del paciente en el manejo de su enfermedad, promueve su autocuidado y su autoestima y persigue una mejora de su calidad de vida y su bienestar. Es de carácter grupal, interactivo y práctico.

III.B. Contenido del taller, docentes y colaboradoras:

Sesión 1ª: (Médica1, Estudiantes de Enfermería, Médica2, Médica3)
- Entrega y recogida de documentación inicial.
- Expectativas con el taller.
- Mecanismo fisiopatológico del dolor.
- Influencia de las emociones en el dolor.
- Actividades: creencias limitantes; Afirmaciones ante espejo; analgesia mental.
- Tareas para casa.
Sesión 2ª: (Médica1, Psicóloga)
- Compartir las tareas para casa.
- Tú no eres tu dolor.
- Perdón y autoperdón. Ho'oponopono. Experiencias.
- Autoestima. Autovaloración y herramientas.
- Actividades: Repetición analgesia mental. Etiquetas que nos limitan, Afirmación ante el espejo de autoestima, Lectura "Cuando me amé de verdad", Meditación <u>autosanación</u> (Médica1)
- Motivación para el cambio. Propósito de vida.
- Tareas para casa.
Sesión 3ª: (Médica1, Nutricionista, Fisioterapeuta)
- Compartir las tareas para casa.
- Consejos para frenar envejecimiento.
- Actividades: Autovaloración hábitos.
- Promoción de hábitos saludables: Alimentación sana; Ejercicio físico.
- Actividades: Meditación <u>Metta</u> , Conectar con el ser, Motivación para el cambio
- Tareas para casa.
Sesión 4ª: (Médica1, Médica4, Paciente colaborador)
- Compartir las tareas para casa.
- Participación activa en mi propia curación, afrontar la enfermedad.
- Visualización creativa.
- Cómo mejorar la autoestima.
- Ejemplos de <u>autosuperación</u> (vídeos y experiencia de un paciente)
- Actividades: Meditación <u>Metta</u> , Rueda de energía.
- Tareas para casa.
Sesión 5ª: (Médica1, Paciente colaborador, Estudiantes de Enfermería)
- Compartir las tareas para casa.
- Ejemplos de <u>autosuperación</u> (vídeos y experiencia de un paciente)
- Repaso de las herramientas. Resolución de dudas.

III.C. Metodología del taller e instalaciones:

El taller tiene lugar en el HSJDA, a lo largo de 5 tardes, en sesiones de 3,5 horas de duración cada una, una sesión por semana. Se intercalan exposiciones orales apoyadas en power point, vídeos, actividades y aplicación de las herramientas y técnicas explicadas.

Al finalizar cada sesión, el paciente se lleva tareas para hacer en casa durante la semana, así como una tabla de seguimiento en la que registran a diario (meditación, analgesia mental y afirmaciones ante el espejo) y valora su propio control del dolor con la técnica (hasta finalizar el taller).

En la última sesión los pacientes realizan la valoración del taller y se les entrega una guía con recomendaciones.

Al mes de finalizar el taller, se hace una sesión de una tarde para confirmar si continúan aplicando las técnicas y se les anima a seguir. Tras 3 meses de haber finalizado, se les pasa de nuevo las escalas y se hace un taller nivel 2 en el que se trabaja autoestima y propósito de vida.

III.D. Variables de estudio

- **Variables resultado:** Diferencia en el dolor, Diferencia en el Bienestar, Diferencia en la Calidad de vida, Reducción de la medicación, Mejora de la autoestima, Mejora del estado de ánimo, Mejora de los hábitos. Otras: Estado ánimo. (Se evalúan el último día del taller y tras 3 meses y se compara con el estado antes de iniciar el taller).
- **Datos demográficos del paciente:** Identificación del paciente; Sexo; Edad; Localidad; Nivel de estudios máximo realizado; Ocupación laboral; Estructura familiar; Necesidad de cuidador; Es cuidador de otra persona.
- **Información sobre el dolor:** Enfermedad que causa el dolor; Localización del dolor; Dolor máximo último mes; Dolor máximo últimos 6 meses; Meses/años de evolución; Ausentado del trabajo; Baja laboral; Tiempo baja.
- **Tratamientos:** Fármaco; Pauta; TnoF aplicadas previamente; ¿Cree en su beneficio?
- **Valoración del taller:** Claridad de los contenidos; Conveniencia de los ejercicios y actividades; Utilidad del taller para el manejo del dolor; Utilidad del taller para el manejo de mi enfermedad; ¿En qué grado lo recomendarías?; Satisfacción global.
- **Impacto en mi salud:** ¿Disminuye el dolor al aplicar las técnicas?; ¿has disminuido la medicación? (frecuencia de tomas; dosis; cambio por otro de menor nivel; dejar de tomar algunos fármacos); Mejora de hábitos.
- **Preguntas abiertas y comentarios finales:** ¿Qué hábitos has cambiado; ¿Qué técnicas o actividades te han resultado más útiles?; ¿Qué es lo que más te ha servido?; ¿Qué mejorarías?; Otros comentarios.

III.E. Fuentes de datos

Los datos se obtienen de los documentos que autocumplimentan los propios pacientes:

- Ficha de recogida de datos del paciente al inicio del taller.
- *Escala visual numérica de dolor (de 0 a 10).
- *Escala visual numérica de bienestar (de 0 a 10).
- *Escala EuroQol-5D con 5 opciones de respuestas, versión adaptada al español.
- *Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE).
- Autovaloración de su impacto en el manejo del dolor, en el afrontamiento de su enfermedad y en su bienestar.
- Satisfacción con el taller.

*Las 4 escalas se pasan al inicio, al finalizar el taller y a los 3 meses.

III.F. Análisis estadístico

Se incluyó toda la información en una base de datos y se exportó a SPSS vs.27.0, para análisis estadístico. Las variables cualitativas se presentan con totales y porcentajes, las cuantitativas con media y desviación típica (SD). Para comparar medidas relacionadas (antes-después), se realizó T-Student para muestras apareadas o Wilcoxon, según siguieran una distribución normal o no; para las cualitativas Chi-Cuadrado o Fisher (si las frecuencias eran bajas).

III.G. Consideraciones bioéticas

Este proyecto cuenta con el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío en su reunión del 17/03/2022, acta CEI_03/2022. Código Interno: 0213-N-22. Se han tenido en cuenta las recomendaciones de ética e investigación establecidas por la Declaración de Helsinki. Los autores confirman que se han adoptado las medidas necesarias para garantizar la privacidad de los datos identificativos de los pacientes y de la información recogida. El tratamiento de los datos se ha realizado conforme a la Ley Orgánica de la Protección de Datos Personales y amparados por el delegado de Protección de Datos del centro hospitalario. Los datos personales no serán comunicados o cedidos a terceros, así como tampoco serán objeto de decisiones automatizadas o transferencias internacionales y, una vez dejen de ser necesarios, serán conservados de acuerdo a los plazos legalmente previstos, tras lo cual serán eliminados. Se trabaja con dos bases de datos que se custodian en archivos diferentes. En la primera se relaciona el número de identificación del paciente unívoco con los datos personales; en la segunda con los datos clínicos de los pacientes.

IV. Planificación y/o cronograma:

Ver **anexo 2** con el plan de trabajo (cronograma) llevado a cabo.

V. Resultados

Se evalúan los 6 últimos talleres (ediciones 9 a 14), realizados entre noviembre 2021 y diciembre 2022. Empiezan el taller 115 y finalizan 101 pacientes.

V.A. Satisfacción con el taller.

Contestaron la encuesta 98 pacientes. La satisfacción global fue de 9,7 (escala 0-10) y el grado recomendación de 9,9. Se evalúan además diversos aspectos, valorados todos por encima de 9 (Tabla 1).

Tabla 1. Satisfacción con el taller

	Taller 9	Taller 10	Taller 11	Taller 12	Taller 13	Taller 14	Todos
Aspectos a valorar. Puntuación (de 0 a 10)	Media						
Claridad de los contenidos presentados	9,7	9,6	9,7	9,9	9,4	9,8	9,7
Conveniencia de los ejercicios y actividades realizados	9,5	10	9,8	9,4	9,5	9,4	9,6
Utilidad del taller para el manejo de mi dolor	9,3	9,6	9,8	8,7	8,1	9,1	9,0
Utilidad del taller para el manejo de mi enfermedad	8,9	9,8	9,6	8,6	9,2	9,5	9,2
¿En qué grado recomendarías este taller?	9,7	10	9,8	9,9	9,8	10,0	9,9
Satisfacción global	9,6	10	9,9	9,6	9,6	9,7	9,7
Total	15	10	19	17	23	14	98

V.B. Principales resultados en salud.

Se midieron los indicadores de salud en 100 pacientes, realizando la diferencia del valor de cada medición al finalizar el taller en comparación con el valor que tenían inicialmente. El dolor (escala 0-10) disminuyó una media de 1,6 (SD: 2,16); el bienestar (escala 0-10) aumentó 1,5 (SD: 2,02); la calidad de vida (0-1) aumentó 0,15 (SD: 0,22); el estado de salud (0-100) aumentó 16,9 (SD: 25,07) y la autoestima (9-36) aumentó 3,4 (SD: 5,03). Se pueden ver los resultados desglosados por taller en la Tabla 2. En la tabla 3 puede observarse que mejoran en dolor el 66,7%, en bienestar el 69,7%, en calidad de vida el 81,8%, en estado de salud el 79,8% y en autoestima el 75,7%.

Tabla 2. Principales resultados en salud

		Taller 9	Taller 10	Taller 11	Taller 12	Taller 13	Taller 14	Toda la muestra		
		Media	SD	p						
Disminuye el Dolor	Escala 0 a 10	-1,3	-2,0	-1,7	-1,3	-2,1	-1,3	-1,6	2,16	<0,001 ^a
Mejora en Bienestar	Escala 0 a 10	1,2	3,1	1,31	1,5	1,6	1,2	1,5	2,02	<0,001 ^a
Mejora en EQ5D	Escala 0 a 1	0,2	0,27	0,14	0,06	0,21	0,2	0,15	0,22	<0,001 ^b
Mejora Mi salud	Escala 0 a 100	9,9	37,0	21,3	11,2	17,1	13,08	16,9	25,07	<0,001 ^b
Mejora en Autoestima	Escala 9 a 36	Sin datos	5	3,3	1,2	4,2	5	3,4	5,03	<0,001 ^b

a: Test de Wilcoxon. b: T de Student para muestra apareadas.

Tabla 3. Resultados según mejoran, empeoran o no cambian

		Totales			Porcentajes		
	Impacto	Mejora	Igual	Empeora	Mejora	Igual	Empeora
Talleres 9-14	Dolor (0-10)	66	22	11	66,7	22,2	11,1
Talleres 9-14	Bienestar (0-10)	69	20	10	69,7	20,2	10,1
Talleres 9-14	EQ (0-1)	72	4	12	81,8	4,5	13,6
Talleres 9-14	Mi salud (0-100)	75	5	14	79,8	5,3	14,9
Talleres 10-14	Autoestima (9-36)	53	5	12	75,7	7,1	17,1
	Total	335	56	59	74,4	12,4	13,1

V.C. Autovaloración del impacto del taller en la salud.

Un total de 95 pacientes realizaron una autovaloración del impacto del taller en el control del dolor y en otros aspectos. El 82,1% logró controlar el dolor con las técnicas y el 72,4% disminuyó los analgésicos, de éstos, el 72,7% disminuyó la frecuencia de las tomas, el 64,6% la dosis, el 36,4% cambió a un fármaco de menor nivel y un 48,5%, dejó de tomar algún fármaco.

El 86,2% dijo haber mejorado los hábitos haciéndolos más saludables, entre ellos destacan: hacer más ejercicio físico, mejorar la alimentación, dedicar tiempo para mí y meditar (Tabla 4).

Los pacientes del taller 9 dijeron haber mejorado su estado de ánimo al finalizar el taller en un 73,3% de los casos, el 13,3% dijo que había mejorado poco y el 13,3% dijo que no mejoró. En las sucesivas ediciones, se comparó el estado inicial y el estado final. Los resultados se recogen en la tabla 4. Se evaluó el estado de ánimo con 4 respuestas, desde el taller 10 en adelante (n=79), encontrando que, antes de iniciar el taller, un 33% dijeron estar deprimidos, 38% desanimados, 27% normal y 2% estaban alegres; en cambio, al finalizar el taller: 5% estaba deprimido, 18% desanimado, 47% normal y 30% alegre (Tabla 5).

Tabla 4. Autovaloración del impacto en la salud

	Taller 9	Taller 10	Taller 11	Taller 12	Taller 13	Taller 14	Total talleres
IMPACTO EN MI SALUD (SI o NO)	% de SI	% de SI	% de SI	% de SI	% de SI	% de SI	% de SI
1. Cuando has aplicado las técnicas ¿Ha disminuido el dolor?	86,7	100	87,5	72,2	75,0	76,9	82,1
2. Después del taller ¿has disminuido la medicación?	71,4	77,8	78,6	57,1	73,7	69,2	72,4
a. He disminuido la frecuencia en las tomas	70,0	85,7	64,3	100	61,1	66,7	72,7
b. He disminuido las dosis	66,7	85,7	42,9	75,0	55,6	66,7	64,6
c. He cambiado un fármaco por otro de menor nivel	40,0	28,6	35,7	25,0	33,3	44,4	36,4
d. He dejado de tomar algunos fármacos	30,0	71,4	57,1	50,0	33,3	44,4	48,5
3. ¿Has mejorado algunos de tus hábitos haciéndolos más saludables?	85,7	100	71,4	100	83,3	83,3	86,2
Total de respuestas:	n=15	n=9	n=19	n=18	n=20	n=13	n=95

Tabla 5. Cambios en el estado de ánimo

		Taller 10	Taller 11	Taller 12	Taller 13	Taller 14	Talleres (T9-14)
Alegre	Antes	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7%)	2 (2%)
	Después	5 (56%)	9 (47%)	4 (22%)	2 (10%)	4 (31%)	24 (30%)
Normal	Antes	4 (40%)	8 (40%)	4 (24%)	4 (17%)	3 (20%)	23 (27%)
	Después	4 (44%)	8 (42%)	9 (50%)	11 (55%)	5 (38%)	37 (47%)
Desanimado	Antes	3 (30%)	7 (35%)	6 (35%)	10 (42%)	7 (47%)	33 (38%)
	Después	0 (0%)	2 (11%)	4 (22%)	6 (30%)	2 (15%)	14 (18%)
Deprimido	Antes	3 (30%)	4 (20%)	7 (41%)	10 (42%)	4 (27%)	28 (33%)
	Después	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (5%)	2 (15%)	4 (5%)

V.D. Técnicas y herramientas que más les han servido.

Las técnicas y herramientas consideradas de mayor utilidad por los pacientes fueron la meditación (25,9%), la analgesia mental (17,3%), la relajación (16,0%), las afirmaciones (8,6%) y el Ho'oponopono (técnica basada en el perdón) (8,0%).

Tabla 6. Técnicas o actividades más útiles.

¿Qué técnicas o actividades son las que más útiles te han resultado? (Talleres: 9-14)	Total	%
Meditación	42	25,9
Analgesia mental	28	17,3
Relajación	26	16,0
Afirmaciones ante el espejo	14	8,6

Ho'oponopono (técnica del perdón)	13	8,0
Ejercicios físicos y estiramientos	8	4,9
Autoestima (Cambiar la forma de tratarme; hablarme a mí misma como a una amiga)	5	3,1
Pensar más en mí/tiempo para mí	5	3,1
Visualización creativa	3	1,9
Otras	10	6,2
Todas	8	4,9
TOTAL	162	100

V. Evaluación y revisión.

Tomando las sugerencias de mejora aportadas por los pacientes tanto por escrito como comunicadas verbalmente durante los talleres o tras su finalización, se han ido incorporando las siguientes mejoras:

- ✓ Añadir una sesión más (de 4 a 5 días);
- ✓ más vídeos y actividades;
- ✓ incorporar escala de autoestima y actividades;
- ✓ incorporar seguimiento al mes y 3 meses;
- ✓ reservar dos plazas por taller para pacientes de fuera del área;
- ✓ permitir repetir el taller a algunos pacientes que no pudieron ejecutarlo bien por agudización de la enfermedad o grave situación personal;
- ✓ difundir el taller a otras especialidades médicas y asociaciones de pacientes;
- ✓ crear grupos de apoyo (Whatsapp) desde el primer día del taller;
- ✓ incorporar una fisioterapeuta, una psicóloga y una nutricionista.

VI. Carácter innovador

- Este formato de taller dirigido al DC no oncológico y basado exclusivamente en un conjunto de Terapias no-Farmacológicas (relajación, meditación, control mental, coaching) es poco común.
- Ofrece una atención integral y holística. El paciente aprende a controlar y mitigar su dolor, pero, además, se le aconseja adoptar hábitos saludables y se le facilita apoyo emocional, que mejora su bienestar y su calidad de vida, aumenta su autoestima y el afrontamiento de la enfermedad, haciéndole plenamente partícipe en su autocuidado. No tiene efectos adversos.
- Se han publicado experiencias de talleres dirigidos a pacientes con patologías específicas (lumbalgia crónica, fibromialgia, etc), pero es menos común dirigirlos a pacientes con enfermedades diferentes, como es nuestro caso: cervi-dorso-lumbalgia crónica, hombro doloroso, enfermedades autoinmunes, artrosis severa, fibromialgia, fatiga crónica, patología ginecológica o urológica, etc. A pesar de ello, el taller resulta útil a todos, ya que no particulariza los aspectos de la enfermedad que provoca el dolor sino en el manejo y control del dolor y de todo el entorno que le rodea.
- Según los primeros seguimientos realizados al mes de finalizar el taller, hemos verificado que el paciente integra las técnicas en su día a día y toma un papel activo en la gestión del dolor y en el manejo de su enfermedad.
- La satisfacción de los pacientes con el taller es muy alta y, cuando son de nuevo atendidos por un profesional sanitario, suelen comentar cómo les ha ido en el taller y cómo controlan mejor su dolor, de manera que cada vez son más los profesionales de distintos ámbitos y especialidades que conocen el taller y derivan pacientes para próximas ediciones.

- Además de los resultados cuantitativos expuestos, existe una mejora cualitativa que se aprecia en los comentarios de las valoraciones de los pacientes cuando finalizan el taller. Citamos algunos comentarios textuales:
 - “Muchas gracias por esta oportunidad”;
 - “Controlar el dolor, pensar en positivo y empezar a quererme más a mí misma”;
 - “He aprendido que con tu actitud puedes cambiar tu vida en general”;
 - “Muchas gracias por aproximarme más a mí”;
 - “Me ha encantado la ponente. En todo momento ha sabido transmitir lo que siente y saber cómo nos sentimos y enseñarnos a canalizar tanto sentimientos como dolor. Felicidades por tu buen hacer y dedicación. Gracias”;
 - “Agradecer a las docentes este taller, siempre lo estaré practicando. GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS”

VII. Divulgación

El taller se ha divulgado por distintos medios y foros, presentando resultados de diversas evaluaciones (hasta T12), según se iban realizando las distintas ediciones de los talleres, y se han conseguido varios reconocimientos de distintas entidades:

- ✓ Abr-2021: **Publicación científica:** [Non-drug treatments for chronic non-malignant pain: patients' perceptions]. An Sist Sanit Navar. 2021 Apr 28;44(1):61-69. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0927.
- ✓ 2022: **Entrevistas** en la radio Solúcar (Sanlúcar la Mayor, Sevilla) y en Canal Sur Radio (Sevilla).
- ✓ 2022: Difusión desde **prensa digital:** Diario de Sevilla, Más Aljarafe, ABC.
- ✓ May-2022: **Premio a la mejor comunicación oral en las VII Jornadas Creatividad y Cuidados.** Campus Docente y de Investigación **San Juan de Dios, Bormujos, Sevilla.**
- ✓ Oct-2022: **ACCÉSIT en los Premios Profesor Barea,** 20ª edición, modalidad Experiencia del paciente. Madrid.
- ✓ Nov-2022: **Premio** a la mejor Intervención Aplicada. **Cátedra de Humanización Univ. Internac. de Valencia (VIU),** Fund. ASISA y Proyecto HUCI. Valencia.
- ✓ Nov-2022: **Finalista Premios Humanizando** la Sanidad 2022 de TEVA. Madrid.
- ✓ Sep-2022: Carta al director como **réplica a una carta a nuestro artículo** en Anales del Sistema Sanitario Público de Navarra.
- ✓ 2022: **Comunicaciones en Congresos:** Sociedad Española de Calidad Asistencial, Fundación Humans, Jornadas de Humanización VIU.

Próximas divulgaciones previstas:

- ✓ Dic-2022-actualidad: Participación en grupo de trabajo “Medicina Integrativa” de la Sociedad Española de Dolor. Se incorporarán TnoFs en el próximo congreso de la SED.
- ✓ 2º artículo con Evaluación cuantitativa de 4 talleres: en proceso editorial.
- ✓ 3º artículo con Evaluación cuantitativa del impacto a medio plazo (3 meses) de 5 talleres: en desarrollo.
- ✓ 4º artículo con Evaluación **cualitativa** mediante entrevistas semiestructuradas (realizando las últimas entrevistas)
- ✓ Prevista **Charla en el Colegio de Médicos** de Sevilla para presentar nuestro proyecto.
- ✓ Acordada una colaboración con 4 psicólogos de la **Univ. Internac. de Valencia:** para realizar más evaluaciones sobre los pacientes de los talleres y para validar cuestionarios.

VI. Nivel de aplicabilidad

Este taller es aplicable a cualquier paciente con DC no-oncológico, diagnosticado y tratado desde hace al menos 6 meses, que no cede con el tratamiento habitual y que desee participar en el taller. No requiere

de una gran inversión en materiales, tan sólo en formación de los profesionales que realicen las sesiones del taller.

Este tipo de intervenciones TnoF para el DC, podría incorporarse a la práctica clínica diaria en centros sanitarios de Atención Primaria y de hospitales, tanto del sistema sanitario público como privado. En marzo de 2023 se realizará Formación a médicos, enfermeros y fisioterapeutas del Distrito Sevilla Norte-Aljarafe para comenzar a implantar el taller en At. Primaria.

Teniendo en cuenta la importancia del DC a nivel social y sanitario, esta intervención de bajo coste y sin riesgo para la salud, sería interesante incorporarla también a los planes nacionales y autonómicos relacionados con la asistencia al dolor y en las Guías de Práctica Clínica de abordaje del DC.

IX. Imágenes del taller





Anexo 1. Características de los estudios sobre Terapias no farmacológicas.

Terapias/intervenciones No Farmacológica	Recomendaciones/Rentabilidad	Mejoras/beneficios/eficacia
<ul style="list-style-type: none"> - Atención plena - Meditación - Relajación - Intervenciones de eHealth basadas en la atención plena y la relajación (4, 5, 9-16) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se centran en tomar conciencia de la respiración y prestar atención al momento presente, para transformar la percepción del dolor. - Recomendada para el DC lumbar, por ACP. - Se reducen los costes, en comparación con la atención habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención plena y meditación: Beneficios en la cefalea crónica en adultos, en la artritis, en el dolor de cuello, o dos o más condiciones de DC. Mejora a corto plazo la intensidad del dolor y la funcionalidad del dolor lumbar en comparación con la atención habitual. - Atención plena: Comparable a la TCC en el manejo del DC. - Meditación: Se asocia significativamente con mejoras en la angustia psicológica y la salud general autoevaluada. - Atención plena y relajación: Reducción de Estrés. - Relajación: Produce efectos positivos en pacientes con DC de cabeza, fibromialgia e intestino irritable. Mejoras clínicamente significativas en el DC de rodilla y la función.
<ul style="list-style-type: none"> - Terapia Conductual Cognitivo (3-5, 9, 10, 18-21) 	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendada para el DC lumbar, por ACP, aunque no está muy utilizada. - Se reducen los costes, en comparación con la atención habitual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Moderadamente eficaz para el DC lumbar - Reducen la intensidad del dolor, mejora la función.
<p>Terapias de relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Musicoterapia - TAC: Estrategias de conciencia consciente y aceptación. - Imágenes guiadas: Palabras que representan imágenes tranquilas y música para evocar escenarios imaginativos positivos. - Hipnosis y sugestión: Inducción de un estado de conciencia relajado pero receptivo a sugerencias positivas. (5,18,-21) 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizan técnicas fisiológicas como la respiración diafragmática lenta o la relajación muscular progresiva, para regular el equilibrio simpático/parasimpático y reducir los síntomas de excitación simpática, frecuentes en el DC: estrés, tensión muscular y respiración superficial. - ACP recomienda la relajación progresiva para el DC lumbar. - NIH de EE.UU, recomienda la relajación para la fibromialgia 	<ul style="list-style-type: none"> - Musicoterapia: Disminuye el DC, la angustia emocional y la ingesta de opioides y no-opioides. - TAC: Es comparable a la TCC en el manejo del dolor crónico, pero con mayor satisfacción del paciente. - Imágenes guiadas: En fibromialgia, artritis y trastornos reumatológicos se encontró mejoría significativa en el dolor y la función y menor consumo de medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> - Tai-Chi (4,9,19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Asocian movimientos posturales y meditación 	<p>Han demostrado su eficacia para el tratamiento del DC</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Yoga (5,9,19,22) 	<ul style="list-style-type: none"> - Asocian movimientos posturales y meditación - ACP, AHRQ, NIH de EE.UU, y otros autores lo recomiendan para el dolor lumbar, la osteoartritis, artritis reumatoide, cifosis y fibromialgia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ha demostrado su eficacia para el tratamiento del DC. - Comparado con los controles sin ejercicio, produce mejoras pequeñas a moderadas en la funcionalidad del DC lumbar, a los tres y seis meses, comparable al ejercicio. - Es tan seguro como el ejercicio habitual, aunque los pacientes con glaucoma o mala salud ósea deben adaptar las posturas con un maestro de yoga cualificado.
<ul style="list-style-type: none"> - Pilates (23-25) 	<ul style="list-style-type: none"> - Asocian movimientos posturales y meditación 	<ul style="list-style-type: none"> - Ha demostrado su eficacia para el tratamiento del DC. - Mayor mejora en el dolor y funcionalidad que la atención habitual y la actividad física a corto plazo. - Mejoras equivalentes al masaje y ejercicios para el DC lumbar a corto o largo plazo.

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

Anexo 2. Cronograma y reparto de tareas

	Fase 0		Fase 1													
Taller	01/05/2021-10/10/2021	nov-21	dic-21	ene-22	feb-22	mar-22	abr-22	may-22	jun-22	jul-22	ago-22	sep-22	oct-22	nov-22	dic-22	ene-23
Taller 1	Diseño y preparación del taller (1)	Taller 1 (1-7)		1º Seguimiento T1 (1, 4)					2º Seguimiento T1 (1, 4)							
Taller 2					Taller 2 (1-7)		1º Seguimiento T2 (1, 4)					2º Seguimiento T2 (1, 4)				
Taller 3						Taller 3 (1-7)		1º Seguimiento T3 (1, 4)				2º Seguimiento T3 (1, 4)				
Taller 4								Taller 4 (1-7)		1º Seguimiento T4 (1, 4)			2º Seguimiento T4 (1, 4)			
Taller 5												Taller 5 (1-7)		1º Seguimiento T5 (1, 4)		2º Seguimiento T5 (1, 4)
Taller 6														Taller 6 (1-7)		1º Seguimiento T5 (1, 4)
Estudio cualitativo					Entrevistas (5-7)			Entrevistas (5-7)	Entrevistas (5-7)				Entrevistas (5-7)		Entrevistas (5-7)	Entrevistas (5-7)
Estudio cuantitativo			Registro datos (1, 7, 8)	Registro datos (1, 7, 8)		Registro datos (1, 7, 8)		Registro datos (1, 7, 8)								
Evaluación			Final T1 (1)			Final T2 (1)	Final T3 (1)		Final T4 (1)		Evaluación cuantitativa al finalizar los 4 talleres (1). Publicación, comunicaciones (1-10)		Final T5 (1)		Final T6 (1)	Evaluación cuantitativa al finalizar los 6 talleres (1)

1: MV Ruiz-Romero. 2: A Porrúa-Del Saz. 3: AC López-Tarrida. 4: C Pereira-Delgado. 5: B Martínez-Monrobé. 6: B Gómez-Hernández. 7: N Flores-Garrido. 8: N Gutiérrez-Fernández. 9: A Arroyo-Rodríguez. 10: MD Guerra-Martín.