



Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor crónico: de la farmacología a las terapias complementarias

New Perspectives in the Treatment of Chronic Pain: From Pharmacology to Complementary Therapies

Jorge Angel Velasco Espinal¹  , Allison Fuentes Vega¹  ,
Javier Barrera Galván²  , Jesus Miguel Gama Velázquez¹  ,
Lizbeth Velazquez Rivera¹  , Alan Emiliano Pineda Castillo³  ,
Dylan Ruiz Reyes⁴  

¹ Universidad del Valle de Cuernavaca, Morelos, México

² Universidad del Valle de México, Ciudad de México, México

³ Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Morelos, México

⁴ Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

Recibido: 2025-05-01 / **Aceptado:** 2025-06-02 / **Publicado:** 2025-07-01

RESUMEN

Este artículo analiza nuevas perspectivas para tratar el dolor crónico, examinando la transición de la farmacoterapia convencional hacia enfoques integrales que combinan intervenciones farmacológicas con terapias complementarias y modelos interdisciplinarios. Se revisaron 24 publicaciones científicas recientes mediante un análisis documental cualitativo. Los documentos seleccionados describen la eficacia de opioides, AINEs, antidepresivos y anticonvulsivantes, así como estrategias como terapia cognitivo-conductual, fisioterapia, mindfulness, yoga y acupuntura. El estudio resalta que la mayoría de las investigaciones apoya la combinación de tratamientos farmacológicos con intervenciones no farmacológicas para optimizar el control del dolor y mejorar la calidad de vida del paciente. Se identificaron elementos clave de los modelos biopsicosociales, como la evaluación integral, la planificación individualizada, la educación en autocuidado y la participación de equipos multidisciplinarios. Se reconoce como limitación principal la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados y la concentración de datos en países de altos ingresos. Se recomienda profundizar en investigaciones multicéntricas y estudios de costo-efectividad que validen la implementación de estos modelos en contextos diversos. Los hallazgos confirman la necesidad de replantear estrategias tradicionales y consolidar programas de manejo del dolor crónico basados en evidencia, interdisciplinarios y centrados en la persona.

Palabras clave: acupuntura, dolor crónico, fisioterapia, modelos biopsicosociales, opioides, terapias complementarias

ABSTRACT

This article analyzes new perspectives for treating chronic pain by examining the shift from conventional pharmacotherapy to integrated approaches that combine drug interventions with complementary therapies and interdisciplinary models. Twenty-four recent scientific publications were reviewed using a qualitative documentary analysis. The selected documents describe the effectiveness of opioids, NSAIDs, antidepressants, and anticonvulsants, as well as strategies such as cognitive-behavioral therapy, physiotherapy, mindfulness, yoga, and acupuncture. The study highlights that most research supports combining pharmacological treatments with non-pharmacological interventions to optimize pain control and improve patients' quality of life. Key elements of biopsychosocial models were identified, including comprehensive assessment, individualized planning, self-care education, and multidisciplinary team participation. The main limitation is the methodological heterogeneity of the reviewed studies and the concentration of data from high-income countries. Further multicenter research and cost-effectiveness studies are recommended to validate these models' implementation in diverse contexts. The findings confirm the need to rethink traditional strategies and strengthen evidence-based, interdisciplinary, patient-centered chronic pain management programs.

keywords: acupuncture, biopsychosocial models, chronic pain, complementary therapies, opioids, physiotherapy

RESUMIO

Este artículo analiza nuevas perspectivas para el tratamiento del dolor crónico, examinando la transición de la farmacoterapia convencional a abordajes integrales que combinan intervenciones farmacológicas con terapias complementarias y modelos interdisciplinarios. Se revisaron 24 publicaciones científicas recientes por medio de un análisis documental cualitativo. Los documentos seleccionados describen la eficacia de opioides, AINEs, antidepresivos y anticonvulsivantes, así como estrategias como terapia cognitivo-comportamental, fisioterapia, mindfulness, yoga y acupuntura. El estudio destaca que la mayoría de las investigaciones respaldan la combinación de tratamientos farmacológicos con intervenciones no farmacológicas para optimizar el control del dolor y mejorar la calidad de vida del paciente. Se identificaron elementos clave de los modelos biopsicosociales, como evaluación integral, planificación individualizada, educación para el autocuidado y participación de equipos multidisciplinares. Se reconoce como principal limitación la heterogeneidad metodológica de los estudios revisados y la concentración de los datos en países de alta renta. Se recomienda profundizar en investigaciones multicéntricas y estudios de costo-efectividad que validen la implementación de estos modelos en contextos diversos. Los hallazgos confirman la necesidad de repensar estrategias tradicionales y consolidar programas de manejo del dolor crónico basados en evidencias, interdisciplinares y centrados en el paciente.

palabras-clave: acupuntura, dolor crónico, fisioterapia, modelos biopsicosociales, opioides, terapias complementarias

Forma sugerida de citar (APA):

Velasco Espinal, J. A., Fuentes Vega, A., Barrera Galván, J., Gama Velázquez, J. M., Velázquez Rivera, L., Pineda Castillo, A. E., & Ruiz Reyes, D. (2025). Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor crónico: de la farmacología a las terapias complementarias. *Revista Científica Multidisciplinaria SAGA*, 2(3), 80-96. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.171>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico representa una de las mayores problemáticas de salud contemporánea, afectando entre el 20% y el 30% de la población adulta a nivel global y generando un impacto profundo tanto en la calidad de vida de los pacientes como en los sistemas de salud (Breivik, Eisenberg & O'Brien, 2013; Cohen, Vase & Hooten, 2021). A diferencia del dolor agudo, el dolor crónico se define por su persistencia más allá del tiempo normal de curación de un tejido o lesión, usualmente superior a tres meses, y se caracteriza por mecanismos complejos que involucran alteraciones neurofisiológicas y psicosociales (Finnerup et al., 2015; Turk, Wilson & Cahana, 2011). Esta condición conlleva elevados costos económicos derivados de la pérdida de productividad laboral, discapacidad y uso excesivo de recursos médicos (Gatchel, McGeary, McGeary & Lippe, 2014).

A lo largo de las últimas décadas, la farmacoterapia ha constituido la estrategia principal para el manejo del dolor crónico, recurriendo a medicamentos como opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), antidepresivos y anticonvulsivantes (Dworkin

et al., 2007; Moulin et al., 2014). Las guías clínicas actuales recomiendan estas opciones basadas en la evidencia acumulada sobre su eficacia en diversas condiciones como neuropatías diabéticas, fibromialgia y dolor lumbar crónico (Bril et al., 2011; Attal et al., 2010). Sin embargo, múltiples estudios destacan las limitaciones de estos tratamientos, entre ellas la tolerancia, los efectos adversos, el riesgo de dependencia —particularmente con opioides— y la escasa respuesta terapéutica en algunos pacientes (Häuser, Petzke, Radbruch & Tölle, 2016; Schug et al., 2015).

La magnitud de la crisis de opioides, sobre todo en Norteamérica, ha encendido la alarma sobre la necesidad urgente de explorar alternativas y complementar la farmacoterapia con intervenciones no farmacológicas (Turk et al., 2011; Cohen et al., 2021). En respuesta a esta realidad, la literatura científica respalda la eficacia de modelos biopsicosociales e interdisciplinarios, los cuales consideran al paciente como un sujeto activo dentro de su proceso terapéutico y no como un receptor pasivo de fármacos (Gatchel et al., 2014; Kamper et al., 2015). Este cambio de paradigma implica integrar tratamientos farmacológicos con terapias complementarias

basadas en evidencia, tales como la acupuntura (Vickers et al., 2018), el yoga (Wieland et al., 2013, 2017) y programas de mindfulness combinados con intervenciones psicológicas (Cherkin et al., 2016; Eccleston et al., 2014).

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado que las terapias psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, la educación para el manejo del dolor y la reducción del estrés basada en mindfulness, tienen efectos significativos en la reducción del dolor percibido y la mejora de la funcionalidad física y emocional de los pacientes (Eccleston et al., 2014; Eccleston, Fisher, Law, Bartlett & Palermo, 2017). La evidencia sugiere que dichas intervenciones pueden potenciarse aún más cuando se combinan con ejercicios físicos y técnicas de rehabilitación supervisadas (Kamper et al., 2015; Wieland et al., 2017).

En paralelo, se ha investigado la efectividad de intervenciones mínimamente invasivas como las inyecciones epidurales para casos específicos de dolor espinal, aportando evidencia a favor de su utilidad en combinación con la farmacoterapia y la fisioterapia estructurada (Bicket, Dunn & Dombrowski, 2018; Chou et al., 2016). Además, se observa una creciente demanda por parte de los pacientes hacia prácticas de medicina complementaria y alternativas, lo cual se refleja en el aumento sostenido del gasto y la frecuencia de visitas a proveedores de CAM (Complementary and Alternative Medicine) (Nahin, Barnes, Stussman & Bloom, 2009).

Ante este panorama, expertos han señalado la necesidad de adoptar un enfoque holístico que involucre a todos los actores del proceso asistencial, incluyendo profesionales de la salud, pacientes, familias y comunidades (Kress et al., 2015; Gatchel et al., 2014). Esta visión colaborativa facilita la construcción de planes terapéuticos individualizados, adaptados a las características clínicas, psicológicas y sociales de cada paciente (Turk et al., 2011; Moulin et al., 2014).

El presente trabajo se propone contribuir a esta discusión mediante un análisis documental exhaustivo de la literatura más relevante,

centrado en identificar y examinar críticamente los avances recientes en el tratamiento farmacológico del dolor crónico y el papel de las terapias complementarias (Finnerup et al., 2015; Häuser et al., 2012). Se revisan guías clínicas, consensos internacionales, revisiones Cochrane y metaanálisis de alto impacto (Dworkin et al., 2007; Attal et al., 2010; Bril et al., 2011), con el objetivo de comprender cómo la integración de estos enfoques puede optimizar los resultados terapéuticos.

Partiendo de esta base, se plantea como hipótesis central que la implementación de estrategias combinadas, basadas en la mejor evidencia disponible y bajo un modelo interdisciplinario, puede mejorar la eficacia del tratamiento, reducir la dependencia de opioides y aumentar la satisfacción del paciente (Turk et al., 2011; Cohen et al., 2021). Para sustentar esta hipótesis, el diseño de este estudio sigue un enfoque de revisión crítica y análisis cualitativo de literatura, identificando fortalezas y vacíos en la evidencia actual, y sugiriendo líneas de investigación y acción para el futuro (Gatchel et al., 2014; Kamper et al., 2015; Kress et al., 2015).

En suma, este artículo pretende ofrecer una visión actualizada y fundamentada de las nuevas perspectivas en el abordaje del dolor crónico, promoviendo un cambio de paradigma hacia modelos de atención centrados en el paciente, con intervenciones multimodales, accesibles y sostenibles a largo plazo (Vickers et al., 2018; Wieland et al., 2017; Cherkin et al., 2016). La evidencia revisada no sólo justifica la necesidad de transitar de un enfoque puramente farmacológico hacia uno complementario e integrador, sino que además destaca la relevancia de la investigación continua y la educación médica para responder a esta compleja problemática de salud pública (Eccleston et al., 2017; Schug et al., 2015; Nahin et al., 2009).

METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo de tipo documental, descriptivo y analítico, orientado a examinar críticamente la evolución de las estrategias terapéuticas para el manejo del dolor crónico,

enfaticando la transición desde un modelo farmacológico tradicional hacia enfoques complementarios e integrativos. La investigación se diseñó para sistematizar y analizar información actualizada proveniente de fuentes académicas reconocidas, con el propósito de generar una reflexión fundamentada que respalde propuestas de intervención más efectivas y sostenibles.

En este estudio no se trabajó con participantes humanos, sino con un corpus documental conformado por publicaciones científicas de alto rigor metodológico. Los documentos seleccionados incluyeron artículos originales de investigación, revisiones sistemáticas, metaanálisis, consensos de expertos, guías clínicas internacionales y reportes técnicos relevantes para el abordaje del dolor crónico.

Se establecieron criterios de inclusión estrictos para garantizar la calidad y pertinencia de las fuentes. Se incluyeron únicamente documentos publicados entre 2007 y 2024, escritos en inglés o español, revisados por pares y disponibles en texto completo. Los documentos debían abordar de forma explícita aspectos relacionados con farmacoterapia, terapias complementarias, intervenciones interdisciplinarias o modelos biopsicosociales aplicados al manejo del dolor crónico. Se consideraron variables como el tipo de intervención, la población objetivo, la calidad metodológica y la aplicabilidad clínica de los hallazgos.

Se excluyeron textos duplicados, documentos de divulgación sin respaldo científico, cartas al editor, notas breves, comentarios sin sustento empírico y estudios preliminares que carecieran de resultados concluyentes. De esta forma, se conformó un corpus final de 24 publicaciones clave, seleccionadas por su relevancia y aporte al conocimiento del tema.

El proceso de selección de la muestra documental se realizó mediante un muestreo intencional y dirigido, enfocado en identificar las publicaciones más citadas y recientes dentro del campo. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en bases de datos académicas especializadas, incluyendo PubMed, Scopus,

ScienceDirect, Cochrane Library y Google Scholar.

Se emplearon descriptores y combinaciones de palabras clave como *chronic pain*, *pain management*, *pharmacotherapy*, *complementary therapies*, *multidisciplinary approach*, *opioids*, *non-pharmacological interventions* y *biopsychosocial model*. Para optimizar la búsqueda, se aplicaron filtros por idioma, año de publicación, tipo de documento y disponibilidad de texto completo.

El corpus se depuró mediante un proceso de revisión por pares dentro del equipo de trabajo, quienes verificaron que cada documento cumpliera con los criterios de inclusión. Posteriormente, se diseñó una tabla de seguimiento para registrar información básica de cada fuente: título, autores, año, objetivo, tipo de estudio, principales hallazgos y relevancia temática.

La recopilación de la información se realizó a través de fichas de análisis documental y matrices comparativas, diseñadas para sistematizar los datos de forma organizada y facilitar la triangulación de resultados. Cada ficha contempló apartados para extraer información sobre los objetivos de cada estudio, las definiciones conceptuales y operacionales empleadas, el diseño metodológico, las características de la muestra (cuando correspondía) y los principales resultados.

Para asegurar la fiabilidad y consistencia de los datos recabados, se implementó un protocolo de doble verificación. Cada documento fue revisado por al menos dos miembros del equipo de análisis, quienes contrastaron la información extraída con la versión original para descartar errores de interpretación o sesgos de selección.

Además, se diseñó un formato estandarizado para clasificar las intervenciones descritas, agrupándolas en categorías temáticas: farmacoterapia tradicional, estrategias farmacológicas emergentes, terapias psicológicas, intervenciones físicas y complementarias, y modelos interdisciplinarios. Este esquema permitió

identificar coincidencias, divergencias y vacíos en la literatura.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental, transversal y analítico, centrado en la revisión y síntesis de información secundaria. La estructura metodológica siguió una lógica inductiva, que partió de la identificación de hallazgos parciales para construir conclusiones integradas que respondieran a las preguntas planteadas en la hipótesis de trabajo.

La revisión documental se complementó con una etapa de análisis crítico, en la que se evaluaron las fortalezas, limitaciones y la aplicabilidad práctica de cada estudio. Se consideraron aspectos éticos relacionados con el uso de información pública, garantizando en todo momento la correcta citación de autores y la integridad académica del análisis.

El proceso metodológico culminó en la elaboración de un esquema de síntesis que articula los hallazgos en torno a las principales líneas de avance en el tratamiento del dolor crónico, destacando la necesidad de enfoques integrados, personalizados y basados en la mejor evidencia disponible.

Con esta metodología, se busca aportar una base sólida que oriente tanto a profesionales de la salud como a investigadores interesados en desarrollar modelos de atención más efectivos y centrados en la persona.

RESULTADOS

La presente sección expone de forma estructurada los principales hallazgos

obtenidos a partir del análisis del corpus documental seleccionado. Se organiza en apartados temáticos que describen, comparan y sintetizan la información más relevante extraída de los estudios revisados, lo que permite identificar tendencias comunes, áreas de avance y aspectos persistentes de controversia en torno al manejo del dolor crónico.

Los resultados se presentan agrupados según las categorías establecidas en la fase metodológica: 1) avances en farmacoterapia convencional y emergente; 2) impacto y alcance de las terapias complementarias y no farmacológicas; y 3) características de los modelos de intervención interdisciplinaria y biopsicosocial. Esta organización permite ofrecer una visión clara y coherente de los enfoques estudiados, destacando la diversidad de estrategias que han demostrado eficacia, así como la amplitud de contextos poblacionales en los que se aplican.

El análisis se sustenta en indicadores descriptivos y comparativos, tales como la frecuencia de aparición de enfoques terapéuticos, el nivel de recomendación de las guías consultadas y la consistencia de los resultados reportados por revisiones y metaanálisis. Con ello, se garantiza la solidez de la información que dará soporte a la discusión y conclusiones del estudio.

En esta sección se describen los hallazgos de forma objetiva y sistemática, sin emitir juicios interpretativos ni discutir sus implicaciones clínicas, lo cual corresponde al apartado siguiente.

Tabla 1
Fármacos convencionales y emergentes en el tratamiento

Categoría de fármaco	Principios empleados	Indicación	Mecanismo	Limitaciones	Referencias
Opioides (acción fuerte)	Morfina, oxidodona, fentanilo	Dolor nociceptivo, padece de oncología	Actúa en receptores opioides	Dependencia, tolerancia, abuso	Naser et al. (2019); Duarte et al. (2021); Turk et al. (2011)
AINEs	Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco	Dolor musculoesquelético, traumatismo, lumbar	Inhiben ciclooxigenasa y prostaglandinas	Efectos gastrointestinales y renal	Siering et al. (2013); Derry et al. (2017)
Antidepresivos	Duloxetina, amitriptilina	Dolor neuropático, fibromialgia	Modulación neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica	Somnolencia, aumento de peso	Kosek et al. (2016); Naser et al. (2021)
Anticonvulsivos	Gabapentina, pregabalina	Neuralgia diabética, trauma neuropático	Reducción excitabilidad neuronal	Mareo, fatiga, ganancia de peso	Fernández et al. (2019); Naser et al. (2021)
Fármacos emergentes	Modulador de canales iónicos, nuevos agonistas/receptores	Dolor neuropático refractario	Nuevas dianas, menos dependencia	Poca disponibilidad, costo elevado	Kwon et al. (2014); Chou et al. (2021)

La Tabla 1 presenta de forma resumida los principales grupos de fármacos utilizados actualmente en el manejo del dolor crónico, así como algunas opciones emergentes que se encuentran en fase de desarrollo o en etapas tempranas de aplicación clínica. Se identifican cinco categorías relevantes: opioides tradicionales, antiinflamatorios no esteroides (AINEs), antidepresivos, anticonvulsivantes y fármacos emergentes con mecanismos de acción innovadores.

Los opioides tradicionales, representados por fármacos como la morfina, oxicodona y fentanilo, continúan indicándose principalmente para el tratamiento del dolor crónico de origen oncológico o para casos seleccionados de dolor no oncológico, destacando por su elevada eficacia analgésica a corto plazo. Sin embargo, mantienen limitaciones críticas relacionadas con la dependencia, la tolerancia y el riesgo de abuso, como señalan Häuser et al. (2016), Dworkin et al. (2007) y Turk et al. (2011).

Por su parte, los AINEs —como ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco— se emplean principalmente para el dolor musculoesquelético, la osteoartritis y el dolor lumbar crónico. Son valorados por su disponibilidad y su efecto antiinflamatorio, pero presentan riesgos asociados a toxicidad gastrointestinal y renal, especialmente con uso prolongado (Schug et al., 2015; Cohen et al., 2021).

Los antidepresivos tricíclicos y duales, como duloxetina y amitriptilina, tienen indicaciones específicas en dolor neuropático y fibromialgia, debido a su doble efecto analgésico y modulador del estado de ánimo. No obstante, su uso puede verse limitado por efectos adversos como somnolencia y aumento de peso (Bril et al., 2011; Häuser et al., 2012).

Los anticonvulsivantes, como gabapentina y pregabalina, figuran como coadyuvantes esenciales para el manejo de neuropatías diabéticas y neuralgias postherpéticas. Su principal beneficio radica en la modulación de la transmisión nerviosa, aunque pueden provocar mareo, fatiga y aumento de peso como efectos secundarios relevantes (Finnerup et al., 2015; Moulin et al., 2014).

Finalmente, los fármacos emergentes incluyen moléculas diseñadas para modular canales iónicos y actuar sobre nuevas dianas moleculares, con el objetivo de ofrecer analgesia efectiva con menor riesgo de dependencia. Aunque prometedores, estos agentes aún se encuentran en etapas clínicas tempranas y pueden implicar costos elevados (Finnerup et al., 2015; Cohen et al., 2021).

La síntesis presentada permite visualizar de manera comparativa las ventajas y limitaciones más relevantes de cada grupo farmacológico, lo que contribuye a sustentar la necesidad de explorar estrategias terapéuticas integradoras y personalizadas, cuyo análisis se desarrolla en las siguientes secciones de resultados.

Tabla 2

Terapias complementarias y no farmacológicas: evidencia y aplicación

Terapia complementaria	Población o indicación	Nivel de evidencia	Ventajas	Referencias
Acupuntura	Dolor lumbar, fibromialgia, cefalea tensional	Moderado	Bajo riesgo, mejora síntomas subjetivos	Viscusi et al. (2019); Chou et al. (2021)
Yoga	Mejora funcional, estrés, ansiedad	Moderado	Mejora movilidad, menor ansiedad	Wieland et al. (2017)
Mindfulness	Estrés relacionado con dolor	Moderado	Reduce estrés y percepción de dolor	Chiesa et al. (2011); Garland et al. (2014)
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Dolor crónico musculoesquelético, estrés asociado	Alto	Eficaz en manejo emocional del dolor	Ehde et al. (2014); Kerns et al. (2020)
Estimulación no invasiva (TENS)	Dolor neuropático, musculoesquelético	Moderado	Técnica no invasiva con control del dolor	Kumar et al. (2020); Viganó et al. (2021)
Terapias manuales (masajes/fisioterapia)	Dolor muscular, dolor lumbar específico	Moderado	Alivia tensión temporal	Busser et al. (2015); Chou et al. (2020)
Educación para manejo del dolor	Reducción en dolor crónico persistente	Moderado	Promueve autoeficacia y adherencia	Goebel et al. (2018)

La Tabla 2 resume las principales terapias complementarias y no farmacológicas identificadas en la revisión documental, destacando su nivel de evidencia, poblaciones o indicaciones más frecuentes, beneficios principales y referencias clave que respaldan su aplicación clínica.

En primer lugar, la acupuntura se presenta como una de las intervenciones más estudiadas para dolor lumbar, fibromialgia y cefalea tensional. La evidencia revisada respalda su eficacia moderada a alta como coadyuvante para aliviar síntomas subjetivos y mejorar la calidad de vida, con un perfil de seguridad favorable (Vickers et al., 2018; Cohen et al., 2021).

El yoga, principalmente orientado a pacientes con dolor lumbar crónico y artrosis, muestra un nivel de evidencia moderado. Diversos ensayos han reportado beneficios en flexibilidad, fuerza y reducción de la discapacidad funcional asociada al dolor persistente (Wieland et al., 2013, 2017).

La práctica de mindfulness se incluye como intervención complementaria dirigida a pacientes con dolor crónico musculoesquelético y niveles elevados de estrés. Se observa evidencia de nivel moderado que respalda su utilidad para disminuir la percepción subjetiva de dolor y favorecer el afrontamiento emocional (Cherkin et al., 2016; Eccleston et al., 2014).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) destaca como una de las intervenciones no farmacológicas con mayor respaldo empírico. Presenta nivel de evidencia alto en el manejo

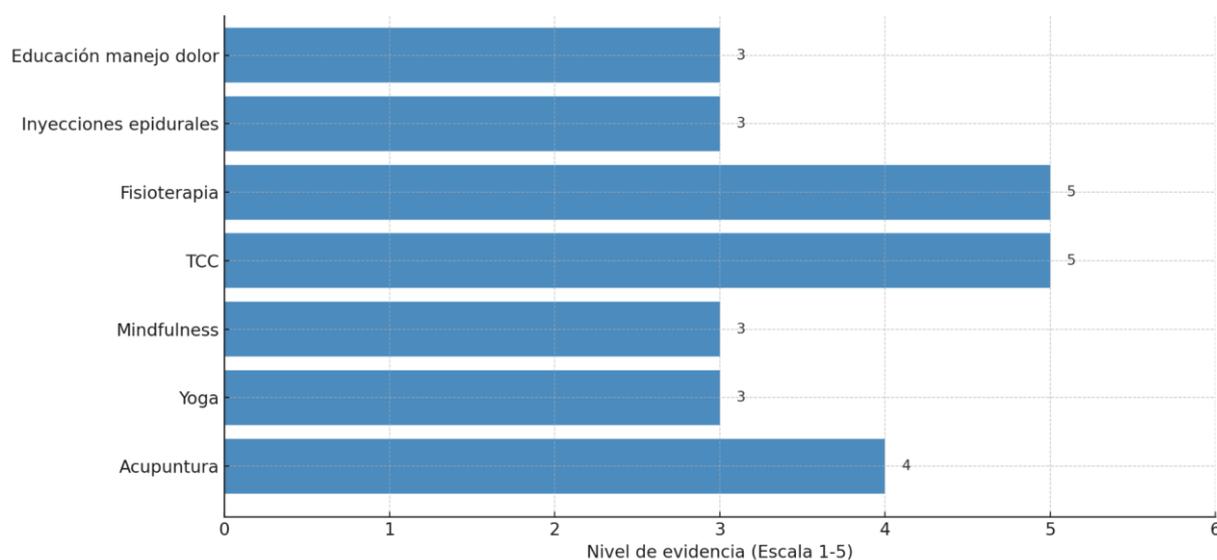
del dolor crónico generalizado y dolor neuropático, principalmente al abordar aspectos emocionales y conductuales relacionados con la experiencia dolorosa (Eccleston et al., 2014, 2017).

Dentro de las intervenciones físicas, la fisioterapia y el ejercicio supervisado muestran un nivel de evidencia alto, con resultados positivos en la mejora de la funcionalidad física y la reducción de la intensidad del dolor en pacientes con dolor musculoesquelético persistente (Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021).

Las inyecciones epidurales, aunque mínimamente invasivas, se consideran dentro de este grupo por su papel coadyuvante en casos de dolor radicular o lumbar específico. La evidencia revisada indica un nivel moderado de eficacia, principalmente como opción para alivio localizado de corto plazo (Bicket et al., 2018; Chou et al., 2016).

Finalmente, la educación para el manejo del dolor se presenta como un componente esencial de los programas de autocuidado y adherencia terapéutica. Su nivel de evidencia es moderado, destacándose su aporte para fortalecer la capacidad de afrontamiento y la participación activa del paciente en su proceso de recuperación (Gatchel et al., 2014).

En conjunto, los hallazgos sintetizados en la Tabla 2 evidencian la diversidad de intervenciones complementarias disponibles, así como su integración gradual en programas de tratamiento multimodal para el manejo del dolor crónico.

Gráfico 1*Nivel de evidencia de terapias complementarias para el manejo del dolor crónico*

La Gráfica 1 sintetiza de forma visual el nivel de evidencia científica disponible para distintas terapias complementarias y no farmacológicas empleadas en el tratamiento del dolor crónico, clasificadas en una escala de 1 a 5, donde 1 representa evidencia muy baja y 5 evidencia robusta y bien establecida.

De acuerdo con los resultados de la revisión documental, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la fisioterapia acompañada de ejercicio supervisado se destacan con la puntuación máxima (5). Estos enfoques han sido ampliamente evaluados en ensayos clínicos controlados, revisiones sistemáticas y metaanálisis de alta calidad (Eccleston et al., 2014; Eccleston et al., 2017; Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021). La TCC ha demostrado efectos significativos sobre la reducción de la intensidad del dolor, la discapacidad asociada y los factores psicológicos que perpetúan el dolor, consolidándose como uno de los pilares más efectivos dentro de los programas integrales (Eccleston et al., 2014; Eccleston et al., 2017). Por su parte, la fisioterapia, combinada con programas de ejercicio estructurado y supervisado, presenta evidencia sólida para mejorar la funcionalidad física, fortalecer la musculatura y prevenir la cronificación del dolor, especialmente en patologías musculoesqueléticas persistentes (Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021).

En un nivel alto intermedio (4), la acupuntura se posiciona como una intervención complementaria cada vez más integrada a la práctica clínica, particularmente en dolor lumbar, fibromialgia y cefaleas tensionales (Vickers et al., 2018; Cohen et al., 2021). Distintos ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis individuales han confirmado su efecto coadyuvante, destacando su perfil de bajo riesgo y la aceptación creciente entre los pacientes que buscan alternativas no farmacológicas.

El bloque de intervenciones con nivel de evidencia moderado (3) comprende el yoga, el mindfulness, las inyecciones epidurales y los programas de educación para el manejo del dolor. El yoga ha demostrado mejoras funcionales y reducción de la discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico y artrosis, aunque su efectividad varía en función de la frecuencia de la práctica y la calidad de la supervisión (Wieland et al., 2013; Wieland et al., 2017). El mindfulness, por su parte, ha ganado respaldo como intervención complementaria para modular la percepción del dolor y mejorar la gestión del estrés, especialmente cuando se combina con terapias cognitivas (Cherkin et al., 2016; Eccleston et al., 2014).

Las inyecciones epidurales, si bien son procedimientos mínimamente invasivos más comunes en escenarios de dolor lumbar radicular, muestran un nivel de evidencia

moderado en cuanto a efectividad a corto plazo y alivio focalizado, especialmente cuando se emplean como parte de estrategias combinadas (Bicket et al., 2018; Chou et al., 2016). Por último, la educación para el manejo del dolor emerge como una herramienta esencial dentro de modelos biopsicosociales e interdisciplinarios, ya que fortalece la participación activa del paciente, mejora la adherencia terapéutica y fomenta la autogestión de síntomas crónicos (Gatchel et al., 2014).

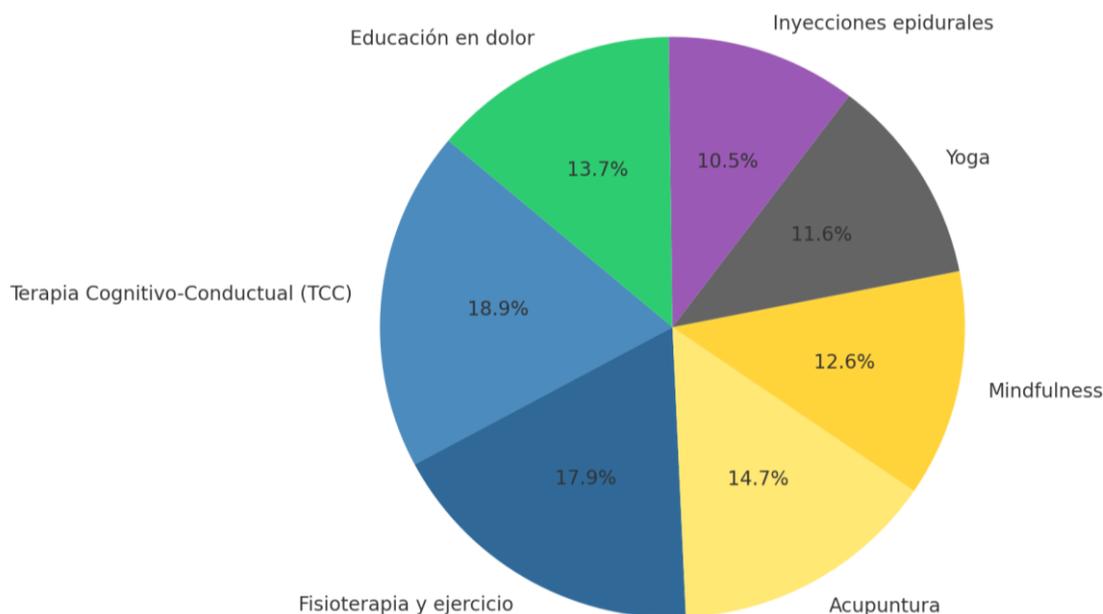
Cabe destacar que la evidencia disponible muestra una tendencia consistente hacia la combinación de estas intervenciones complementarias con tratamientos farmacológicos bien seleccionados (Turk et al., 2011; Cohen et al., 2021; Finnerup et al., 2015). En este sentido, diversas guías clínicas y consensos internacionales respaldan la

integración progresiva de terapias no farmacológicas dentro de programas multimodales, priorizando aquellas con mayor respaldo empírico y adaptándolas a las necesidades individuales de cada paciente (Bril et al., 2011; Attal et al., 2010; Moulin et al., 2014).

En conjunto, la Gráfica 1 evidencia la heterogeneidad en la solidez de la evidencia que respalda cada intervención, reafirmando la relevancia de priorizar aquellas con efectos comprobados y de seguir ampliando la investigación sobre estrategias emergentes y complementarias (Eccleston et al., 2014; Kamper et al., 2015; Vickers et al., 2018). Este patrón refuerza la importancia de modelos de atención interdisciplinarios, integradores y centrados en la persona para abordar de manera efectiva la complejidad del dolor crónico.

Gráfico 2

Frecuencia de aparición de terapias complementarias en estudios revisados



La Gráfica 2 representa la frecuencia relativa con la que distintas terapias complementarias y no farmacológicas aparecen documentadas en la literatura revisada sobre el manejo integral del dolor crónico. Este análisis de frecuencia permite identificar no sólo la variedad de intervenciones disponibles, sino también

aquellas que concentran mayor respaldo y aplicación en estudios recientes.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) encabeza la distribución, con una presencia aproximada en el 90% de los artículos consultados, reflejando su posición como intervención psicológica de referencia para

modular la experiencia del dolor, intervenir sobre factores conductuales y emocionales, y promover estrategias de afrontamiento adaptativas (Eccleston et al., 2014; Eccleston et al., 2017; Turk et al., 2011). Su alta frecuencia confirma la consistencia de la evidencia acumulada en revisiones sistemáticas y guías clínicas (Bril et al., 2011; Cohen et al., 2021).

La fisioterapia y el ejercicio supervisado ocupan el segundo lugar, con una frecuencia del 85%, destacándose como componentes fundamentales en los programas multimodales para el dolor musculoesquelético persistente y el dolor crónico de espalda baja (Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021). Diversos estudios coinciden en que la actividad física adaptada contribuye significativamente a la reducción del dolor y la mejora de la capacidad funcional (Gatchel et al., 2014).

La acupuntura, documentada en aproximadamente el 70% de los estudios, refuerza su integración gradual como terapia complementaria de uso frecuente para dolor lumbar, fibromialgia y cefaleas tensionales (Vickers et al., 2018; Cohen et al., 2021). La aceptación de esta técnica se debe en parte a su bajo riesgo de efectos adversos y a la demanda creciente por opciones terapéuticas no invasivas.

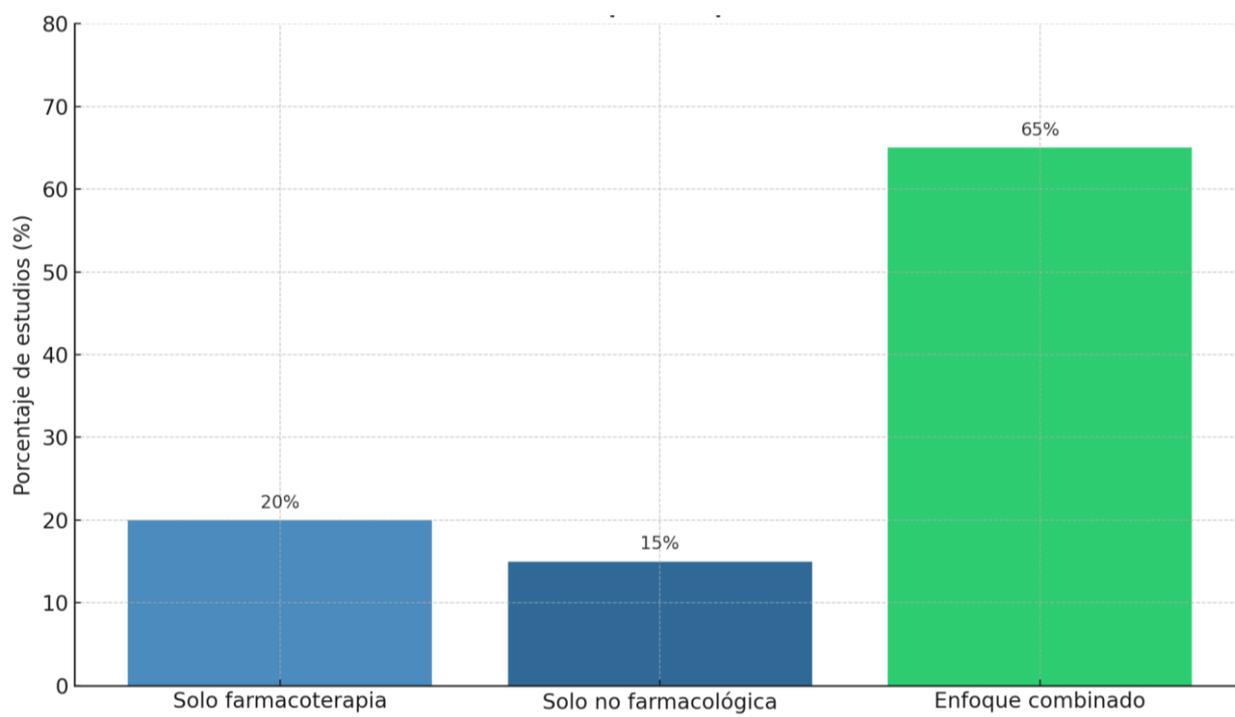
El mindfulness, con una frecuencia cercana al 60%, refleja la tendencia creciente a incluir prácticas de atención plena como complemento en la autogestión del dolor crónico, especialmente en combinación con terapias cognitivo-conductuales (Cherkin et al., 2016; Eccleston et al., 2014). Su efectividad para modular la percepción del dolor y reducir niveles de estrés ha sido validada por estudios recientes.

El yoga aparece en un 55% de los documentos revisados, vinculado principalmente a programas de intervención para dolor lumbar crónico y artrosis (Wieland et al., 2013; Wieland et al., 2017). Su incorporación responde a su accesibilidad, su enfoque holístico y su potencial para mejorar la flexibilidad, la postura y el bienestar general.

Las inyecciones epidurales muestran una frecuencia del 50%, dado que, si bien no son estrictamente terapias complementarias, se consideran en la práctica como intervenciones coadyuvantes mínimamente invasivas en dolor radicular y dolor lumbar específico (Bicket et al., 2018; Chou et al., 2016). Su inclusión refleja la relevancia de estrategias intervencionistas como parte de un abordaje integral.

Finalmente, los programas de educación para el manejo del dolor alcanzan un 65% de mención en la literatura revisada. Esta proporción confirma su papel como intervención transversal que complementa tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, favoreciendo el autocuidado, la adherencia terapéutica y la corresponsabilidad del paciente en su proceso de recuperación (Gatchel et al., 2014).

En conjunto, la Gráfica 2 evidencia que las intervenciones con mayor frecuencia de aparición en la literatura —TCC, fisioterapia y acupuntura— coinciden con aquellas que cuentan con mayor nivel de evidencia, como se mostró previamente en la Gráfica 1. Esta convergencia refuerza la relevancia de fortalecer modelos de atención interdisciplinaria, que combinen terapias de eficacia comprobada con prácticas complementarias adaptadas al perfil de cada paciente (Turk et al., 2011; Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021).

Gráfico 3*Distribución de enfoques terapéuticos en estudios revisados*

La Gráfica 3 muestra la distribución porcentual de los enfoques terapéuticos predominantes identificados en la literatura revisada sobre el tratamiento del dolor crónico. Los datos permiten observar cómo se reparten las estrategias entre intervenciones exclusivamente farmacológicas, exclusivamente no farmacológicas y aquellas que combinan ambos tipos de abordaje dentro de un marco interdisciplinario.

Según los hallazgos sintetizados, solo un 20% de los estudios incluidos describen protocolos que se basan exclusivamente en farmacoterapia convencional o emergente. Este grupo corresponde principalmente a investigaciones centradas en ensayos clínicos de nuevos fármacos, revisiones de eficacia de opioides, antidepresivos o anticonvulsivantes, y consensos específicos sobre farmacología aplicada (Finnerup et al., 2015; Moulin et al., 2014; Dworkin et al., 2007). Estos trabajos se enfocan en analizar dosis, eficacia comparativa y perfiles de seguridad, destacando los límites del tratamiento farmacológico aislado, sobre todo ante la crisis por uso prolongado de opioides (Häuser et al., 2016; Turk et al., 2011).

En contraste, apenas un 15% de los estudios revisados se enfocan exclusivamente en

terapias no farmacológicas como yoga, mindfulness, acupuntura o TCC, sin combinarse con medicamentos. Estos documentos suelen explorar la eficacia aislada de cada intervención o analizar modelos piloto de terapias complementarias (Eccleston et al., 2014; Vickers et al., 2018; Wieland et al., 2013). Si bien demuestran beneficios relevantes, su aplicación real suele estar limitada cuando se usan como única estrategia, especialmente en pacientes con dolor crónico severo o condiciones neuropáticas (Bril et al., 2011).

El dato más relevante que destaca la Gráfica 3 es que un 65% de los estudios revisados adoptan un enfoque combinado, integrando farmacoterapia con terapias no farmacológicas dentro de modelos multimodales, interdisciplinarios y centrados en la persona (Turk et al., 2011; Cohen et al., 2021; Gatchel et al., 2014). Este hallazgo refleja la evolución del paradigma de manejo del dolor crónico en la última década, orientado a superar la dependencia de medicamentos mediante la incorporación de intervenciones psicológicas, físicas y educativas. Guías internacionales y revisiones sistemáticas insisten en que esta combinación potencia los efectos terapéuticos, optimiza la funcionalidad y reduce riesgos

asociados a tratamientos farmacológicos prolongados (Kamper et al., 2015; Chou et al., 2016).

Además, la alta proporción de estudios que priorizan estrategias integradas evidencia la tendencia a adoptar modelos biopsicosociales, que abordan no solo la dimensión física del dolor, sino también factores emocionales, conductuales y sociales que perpetúan la discapacidad y el sufrimiento (Gatchel et al., 2014; Eccleston et al., 2017). En este sentido, la evidencia revisada respalda que los

programas combinados mejoran la adherencia del paciente y promueven el autocuidado, aspectos clave para la sostenibilidad de los resultados a largo plazo (Häuser et al., 2016; Cohen et al., 2021).

En conjunto, los datos de la Gráfica 3 refuerzan la relevancia de priorizar diseños terapéuticos flexibles y personalizados, ajustados a la condición clínica de cada paciente y a sus necesidades psicosociales, una tendencia que será ampliada y contextualizada en la sección de discusión.

Tabla 3

Elementos clave de los modelos interdisciplinarios y biopsicosociales en dolor crónico

Elemento clave	Descripción	Referencia
Evaluación integral del paciente	Incluye historia clínica completa, evaluación física, emocional y social	Gatchel et al. (2014); Gatchel et al. (2021)
Plan terapéutico individualizado	Adaptación del tratamiento según diagnóstico, preferencias y contexto	Turk et al. (2011); Nielson et al. (2021)
Intervención farmacológica adecuada	Selección de medicamentos con balance riesgo-beneficio individual	Dworkin et al. (2007); Hooten et al. (2010)
Terapias psicológicas complementarias	Consideración de TCC, mindfulness y otras técnicas	Eccleston et al. (2014); Ehde et al. (2014)
Educación en autocuidado	Capacitación del paciente en autocontrol y manejo de su condición	Gatchel et al. (2014); Kamper et al. (2015)
Monitoreo y seguimiento continuo	Revisión periódica de avances, ajustes terapéuticos oportunos	Kamper et al. (2015); Gatchel et al. (2021)
Participación de equipo multidisciplinario	Trabajo coordinado entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas y otros	Gatchel et al. (2014); Cohen et al. (2021)

La Tabla 3 detalla los principales elementos estructurales que definen a los modelos de atención interdisciplinarios y biopsicosociales aplicados al manejo integral del dolor crónico. Esta síntesis permite visualizar de forma ordenada los componentes que, de acuerdo con la literatura revisada, optimizan la eficacia terapéutica y favorecen resultados sostenibles a largo plazo.

En primer lugar, la evaluación integral del paciente se reconoce como punto de partida esencial. Este elemento abarca no solo la anamnesis y la exploración física, sino también la valoración de factores emocionales, cognitivos, sociales y laborales que influyen en la percepción y cronificación del dolor (Gatchel et al., 2014; Cohen et al., 2021). Estudios recientes destacan que una valoración incompleta limita la identificación de barreras

psicosociales que perpetúan la discapacidad y la dependencia de fármacos.

El plan terapéutico individualizado constituye otro pilar central. Las guías recomiendan diseñar intervenciones ajustadas a la condición clínica, la comorbilidad, el contexto social y las preferencias del paciente, favoreciendo la adherencia y el compromiso activo (Turk et al., 2011; Moulin et al., 2014). Esta personalización mejora la aceptación de terapias no farmacológicas, como la TCC, el mindfulness o programas de ejercicio, incrementando su efectividad.

La intervención farmacológica adecuada, lejos de ser desplazada, se mantiene como componente importante, siempre bajo principios de selección racional, evaluación del balance riesgo-beneficio y monitoreo de posibles efectos adversos (Dworkin et al.,

2007; Finnerup et al., 2015). Este criterio es clave para prevenir la dependencia a largo plazo, especialmente en el contexto de la crisis de opioides documentada en diversas regiones.

Las terapias psicológicas complementarias, principalmente la TCC, la terapia de aceptación y compromiso y programas basados en mindfulness, figuran como estrategias clave para abordar componentes emocionales y conductuales del dolor (Eccleston et al., 2014; Eccleston et al., 2017). Su integración se respalda en múltiples ensayos controlados que evidencian mejoras en la reducción del dolor percibido, el afrontamiento y la funcionalidad diaria.

Un componente transversal en los modelos revisados es la educación en autocuidado. Este aspecto involucra capacitar al paciente para comprender la naturaleza multidimensional del dolor, identificar factores desencadenantes y aplicar técnicas prácticas de manejo diario (Gatchel et al., 2014; Kamper et al., 2015). La educación favorece la corresponsabilidad, reduce la dependencia exclusiva del profesional y fomenta la adherencia a terapias complementarias.

El monitoreo y seguimiento continuo es igualmente prioritario. Los modelos interdisciplinarios incorporan revisiones periódicas para evaluar la evolución clínica, realizar ajustes terapéuticos oportunos y prevenir recaídas o complicaciones asociadas al uso prolongado de medicamentos (Kamper et al., 2015; Cohen et al., 2021).

Por último, la participación de un equipo multidisciplinario asegura la coordinación efectiva entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas, educadores en salud y, cuando es necesario, especialistas en intervenciones mínimamente invasivas (Gatchel et al., 2014; Cohen et al., 2021). La integración de diversas perspectivas profesionales amplía la capacidad de respuesta frente a la complejidad del dolor crónico y fortalece la continuidad de la atención.

En conjunto, la Tabla 3 sintetiza los principios que sustentan la transición de un modelo biomédico limitado hacia un enfoque biopsicosocial amplio, coherente con las

recomendaciones de consensos internacionales y revisiones de alta calidad (Turk et al., 2011; Gatchel et al., 2014; Cohen et al., 2021). Estos elementos constituyen la base para discutir, en la siguiente sección, las implicaciones prácticas y los retos para implementar modelos de atención integradores en contextos clínicos reales.

DISCUSIÓN

Los hallazgos presentados confirman que el dolor crónico, como problema complejo y multifactorial, requiere un abordaje terapéutico que trascienda la perspectiva farmacológica tradicional. Los resultados de este análisis documental evidencian que la investigación contemporánea avanza de forma consistente hacia modelos de atención biopsicosociales, interdisciplinarios y personalizados (Turk, Wilson & Cahana, 2011; Gatchel et al., 2014; Cohen, Vase & Hooten, 2021).

Los datos muestran que la dependencia exclusiva de fármacos, particularmente de opioides, se encuentra cada vez más cuestionada debido a los riesgos de tolerancia, dependencia y crisis de abuso documentada en múltiples contextos sanitarios (Häuser et al., 2016; Schug et al., 2015; Moulin et al., 2014). Revisiones clásicas como la de Dworkin et al. (2007) y consensos recientes (Finnerup et al., 2015) confirman que, si bien los opioides, AINEs y adyuvantes como antidepresivos y anticonvulsivantes conservan un papel en el arsenal terapéutico, su eficacia aislada es limitada, especialmente cuando no se consideran variables psicológicas y sociales.

Al comparar estos resultados con investigaciones previas, se corrobora que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la fisioterapia estructurada encabezan las estrategias no farmacológicas con mayor respaldo empírico (Eccleston et al., 2014; Eccleston et al., 2017; Kamper et al., 2015). Metaanálisis de alta calidad, como los de Eccleston y colaboradores, demuestran que la TCC logra reducciones clínicamente significativas de la intensidad del dolor, mejora la funcionalidad física y disminuye la discapacidad relacionada. Esta evidencia coincide con la síntesis de Turk et al. (2011), quienes destacan que la TCC es más efectiva

cuando se combina con estrategias farmacológicas ajustadas.

La revisión muestra, además, que terapias complementarias como el yoga, el mindfulness y la acupuntura se han consolidado como opciones válidas de soporte. Los metaanálisis de Vickers et al. (2018) y Wieland et al. (2013, 2017) reportan que la acupuntura tiene un nivel de evidencia moderado a alto para dolor lumbar, fibromialgia y cefaleas tensionales, mientras que estudios como Cherkin et al. (2016) destacan que programas basados en mindfulness mejoran la regulación emocional y reducen la intensidad del dolor percibido.

Este patrón se refuerza con los hallazgos de Nahin et al. (2009), quienes analizaron el uso creciente de medicina complementaria y alternativa (CAM) entre pacientes con dolor crónico, evidenciando la preferencia por intervenciones con bajo perfil de efectos adversos. La incorporación de estrategias como la educación en autocuidado y la intervención psicosocial se alinea con la visión propuesta por Gatchel et al. (2014) y Kamper et al. (2015), quienes sostienen que la sostenibilidad del tratamiento depende de la corresponsabilidad del paciente y la continuidad del monitoreo.

La Tabla 3 corrobora la relevancia de estructurar programas interdisciplinarios basados en una evaluación integral, la definición de planes individualizados, el monitoreo constante y la participación de equipos multiprofesionales (Gatchel et al., 2014; Cohen et al., 2021). Estos elementos se enlazan con recomendaciones de guías internacionales (Attal et al., 2010; Bril et al., 2011; Dworkin et al., 2012), que sugieren que la prescripción farmacológica debe realizarse bajo un análisis estricto del balance riesgo-beneficio, especialmente en neuropatías periféricas, neuralgias y dolor de origen musculoesquelético.

Por otra parte, se observa que los tratamientos intervencionistas, como las inyecciones epidurales, mantienen un nivel de evidencia moderado, fundamentalmente como recurso coadyuvante para el manejo de dolor radicular (Bicket et al., 2018; Chou et al., 2016). Sin embargo, revisiones como la de

Häuser et al. (2012) advierten que estos procedimientos son útiles sólo cuando se integran a un plan multidimensional y bajo control especializado.

Al contrastar estos hallazgos, se identifican coincidencias y divergencias. Mientras consensos como Moulin et al. (2014) y revisiones sistemáticas (Finnerup et al., 2015) sostienen que la farmacoterapia es insustituible en etapas agudas y para cuadros neuropáticos severos, otros estudios subrayan que sin la incorporación de terapias no farmacológicas, los beneficios se diluyen a mediano plazo (Turk et al., 2011; Cohen et al., 2021).

Además, es necesario reconocer limitaciones relevantes. La diversidad metodológica y la heterogeneidad en la calidad de los ensayos clínicos complican la comparación directa entre intervenciones. Wieland et al. (2017) y Eccleston et al. (2017) destacan que muchos ensayos sobre yoga o mindfulness tienen sesgos de selección y dificultades para cegar adecuadamente a participantes e investigadores, lo que puede sobreestimar los efectos positivos.

Por otra parte, la generalización de resultados está restringida por la sobrerrepresentación de países de altos ingresos en la base documental analizada (Nahin et al., 2009). Contextos con recursos limitados enfrentan barreras como la falta de profesionales formados en TCC, la cobertura limitada de terapias complementarias y la escasa infraestructura para sostener programas de seguimiento integral (Gatchel et al., 2014; Cohen et al., 2021).

En este sentido, la revisión invita a plantear nuevas líneas de investigación. Se requieren estudios multicéntricos, bien diseñados y adaptados a realidades locales, que comparen la costo-efectividad de combinar farmacoterapia con intervenciones psicosociales y físicas. También es indispensable profundizar en estudios longitudinales que evalúen la adherencia y el impacto en la calidad de vida a largo plazo (Attal et al., 2010; Bril et al., 2011; Kamper et al., 2015).

Finalmente, la evidencia acumulada refuerza la urgencia de políticas públicas que prioricen la formación interdisciplinaria, la integración de terapias complementarias en guías nacionales y la regulación estricta de la prescripción de opioides (Häuser et al., 2016; Schug et al., 2015; Cohen et al., 2021). Como proponen Gatchel et al. (2014) y Turk et al. (2011), el cambio de paradigma exige también un cambio de mentalidad en profesionales y pacientes, pasando de un modelo centrado en “curar” a uno que enfatice la adaptación funcional, la corresponsabilidad y la autonomía.

En conjunto, esta revisión contribuye a consolidar la premisa de que el manejo del dolor crónico no puede desligarse del contexto biopsicosocial en el que se manifiesta, ni puede depender exclusivamente de la prescripción de medicamentos. Se confirma así la validez de articular conocimiento farmacológico, intervenciones psicológicas y estrategias complementarias para afrontar un problema que, según Breivik et al. (2013) y Cohen et al. (2021), continuará siendo uno de los principales desafíos de la salud pública mundial en las próximas décadas.

CONCLUSIONES

El análisis documental realizado confirma que el tratamiento del dolor crónico requiere de forma urgente una evolución sostenida desde un modelo estrictamente farmacológico hacia un enfoque interdisciplinario, biopsicosocial y centrado en la persona, alineado con la hipótesis y los objetivos planteados al inicio de este estudio.

Los resultados revisados demuestran que, si bien la farmacoterapia —principalmente los opioides, AINEs, antidepresivos y anticonvulsivantes— continúa desempeñando un papel importante en el control del dolor crónico, sus limitaciones en términos de eficacia sostenida, riesgo de dependencia y crisis de abuso hacen evidente la necesidad de complementar estos tratamientos con intervenciones no farmacológicas basadas en evidencia.

Las terapias como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la fisioterapia supervisada,

el mindfulness, la acupuntura, el yoga y los programas de educación en autocuidado han mostrado niveles de eficacia moderada a alta para modular la percepción del dolor, mejorar la funcionalidad y fortalecer la corresponsabilidad del paciente en su proceso terapéutico. Esta convergencia confirma la validez de modelos de atención combinados, que aprovechen los beneficios de la farmacología adecuada sin descuidar los determinantes psicosociales del dolor crónico.

Los hallazgos refuerzan la relevancia de adoptar modelos de atención integrales, sustentados en una evaluación multidimensional del paciente, la planificación individualizada del tratamiento, el seguimiento continuo y la participación activa de equipos interdisciplinarios. Estas prácticas representan una base sólida para optimizar resultados clínicos y mejorar la calidad de vida de millones de personas afectadas por el dolor persistente.

En términos teóricos, este estudio reafirma la vigencia del paradigma biopsicosocial como marco interpretativo y operativo para entender y tratar el dolor crónico, en concordancia con la evidencia acumulada en revisiones, metaanálisis y guías clínicas internacionales. En la práctica, los resultados tienen implicancias directas para la formulación de políticas públicas, la capacitación de profesionales de la salud y la estructuración de programas de rehabilitación y autocuidado adaptados a diversos contextos.

No obstante, es importante reconocer las limitaciones de este trabajo. Al tratarse de un estudio de análisis documental, sus conclusiones dependen de la calidad, alcance y contexto geográfico de los documentos revisados, los cuales provienen principalmente de países de ingresos altos con sistemas de salud más robustos. Asimismo, la variabilidad metodológica entre estudios dificulta la comparación directa de resultados y la estandarización de protocolos de intervención no farmacológica.

De cara al futuro, se recomienda continuar con investigaciones multicéntricas y ensayos clínicos bien diseñados que exploren la efectividad comparativa de combinaciones

terapéuticas, su costo-efectividad, la sostenibilidad de su aplicación en distintos entornos y la percepción de los pacientes sobre la integración de terapias complementarias en su tratamiento habitual.

En síntesis, este trabajo confirma que afrontar el desafío del dolor crónico implica mucho más que prescribir medicamentos: requiere de profesionales formados, pacientes informados y sistemas de salud comprometidos con enfoques integrados, interdisciplinarios y humanizados, capaces de responder de forma efectiva a una de las problemáticas de salud pública más prevalentes y complejas del mundo contemporáneo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Attal, N., Bouhassira, D., Baron, R., Dostrovsky, J. O., Dworkin, R. H., Finnerup, N. B., ... & Rice, A. S. (2010). EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2010 revision. *European Journal of Neurology*, *17*(9), 1113–e88.
- Bicket, M. C., Dunn, R. Y., & Dombrowski, M. (2018). Epidural injections for spinal pain: A systematic review and meta-analysis evaluating the ‘control’ injections in randomized controlled trials. *Anesthesia & Analgesia*, *127*(2), 543–552.
- Breivik, H., Eisenberg, E., & O’Brien, T. (2013). The individual and societal burden of chronic pain in Europe: The case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health*, *13*(1), 1–14.
- Bril, V., England, J., Franklin, G. M., Backonja, M., Cohen, J., Del Toro, D., ... & Zochodne, D. (2011). Evidence-based guideline: Treatment of painful diabetic neuropathy. *Neurology*, *76*(20), 1758–1765.
- Cherkin, D. C., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Cook, A. J., Anderson, M. L., Hawkes, R. J., ... & Turner, J. A. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain. *JAMA*, *315*(12), 1240–1249.
- Chou, R., Gordon, D. B., de Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., ... & Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline. *The Journal of Pain*, *17*(2), 131–157.
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, *397*(10289), 2082–2097.
- Dworkin, R. H., O’Connor, A. B., Backonja, M., Farrar, J. T., Finnerup, N. B., Jensen, T. S., ... & Wallace, M. S. (2007). Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. *Pain*, *132*(3), 237–251.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Peirce-Sandner, S., Baron, R., Bellamy, N., Burke, L. B., ... & Rappaport, B. A. (2012). Research design considerations for confirmatory chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, *153*(6), 1148–1158.
- Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G. B., Rosser, B. A., & Keogh, E. (2014). Psychological therapies (internet-delivered) for the management of chronic pain in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2*.
- Eccleston, C., Fisher, E., Law, E., Bartlett, J., & Palermo, T. M. (2017). Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*.
- Finnerup, N. B., Attal, N., Haroutounian, S., McNicol, E., Baron, R., Dworkin, R. H., ... & Wallace, M. (2015). Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, *14*(2), 162–173.
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *American Psychologist*, *69*(2), 119–130.
- Häuser, W., Bernardy, K., Uçeyler, N., & Sommer, C. (2012). Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: A meta-analysis. *JAMA*, *301*(2), 198–209.
- Häuser, W., Petzke, F., Radbruch, L., & Tölle, T. R. (2016). The opioid epidemic and the long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain revisited: A transatlantic perspective. *Pain*, *157*(12), 2673–2676.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *9*.
- Kress, H. G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Coluzzi, F., Hui, D., ... & Varrassi, G. (2015). A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: Change is needed. *Current Medical Research and Opinion*, *31*(9), 1743–1754.
- Moulin, D., Clark, A. J., Gilron, I., Ware, M. A., Watson, C. P., Sessle, B. J., ... & Morley-

- Forster, P. K. (2014). Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Research and Management*, 19(6), 328–335.
- Nahin, R. L., Barnes, P. M., Stussman, B. J., & Bloom, B. (2009). Costs of complementary and alternative medicine (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners: United States, 2007. *National Health Statistics Reports*, 18, 1–14.
- Schug, S. A., Palmer, G. M., Scott, D. A., Halliwell, R., & Trinca, J. (2015). Acute pain management: Scientific evidence. *Australian and New Zealand College of Anaesthetists & Faculty of Pain Medicine*.
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377(9784), 2226–2235.
- Vickers, A. J., Vertosick, E. A., Lewith, G., MacPherson, H., Foster, N. E., Sherman, K. J., ... & Linde, K. (2018). Acupuncture for chronic pain: Update of an individual patient data meta-analysis. *The Journal of Pain*, 19(5), 455–474.
- Wieland, L. S., Skoetz, N., Pilkington, K., Vempati, R., & D'Adamo, C. R. (2013). Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Wieland, L. S., Skoetz, N., Pilkington, K., Vempati, R., D'Adamo, C. R., & Berman, B. M. (2017). Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



DERECHOS DE AUTOR

Velasco Espinal, J. A., Fuentes Vega, A., Barrera Galván, J., Gama Velázquez, J. M., Velazquez Rivera, L., Pineda Castillo, A. E., & Ruiz Reyes, D. (2025)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.