

# extra



Junta de  
Castilla y León

1 DE  
JULIO  
DE 2025

DIARIO DE  
CASTILLA Y LEÓN  
EL MUNDO



## Combatiendo el dolor

J.M. LOSTAU

**FEDERICO MONTERO CUADRADO**, coordinador de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Valladolid

# «Buscamos ofrecer el mejor tratamiento a las personas con dolencias»

**Desde la Unidad de Afrontamiento Activo para el Dolor Crónico de Valladolid Federico Montero coordina el trabajo del equipo interdisciplinar que ofrece una salida al dolor crónico a más 20% de la población que se ve en esta situación. Por María Bausela**

El dolor crónico afecta a más del 20% de la población española situándose como el principal causante de un gran número de incapacidades laborales. Además, los efectos de esta situación en la vida de las personas afectadas por estas patologías es muy significativo, ya que limita de forma relevante su actividad y rutina. Para luchar contra esta situación y ofrecer ayuda a los pacientes surgen las Unidades de Afrontamiento Activo para el Dolor Crónico de Castilla y León, que trabajan con el objetivo de mejorar el día a día de sus usuarios, ayudándoles a ser de nuevo ellos mismos. Federico Montero Cuadrado es el coordinador de una de estas unidades, la de la ciudad del Pisuerga, que se situó no solo como la primera de la Comunidad sino como la primera de España.

**Pregunta.-** ¿Cómo definiría el trabajo que hacen con los pacientes en la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Valladolid?

**Respuesta.-** Trabajamos de forma interdisciplinar. Contamos con enfermeras, médicos, una psiquiatra y dos administrativos, y juntos valoramos los nuevos pacientes que nos derivan desde Atención primaria y la Atención hospitalaria. Lo que buscamos es que desde la primera valoración podamos saber o intentar saber cuál sería el mejor tratamiento que le podemos dar a esa persona con dolencias.

Tenemos distintos tipos de tratamientos, individuales y también grupales, que están desarrollados basados en las capacidades funcionales que tiene el paciente. Cuando tratamos con estas personas ellas piensan que su problema solo es que tienen dolor, que tienen algún desgaste o alguna lesión en su cuerpo y tenemos que mejorar su intensidad para aguantar estas dolencias para que se muevan mejor, pero al

final es algo que afecta a todas las dimensiones y las funcionalidades del individuo, no solo la física, también la cognitiva, la emocional, la afectiva e incluso a la social.

Lo que hacemos es una fenotipación de los pacientes basándonos en esa pérdida de las capacidades funcionales, y desarrollamos programas o tratamientos individuales para mejorar esas cualidades y así poder recuperar la calidad de vida.

**P.-** ¿Cuál cree que es la relevancia que tiene el que existan estas unidades?

**R.-** Castilla y León ha sido pionera en este tipo de tratamientos basados en la evidencia científica más actual, centrándose en la neurociencia, donde se insiste en que se debe trabajar más a la persona que a la etiqueta diagnóstica, así como es necesario trabajar más las capacidades funcionales que la intensidad de dolor, y donde, los pacientes son parte activa del tratamiento.

Hasta ahora se estaba haciendo un tratamiento muy pasivo del dolor, donde el paciente no se tenía en cuenta como una parte activa del proceso, y se le hacían técnicas o intervenciones, o se le daban tratamientos farmacológicos pasivos. Con ese tipo de enfoques la evidencia científica ha demostrado que lo único que hemos conseguido ha sido que cada vez haya más pacientes o más personas con dolor crónico.

En los últimos años, las guías de la práctica clínica no recomiendan ese tipo de enfoques pasivos, donde se han estado haciendo tratamientos para intentar bajar la intensidad de dolor sobre estructuras corporales, tratamientos farmacológicos, intervencionistas, cuando verdaderamente lo que hay que tratar es a la persona con dolor. Y para eso es necesario un equipo interdisciplinar y el desarrollo de programas y tratamientos que traten y

aborden de manera integral, holística, a la persona.

Eso es lo que hemos intentado hacer aquí en la unidad desde el principio, llevar la evidencia científica más actual y las recomendaciones de la práctica clínica a la clínica diaria, y nos hemos posicionado como un referente para otros servicios de salud.

Nuestra unidad fue la primera en España. A partir de nuestro trabajo se han creado otras unidades o se están empezando a construir en otras comunidades autónomas. E incluso también a nivel internacional, en América del Sur están comenzando a implementar estrategias similares.

**P.-** ¿Por qué considera que es relevante el poner en el mapa el dolor crónico?

**R.-** Dentro de las dolencias o enfermedades que se consideran como graves es verdad que el dolor crónico no te mata, a diferencia de otras enfermedades, por lo que se conoce menos, pero requiere más atención.

Está claro que en los últimos años ha habido un incremento exponencial de la prevalencia de dolor crónico. Cada vez hay más personas con este tipo de dolencias. En 1996 en España, según los estudios hechos en aquella época, existía un 11% de la población con dolor crónico. Sin embargo, según los últimos datos del Observatorio Nacional del Dolor del 2022, el 25,9% de la población española tenía en ese momento dolor crónico. Es decir, en 26 años se duplicó el número de personas en esta situación.

Este es un dato importante porque otros países que nos llevan un poco de ventaja en el tratamiento de dolor tuvieron ya serios problemas con epidemias de opioides y crisis por el dolor crónico.

Muchas veces no se le da la importancia que tienen a estas situaciones en las que las personas conviven tan intensamente con el



El equipo de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Valladolid. J.M. LOSTAU

dolor, ya que es silencioso. Pensamos que no cuenta con una gran relevancia en la sociedad, pero sí la tiene, hay muchas personas que viven con el dolor como protagonista de su vida, pero, además, también provoca un problema importante al sistema sanitario.

Se ha demostrado en múltiples estudios que los costes directos e indirectos del dolor crónico son mucho mayores que los tratamientos del cáncer, de enfermedades cardiovasculares, el Alzheimer, el sida, la diabetes, la hipertensión, etc. Verdaderamente, la sostenibilidad del sistema sanitario se pone más en riesgo por los costes directos e indirectos de estos tratamientos para las dolencias, pero también las bajas laborales, las discapacidades, las jubilaciones...

Esto en España supone al año unos 4.000.000 euros, un gasto que en los últimos años ha aumentado también de forma exponencial. Según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud, que ha sido publicada hace un par de semanas, vemos que la primera causa de estos gastos es la hipertensión y la segunda es el dolor lumbar. Pero entre las diez primeras causas si empezamos a sumar la lumbalgia, la cervicalgia, la migraña y la artrosis, veríamos que el verdadero problema es el dolor crónico musculoesquelético.

**P.-** ¿Cuál diría que es el perfil de pacientes que suelen ver?

**R.-** Como tenemos todos los datos registrados podemos apuntar que lo que hemos visto en los últimos años ha sido un descenso de la edad media, es decir, cada vez viene gente más joven.

La edad media que tenemos en

## Movimiento Activo en Atención Primaria



este momento está en torno a los 50 años. El perfil son pacientes que llevan con dolor muchos años, una media de 7 más o menos, que tienen importantes limitaciones físicas, que no se pueden mover, que tienen fatiga, cansancio... Pero que también tienen problemas de atención, de concentración, pequeñas pérdidas de memoria, alteraciones somatosensoriales y tienen ansiedad en mayor o menor grado.

Algunos tienen también características depresivas o incluso con depresión diagnosticada y presentan limitaciones considerables en sus actividades de la vida diaria. Muchos de estos pacientes no pueden ir a trabajar y el dolor repercute también en su vida social, por lo que se ven en situaciones de aislamiento social. Están en casa porque el dolor no les permite salir y casi relacio-

narse. También hemos tenido niños, gente joven, gente más mayor, pero el perfil, más o menos, son los 50 años.

**P.-** ¿De qué manera se organizan el trabajo entre los diferentes profesionales que forman parte del equipo?

**R.-** Trabajamos de manera muy coordinada, todas las semanas tenemos sesiones clínicas, y formativas, pero también tenemos una planificación anual. Con todos los datos que hemos recogido de casi 5000 pacientes antes de tratarles, durante el tratamiento y después del mismo, así como el uso de las nuevas tecnologías podemos saber el perfil de los pacientes que tratamos, las carencias que pudiéramos tener...

Continuamente estamos actualizando esos datos y los programas para intentar dar una mejor

atención desde el punto de vista de todas las disciplinas, y para ello es fundamental que haya una comunicación entre nosotros y que en los programas participemos distintas ramas de la salud.

Últimamente, también estamos contando con la participación de los pacientes porque verdaderamente ellos son los importantes en la toma de decisiones en esta unidad, ya que está hecha por y para las personas con dolor y tenemos que tener en cuenta cuáles son las carencias que tenemos y qué cosas les gustaría que hicieramos mejor.

Estamos trabajando también con otros equipos de la Facultad de Medicina y del Instituto de Biología Molecular de la Universidad de Valladolid, y tenemos investigaciones con algún equipo internacional, como el Laboratorio de Neuromodulación de Harvard o el Instituto Cajal de Madrid.

Estamos trabajando también con otros equipos de la Facultad de Medicina y del Instituto de Biología Molecular de la Universidad de Valladolid, y también tenemos investigaciones con algún equipo como el Laboratorio de Neuromodulación de Harvard o el Instituto Cajal de Madrid.

**P.-** ¿Cómo cree que se podría expandir esta unidad al resto de provincias en las que no está implementada?

**R.-** Desde el equipo de Valladolid nos desplazamos por las unidades que tenemos también en Burgos, Palencia, León, Ávila, El Bierzo y, próximamente, Salamanca, para formar a los profesionales que están allí y coordinar el trabajo para que sea lo más homogéneo posible en las distintas provincias.

No es fácil, hay que formar a los equipos y adecuar las infraestructuras de atención primaria, y

esto lleva su tiempo. Este año queremos implementarlo en cuatro provincias aparte de las que ya teníamos antes establecidas, y lo más seguro que a finales de año ya comenzemos a formar a los profesionales que van a trabajar en las unidades de Zamora, Segovia y Soria, que son ya las áreas de salud que faltan por tener estos equipos de trabajo.

**P.-** ¿Qué motivación personal tiene para trabajar dentro de esta unidad?

**R.-** Vine a trabajar aquí, a Valladolid, en el 2010 tras haber estado en otras comunidades autónomas, y cuando llegué el modelo que teníamos de tratamiento en la unidad de fisioterapia de atención primaria era de emplear mucha máquina, corrientes, calor...

Usábamos tratamientos pasivos y los pacientes venían y volvían porque no mejoraban mucho. Fue entonces cuando con otro compañero que se llama Miguel Ángel Galán, nos planteamos lo que estábamos haciendo y tuvimos la oportunidad de formarnos a nivel internacional.

Debido a ello tuvimos otra visión, ya que en otros países lo estaban haciendo de manera diferente, metiendo enfoques activos de tratamiento con mejores resultados.

Gracias a esto fuimos teniendo formación y empezamos poquito a poco a probar, a investigar, e hicimos ensayos clínicos donde vimos que este tipo de enfoques activos tenían mejores resultados que los enfoques que hasta ahora estábamos realizando.

También trabajamos en la unidad de dolor hospitalaria, y vimos que allí solo con el intervencionismo y el tratamiento farmacológico los resultados también eran limitados. Al final a través de esta investigación decidimos

formar la Unidad de Estrategia de Afrontamiento Activo del Dolor.

Empezamos solo los dos, Miguel Ángel y yo, desarrollando esta estrategia, y con el paso del tiempo la demanda de pacientes fue creciendo y fuimos construyendo el equipo interdisciplinar. Para que esto funcione tiene que haber un gran equipo humano. Aquí hay mucha humanización y lo dicen así los pacientes, que muchos de ellos lo ven, lo perciben, que es diferente a lo que están acostumbrados.

Todo los profesionales están echando muchas horas y sacrificio en este trabajo que no es nada fácil. Si está funcionando es porque verdaderamente somos un equipo.

Durante el periodo en el que fuimos iniciando este proyecto pasé por un síndrome de dolor complejo en mi mano, y eso me hizo ver el dolor desde el otro punto de vista, desde el lado de la camilla, y entender cómo afecta a todas las dimensiones. Eso hizo que comprendiera mejor la situación por la que pasan estos pacientes y poder ayudarles mejor.

El trabajo ha sido duro, difícil, porque es un cambio de paradigma total. Muchas veces no lo hemos tenido fácil, por incomprendiciones, ya que hay disciplinas en las que es difícil hacer estos cambios que necesitan un tiempo. Además, tuvimos un parón importante en la pandemia, y tras esto falleció Miguel Ángel, algo que fue verdaderamente un momento difícil para todos.

Seguir con el trabajo que empecé con él es una motivación extra para todo lo que hacemos y conseguimos. Sabemos que él no está físicamente, pero sigue con nosotros, y nos impulsa para que todo este proyecto siga adelante.



# «Sobreponerse al dolor crónico para que no controle tu vida»

**Las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Castilla y León atienden a centenares de pacientes que conviven en su día a día con dolor musculoesquelético debido a artropatías degenerativas como la artrosis, artropatías inflamatorias, como la tendinitis, o la alteración de los tejidos blandos como se da en la fibromialgia. Por María Bausela**

Las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Castilla y León atienden a centenares de pacientes que conviven en su día a día con dolores musculoesqueléticos debido a artropatías degenerativas, inflamatorias o alteraciones de los tejidos blandos.

En general las características biológicas del origen de las molestias son comunes en el aparato musculoesquelético, pero dependiendo del paciente se pueden ver unas necesidades diferentes en cuanto a cómo les afecta el dolor en su vida cotidiana.

En este marco Castilla y León ha puesto en marcha las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico en Atención Primaria que se centran en las mejoras de la funcionalidad de los enfermos con este abordaje terapéutico. Así ayudan a que los pacientes puedan «sobreponerse al dolor crónico para que no controle su vida».

Luis Miguel Espeso es una de esas personas que se han beneficiado del programa impartido desde la unidad de Palencia tras convivir durante 40 años con dolencias en la espalda por hernias discales.

«Antes de ir a la unidad la afección diaria era máxima porque tenía que estar pendiente del dolor. No te deja estar atento a tu vida habitual y tu trabajo. Tienes que estar todo el día con medicación, e incluso hasta la relación personal con tu familia no es la normal, estás un poco fuera de contexto porque estás más pendiente de que no te duela y que puedas estar bien para hacer lo habitual de cada día», explica.

«Cuando vas a entrar en el programa te hacen unos cuestionarios para ver si realmente estás dentro de los márgenes permitidos para poder acudir a la unidad. Una vez estando allí hablé con los profesionales que había y me comentaron que teníamos que educar a nuestra cabeza o partes del cerebro para que ese

dolor no existiese. Lo que hacíamos en principio, es que cada dos días iba a consulta con ellos, y me hacían un proceso en la espalda para la eliminación de las zonas de dolor».

Aparte de este trabajo que realizaba en el centro médico le explicaron cómo podía realizar más o menos esas mismas terapias en su hogar con la ayuda de un familiar.

«Me comentaron que como el dolor me venía desde hace desde hace tanto tiempo el proceso se iban a alargar un poco más de lo habitual», añade.

«En mi caso con que hubieran conseguido, no digo ya ni el 50%, si no un 30% de mejoría hubiera sido una maravilla, porque después de casi 40 años con dolor quitarte cualquier porcentaje de molestias es otra vida. Pero consiguieron que al cuarto mes, más o menos, si no había desaparecido el dolor, estaba casi ya liquidado el tema. Y llegó un momento en el que dejé de sentir esa molestia. Ahora salvo que trate mal a mi espalda puedo hacer vida normal».

Poco antes de empezar con el programa cuenta que tuvo que dejar de practicar deporte por completo, hasta llegar al punto en el que casi ni andaba y ahora recorre una media de entre 10 y 12 kilómetros diarios.

«Mi experiencia ha sido maravillosa, todo tiene un margen de mejora, pero conseguir ofrecerle a los pacientes un mayor alivio que el que me han dado a mí es casi imposible. Desde el principio te dan confianza, te dicen 'no te voy a hacer como que hayas nacido ayer, pero si vamos a conseguir algo que no te va a suponer ningún dolor añadido'».

«Te dan una cierta esperanza. En mi caso, poco antes de entrar en este programa estábamos pendientes de que me pusiera un electro estimulador en la espalda para quitarme el dolor mediante una intervención y estos especialistas me lo han quitado sin hacer ninguna intervención».

«Parece magia porque después de 40 años sin conocer una normalidad y la cantidad de especialistas por los que he pasado que en tan poco tiempo veas este nivel de mejoría casi que no te lo crees», comenta emocionado.

## DEL DOLOR CRÓNICO AL RUGBY

En el caso de Anara Tola, una paciente con fibromialgia de la unidad de Valladolid, las complicaciones con el dolor crónico se presentaron cuando tenía 37 años. «Los dolores comenzaron a tomar prevalencia cuando empecé a trabajar en una residencia de ancianos y me era imposible abrir los yogures, era un dolor insuportable. Empecé con dolor articular en todo el cuerpo y terminé sin poder casi moverme de la cama, con muchos dolores y un agotamiento físico y mental horrible, por lo que decidí ir al médico de cabecera», cuenta la paciente natural de la localidad de Olmedo.

«Tras pasar por varios profesionales me diagnosticaron fibromialgia y pusieron un tratamiento que me hizo mejorar un poco, pero tenía brotes. Fue cuando me vine a Valladolid. Aquí me atendió una médica de medicina interna que me explicó que existía este centro y me comentó que me podría venir muy bien porque era muy joven y estaba tomando una medicación bastante fuerte, algo que a la larga me iba a estropear el organismo».

«Fue en 2023 cuando me motivé a mí misma para salir de ello de alguna manera y me llamaron desde la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico y empecé el programa. Entonces yo tenía 43 años y dije 'pues adelante, no puedo seguir aquí sin poderme levantar de la cama ni casi abrazar a mis hijos, o poder pegarme una ducha porque el agua hacía que me doliese la piel. Era un dolor constante en todo».

«La verdad es que tuve mucha suerte porque en mi caso el paso



Luis Miguel Espeso, paciente de la unidad de Palencia. /E.M.

por la unidad fue increíble, ya que a raíz de que me explicaran un poco en qué consistía la enfermedad en sí logré comprender por qué me pasaba todo esto. Entendí que el dolor no puede parar tu vida, no te puede paralizar y me salvó. Al poco cuando me levantaba por las mañanas ya veía que no me sentía tan cansada ni tan dolorida», asegura agradecida.

Una vez dentro del programa explica que «empiezas a hacer unas sesiones teóricas en las que te van contando un poco en qué consiste el dolor, cómo aparece - porque cada uno tenemos una causa diferente-, incidiendo en que el cerebro es el que nos está gestionando todo el dolor. Que hay muchas veces tienes un dolor físico muy fuerte, pero mentalmente puedes afrontarlo».

«Tras realizar esas sesiones teóricas pasamos a las prácticas en las que empezamos muy despacito con la parte de movilidad

y relajación, y la última fase fue hacer gimnasia. Nos hacían primero andar, luego correr, andar a la pata coja manteniendo el equilibrio... Estas sesiones iban acompañadas de ejercicios que me mandaban para casa de coordinación, de hacer cosas diferentes para que el cerebro se bloquese».

«Me ayudó muchísimo. Antes, no tenía casi estabilidad para andar en tandem y ahora lo hago con los ojos cerrados. Fue maravilloso el cambio que pegué física y mentalmente. Es una experiencia que se la he recomendado a muchísima gente que conozco que está en situaciones como la mía», incide.

Debido a todo esto, apunta que el cambio que ha tenido su vida entre antes de pasar por la unidad y después de recibir el tratamiento «es del cien por cien. Donde vivo hay un club de Rugby y algunas mamás que empezaron a jugar me dijeron que a ver si me



apetecía jugar con ellas y entrenar un poco, y la verdad que siempre me había gustado hacer deporte, pero claro, con la fibromialgia me era imposible. Era un dolor, una desgana y un agotamiento horrible».

«Cuando estaba terminando las sesiones del programa dije voy a acabar y si veo que estoy mejor me apunto, y la verdad que me vino muy bien. A la hora de levantarme de la cama era, 'vale, tengo dolor, pero no me vas a frenar'. Sé que tengo que seguir adelante por mi familia, por mis hijos, por mí misma, y levantarme con más energía».

Así explica que empezó a entrenar en marzo y en junio ya estaba en un torneo. «La verdad que me vino fenomenal. La unidad ayuda mucho, los profesionales, aunque no lo sufren, están muy bien preparados. Saben perfectamente cómo nos podemos llegar a sentir, las frustraciones que tenemos y la empatía que lle-

gaban a tener hacia nosotros y lo que nos estaba pasando para mí fue increíble».

«Tengo compañeras de trabajo que sufren dolor crónico y cuentan que su médico no lo entiende, que dice que es algo que es mental, que lo van a tener para toda la vida y ya está. Que no tiene cura. El tener estos grandes profesionales que empatizan, saben lo que te pasa y lo que te puede solucionar esta situación a mí me ayudó mucho desde la primera sesión», afirma Anara Tola.

#### UN SALVAVIDAS

A una situación similar se afronta Mercedes Sánchez Martínez, paciente de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Ávila. «Durante los últimos cinco años mi salud ha empeorado considerablemente, condicionando mi día a día en todas las facetas de la vida, tanto a nivel físico como mental. Tras pasar por



Anara Tola, paciente de la unidad de Valladolid. /E.M.



Mercedes Sánchez Martínez, paciente de la unidad de Ávila. /E.M.

la consulta de diversos especialistas y distintas pruebas finalmente me diagnosticaron fibromialgia», relata la abulense.

«Esta enfermedad llegó a anularme como persona porque el dolor constante y el cansancio extremo, unido a la falta de información y en muchos casos de incomprendimiento, te lleva a aislarte y a dejar de confiar en ti misma. El miedo pasa a ser tu compañero de viaje y llega un momento en el que te sientes completamente hundida. Por ello, aterrizar en la unidad de afrontamiento del dolor crónico fue para mí un salvavidas donde encontré la comprensión e información que necesitaba».

Antes de ser partícipe del programa de esta unidad, asegura que el dolor «gobernaba» su vida, «los medicamentos para intentar mitigarlo formaban parte de mi 'dieta' y todo ello te limita de tal manera que llegas a aislarte porque no te apetece salir ni

socializar con nadie. El dolor se convierte en un arma que te incapacita prácticamente para todas las tareas cotidianas, hasta las más simples como pueden ser atarte los cordones de los zapatos o recoger algo que se ha caído al suelo».

«Tuve la gran suerte de que mi médica de familia me habló de esta unidad del dolor y me animó a que participara, ya que era reacia a medicarme más contra el dolor diario que yo sufría, y me convenció para asistir y tenía razón. Para mí el detonante del cambio fue escuchar a los profesionales de la unidad decir que el dolor crónico es un dolor de larga duración, no de por vida».

«Si por algo se caracteriza este programa es por la atención personalizada fuera de horarios establecidos y dedicándose única y exclusivamente a las necesidades tanto físicas como personales de cada uno de los componentes del grupo», remarca.

«Los profesionales que llevan a cabo la unidad del dolor en Ávila son conscientes de esta situación y han sabido transmitir su dedicación personal a cada paciente del programa, lo cual se ha visto recompensado con una alta participación y con unos excelentes resultados en la inmensa mayoría de los casos. El equipo profesional que compone la unidad de afrontamiento del dolor crónico ha sabido trabajar en este sentido para que todos nos encontrásemos mejor».

A nivel personal afirma que ha «recuperado la confianza y la autoestima en mí misma, he aprendido a controlar ese miedo irracional que tanto me dominaba y he vuelto a disfrutar de reuniones familiares y de actos sociales. A nivel físico he aprendido a controlar y afrontar el dolor, he ganado equilibrio y funcionalidad, he suspendido analgésicos y actualmente el nivel de dolor ha disminuido significativamente».

El dolor musculoesquelético es aquel que se produce por disfunción o daño de alguno de los órganos o tejidos que forman el aparato locomotor. Sus características pueden ser muy variadas en cuanto a su localización, duración e intensidad, pero este dolor de forma general produce dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Además, suele acompañarse de otros síntomas, como rigidez del cuerpo, alteraciones del sueño o cansancio.

Teniendo en cuenta las causas que producen este tipo de dolor las patologías se clasifican en seis grandes grupos. Por un lado, están las artropatías degenerativas (artrosis), por otro las artropatías inflamatorias (artritis, tendinitis, bursitis), también están las artropatías por enfermedad metabólica (gota), las enfermedades óseas (osteoporosis), la alteración de los tejidos blandos o dolor de origen muscular (dolor miofascial, fibromialgia) y las enfermedades del tejido conectivo (lupus, esclerodermia, vasculitis).

Cada enfermedad o síndrome descritos tiene un tratamiento farmacológico específico dirigido a paliar los síntomas y, en la mayor parte de los casos, las características biológicas que originan el dolor son comunes en el aparato musculoesquelético.

Pero también, por las características y la función de los órganos afectados en estas patologías hay muchos tratamientos no farmacológicos comunes a todas ellas. Estos otros tratamientos se dirigen a intentar corregir o eliminar factores de riesgo que son modificables por las personas afectadas y que contribuyen al deterioro de los órganos y a su función en el cuerpo. El tratamiento de estos pacientes debe tener en cuenta los factores psicosociales, modificando los comportamientos y las creencias que las personas tienen de su dolor y de su discapacidad.

Pese a ello, según los resultados de las últimas encuestas europeas el dolor musculoesquelético crónico afecta a un porcentaje relativamente alto de la población, que oscila entre el 30-40% en el caso del dolor de espalda en adultos, el 15-20% en el dolor de cuello y hombros y entre 10% y 15% para el dolor de rodilla y el dolor crónico persistente. Así, actualmente, afecta a más de un 20% de la población, situándose como el causante de gran número de incapacidades laborales. Además, se ve de forma más frecuente en las mujeres de cualquier edad y también es más frecuente en las personas mayores, debido a la patología degenerativa osteoarticular.

Esta prevalencia del dolor crónico está en aumento, lo cual conlleva un grave problema sociosanitario y de salud, generando unos costes (directos e indirectos) que suponen entre el 2.5-3% del PIB. Para dar respues-

# Una ayuda contra el dolor crónico

**Las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Castilla y León aportan una alternativa para lidiar con las molestias de su día a día de los pacientes con algún tipo de dolor musculoesquelético. Por María Bausela**



Uno de los fisioterapeutas de la Unidad de Afrontamiento del Dolor de Palencia atendiendo a una paciente. ICAL

ta a esta situación surgió en 2019 en Castilla y León la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico en Atención Primaria de Valladolid, cuya evidencia científica está basada en diferentes trabajos de investigación y son concluyentes en la mejora de la funcionalidad

de los pacientes con este abordaje terapéutico.

Así, la ciudad del Pisuerga se convirtió en la primera de España en contar con esta alternativa terapéutica de la cartera de servicios de Atención Primaria que oferta a la población el Servicio de Atención a la Per-

sona con Dolor Crónico no oncológico. En esta unidad cuentan con profesionales del equipo de atención primaria como médicos, enfermeras y fisioterapeutas que abordan las necesidades de los pacientes con este tipo de dolor y cuando es posible, un adecuado control del

mismo. De esta manera las personas que lo sufren pueden ser derivadas, en función de sus necesidades.

El dolor, en general, es una percepción subjetiva, que está influida por factores psicológicos, sociales y culturales de los individuos y su entorno; por lo tanto, desde este equipo consideran fundamental tener en cuenta que los factores psicosociales pueden modificar la percepción del dolor.

Por ello, el abordaje de estos pacientes se realiza desde un punto de vista integral en un modelo biopsicosocial, a través de programas conformados con formación teórica y sesiones grupales. Este tipo de tratamientos es un cambio de paradigma en pacientes con dolor crónico no oncológico en la Atención Primaria donde el usuario es una parte activa y protagonista en su patología. Este modelo se encuadra en las recomendaciones del documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Ministerio de Sanidad 2014.

El programa comprende intervenciones basadas en educación en neurociencia del dolor y estrategias de afrontamiento activo basadas en ejercicio físico.

Los criterios de derivación son comunes a todas las Unidades de Es-

**El programa mezcla la neurociencia y el ejercicio físico**

trategias de Afrontamiento Activo para el Dolor en Atención Primaria de la comunidad y se han establecido teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica de mayor prestigio a nivel internacional y la actual evidencia científica.

Los profesionales que trabajan en las unidades tienen formación en neurociencia, y trabajan con los profesionales sanitarios (fisioterapeutas, médicos y personal de enfermería) de los centros de salud correspondientes, para que conozcan los tratamientos que se realizan, así como los criterios de derivación a estas unidades.

Tras su implementación en Valladolid se ha ido trabajando para implementar progresivamente el modelo de atención de la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico a todas las áreas de salud de Castilla y León. En estos momentos está activa en Valladolid, Burgos, Palencia, Ávila, León y El Bierzo. Ubicaciones en las que también se ha implementado con éxito, en el caso de Palencia durante su primer año la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor llegó a los 400 usuarios en el Hospital San Telmo.



Irene Muñoz, una de las psiquiatras que trabaja en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. E.M.

# Un cambio de perspectiva

**Irene Muñoz y Teodora Encinas son dos de los profesionales que forman parte de las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico en Atención Primaria de Castilla y León ofrecen a los pacientes estrategias para poder lidiar con el dolor. Por María Bausela**

Dentro de las Unidades de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico en Atención Primaria de Castilla y León implementadas en Valladolid, Burgos, Palencia, Ávila, León y El Bierzo múltiples profesionales trabajan para instaurar progresivamente el modelo de atención de la unidad de estrategias del dolor crónico no oncológico a todas las Áreas de Salud de Castilla y León. Enfermeras, médicos, fisioterapeutas y psicólogos colaboran para el tratamiento de los centenares de pacientes que acuden cada año a sus consultas con motivo de diferentes situaciones de dolor musculoesquelético.

Irene Muñoz es una de las psiquiatras que trabaja en la unidad de la capital vallisoletana. Un trabajo que comparte con su labor en el mismo ámbito dentro del Hospital Universitario Río Hortega. «Cuando surgió la unidad me propusieron unirmse y acepté, ya que aborda el dolor persistente desde otra perspectiva mucho más integradora. Intenta no tratar tanto la enfermedad concreta, sino que aborda todo lo que es la patología del paciente. Tiene esa parte de educación para el dolor, pero tam-

bién tiene la parte de ejercicio y una muy importante, que es en la que me centro, de salud mental», explica la joven.

«Esta nueva perspectiva se apoya en la psicoterapia, es decir, como ciertas personas con trabajo terapéutico van a poder gestionar los traumas de la infancia o adolescencia, que probablemente les estén produciendo dolor ahora en la edad adulta. Y gracias a ese trabajo terapéutico van mejorando».

«Este tipo de pacientes, necesita un abordaje interdisciplinar porque hace falta un enfoque que integre realmente al paciente y no tanto la patología. Este planteamiento hace que realmente se pueda abordar integralmente y que la propia unidad absorba todas las demandas de este tipo de pacientes, ya que una persona que tiene un dolor persistente cuenta con muchos problemas que derivan de esta situación».

«Tiene mucho más sentido que se aborde a un paciente en un equipo con varios profesionales interdisciplinares que el hecho de que se le derive de consulta en consulta a muchos profesionales diferentes que se quedarán cortos en el tra-



Teodora Encinas, enfermera familiar y comunitaria que forma parte de la Unidad Afrontamiento Activo del Dolor Crónico de Valladolid. E.M.

jo que pueden realizar al no operar de forma colaborativa».

Dentro de este programa Muñoz realiza psicoterapia de grupo «que consiste en un formato que se llama corredor terapéutico». De esta manera durante 12 sesiones los pa-

cientes tratan de elaborar una relación entre los elementos emocionales y «las cuestiones biográficas que se les han podido fijar en el cuerpo. Cuando hay un trauma, generalmente, al no haber podido expresar determinadas emociones quedan

contenidas y hay un momento determinado en el que aparecen en forma de dolor», argumenta

## APOYO Y AYUDA

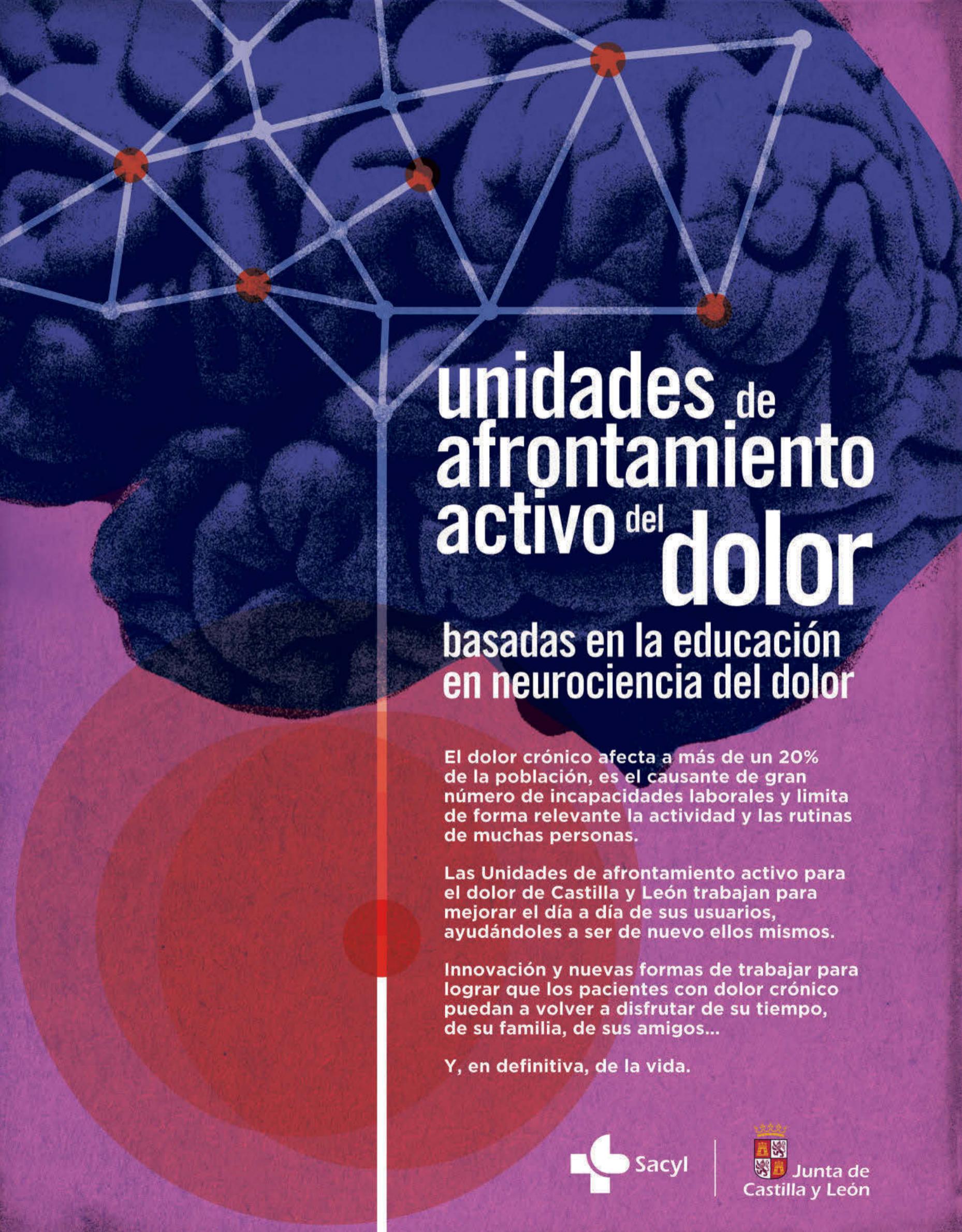
Por su parte, Teodora Encinas Martín, enfermera familiar y comunitaria, forma parte de la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor, donde trabaja desde hace seis meses con el objetivo de consolidar el proyecto de acción comunitaria y diferentes actividades con la Universidad de Valladolid, fundaciones, museos, ayuntamientos, asociaciones de vecinos, etc. Este proyecto se basa en la realización de encuentros comunitarios que promueven el autocuidado, el apoyo mutuo y la participación activa entre personas que viven con dolor crónico.

«Después de tantos años cuidando a personas en su proceso de salud, comprendí que el dolor crónico no solo afecta al cuerpo, sino que también condiciona la vida de quien lo padece. Durante mi experiencia en el Centro de salud Pilaria Circular, vi cómo el abordaje tradicional muchas veces no era suficiente, y cómo las personas necesitaban algo más, comprensión, herramientas, comunidad, etc. Unirme a esta unidad fue una decisión de apoyo y ayuda. Me motivó la posibilidad de trabajar desde un enfoque más activo y participativo, donde el paciente no es solo receptor de cuidados, sino protagonista de su proceso», explica la enfermera.

«Esta unidad representa una forma de cuidar que conecta profundamente con mis valores: escuchar, acompañar, fortalecer y construir salud desde lo colectivo. Aquí encontré un espacio donde mi experiencia y mi compromiso con la comunidad se integran para dar respuesta a una necesidad: ayudar a las personas a vivir mejor, a pesar del dolor».

Su labor se centra en crear y sostener espacios públicos en el ámbito local y en la Comunidad donde las personas puedan poner en práctica lo aprendido durante el programa de afrontamiento en grupos de iguales y realizar nuevas actividades. «Gestiono dichos grupos en los que se fomenta la continuidad y la aplicación real de los conocimientos adquiridos en la Unidad. Además, colaboro estrechamente con el equipo de profesionales que trabaja con estos pacientes, aportando datos y observaciones que surgen del trabajo con los distintos grupos».

«Cuando los pacientes finalizan el programa en la Unidad de Estrategias de Afrontamiento Activo para el Dolor, se les ofrece la posibilidad de continuar su proceso en los 'grupos de iguales', de forma voluntaria. Estos grupos son una extensión fundamental del trabajo que realizan en la unidad, con espacios cedidos por centros cívicos, de iniciativas ciudadanas, deportivos y asociaciones de vecinos de Valladolid y provincia», incide Encinas Martín.



# unidades de afrontamiento activo del dolor

basadas en la educación  
en neurociencia del dolor

El dolor crónico afecta a más de un 20% de la población, es el causante de gran número de incapacidades laborales y limita de forma relevante la actividad y las rutinas de muchas personas.

Las Unidades de afrontamiento activo para el dolor de Castilla y León trabajan para mejorar el día a día de sus usuarios, ayudándoles a ser de nuevo ellos mismos.

Innovación y nuevas formas de trabajar para lograr que los pacientes con dolor crónico puedan volver a disfrutar de su tiempo, de su familia, de sus amigos...

Y, en definitiva, de la vida.

