

“Experiencias de adultos con dolor crónico que reciben intervenciones no farmacológicas en cuidado paliativo”

Autor

Allan Fredy Tobar Enciso  
Estudiante de Maestría en Cuidados Paliativos

Universidad Antonio Nariño  
Facultad de enfermería  
Maestría en cuidados paliativos  
Bogotá D.C.  
2023

“Experiencias de Adultos que han Recibido una Intervención no Farmacológica para el  
Manejo del Dolor no Oncológico en Cuidado Paliativo”

Allan Fredy Tobar Enciso  
Estudiante de Maestría en Cuidados Paliativos

Proyecto de investigación para optar el título de Magister en Cuidados Paliativos

Asesor

Alejandra María Alvarado García  
Doctora en Enfermería, Mg Enfermería,  
Profesora Asociada  
Universidad Antonio Nariño

Universidad Antonio Nariño  
Facultad de enfermería  
Maestría en cuidados paliativos  
Bogotá D.C. 2023

## CONTENIDO

<b>1. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	7
1.1. Planteamiento del Problema.....	7
1.2. Pregunta de Investigación.....	13
1.3. Justificación.....	13
1.4. Objetivo general .....	15
1.5. Objetivos Específicos.....	15
1.6. Conceptos .....	16
<b>2. MARCO TEORICO – CONCEPTUAL</b> .....	17
2.1. Dolor Crónico no Oncológico.....	17
2.2. Terapias no farmacológicas.....	19
2.3. Terapias Alternativas y Complementarias en el Cuidado paliativo.....	20
<b>3. MARCO DE DISEÑO</b> .....	26
3.1. Tipo de Diseño.....	27
3.2. Población.....	27
3.3. Muestra .....	27
3.4. Selección de los participantes .....	28
3.5. Criterios de Inclusión .....	28
3.6. Criterios de Exclusión .....	28
3.7. Procedimiento para la recolección de la información .....	28
3.8. Análisis de datos .....	29
3.9. Rigor metodológico.....	32
<b>4. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	35
4.1. Principios éticos .....	35
4.2. Clasificación del Riesgo .....	36
4.3. Protección de datos .....	37
4.4. Derechos de autor.....	38
4.5. Consideraciones ambientales .....	38

<b>5. Resultados</b> .....	38
5.1. Datos sociodemograficos.....	38
5.2. Unidades temáticas.....	40
5.2.1. Reconociendo el dolor.....	42
5.2.2. Experimentando los beneficios de la terapia.....	47
5.2.3. Experimentando alivio.....	56
<b>6. Discusión</b> .....	61
<b>7. Conclusiones</b> .....	68
<b>8. Limitaciones</b> .....	72
<b>9. Recomendaciones</b> .....	72
<b>10. Bibliografía</b> .....	73
<b>11. Anexos</b> .....	80
11.1. Anexo 1. Consentimiento informado .....	80
11.2. Aval Etico de la Universidad Antonio Nariño .....	82
11.3. Formato de caracterización.....	82

## Resumen

**Objetivo:** Describir las experiencias de adultos que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor crónico no oncológico en cuidado paliativo en Bogotá en 2022.

**Método:** Se realizaron 10 entrevistas a adultos mayores con dolor crónico no oncológico quienes se encontraban en programas de cuidado paliativo y recibían tratamiento con terapias no farmacológicas para el dolor, con edades comprendidas entre los 60 y 80 años. Se empleó en la investigación el abordaje cualitativo de tipo fenomenológico basado en Heidegger utilizando el método de Colaizzi.

**Hallazgos:** Los resultados se agruparon en tres unidades temáticas con sus respectivas unidades de significado: 1) Reconociendo el dolor, 2) Experimentar los beneficios de la terapia, y 3) Experimentando el alivio. Los significados y etapas del estudio demuestran las diferentes situaciones por las cuales las participantes tuvieron que pasar para poder contar sus experiencias terapéuticas.

**Conclusiones:** De acuerdo a la información obtenida en las unidades temáticas se pudo establecer los diferentes tipos de afectaciones que presentaban las participantes antes del tratamiento, cuando llegaron a la valoración inicial, durante el tratamiento y en el momento de la entrevista, principalmente la afectación de las actividades de la vida diaria que llevan a que toda persona que las experimente vea afectada su calidad de vida, pero también la de su familia, al llegar al nuevo tratamiento manifestaron sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza entre otros quizá como último recurso terapéutico pero con la esperanza de lograr alivio porque así se lo habían recomendado.

**Palabras Clave:** Dolor no oncológico, terapias alternativas, cuidado paliativo.

## Summary

**Objective:** To describe the experiences of adults who have received non-pharmacological interventions for the management of chronic non-cancer pain in palliative care in Bogotá in 2022.

**Method:** 10 interviews were conducted with older adults with chronic non-cancer pain who were in palliative care programs and received treatment with non-pharmacological therapies for pain, aged between 60 and 80 years. The qualitative approach of the phenomenological type based on Heidegger was used in the investigation using the Colaizzi method.

**Findings:** The results were grouped into three thematic units with their respective units of meaning: 1) Recognizing pain, 2) Experiencing the benefits of therapy, and 3) Experiencing relief. The meanings and stages of the study demonstrate the different situations through which the participants had to go through to be able to tell their therapeutic experiences.

**Conclusions:** According to the information obtained in the thematic units, it was possible to establish the different types of affectations that the participants presented before treatment, when they arrived at the initial assessment, during treatment and at the time of the interview, mainly the affectation of the activities of daily life that lead to the fact that everyone who experiences them sees their quality of life affected, but also that of their family, upon arrival at the new treatment they expressed feelings of anguish, anxiety, sadness among others, perhaps as a last therapeutic resource but hoping to get relief because that's what had been recommended.

**Keywords:** Non-oncology pain, alternative therapies, palliative care.

## **“EXPERIENCIAS DE ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO QUE RECIBEN INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN CUIDADO PALIATIVO”**

### **1. MARCO DE REFERENCIA**

#### **1.1 Planteamiento del problema**

Actualmente, las enfermedades crónicas han aumentado significativamente por diversos factores, convirtiéndose en un problema de interés para la salud en muchos países del mundo. El incremento en la expectativa de vida, la pobreza, la violencia, la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad son algunas de las causas que acentúan la problemática de la cronicidad, principalmente en América Latina, con una gran influencia en la región de las Américas. En 2017, el número de personas viviendo en la pobreza llegó a 184 millones (30,2% de la población), de los cuales 62 millones se encontraban en la extrema pobreza (10,2% de la población, el porcentaje más alto desde 2008), de acuerdo con el informe Panorama Social de América Latina 2018 (1).

Las enfermedades crónicas pueden deberse a múltiples factores como los metabólicos y los fisiológicos jugando un rol importante en los hábitos y estilos de vida, así como en el medio en que habita, además se caracterizan por ser de larga duración y progresión lenta, es probable que una persona padezca más de una de ellos, denominándose así una comorbilidad, todas estas alteraciones patológicas conocidas como crónicas disminuyen la calidad de vida llevando a discapacidad y al deterioro fisiológico de aquellos que las padecen.

Los cambios anatómicos y funcionales se presentan progresivamente y puede deberse a la coexistencia del envejecimiento, viéndose afectada la salud en múltiples aspectos, no solo en

lo biológico si no en lo social que pueden llevar al aumento de la mortalidad en este tipo de población, aunque no se puede afirmar que la gente mayor cronifique sus dolencias, ni se puede determinar la necesidad de tratar los síntomas asociados como lo es el dolor crónico, se debe tratar el envejecimiento como una condición que puede generar enfermedad a pesar de todos los cambios físicos, mentales, sociales y culturales, entre otros (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que las enfermedades crónicas causan más del 71% de las muertes en el mundo, principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades del sistema respiratorio y la diabetes. Los países de ingresos medios y bajos son los que más padecen estas patologías, causando el 77% de las muertes por enfermedades no transmisibles, en las Américas, estas enfermedades son responsables de siete de diez muertes entre las personas de 70 y más años, causando sufrimiento y discapacidad (3).

Para 2020, en las Américas habrán 200 millones de adultos mayores aproximadamente, casi el doble que en 2006, más de la mitad habitaran América Latina y el Caribe; en los Estados Unidos, más del 90% de los adultos mayores sufre al menos una enfermedad crónica, y el 73% tiene dos o más (4).

La enfermedad crónica puede causar discapacidades inmediatas, progresivas y severas que lentamente disminuyen la capacidad de los adultos mayores para cuidarse ellos mismos, encontramos fractura de cadera o accidentes cerebrovasculares entre otras. El 14% de las personas mayores de 65 años requieren asistencia para realizar sus actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras, la afectación por la enfermedad aumenta la dependencia en este tipo de población (4).

En la actualidad el dolor crónico es común en la población mayor a nivel mundial, el deterioro de la salud, la afectación de la funcionalidad y la calidad de vida.

La Asociación Colombiana contra el dolor en 2014 dio a conocer el octavo Estudio Nacional de dolor, que se realizó en 11 ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Pasto, Manizales, Neiva, Tunja, Villavicencio) en donde se buscaba como primera medida determinar la prevalencia del dolor, las patologías más frecuentes asociadas al dolor crónico, las zonas del cuerpo más afectadas por el dolor, las tendencias con el manejo del dolor en los colombianos y el impacto en la calidad de vida de la población (5).

Se realizó una encuesta donde participaron 1583 personas, el 76% respondieron que sí había sufrido algún tipo de dolor en los últimos seis meses y el 24% respondieron que no. Para los colombianos los dolores con más frecuencia fueron los osteomusculares (64.5%), el craneofacial (23,3%), el de abdomen (7.8%) y el de tórax (3.3%), siendo los dolores osteomusculares más frecuentes en los miembros inferiores (28.8%), la espalda (23.6%), seguido de los miembros superiores (13.2%) y cuello (11,9). Las personas que presentaron dolor craneofacial, el 97.3% afirmaron que eran en la cabeza, de los cuales, el 2,8% fueron dolor crónico. El 41% de los encuestados refirieron sentir dolor severo, el 39% moderado y el 20% leve (5).

Lo anteriormente expuesto predispone la población mayor a la búsqueda de opciones para mejorar su dolor, por lo cual acceden al cuidado paliativo.

Frente a esta situación, la OMS afirma que los cuidados paliativos (CP) se deben proporcionar no solo a personas que enfrentan problemas asociados a enfermedades oncológicas si no que las enfermedades crónicas deben ser adheridas dentro de este concepto de CP, siendo también una condición que amenaza la vida, la gran mayoría de los adultos mueren por enfermedades cardiovasculares (38,5 %) y cáncer (34 %), seguidas de enfermedades respiratorias crónicas (10,3 %), VIH/SIDA (5,7 %) y diabetes (4,5 %). Desde principios de la década de 1980, la necesidad de PC para pacientes con cáncer ha sido cada vez más reconocida en todo el mundo (6).

En la actualidad, existe una mayor conciencia de la necesidad de CP para otras enfermedades crónicas, sin embargo, sigue existiendo una enorme necesidad insatisfecha de CP para estas afecciones crónicas (no oncológicas) que limitan la vida en la mayor parte del mundo, se estima que más de 20 millones de personas necesitan CP al final de la vida cada año, principalmente (69%) en adultos mayores de 60 años (7).

Una de las principales necesidades en CP es el manejo del dolor, mitigando así el sufrimiento físico, psicosocial y emocional; haciendo partícipe también al núcleo familiar que se ve también directamente afectado por la situación. La presencia de dolor se asocia con la afectación de la calidad de vida, las personas con dolor pueden experimentar mayor deterioro funcional, aumento de la dependencia, caídas, depresión, disminución del apetito, trastornos del sueño y aislamiento social en comparación con aquellas que no sufren dolor, además, el impacto multidimensional del dolor puede dejar a los adultos mayores más vulnerables y menos capaces de responder eficazmente a los estresores fisiológicos, contribuyendo, en última instancia, al desarrollo de la fragilidad. Un estudio realizado por Torrance y cols. en

población adulta del Reino Unido mostró una prevalencia del 48 % de dolor crónico y el 8 % fue de origen neuropático. Por su parte, Zarei y Cols, encontraron en un estudio poblacional en el sureste de Irán que el 38,9 % de la población se quejaba de dolor crónico (8).

El impacto del dolor en el adulto mayor en cuidados paliativos aumenta la vulnerabilidad, presentan una mayor fragilidad, son menos capaces de responder a los estresores fisiológicos. Cada vez se reconoce más que el tratamiento médico convencional actual puede no ser el mejor punto de partida y, a menudo, no es suficiente. Además de abordar el dolor de manera inadecuada, hay cada vez más evidencia de que las estrategias de tratamiento convencionales están alimentando la crisis de los opioides, según un informe del Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA) que cita que uno de cada tres estadounidenses usó opioides recetados para el dolor en 2015. Además, en la evidencia los enfoques no farmacológicos pueden ser el tratamiento inicial más apropiado para el manejo del dolor crónico. Se podría argumentar que, dados los riesgos de la atención estándar, no educar a los pacientes ni recomendar la atención no farmacológica debería considerarse poco ético (9).

Las terapias no farmacológicas actuales incluyen terapia de acupuntura, terapia de masaje, manipulación osteopática y quiropráctica, terapias de movimiento meditativo Tai chi y yoga, intervenciones conductuales de mente y cuerpo, componentes dietéticos y estrategias de autocuidado/autoeficacia.

Transformar el sistema de atención del dolor en un modelo integral receptivo requiere que las opciones de tratamiento y atención colaborativa se basen en la evidencia e incluyan

estrategias no farmacológicas eficaces que tengan la ventaja de reducir los riesgos de eventos adversos y la responsabilidad por la adicción.

La evidencia exige un llamado a la acción para aumentar la conciencia sobre los tratamientos no farmacológicos efectivos para el dolor, para capacitar a los profesionales y administradores de atención médica en la base de evidencia de la práctica no farmacológica efectiva, para abogar por iniciativas de políticas que solucionen las barreras del sistema y el reembolso para la atención integral del dolor basada en evidencia y promover la investigación y difusión continua del papel de los tratamientos no farmacológicos efectivos en el dolor, enfocados en el impacto económico y terapéutico a corto y largo plazo de las prácticas de atención y más aún en servicios como el cuidado paliativo.

Existe un vacío en el conocimiento sobre los efectos de la medicina alternativa y terapias complementarias en aquellos que practican la medicina alopática, no se puede desconocer los múltiples tratamientos no farmacológicos que han hecho de estas prácticas ancestrales una cultura médica en ciertos continentes del mundo, siendo para occidente una medicina que en ocasiones es mal llamada pseudociencia.

Revisiones sistemáticas como la realizada en la Universidad de Porto en Portugal por Adriana Coelho en 2017 refiere que en futuras investigaciones primarias deberían realizarse estudios cualitativos en profundidad sobre la experiencia de los pacientes que han recibido intervenciones no farmacológicas para determinar la mejor evidencia disponible sobre su efecto sobre la mejoría de la calidad de vida y para orientar la práctica clínica (10).

La necesidad de mejorar el dolor en personas que lo han experimentado por largo tiempo dependiendo de sus antecedentes ha despertado en la comunidad científica y en los clínicos buscar alternativas al manejo farmacológico que como se evidencia en la revisión de la literatura son muchos los estudios que se han realizado acerca de la implementación de tratamientos no farmacológicos en donde se incluyen las terapias alternativas (10).

La medicina ancestral se ha practicado desde la antigüedad, con enfoque religioso y cultural con el fin de encontrar tratamientos que puedan sanar, aliviar, curar y mejorar la calidad de vida de las personas. En la actualidad se sigue aplicando este tipo de medicina demostrando en ciertas poblaciones mayor confianza y mejores resultados terapéuticos (10).

El tratamiento no farmacológico para el dolor en paciente no oncológico se ha convertido en uno de los retos más importantes para los cuidados paliativos en los últimos años, diseñar estrategias que brinden esta posibilidad están condicionadas al vacío en los conocimientos de las mismas por parte del personal de la salud; el interés en este tipo de intervenciones despierta múltiples preguntas pero a la vez despeja dudas en la aplicación de ellas como parte del tratamiento del dolor no oncológico (11).

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las experiencias de adultos que han recibido una intervención no farmacológica para el manejo del dolor no oncológico en cuidado paliativo?

## **1.3 Justificación**

El dolor crónico afecta la salud física y la mental afectando principalmente las emociones del que lo padece, los tratamientos farmacológicos en ocasiones no tratan esa necesidad de los

pacientes, aumentando la angustia, la ansiedad, la desesperanza al no encontrar mejoría del dolor ni en sus capacidades físicas para continuar realizando las actividades de vida diarias como lo hacían antes de que se viera afectada su salud.

Para el manejo del dolor es importante que se realicen proyectos de investigación en donde se incluyan la medicina alternativa, las terapias no farmacológicas y las terapias complementarias, con un enfoque integral teniendo en cuenta las patologías de base y las manifestaciones clínicas, para enfocar el tratamiento haciendo uso de este tipo de tratamientos. Es necesario realizar más estudios con muestras representativas y diseños metodológicos rigurosos para confirmar hallazgos terapéuticos (8).

A pesar de que existe poca evidencia científica que sustente el uso de este tipo de tratamientos dentro de la práctica médica convencional, su frecuente aplicación entre los pacientes que padecen dolor crónico y el beneficio que estas ofrecen para ellos, es fundamental proponer proyectos de investigación que permitan demostrar la experiencia de los pacientes después de ser sometidos a ellas (12).

Al tratar el dolor se mejoran muchos aspectos de la cotidianidad de la persona en cuanto a su salud física y emocional, disminución de la dependencia, mejoría de la inclusión social, mejoría de los efectos secundarios que dejan los fármacos, esta experiencia no solo la experimenta la persona que sufre dolor, también se beneficia el núcleo familiar y sus cuidadores, dando como resultado mejoría de su calidad de vida.

Por otro lado, este proyecto de investigación se convierte en novedoso al poder contribuir en una línea poco convencional y necesaria para los trabajadores y los sistemas de salud

quienes trabajan en cuidados paliativos a denotar otras posibilidades de inclusión en sus tratamientos.

Se espera que estos resultados puedan contribuir al cuerpo de conocimientos del cuidado paliativo desde el componente interprofesional que logre mejorar las opciones para los pacientes, las familias y los sistemas sanitarios desde la efectividad de los tratamientos para mejoría del dolor.

Este proyecto nutrirá el grupo de Innovación y Cuidado de la Universidad Antonio Nariño dentro de la línea de Cuidado Paliativo y así mismo nutrirá la sublínea de rehabilitación paliativa, aportando de acuerdo con las experiencias de los pacientes en el manejo del dolor con terapias no farmacológicas con el objetivo de dar mejores opciones de cuidado, tratamiento y mejorar la calidad de vida de los adultos y sus familiares cuidadores.

Dentro del marco social este trabajo se alinea con las metas del RIAS y MAITE, con relación a las enfermedades crónicas y cuidados paliativos, además responde al tercer objetivo de desarrollo sostenible ODS 2030, recibir los servicios de salud necesarios para lograr una vida sana y productiva.

#### **1.4 Objetivo general**

Describir las experiencias de adultos que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor crónico no oncológico en cuidado paliativo en Bogotá en 2022.

#### **1.5 Objetivos específicos**

- Reconstruir las vivencias de los adultos que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor crónico no oncológico en cuidado paliativo.

- Develar los significados que determinan las experiencias de los adultos que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor crónico no oncológico en cuidado paliativo.

## **1.6 Conceptos**

### **Experiencia**

Para esta investigación el concepto de experiencia como el resultado de la interacción del ser humano con el mundo, mediado por el saber y el presaber que se tienen de los objetos o situaciones vividas, las percepciones, la subjetividad, la historia y la cultura que generar un conocimiento real para cada persona (13).

### **Cuidado paliativo**

De acuerdo con la definición de la OMS el cuidado paliativo es la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la detección temprana y correcta evaluación, el tratamiento del dolor y otros problemas que pueden ser físicos, psicológicos o espirituales (14).

### **Dolor crónico no oncológico**

El dolor crónico no oncológico (DCNO) se define como el dolor que dura de tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado y el cual afecta todas las esferas de los individuos que la padecen (15).

### **Terapia no farmacológica**

Las terapias no farmacológicas son otras maneras de aliviar el dolor, aparte de los medicamentos. “Cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”. (16) se encuentra en el ámbito clínico intervenciones complementarias y alternativas como base del tratamiento no farmacológico para el dolor, entre estas se incluyen las terapias alternativas y complementarias (16).

## **2. Marco teórico – conceptual**

### **2.1 Dolor crónico no oncológico**

El dolor crónico se ha definido como el que “dura al menos tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. Afecta al 10-25% de la población, tiene una marcada repercusión en la calidad de vida física, psíquica y social, y supone una pesada carga para los servicios sanitarios a nivel mundial, es de especial atención, cuidado y puede llegar a ser incapacitante. Según su procedencia, el dolor puede ser (17).

Dolor nociceptivo.

Está bien localizado, es habitualmente transitorio y se percibe como respuesta a estímulos nocivos o lesión tisular real o potencial, cumpliendo una función protectora. En este dolor no hay lesión del sistema nervioso, implica lesión o inflamación locales y responde bien a analgésicos menores (AINE, paracetamol) y a opioides. Puede ser somático (superficial o profundo) o visceral (17).

Dolor neuropático.

Es una manifestación sensitiva de un trastorno fisiopatológico de las fibras nerviosas, que provoca una actividad anormal en las vías de transmisión sensorial. Este dolor es una manifestación de la plasticidad neuronal inadaptada, que implica sensibilización periférica o central en el sistema nociceptivo, lo que provoca una enfermedad neural. Se estima que un 25-35% de las personas con lumbalgias crónicas padecen un componente de dolor neuropático (17).

Dolor mixto.

El dolor crónico a menudo comprende elementos nociceptivos y neuropáticos, esto sucede, por ejemplo, en la lumbalgia crónica y en el dolor oncológico por metástasis óseas e infiltración nerviosa. En estos casos el tratamiento dual debe ser bien planteado y definido de acuerdo con los requerimientos terapéuticos para cada paciente, teniendo en cuenta la suspensión gradual de los fármacos cuando las terapias alternativas hayan logrado su efecto terapéutico, claro está dependiendo de la adherencia del paciente y la frecuencia planteada por el terapeuta (18).

El dolor agudo por lo general es intenso, se presenta rápidamente, y dura relativamente poco tiempo. Con más frecuencia, es un signo de que el cuerpo ha sido lesionado de alguna forma. Este tipo de dolor desaparece tras reponerse de la lesión (18).

Mantener la funcionalidad física y mental es de gran importancia en el momento de plantear un tratamiento para el dolor. En el abordaje inicial debe tenerse en cuenta la historia clínica donde se relacionen los antecedentes, diagnósticos principales, que tipo de dolor presenta, áreas anatómicas afectadas, limitaciones que presenta por el dolor, complicaciones y

exacerbaciones entre otras, con todos estos aspectos se busca mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan el dolor.

Es importante que los tratamientos para el dolor y la enfermedad se realicen al mismo tiempo dada la asociación de las enfermedades con el mismo, el tratamiento para el dolor crónico en muchas ocasiones se puede asociar con fracaso terapéutico y con complicaciones como trastornos del sueño, inapetencia, fatiga crónica, dependencia a los medicamentos, estrés y depresión entre otros.

## **2.2 Terapias no farmacológicas**

Las terapias no farmacológicas pueden definirse como “Cuando se requiere una intervención no química teóricamente fundamentada, enfocada y reproducible, se podrá realizar en el paciente o en el cuidador y que pueda potencialmente resultar en un beneficio significativo.” (19), se encuentra en el ámbito clínico intervenciones complementarias y alternativas como base del tratamiento no farmacológico para el dolor que se definirán a continuación.

### Terapias Complementaria y Alternativa

Las medicinas complementarias y alternativas (CAM, por sus siglas en inglés) constituyen una amplia y compleja combinación de intervenciones, filosofías, enfoques y terapias que adoptan un punto de vista holístico de la atención: el tratamiento de la mente, el cuerpo y el espíritu. Algunos de los términos utilizados para hacer alusión a estas intervenciones incluyen: medicina holística, no ortodoxa, no convencional, natural, tradicional y no-tradicional (20).

### Terapias Complementarias

Las terapias complementarias son usadas junto con la medicina convencional. Estas herramientas pueden desempeñar alguna función en un programa de tratamiento integral diseñado por el paciente y el profesional de la salud. Algunos ejemplos de terapia complementaria son: masajes, musicoterapia, técnicas de reducción de estrés, acupuntura, retroalimentación, meditación, relajación, aromaterapia, yoga, terapia de arte, entre otros (20).

#### Terapias alternativas

Las terapias alternativas generalmente no son consideradas por la profesión médica como herramientas fundamentales en el manejo de ciertas patologías. Son reconocidas como terapias sin niveles de recomendación y evidencia, lo que las cataloga entonces como intervenciones sin valor terapéutico. Por otro lado, el saber popular es sin duda otro factor que facilita la recomendación del uso de ciertas terapias alternativas sin aprobación médica donde, en ocasiones, se corre el peligro de que puedan llegar a retrasar los esfuerzos del paciente por buscar tratamientos convencionales que hayan demostrado efectividad (20).

El dolor crónico afecta a la persona en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu. Las terapias alternativas o complementarias reconocen los roles de los pacientes en sus propios procesos de curación teniendo la oportunidad de brindar un manejo más eficiente e integral del dolor crónico, permiten un tratamiento más diverso y centrado en el paciente de síntomas complejos, promueven el autocontrol y son relativamente seguras y rentables (21).

El Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM), por sus siglas en inglés, define a las terapias alternativas y complementarias como: un conjunto diverso de

sistemas, prácticas y productos médicos y de atención en salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional (22).

#### Clasificación de las Terapias Alternativas.

De acuerdo con la NCCAM organiza de una manera metodológica su clasificación para mejor aplicación de estas de acuerdo con las necesidades de cada persona y sus antecedentes (22).

1. Medicina de la mente y el cuerpo: En esta clasificación encontramos la oración, meditación, curación mental, danzo terapia, musicoterapia, psicoterapia transpersonal. Son técnicas que facilitan el fortalecimiento de la mente para subsanar manifestaciones corporales.

2. Sistemas médicos completos: Encontramos sistemas como el de la medicina tradicional china y Naturopatía: acupuntura, ventosas, herbolaria, reflexología, moxibustión, fitoterapia. Medicina ayurvedica: nadis y chacras, mantras, mandalas, aromaterapia. Homeopatía, homotoxicología, esencias florales.

3. Prácticas biológicas: Beancología, vitaminas, suplementos dietéticos.

4. Medicina sobre la base de la energía: Reiki, chi gong, toque terapéutico, masaje tuina, bioenergética, sintérgica, terapia con péndulos, cromoterapia (22).

En el libro de “caracterización ocupacional” de Medicina Alternativa y Terapias Alternativas del Ministerio de la Protección Social y Servicio de Aprendizaje Nacional SENA, se amplía la definición y la considera como una perspectiva “nueva” de lo humano, con un referente conceptual y metodológico muy complejo y diferente de la medicina convencional y no solo

un conjunto de técnicas terapéuticas extendiendo su concepto a tal fin de establecerlo como una red de interacciones que promueven la salud y previenen la enfermedad, en el marco de diferentes procesos que integran al ser como un todo “holístico” desde su plano físico, emocional, espiritual y mental. La normatividad en Colombia existe desde el año de 1869, sobre todo para la práctica de la homeopatía y a partir de 1962 en la ley 14 se restringe esta práctica solo a médicos titulados bajo una entidad acreditada de estudios superiores. A partir de la reforma de la ley 100 se otorga la práctica de las terapias alternativas y complementarias a profesionales de salud que hayan obtenido su título en instituciones acreditadas por el ICFES (23).

### **Bases Legales de las Terapias Alternativas en Colombia.**

El trabajo de integración que se viene realizando en el mundo entre la medicina homeopática con la medicina alternativa o complementaria, se ha reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud OPS, trabajando conjuntamente para desarrollar sistemas de integración desde el año 1977, cuyo propósito es brindar servicios de salud más asequibles, más aceptados por algunas comunidades y más oportunos en todas las regiones del mundo, principalmente las más apartadas de las grandes ciudades. En 1999 la OMS y la OPS se reunieron en la ciudad de Guatemala y recomendaron la aprobación mediante la legislación en varios países en el mundo para que se puedan desarrollar este tipo de tratamientos de acuerdo con lo establecido por las leyes en cada país siguiendo la directriz de los ministerios de salud. Fundamentalmente la creación de servicios multidisciplinarios, para una mayor efectividad y resultados en los tratamientos sobre todo en países tercermundistas, herramientas más baratas y accesibles, confiables y demostrables,

que debe ser acogidas y reguladas en igual condición que las otras facultades de la medicina convencional (OPS, 1999) (20).

En nuestro país las normas vigentes avalan la medicina alternativa y complementaria con lo establecido en el artículo 4° del Decreto 2753 de 1997, expedido por el Ministerio de Salud, en donde se ordena que solo el personal médico puede aplicar procedimientos de terapias alternativas, la resolución 1043 de abril 3 de 2006, conserva las definiciones de terapias alternativas, regulando la acreditación y habilitación de estas (25).

En esta normatividad también se reconoce en el país, a las instituciones que brinden capacitación en cursos y diplomados de carácter formal y no formal, para los trabajadores en salud no médicos como lo son: odontólogos, terapeutas físicos, nutricionistas, psicólogos, etc. Ampliando así el conocimiento a otras áreas de la salud relacionadas con el bienestar de los pacientes (26) (27).

Los tratamientos en enfermedades infecciosas han sido importantes demostrando suficiente evidencia en su eficacia, sin embargo en las enfermedades crónica y degenerativas no se ha podido encontrar eficacia suficiente en los resultados terapéuticos. Es por eso que se vienen implementado estrategias alternativas para encontrar ese alivio tan anhelado por pacientes y terapeutas. De acuerdo con lo expresado por el experimentado doctor e investigador Burton Goldberg, en el año 1986, agrega: "en realidad no existe una medicina alternativa, sino alternativas en la medicina" esto permite ampliar la visión sobre otras rutas o caminos terapéuticos más efectivos en el alivio del dolor (28)

### **2.3 Terapias alternativas y complementarias en el cuidado paliativo**

El uso de las terapias alternativas y complementarias como estrategia no farmacológica para el manejo del dolor no oncológico en cuidado paliativo deben considerar el análisis de las causas multifactoriales del dolor e involucrar al talento humano de una forma multidisciplinaria en búsqueda de mejorar no solo la sintomatología si no el bienestar y la calidad de vida de los pacientes y del cuidador familiar.

De acuerdo con una revisión sistemática se encontró 4682 estudios, se identificaron diecisiete para una evaluación adicional. Las terapias incluyeron acupresión, acupuntura, masaje de aromaterapia, respiración, hipnoterapia, masaje, meditación, musicoterapia, reflexología y terapia reiki. Muchos estudios demostraron un beneficio a corto plazo en la mejoría de los síntomas desde el inicio con terapias alternativas, aunque no se encontró un beneficio significativo entre los grupos (29).

La prevalencia del uso de las terapias alternativas y complementarias es abordada por múltiples autores a nivel mundial como Van Hyfte, Yarney, Muecke, entre otros en estudios de corte descriptivo desarrollados en países con diferencias tanto en cultura como en nivel de desarrollo son EE. UU., Ghana, Alemania, Corea del Sur y Brasil (30).

Según la encuesta realizada en Norteamérica por Van Hyfte en 2014, en instituciones de programas de cuidados paliativos en Illinois se encontró una prevalencia de uso de TA del 37% por parte de los pacientes, las más usadas en su orden fueron la terapia donde se emplearon mascotas (64,5%), la musicoterapia (61,5%) y el masaje (54,8%). Otro estudio realizado por Otulo en 2014, la prevalencia de uso de TA por pacientes en Hospicios de Texas, se obtuvo como resultado que menos del 25% de los pacientes utilizaban las TA

ofertadas por estos centros, y las más demandadas eran el masaje (61,3%), la musicoterapia (61,3%), la relajación (56,5%) y cuidado espiritual (51,6%) (30).

El estudio realizado en 2012 por el equipo de Choi en Corea, la tasa de uso de TA fue del 37% en un grupo de 1662 pacientes oncológicos en la etapa final de la vida, encontrando que el (85,5%) las terapias fueron las de base biológica, principalmente suplementos dietéticos y Fitoterapéuticos, y los sistemas médicos integrales (19,8%) como la medicina tradicional china (30).

En África, Yarney en 2013, el uso de TA en un grupo de pacientes oncológicos de un hospital de Ghana, la tasa de uso en estos pacientes fue del (73,5%), en dónde se empleaba el masaje (66,3%), la fitoterapia (59,2%), suplementos vitamínicos (55,1%), medicina tradicional china (53,1%) y las oraciones (42,9%) (30).

En Europa, según el estudio de Paul en 2013, el uso de TA en pacientes de una unidad de cuidados paliativos de Frankfurt, reveló que el 40% de sus pacientes empleaban este tipo de terapias como coadyuvantes en su tratamiento, siendo las terapias con base biológica (vitaminas y fitoterapia) y la oración las más empleadas.

Según el estudio de Schüze, en Alemania, en donde se hace referencia al uso de las TA en pacientes pediátricos, se obtuvo una prevalencia de uso del 43% en un grupo de niños con cáncer terminal, las TA más empleadas fueron las terapias con base biológica (63%) especialmente el uso de muérdago, y la homeopatía (41%) (30).

En América del Sur, Caires y su equipo investigaron la utilización de TA en organizaciones brasileñas, dando a conocer que las TA más empleadas eran la musicoterapia, el masaje y la acupuntura (30).

La literatura nos muestra que existe una amplia necesidad de implementar este tipo de tratamientos en cuidado paliativo.

Toda atención médica debe estar enfocada a que los tratamientos vayan más allá de la prestación de servicios y que consideren de manera más explícita las preferencias, necesidades y valores de las personas que los reciben. Dentro de esas necesidades se encuentran los principios de la empatía, simpatía y compasión, importantes dentro de los modelos de atención, cumpliendo estos principios se logra mejorar la calidad de vida y marcan la diferencia en el tratamiento en el final de la vida de los pacientes en cuidado paliativo.

### **3. Marco de diseño**

Se realizó una investigación cualitativa, con un diseño fenomenológico, con el fin de dar respuesta a la pregunta de estudio sobre las experiencias de pacientes que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor crónico no oncológico que se encuentran en un programa de cuidado paliativo. También permitió estudiar los diferentes fenómenos de cómo son percibidos o experimentados, identificando los elementos esenciales o las esencias de las experiencias de los sujetos participantes. Se logró abordar a las personas de manera dinámica, holística y personalizada. Por ende, la investigación, permitió reconstruir las vivencias de los adultos que han experimentado dolor.

A través de la metodología cualitativa se pueden obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de extraer o de aprehender por otros métodos de investigación más convencionales, al igual que se pueden emplear para explorar áreas sustantivas sobre las cuales se conoce poco o mucho, pero se busca obtener nuevo conocimiento.

### **3.1 Tipo de diseño**

Se empleó en la investigación el abordaje cualitativo de tipo fenomenológico basado en Heidegger utilizando el método de Colaizzi (31).

### **3.2 Población**

Para dar respuesta al fenómeno en estudio, esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá donde participaron adultos con dolor crónico no oncológico, vinculados a un programa de cuidado paliativo y que recibieron una terapia no farmacológica. Para el desarrollo de la investigación potencialmente se contó con el aval de la IPS Grupo Medico Alternativo SAS, institución habilitada en la ciudad de Bogotá por la secretaria Distrital de Salud, con una trayectoria de 7 años y que cuenta con al menos 50 pacientes que cumplen con los criterios de inclusión requeridos para esta investigación, en donde se realizan tratamientos bajo la visión holística de la medicina alternativa y complementaria para el manejo del dolor, de donde se tomará la muestra.

### **3.3 Muestra**

Estuvo dada a partir de los datos referidos en las experiencias vividas por los participantes. El muestreo de carácter por bola de nieve, en los cuales un participante pudo referir a otros de manera sucesiva hasta lograr la saturación teórica de la información.

### **3.4 Selección de los participantes**

La selección de los participantes se realizó de manera intencional, siguiendo la metodología por bola de nieve, de esta manera, se logró seleccionar participantes con información valiosa para estudiar a profundidad para ello se tuvo acercamientos con las instituciones que contaron con programas de cuidado paliativo (32).

### **3.5 Criterios de Inclusión:**

Adultos de 50 años y más que reciben tratamiento no farmacológico para el dolor crónico no oncológico, que estén incluidos en un programa de cuidados paliativos con más de 6 meses y los que hayan culminado tratamiento.

### **3.6 Criterios de exclusión:**

Quienes hayan cambiado el tipo de terapia no farmacológica en los últimos 6 meses, quienes a pesar de recibir el tratamiento en los 6 meses no hayan cumplido con el número de terapias indicadas, los que presenten dificultades para la comunicación de forma verbal

### **3.7 Procedimiento para la recolección de la información**

Se solicitó el aval de la IPS Grupo Medico Alternativo la cual cuenta con servicios habilitados para la práctica de terapias complementarias, las participantes son usuarias de una EAPB del régimen contributivo colombiano que hacen parte del servicio de cuidado paliativo no

oncológico con tratamiento para el dolor de forma no farmacológica, accedieron al servicio de acuerdo a la valoración por el servicio tratante en este caso clínica del dolor y cuidado paliativo que al determinar que no había buena respuesta a los tratamientos farmacológicos decidieron hacer uso de otro tipo de tratamientos para buscar mejores respuestas en el tratamiento para el dolor. La valoración inicial realizada por el especialista en terapias alternativas se tiene en cuenta el diagnóstico de base, los tratamientos farmacológicos que ha recibido el paciente, si ha presentado efectos secundarios o alergias con el uso de ellos y se valora la salud mental del paciente, siendo un factor determinante en el diseño del tratamiento para cada uno de ellos, empleando siempre un abordaje holístico.

Se realizó un acercamiento inicial con los participantes mediante llamada telefónica en donde se le explicó en que consiste el trabajo de investigación, el alcance que tendrá para la comunidad científica y los beneficios que tendrá al participar en ella. Se explicó de qué forma se desarrollará la entrevista y el escenario en donde se realizará el cual fue cómodo y agradable, libre de distracción para garantizar el buen desarrollo de ésta, por lo que se tiene previsto en el domicilio de cada participante. Se empleó un lenguaje sencillo, claro y adecuado para cada uno de los participantes, de esta forma se logró la aceptación de la vinculación en el estudio.

Se realizó un formato de caracterización con información sociodemográfica de cada uno de los participantes como: nombres completos, edad, estado civil, tipo de terapia, tiempo que lleva en tratamiento con las terapias.

Se diligenció el consentimiento informado, explicando cada aspecto incluido en el mismo, resolución de inquietudes, haciendo énfasis en la necesidad de un segundo encuentro para

validar la información. Se solicitó la autorización por parte del participante para la grabación de la entrevista en audio y teniendo en cuenta las precauciones en el momento de realizarla previniendo inconvenientes con el audio, el ambiente, los elementos tecnológicos que puedan causar alguna alteración. Las notas de campo realizadas por el entrevistados fueron relevantes en el momento de la transcripción de las entrevistas.

Se realizaron entrevistas a profundidad utilizando los métodos de Colaizzi en fenomenología descriptiva, en donde el investigador busco comprender las opiniones, perspectivas, experiencias y motivaciones de los participantes, siendo más flexible, introducir otras preguntas para precisar conceptos u obtener más información, permitiendo además ser un poco más creativo durante toda la entrevista, la pregunta será: *describa ¿cómo ha sido la experiencia de recibir una intervención no farmacológica para el manejo del dolor?* .

Se emplearon seudónimos para cada participante con el fin de proteger su privacidad, la transcripción de las entrevistas la realizó el propio investigador en las siguientes 24 a 48 horas con el fin de rescatar todos los datos importantes de la misma y solo tenía acceso el investigador principal.

La observación por parte del entrevistador fue importante al momento de analizarla, ese lenguaje no verbal que aporta mucha información durante la entrevista, los signos de puntuación y acento del entrevistado durante el diálogo, las notas de campo realizadas por el entrevistador servirán para ampliar el análisis de los resultados de acuerdo con lo encontrado en cada uno de los participantes.

### **3.8 Análisis de datos**

El análisis cualitativo implica organizar los datos recogidos, transcribirlos de una manera estructurada y organizada de tal forma que responda de forma coherente con el objetivo de la investigación, la observación aporta información importante al entrevistador de donde podrá obtener datos sumamente importantes que ayuden a responder el fenómeno en estudio; el comportamiento humano arroja distinta información de acuerdo con el escenario en donde se esté desarrollando su diario vivir (33).

El análisis se realizó de acuerdo con los siete pasos del método de análisis de datos de Colaizzi quien manifestó (1978) que los investigadores deben ser flexibles dentro de estos pasos: la búsqueda del significado y la esencia de un fenómeno no debe implicar un conjunto rígido de pasos, sino una exploración profunda y completa del significado.

Metodología que proporciona al investigador pasos claros, lógicos y secuenciales que se utilizaran en la investigación, incrementando la fiabilidad y seguridad de los resultados obtenidos. Se diferencia de otros métodos de análisis de datos fenomenológicos al requerir que los participantes validen los hallazgos para garantizar que sean precisos y creíbles.

Los pasos de esta metodología nos permiten realizar un mejor abordaje de la información obtenida para un correcto análisis, estos son:

1. Leer y releer la transcripción para no dejar pasar datos importantes para el análisis
2. Extraer declaraciones significativas que pertenecen al fenómeno, las notas de campo son fundamentales para ampliar la información.
3. Formulación de significados a partir de enunciados significativos, no solo lo expresado verbalmente si no las expresiones de la persona entrevistada.

4. Agregar significados formulados en grupos de temas
5. Desarrollar una descripción exhaustiva de los estructura esencial o esencia del fenómeno
6. Una descripción de la estructura fundamental del posteriormente se genera el fenómeno
7. Validación de los hallazgos del estudio mediante los comentarios de los participantes completan el análisis, esto permite determinar la comprensión y aceptación de la condición clínica del entrevistado.

Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento (34).

### **3.9 Rigor metodológico**

En las investigaciones cualitativas la principal característica es ver las cosas desde el punto de vista de los participantes, por lo que el papel del investigador es entender e interpretar lo que sucede, lo que se observa, lo que muestra el participante, dejando atrás como investigador los sesgos, creencias, prejuicios, por la complejidad de los fenómenos humanos.

De esta forma el rigor en un proyecto de investigación permite valorar la aplicación precisa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (35).

Al hablar de rigor en investigación cualitativa hay corrientes que defienden diversas posturas, unas van desde la no aplicación de normas de evaluación de la calidad, pasando por algunas

intermedias, hasta otras que apuntan por la evaluación con los mismos criterios que la investigación cuantitativa (35).

Para la investigación propuesta se tendrán en cuenta los parámetros de rigor metodológico propuestos por Lincoln y Guba (36).

**Credibilidad o valor de la verdad**, también conocido autenticidad, permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado, así el investigador evitó realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logró cuando los hallazgos fueron reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías.

Se escogieron 5 participantes al azar para realizar validación de la información, se socializaron los resultados de la investigación, los alcances de esta, manifestaros estar de acuerdo con lo encontrado en el trabajo de investigación.

**Transferibilidad o aplicabilidad**, se define como poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la

investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción sirve para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios, sin embargo, se debe tener en cuenta que, a pesar del cumplimiento de este criterio metodológico, la transferencia nunca podrá ser total.

**Consistencia o dependencia**, también se conoce como replicabilidad, este criterio hace referencia a la estabilidad de los datos. En la investigación cualitativa, por su complejidad, la estabilidad de los datos no está asegurada, como tampoco es posible la replicabilidad exacta de un estudio realizado bajo este paradigma debido a la amplia diversidad de situaciones o realidades analizadas por el investigador. Sin embargo, a pesar de la variabilidad de los datos, el investigador debe procurar una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad. Para lograr la consistencia de los datos se usaron procedimientos específicos tales como: el empleo de un evaluador, siendo en este caso la tutora de la tesis y la descripción detallada del proceso de recolección, análisis e interpretación de los datos; además, la estrategia de comparación constante que permite revisar y contrastar los resultados emergentes con teorías previamente formuladas.

**Conformabilidad o reflexividad**, denominado también neutralidad u objetividad, bajo este criterio se pretende que los resultados de la investigación garanticen la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. También permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. El investigador cualitativo tiene el compromiso ético de informar a los responsables de los sitios

donde realizará su trabajo de campo y dentro del protocolo presentado al comité de investigación, qué actuaciones profesionales mantendrá durante la investigación. Así deja claro el papel que desempeñará durante las observaciones y en las interacciones con los participantes del estudio.

#### **4. Consideraciones éticas**

Esta investigación tubo el aval del comité de investigación de la Universidad Antonio Nariño según acta 038 del 26 de septiembre de 2022.

En la investigación cualitativa se reconoce la subjetividad de las personas como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura impregnan todas las fases de la investigación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio (37).

Toda investigación o experimentación realizada entre seres humanos debe hacerse de acuerdo con los cuatro principios bioéticos como son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia (38)

##### **4.1. Principios éticos**

###### **Autonomía.**

Este principio se aplica en esta investigación dado que fue una participación de forma voluntaria y bajo la firma de un consentimiento informado, donde fue aceptada su participación en el estudio y, a su vez, fueron conscientes de sus derechos y

responsabilidades. Igualmente, se les dio a conocer la posibilidad de retirarse en cualquier momento si así lo desearan, garantizando la confidencialidad de los participantes mediante el anonimato y uso de pseudónimos durante la transcripción y presentación de los resultados para proteger su identidad. La responsabilidad ética del investigador determinará las implicaciones metodológicas en este punto, garantizando la correcta administración de la información acerca de la investigación y sus alcances científicos (38).

### **Beneficencia.**

Esta investigación garantiza el máximo bienestar de los participantes, se considera que tiene un riesgo bajo dada la naturaleza de la recolección de la información, sin embargo, se tiene en cuenta que el potencial de riesgo emocional de los participantes generado en la entrevista (38).

### **No maleficencia.**

Este estudio no incluye intervenciones que fueran a modificar variables psicológicas o físicas de los participantes, la investigación es de riesgo bajo para los participantes porque se realizaron entrevistas individuales de acuerdo con lo establecido en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social (37).

Se tuvo en cuenta un potencial de riesgo emocional durante la entrevista para lo cual se dispuso la disponibilidad de un profesional en psicología para brindar soporte y apoyo en cuanto a temas emocionales que se puedan presentar con el participante.

### **Justicia.**

El trato del entrevistador con cada uno de los participantes se realizó como le corresponde, mediante un trato igualitario, evitando discriminaciones, se aplicaría el protocolo de selección, recolección, transcripción y análisis de la información de manera idéntica para cada participante (38).

#### **4.2. Clasificación del riesgo**

La investigación se desarrollará dentro de los contextos de la resolución 8430 de 1993 propuesta por el Ministerio de Salud y Protección social, respetando la dignidad y la protección de los derechos de los participantes.

Para comodidad y bioseguridad durante la entrevista se tendrá en cuenta el protocolo general de Bioseguridad establecido en la Resolución número 0666 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de evitar contagios, deberá usarse un escenario que permita la ventilación constante y hacer uso de los elementos de protección personal establecidos para tal fin (39).

#### **4.3. Protección de datos**

Teniendo en cuenta que durante el desarrollo de la recolección de datos, se tendrá acceso a datos sensibles de los participantes, como nombres, apellidos y posibles condiciones de salud, se solicitó autorización para el tratamiento de dichos datos amparado en el decreto 1377 de 2013, los cuales no podrán ser divulgados en los resultado de la investigación a menos que el participante así lo desee, se codificaron las entrevistas y se utilizaron seudónimos, dentro del consentimiento informado se dejó una apartado para garantizar la autorización de la grabación de la entrevista y del manejo de la información y datos sensibles que se generen en la misma (40).

#### **4.4. Derechos de autor**

En cuanto a la protección de los derechos de autor de las revisiones literarias de artículos, libros, estudios, tesis, se tendrá en cuenta la Ley 23 de 1982 vigente en Colombia que protege los derechos de autor del material científico e intelectual a utilizar, garantizando la adecuada referenciación de estos (41).

#### **4.5. Consideraciones ambientales**

Esta investigación no implica impacto ambiental dado la naturaleza de la investigación, se utilizó material bibliográfico digital, de igual manera no se imprimieron documentos, utilizando las herramientas tecnológicas disponibles como bases de datos y libros digitales, la transcripción de la información no impactaron el medioambiente al ejecutarlo en medio digital, solo se recolectará en físico el consentimiento informado.

## **5. Resultados**

### **5.1 Datos sociodemográficos**

Se realizaron 10 entrevistas a adultos mayores con dolor crónico no oncológico quienes se encontraban en programas de cuidado paliativo y recibían tratamiento con terapias no farmacológicas para el dolor, con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, todas mujeres, el 60% de las participantes eran solteras, el 40% restantes casadas, el 100% estaban vinculadas a una empresa administradora de planes de beneficio (EAPB) del régimen contributivo, el 20% de ellas aun vinculadas laboralmente. En la tabla 4, se presentan las

características sociodemográficas de las personas entrevistadas y en la tabla 5, la terapia alternativa recibida y el tiempo que lleva realizándola.

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de las entrevistadas

Entrevistada	Edad	Estado civil	Nacionalidad	Nivel educativo	Actividad laboral	EAPB	Tipo de Servicio en CP
E1	75	Soltera	Colombiana	Primaria incompleta	Hogar	Sanitas	Ambulatorio
E2	50	Soltera	Colombiana	Secundaria	Empleada	Sanitas	Ambulatorio
E3	54	U. Libre	Colombiana	Secundaria	Empleada	Sanitas	Ambulatorio
E4	76	Soltera	Colombiana	Secundaria	Pensionada	Sanitas	Ambulatorio
E5	56	Soltera	Colombiana	Técnico	Empleada	Sanitas	Ambulatorio
E6	78	Soltera	Colombiana	Primaria incompleta	Hogar	Sanitas	Ambulatorio
E7	80	Soltera	Colombiana	Secundaria	Hogar	Sanitas	Domiciliario
E8	52	Soltera	Colombiana	Primaria incompleta	Hogar	Sanitas	Domiciliario
E9	78	Soltera	Colombiana	Primaria incompleta	Hogar	Sanitas	Ambulatorio
E10	70	Soltera	Colombiana	Secundaria	Pensionada	Sanitas	Domiciliario

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Tratamiento realizado a las entrevistadas

Entrevistada	Tratamiento	Tiempo de consumo en años
E1	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	8 meses
E2	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	1 año
E3	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	1 año
E4	Terapia Neural y Acupuntura	6 meses
E5	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	2 años
E6	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	8 meses
E7	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	2 años
E8	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	1 año
E9	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	9 meses

---

E10	Terapia Neural, Acupuntura, Ozonoterapia	2 años
-----	--	--------

---

Fuente: elaboración propia

## 5.2 Unidades temáticas

En la actualidad el tratamiento del dolor no oncológico ha generado una atención especial en todos los niveles de atención en salud, especialmente en las subespecialidades medicas dedicadas al manejo del dolor crónico, quienes se interesan por buscar el bienestar, la calidad de vida de sus pacientes, así como la de sus familiares, especialmente en quienes se encuentran en los programas de cuidado paliativo.

Se ha visto que el manejo farmacológico no ha sido suficiente por lo que se han puesto en práctica otros campos de la medicina como las terapias alternativas y es por eso por lo que se desarrolló este trabajo con el fin de conocer las “Experiencias de pacientes de Cuidado Paliativo que han recibido intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor no oncológico. Los resultados se agruparon en 3 unidades temáticas con sus respectivas unidades de significado.

La primera unidad temática resultado del análisis de los datos que emergieron en las entrevistas realizadas, se denominó Reconociendo el dolor, donde se hace referencia al acceso a las terapias por recomendación de otros, a la limitación de las actividades de la vida diaria y a los sentimientos negativos, siendo estas experiencias importantes para determinar la causa, las afectaciones en la parte física y emocional que han tenido que padecer y vivir con el dolor.

Experimentar los beneficios de la terapia, es la segunda unidad temática, donde hace referencia a los cambios en beneficio de su calidad de vida, la percepción positiva de los efectos desencadenados por sus familias y amigos frente a la terapia y sobre la disminución en el consumo de medicamentos. Esta experiencia demuestra que existen otros tratamientos distintos a la farmacología para controlar el dolor, en donde el progreso y la mejoría del dolor no solo es evidenciada por el sujeto que experimenta el dolor si no por quienes intervienen en su entorno.

La tercera unidad temática se denominó experimentando el alivio, en donde se resalta la mejoría de la movilidad, la motivación hacia la terapia y el deseo de compartir sus experiencias terapéuticas, las que permiten expresar sentimientos positivos durante el tratamiento y están convencidos de recomendarlas a todo aquel que las requiera.

### **5.2.1. Reconociendo del dolor**

En esta primera unidad temática se hace referencia sobre el acceso a las terapias por recomendación de otros, a la limitación de las actividades de la vida diaria y a los sentimientos negativos.

Una experiencia no se podría contar si no se tiene la certeza de que el dolor le ha cambiado la forma de vivir individual o colectivamente, reconocer estas afectaciones permite que el dolor sea el principal objetivo terapéutico en este tipo de sujetos que lo padecen. Luchar por una valoración especializada en un sistema de salud en donde se desconoce aún la existencia de tratamientos alternativos que pueden ayudar al médico tratante a buscar el planeamiento de

estrategias terapéuticas para brindarle lo mejor a sus enfermos, y tratar el dolor puede llegar a convertirse en una barrera de atención y en ocasiones no solo el personal médico puede llegar a ofrecer este tipo de recomendaciones sobre tratamientos alternativos para el manejo del dolor si no también aquellas personas que ya han experimentado este tipo de intervenciones con resultados positivos en su salud.

*“Yo le comenté al doctor de cuidado paliativo que me sentía muy mal y que no podía estar de pie. Sentía que me caía. Le pedí que me ayudara con alguna terapia para el dolor que fuera alternativa. Me las autorizaron” ... (Mary)*

*“Yo les preguntaba que por qué no le hacían acupuntura (a mi mama) por lo que a mí me había ido bien con eso” ... (Estrellita)*

*“Mi hermana me dijo que fuera que allá era muy bueno y entonces le comentamos al fisiatra y entonces me dijo pues si está en condiciones de hacerse aplicar las agujas yo la mando entonces yo le dije bueno y me las ordenó” ... (Grace)*

*“Un familiar había tenido este tipo de experiencias, me las recomendó para el dolor y a la doctora de medicina del dolor le dije que quería que me mandaran a una revisión con medicina alternativa me dijo magnífico entonces la voy a mandar hizo la orden me dijo vaya pida la cita con medicina alternativa” ... (Nieve).*

Los pacientes refieren que llegaron a conseguir las terapias por recomendación de otras personas cercanas, como sus familiares, amigos, quienes habían tenido la oportunidad de

experimentar este tipo de tratamientos con resultados positivos, por lo cual fueron el punto de partida que les permitió buscar opciones en estas terapias.

La limitación de las actividades de la vida diaria no solo afecta lo físico si no también lo emocional tanto como para cambiar la forma de llevar la vida, demostrando en las personas una visión negativa de la vida y la enfermedad al no poder controlar en dolor y la incertidumbre sobre el pronóstico de la enfermedad.

No poder realizar las actividades de la vida diaria a causa del dolor, conlleva a la afectación física y emocional, la mayoría de las entrevistadas mujeres adultas que llevaban una vida normal y empezaron a verse impedidas para realizar sus cosas tanto en el trabajo como en su hogar siendo esta una de las razones para buscar una rápida solución para el manejo del dolor con la esperanza de volver a realizar sus actividades no como lo hacían antes, pero si poder encontrar alivio.

En el cuidado paliativo se pretende mejorar la carga de síntomas, disminuir el dolor, crear conciencia de la enfermedad en el paciente, su familia cuidadores con el fin de mejorar la calidad de vida individual y la de su entorno. Intervenir el dolor no farmacológicamente permite disminuir los efectos secundarios y complicaciones que se presentan con la administración farmacológica, se notan resultados rápidos dada la adherencia de los pacientes al tratamiento y eso es un punto a favor para lograr metas propuestas al inicio del tratamiento que impacta positivamente en los resultados. Recuperar la movilidad y disminuir el dolor para reintegrarse a las actividades de vida diaria es la meta de todo tratamiento paliativo, la felicidad del paciente y su familia es el mejor reporte de efectividad en el tratamiento.

*“Los dedos de las manos se me inflamaban y me dolían, no podía moverlos, se me dificultaba hasta para coger una hoja de papel en la oficina, también me dolían los codos, las rodillas, los tobillos y hasta la espalda” ... (Cami).*

*“Me daba mucha tristeza, hasta depresión porque no podía mejorar mi dolor con ningún tratamiento formulado. Me formularon más medicamentos que me mantenían dopada y el dolor seguía presente” ... (Lili).*

*“Ya no puedo hacer mis actividades mis labores diarias con mucha dificultad cojo las cosas y para hacer los oficios la mano cada vez está más impedida” ... (Lucecita).*

*“Dolor en coyunturas, brazos, en las rodillas, en los tobillos. Se me empezó a disparar. Las manos me amanecían como dormidas, como rígidas, las rodillas molestaban al caminar” (La guerrera).*

*“Tenía que estar en la casa y necesitaba compañía para que me hiciera las cosas. Hay días que no quisiera levantarme en todo el día” ... (Mary).*

*“No puedo barrer, cuando lo hago me empieza a doler la cintura y las rodillas” (Rosa).*

*“Tenía mucho dolor de la espalda, la cabeza, la frente, la columna. Tenía muchos dolores. Tenía mucho dolor en los pies, se me dormían me estaban dando calambres” (Estrellita).*

Los sentimientos negativos pueden llevar hasta el fracaso a cualquier tratamiento iniciado para el manejo del dolor independiente de su origen, la afectación puede verse física y mental, sentirse disminuido en sus actividades diarias, el no poder compartir en familia, sentir tristeza

porque no se puede levantar a preparar una taza de café en las mañanas, no poder salir a regar las plantas del jardín, sentirse limitada para salir a caminar en familia, no poder peinarse, bañarse o vestirse sola; hacen que cualquier persona independientemente de sus padecimientos sienta la vida negativa a cada mañana o quizás durante todo el día.

*“Era tanta mi desesperación que los doctores terminaron por enviarme al psicólogo y al psiquiatra” ... (Lili).*

La visión negativa también es evidenciada por el especialista que en algún momento entendió que su tratamiento no iba por buen camino y fue necesario buscar ayuda en otra rama de la medicina como la psiquiatría, cuando el dolor tiene mucho componente emocional no es fácil de tratar, pero es deber de la medicina buscar el alivio con todas las herramientas terapéuticas para empezar a mejorar esos sentimientos negativos que pueden llevar al fracaso del tratamiento y a la aceleración de los síntomas que puedan deteriorar más la salud de los pacientes. Se puede tornar monótono, prolongado e insuficiente un tratamiento cuando estos sentimientos negativos rondan en la mente de las personas, sin lograr los objetivos terapéuticos propuestos.

*“Me veía muy mal” ... (Oti).*

*“Era muy lenta, caminaba muy despacio y sentía como a veces que no quería cargar bolso, no quería cargar nada, no quería hacer nada, mi movilidad era muy, muy despaciosa, muy limitada” ... (Cami).*

*“Eso me genera a mi mucha tristeza de verme así, cada vez más disminuida” ... (lucecita).*

*“Vivía un poco acomplexada, asustada y estresada porque no podía salir” (Mary).*

*“Me levanto y tengo que esperar a que el dolor baje para poder seguir haciendo las cosas”*

... (Rosa).

*“No podía caminar ni realizar mis cosas en la casa, sentía que ya no podía más” ...*

(Estrellita).

*“No me he sentido negativa porque yo soy una persona muy positiva, el medico que me realiza las terapias tiene la facultad de hacerle sentir a uno como muy agradable, él es muy profesional” ... (Nieve).*

La limitación funcional por el dolor en todas las participantes era el síntoma principal, después de múltiples tratamientos y el fracaso terapéutico los equipos médicos tratantes decidieron hacer uso de otras herramientas terapéuticas como los son las terapias alternativas.

Iniciaron tratamiento porque el dolor era bastante intenso a pesar de los tratamientos recibidos y veían que día a día aumentaba no solo el dolor si no las limitaciones físicas que impedía realizar bien sus actividades cotidianas, llegando al desespero por encontrar un tratamiento que les permitiera un poco de alivio. ¿Quién no se desesperaría, cuando era una persona activa, alegre, motivación de la familia, la que participaba de todas las actividades en casa, en el trabajo o en la comunidad? Quizá algunas iniciaron el tratamiento con desconfianza o sin interés, pero de acuerdo con las respuestas muchas de ellas iniciaron con buenas expectativas ese nuevo tratamiento.

*“Mi dolor era muy severo, los dedos de las manos se me inflamaban y me dolían, no podía moverlos, se me dificultaba hasta para coger una hoja de papel en la oficina, también me dolían los codos, las rodillas, los tobillos y hasta la espalda” E2.*

*“Tenía dolor en los brazos principalmente el izquierdo, era tan fuerte el dolor que me impedía realizar movimientos” E3.*

*“Inicié las terapias muy agobiada porque el dedo índice y el pulgar ya no lo podía manejar por la rigidez y el dolor, me impedía el baño la vestida, no puedo conducir, nada” ... (lucecita).*

Las limitaciones físicas y emocionales fueron cambiando a medida que fue avanzando el tratamiento con terapias alternativas, dejando a un lado los sentimientos negativos. En corto plazo pudieron vincularse poco a poco con esas actividades olvidadas porque tenían mucho dolor o simplemente dejaron de ser interesantes para ellas, en otras sirvió de motivación para continuar el tratamiento al ver sus buenos resultados, hasta sus familias se beneficiaron de los efectos positivos, atrás empezaron a dejar las barreras de atención, el fracaso farmacológico, las extensas jornadas de citas médicas que aunque aún las realizan asisten más motivadas siendo voceras de un tratamiento desconocido por muchos, aportando experiencias positivas hacia los otros.

### **5.2.2. Experimentar los beneficios de la terapia**

Esta unidad hace referencia sobre la mejoría de los síntomas, reconocer que se pueden volver a realizar actividades que había dejado a un lado por causa del dolor y la limitación. Para ellas este tipo de intervenciones era algo novedoso, desconocido, en algunos casos por los médicos, pero si por otras personas que ya habían tenido experiencias en tratamientos alternativos para el manejo del dolor, también superar los temores como el miedo a las agujas, superar las malas experiencias con los tratamientos anteriores. Pero la motivación siempre

ha sido lograr el alivio del dolor. Reconocen como un gran logro en el tratamiento, volver a caminar, correr, moverse sin dolor, compartir en familia, experiencias que cuentan con alegría y entusiasmo notorio y reflejado en sus rostros en el momento de preguntar sobre la evolución del tratamiento, no importa si tienen que desplazarse desde la periferia de la ciudad incluso desde otros municipios apartados de nuestro país, asisten con las mismas expectativas de siempre.

*“Me he sentido mejor con estas terapias que me están haciendo, he sentido que mejora la respiración” ... (Oti).*

*“Estoy muy contenta, ha mejorado el dolor en un 80%, me duele muy poco, ya no tomo medicamentos para el dolor, ahora ya puedo caminar mejor y hasta ya salgo a trotar, antes me daba miedo porque las rodillas me flaqueaban mucho, hago también ejercicios de los que me ha recomendado el médico, este tratamiento me ha servido muchísimo” ... (Cami).*

*“Me puedo mover sin dolor o mejor lo puedo tolerar más, puedo dormir bien, comparto más tiempo con mi familia, puedo realizar actividades en mi casa como arreglar mis plantas, mi jardín, salir con mi mascota” ... (Lili).*

*“Por unos momentos tengo mejoría, puedo agarrar las cosas con la mano y todo”*

*“Por ahora asisto al gimnasio bajo las indicaciones de mi instructor solo tres veces a la semana, el dolor de la espalda era terrible, pero ahora el día que me hacen la terapia llego al trabajo sin dolor como una plumita, trato de evitar los medicamentos” ... (la guerrera).*

*“Ahora yo misma me defiando, antes me daba pereza ir a esperar el bus, no me gustaba caminar hasta allá” ... (Mary)*

*“Cuando me hacen acupuntura me alivia el dolor y estoy mucho más activa, camino, hago mandados, subo, bajo, hago de todo” ... (Rosa).*

*“Ya no siento el dolor que sentía, los dolores o el problema que yo sentía de los pies y todo eso, si uno se siente bien pues uno vive bien, si a uno le cambia el dolor todo cambia” (estrellita).*

*“He mejorado, hoy hago mis cosas yo vivo en una casa grande antigua donde tengo un patio grande con hartas matas entonces yo me la paso allá yo lavo el patio arreglo las matas todo eso, pero no lo hago tan rápido como antes, pero soy capaz de hacerlo” ... (Grace).*

*“Eso sí ha mejorado mucho me levanto hago mi desayuno, me baño, limpio la casa, salgo a hacer mis diligencias eso si en compañía de una sobrina, pero definitivamente me siento mucho mejor” ... (Nieve).*

La percepción de los cambios con la terapia por parte de otros, en este análisis juega papel importante la familia, refieren que fueron ellos los primeros en identificar el cambio al darse cuenta en la actitud que empezaron a tener, en la disminución de la dependencia de los otros, la facilidad con la que realiza nuevamente sus cosas, la inclusión en las actividades de la familia las cuales había dejado de participar, los amigos también notaron cambios significativos especialmente en las que aun trabajan mostrando mejor actitud en el trabajo, desempeñando mejor sus obligaciones y también integrándose más a las actividades con sus compañeros. La felicidad es notoria cuando hablan de los cambios que han empezado a sentir

ellas, tal vez pensaron que nunca iban a volver a integrarse en familia o en comunidad. Identifican a la familia y a los amigos como parte fundamental en el apoyo para continuar realizando las terapias en busca del bienestar no solo personal si no de aquellos que las rodean. Esos cambios en algunas de ellas fueron evidenciados por los especialistas que las habían remitido a terapias alternativas sintiéndose ellas un poco más respaldadas al saber que les preocupa y se interesan por su bienestar.

*“Eso sí, para qué, ellos dicen que voy mejorando, han descansado por verme, que ya puedo hacer cualquier cosita en la cocina” ... (Oti).*

*“Me dicen en la casa y en la oficina que me ven mucho mejor” ... (Cami).*

*“Mi hija me ha acompañado en todo este proceso y ha sido testigo de los cambios que he tenido, yo creo que hasta él ha descansado de tanto” ... (Lili).*

*“Mi hijo y mis nietas me alientan a continuar” ... (Lucecita).*

*“Mis hijos, ahora me ven como una mama diferente sin dolor, me invitan a salir a hacer deporte, ir a un parque salir a comer” ... (la guerrera).*

*“¿qué se ha hecho que la veo totalmente cambiada?”. Les respondo que es gracias a las terapias. “es una belleza” ... (Mary).*

*Hija Rosa: “Nosotros nos damos cuenta de que cuando le hacen acupuntura le alivia el dolor y está mucho más activa. Camina, hace mandados, sube, baja, de todo” ... (Rosa).*

*“No solo mi familia hay personas que me han dicho te veo bien, te veo mejor, me lo dijo el otorrino ahorita cuando estuve allá en febrero que me veía bien” ... (estrellita).*

*“Mis hijos me dicen que estoy ya mejor, más tranquila son todos positivos” ... (Grace).*

*“Mi familia, están pendientes de mí a pesar de que vivo sola todos me llaman, me visitan los fines de semana, me mencionan que me veo mejor cada vez que vienen a verme” ... (Nieve).*

El reconocimiento del dolor es individual de acuerdo con su causa y manifestación física dependiendo de cada persona, quien lo padece es quien puede definir esa experiencia no tan satisfactoria en la enfermedad crónica, ahí es donde se reconoce hasta qué punto su salud, su bienestar, las actividades de la vida diaria se pueden ver afectados por el dolor.

Las participantes son conscientes de los efectos secundarios que se presentan con el uso de medicamentos a largo plazo, en ocasiones afectan mucho más la salud y el bienestar, recibir otro tipo de tratamiento en el que no se afecte su salud siempre será bienvenido. Los fracasos terapéuticos fueron la principal razón para intentar tratamientos alternativos que lograran disminuir el dolor y mejorar su calidad de vida, sintiendo algunas de ellas como la última oportunidad para el manejo de su dolor.

Pero será siempre necesario el manejo interdisciplinario en el tratamiento de este tipo de personas en las cuales su dolor puede ser multifactorial y que no pueden pasar de fracaso en fracaso terapéutico porque llegara a verse más afectada su salud y no es conveniente sumar diagnósticos a los que ya tienen.

*“Tomaba acetaminofén combinado con codeína, me ha hecho mejor esto en lo que estoy”*  
(Oti).

*“Yo tomaba acetaminofén con codeína, pero resulté alérgica a la codeína, entonces me empezaron a formular solo acetaminofén y como no me pasaba el dolor yo iba a la droguería del barrio y me hacía aplicar una ampolla de diclofenaco y una de dexametasona, con eso me pasaba el dolor, pero temporalmente... ya no tomo medicamentos para el dolor, ahora ya puedo caminar mejor y hasta ya salgo a trotar”* (Cami).

*“Mucho tiempo estuve tomando analgésicos y no veía que se resolviera el dolor, me sentía más y más agotada, veía afectada mi salud mental” ...* (Lili).

*“Haciendo ensayos conmigo con pastillas y no me paró ni cinco de bolas de que me estaba sucediendo, no volví más donde ese doctor ese medicamento demasiado fuerte me tenía como una tonta caminaba arrastrando los pies, como un robot” ...* (Iucecita).

*“Empecé a disminuir el consumo de los opioides, analgésicos y todo eso químico que le formulan a uno hasta ya no tomar ninguno de ellos. Además de las terapias la doctora me mandaba medicamentos naturales, esencias florales, pero no eran químicos” ...* (la guerrera).

*“Yo tomaba medicamentos para el dolor, los que me formulaban cuando me hicieron la cirugía. Ahora solo tomo un medicamento para la tensión arterial. Me ha mejorado la vida”*  
... (Mary)

*“Usted sabe que esos analgésicos o todos esos medicamentos le hacen daño a uno, pues lo ayudan para una cosa, pero le vienen dañando otra, el estómago, sería muy bueno de que la gente dejara de tomar tanto medicamento” ... (estrellita).*

*“Yo tomaba medicamentos para el dolor, yo iba a consulta con clínica del dolor iba a fisioterapia, todavía estoy asistiendo a todos esos médicos, pero lo único que me ha ayudado mucho son estas terapias, mejor dicho” ... (Grace).*

*“Lo hago eventualmente si no controlo el dolor con ejercicios que me han enseñado los doctores, pero poco a poco me he ido olvidando de los analgésicos, el doctor me formuló un medicamento homeopático que no me hace daño para mi gastritis ni mi colon, esa medicina es mejor” ... (Nieve).*

Expresan mucho sentimiento negativo hacia el medicamento porque han tenido quizá malas experiencias por sus efectos secundarios o porque no modularon el dolor. En unos casos la disminución del uso de medicamentos para el dolor fue decisión personal, de forma gradual hasta ya no consumirlos porque encontraron alivio en las terapias alternativas, en otras el especialista tanto de dolor, fisioterapia y en terapias alternativas lo fueron disminuyendo poco a poco.

También hubo rechazo total al tratamiento farmacológico porque fue evidente que no le estaba ayudando a sus problemas e incluso no hubo buen acompañamiento por parte del especialista que le formuló el medicamento

*“Haciendo ensayos conmigo con pastillas y no me paró ni cinco de bolas de que me estaba sucediendo, no volví más donde ese doctor ese medicamento demasiado fuerte me tenía como una tonta caminaba arrastrando los pies, como un robot” ... (la guerrera).*

Dejar los medicamentos para ellas ha representado mejorar su salud, mejorar sus actividades, sentir que ya no le afectan otros órganos ni van a tener otros síntomas agregados al dolor y también disminuyeron las consultas con otras especialidades, también manifiestan el uso de medicina homeopática resaltando sus beneficios en la salud como efectividad en el dolor.

.

*“Voy muy bien, me estoy sintiendo mejor, me está haciendo mucho bien” ... (Oti).*

*“Me he podido dar cuenta de sus beneficios y no son dañinas las terapias que me han hecho, gracias a Dios y a los médicos por ayudarme con mi dolor” ... (Cami).*

*“Me siento más tranquila, menos angustiada, siento que mi vida a cambiado mucho” ... (Lili).*

*“Cuando salgo de la terapia todo ese día me siento bien y todo. Yo tengo mucha fe en Dios y me pongo en manos de él y le digo que me fortalezca” ... (lucecita).*

*“Yo soy feliz porque soy una mujer que se mueve mucho hago ejercicio, ahora he vuelto a moverme como antes” ... (la guerrera).*

*“Ahora, gracias al tratamiento, yo misma me defiendo. Mi cuerpo espera y sabe que van a hacerme esa terapia” ... (Mary).*

*“Salgo del centro médico como nueva. Me sienta muy bien” ... (Rosa).*

*“Ya no siento el dolor que sentía o los dolores o el problema que yo sentía” ... (estrellita).*

*“He mejorado, hoy hago mis cosas, lavo el patio arreglo las matas, pero no lo hago tan rápido como antes, pero soy capaz de hacerlo” ... (Grace)*

*Fabuloso porque es lo máximo la medicina alternativa es la mamá de los pollitos digo yo, he notado los cambios en mi vida y en la mejoría del dolor” ... (Nieve).*

La alegría es notoria al preguntar cómo se siente ahora que hace parte de un tratamiento con medicina alternativa, resaltan los logros, la inclusión en nuevas actividades o en las que dejaron de hacer, conscientes de que las actividades no las realizan de la misma forma que antes, pero si las volvieron a realizar

*“Salgo del centro médico como nueva. Me sienta muy bien” ... (Rosa).*

Disminuir la dependencia de otros es notoria

*“Ahora, gracias al tratamiento, yo misma me defiendo” ... (Mary).*

*“El doctor que me las hace es una gran persona, siempre está pendiente de uno, me pregunta cómo sigo del dolor, donde me duele y se puede hablar libremente con el sobre mi enfermedad” ... (Cami).*

*“Al doctor yo estoy muy agradecida porque él es muy cariñoso, se preocupa mucho por sus pacientes y eso es lo que me hace venir, seguir adelante con el tratamiento” ... (lucecita).*

*“Todos han sido muy buenos. Pero los de terapia alternativa son mejores. Son claros con el tratamiento. Hay médicos generales que son muy hostiles y es muy feo. La vocación y el*

*carisma del médico. El médico alternativo trata mejor al paciente. La confianza que inspira”*  
... (Rosa).

Resaltan mucho las participantes el trato humano que reciben por parte del médico especialista, las auxiliares de enfermería y del personal administrativo, siendo relevante esta actitud para el bienestar de ellas y la mejoría de sus síntomas no solo dolor, también en lo emocional, refieren que son escuchadas, que pueden contarle al médico todo lo que les sucede y que la respuesta siempre está enfocada a buscar el alivio, le atribuyen a ese trato humano la efectividad del tratamiento.

Ese trato humano es el fin de los cuidados paliativos y es importante que todo el equipo tanto médico como administrativo enfoquen sus acciones a mantenerlo siempre en sus intervenciones porque de acuerdo con lo manifestado por las participantes hace que se sientan más seguras y acompañadas en todo el proceso del manejo del dolor.

### **5.2.3. Experimentando Alivio**

Esta unidad de análisis fue importante porque refleja la experiencia más completa sobre el alivio del dolor en donde se hace referencia a la aceptación del tratamiento, la motivación de la terapia y al deseo de compartir experiencias, esta última es importante para aquellos que tienen desconocimiento en este tipo de tratamiento no farmacológico para el dolor.

Aceptar este tipo de intervenciones no farmacológicas para una persona que nunca las ha experimentado es el fruto de tanto fracaso terapéutico en el afán de buscar el alivio, en el

momento de recibir este tratamiento los sujetos entrevistados comentan el cambio notorio que han tenido con esa nueva experiencia terapéutica.

*“Voy muy bien, me estoy sintiendo mejor, me está haciendo mucho bien”*” Ahora quiero salir, llego con muchas ganas al trabajo de realizar mis actividades, camino mucho más, este tratamiento me ha mejorado en todo sentido” ... (Oti).

*“Quiero continuar realizando este tipo de tratamiento con tal de no volver a tomar medicamentos, tiene que ser ya al extremo para poder volver a tomarme una pasta, los doctores me han enseñado a controlar el dolor y me dan mucha confianza, sé que si aparece un dolor más fuerte ellos me van a poder ayudar a resolverlo”* ... (Lili).

*“Yo sé que al 100% no voy a recuperar mi mano, pero por lo menos que tenga fuerza la mano, que yo pueda coger, para vestirme, para tender la cama, para hacer lo cotidiano es que es tan importante”* ... (Mary).

*“Me ha mejorado todo, como mi sistema digestivo, circulación de las piernas, mi columna, la calidad de vida me mejoró porque la estaba perdiendo, estas terapias me han ayudado mucho en mi espacio, en mi movilidad”* ... (la guerrera).

*“Yo le recomiendo a los médicos que ayuden al paciente. No todo debe ser medicamento”* ... (lucecita).

*“A mí me gusta ser cómo se dice autosuficiente con mis cosas, pero claro que ya sigo haciendo mis cosas mejor, mejor dicho, yo arreglo mis cosas esa parte ha mejorado mucho con las terapias”* ... (Grace).

*“Mi vida ha cambiado mucho con las terapias, me levanto con un poco de dolor, hago mis cosas en la mañana, llega el doctor a realizarme las terapias acupuntura y terapia neural y quedo como nueva, siento que esto me hace mejor provecho que los analgésicos” ... (Nieve).*

La motivación de la terapia se manifiesta en la objetividad del tratamiento, el buen trato, el cumplimiento de las metas terapéuticas y el alivio que manifiestan. También es importante el acompañamiento familiar en todos estos casos siendo una voz de aliento para continuar. La disminución de los síntomas y mejorar la calidad de vida es la razón de ser del cuidado paliativo, al poder cumplirle al paciente se presentan muchas cosas positivas que están a favor del tratamiento y el alivio, solo se necesita efectividad en los tratamientos para motivarse a seguir en el proceso terapéutico. La familia juega un papel importante desde el inicio y el transcurso del tratamiento pues son los observadores, son quienes pueden ver el progreso o el retroceso en el manejo del dolor, permitiendo desarrollar confianza entre el equipo médico, paciente y familia. Qué mejor motivación que tener más ánimo, más ganas de realizar actividades en casa o fuera de ella, acompañar a sus familias, disminuir la dependencia, no tomar medicamentos o disminuir la dosis, etc. Tal vez el medicamento u otras intervenciones terapéuticas no pudieron lograr las cosas positivas que ellas están experimentando en beneficio de su salud.

*“Ahora quiero salir, llego con muchas ganas al trabajo de realizar mis actividades” ... (Cami).*

*“Sé que si aparece un dolor más fuerte ellos me van a poder ayudar a resolverlo” ... (Lili).*

*“Lo principal es que uno no pierda la esperanza de que siempre se puede mejorar” ... (lucecita).*

*“Mis hijos sacarlos adelante, le pedía a mi diosito que me dé ánimos para seguir adelante a pesar de que me sintiera muy triste” ... (la guerrera).*

*“Esto me da ánimo y fuerza para poder caminar, la fortaleza que necesito para caminar de un lado para el otro. Con este tratamiento es una ganancia” ... (Mary).*

*“El doctor que viene me da mucha confianza. Ya es parte de la familia, ya hace dos años que viene a hacerme esa terapia. Me da mucha tranquilidad porque a mí me daba miedo que me coloquen agujas” ... (Rosa).*

*“Uno se siente mejor de todo o sea porque usted sabe que si uno no tiene dolor ni nada de eso pues uno vive mejor de todas formas ya sea espiritual y físicamente porque si uno se siente bien digamos pues así uno mismo vive” ... (estrellita).*

*“Puedo hacer mis cosas mucho mejor” ... (Grace).*

*“Mejora el dolor, la movilidad y la vida” ... (Nieve).*

Han cambiado sus sentimientos de tristeza, desesperanza, minusvalía, dependencia, gracias a los resultados en el tratamiento se sienten más tranquilas, venciendo miedos, sienten más confianza en ellas mismas, al sentirse bien sin dolor van a vivir mejor espiritual, mental y físicamente.

*“Me he sentido mejor con estas terapias que me están haciendo, si hay alguien en la familia lo recomendaría” ... (Oti).*

*“No saben la mejoría que he tenido, me puedo mover sin dolor o mejor lo puedo tolerar más, puedo dormir bien, comparto más tiempo con mi familia, puedo realizar actividades en mi casa como arreglar mis plantas, mi jardín, salir con mi mascota” ... (Lili).*

*“Lo único que yo les diría es que no se puede dejar de intentar cualquier posibilidad que le digan a uno que le puede servir, hacerlo, intentarlo todo, medicina, acupuntura, desde que haya una luz para mejorar yo les diría que hay que intentar” ... (lucecita).*

*“Lo recomendaría totalmente, por ejemplo, mi hermano menor se metió a este tratamiento y nunca pensé verlo realizando tratamiento de terapias alternativas” ... (la guerrera).*

*“Yo le recomiendo a los médicos que ayuden al paciente. No todo debe ser medicamento. Todo mejora, como no estoy tomando tantos medicamentos uno se siente mejor” ... (Mary).*

*“Yo las recomiendo. Inclusive, cuando a mi hija le mandaron esas terapias, yo la acompañaba y yo iba muy enferma y veía que le hacían mucho” ... (Rosa).*

*“A mí me parece muy bien eso alivia bastante a veces nos da temor, pero no, eso alivia bastante” (Grace).*

*“Yo no soy egoísta desde que yo entré a medicina alternativa con terapia neural con sueroterapia con acupuntura a todas mis amigas y familiares se las recomiendo, a dos vecinas les recomendé, hicieron los tramites con la EPS y vienen a sus casas a realizarles los tratamientos y están maravilladas con los resultados” ... (Nieve).*

Al preguntarles si recomendaría este tipo de tratamiento a otra persona o al personal médico, manifiestan con entusiasmo que, si lo harían dadas las bondades de éste con la mejoría del dolor y de poder volver a realizar sus actividades de la vida diaria no como lo hacían antes, esto permite volverse a integrar a ellas como parte de sus vidas, sirviendo este tipo de experiencias como testimonio para que otros que no han encontrado alivio las puedan tener en su servicio de salud, convirtiéndose en multiplicadoras de información y de experiencias positivas para demostrar al mundo entero que hay otras posibilidades terapéuticas que recién se empiezan a explorar.

Esta unidad de análisis es relevante porque demostró que debe existir confianza entre el equipo médico, el paciente y su familia para lograr los objetivos terapéuticos planteados desde el inicio del tratamiento, importante el trato humano que es el que lleva a aumentar la motivación y así evitar fracasos terapéuticos, abandono de los tratamientos o la no adherencia a los mismos, de esta forma se identifica el tratamiento en cuidado paliativo.

Son notorio los sentimientos de agradecimiento a Dios y al personal de salud que han intervenido en el alivio de su dolor, la confianza crece gracias a esos resultados y al buen trato, pero definitivamente lo más importante es experimentar el alivio en lo físico y en lo emocional.

## **6. Discusión**

Dando lectura a las entrevistas a profundidad realizadas a 10 mujeres en la edad adulta que se encuentran en cuidado paliativo y que han tenido la oportunidad de recibir tratamiento para el dolor no oncológico con terapias no farmacológicas, se identificaron tres unidades

temáticas importantes como fueron reconocimiento del dolor, experimentar los beneficios de la terapia y experimentando el alivio. Se realizó una búsqueda bien minuciosa en las bases de datos existentes tanto nacionales como internacionales, se pudo comprobar que no existen estudios con los cuales se pueda realizar comparaciones con las experiencias relatadas por pacientes de cuidado paliativo que han recibido tratamiento no farmacológico para el dolor no oncológico.

El dolor siempre se relaciona con la afectación de la calidad de vida, quien lo experimenta manifiesta mayor deterioro de sus actividades de la vida diaria como levantarse, bañarse, hacer las labores de la casa, el trabajo, llegando a depender de otros para poder realizar todas estas actividades que son comunes en el desarrollo de la persona dependiendo su momento de vida, el impacto del dolor en el adulto mayor en cuidados paliativos aumenta la vulnerabilidad, presentan una mayor fragilidad, son menos capaces de responder a los estresores fisiológicos, Zarei y Cols, describieron en un estudio poblacional en el sureste de Irán que el 38,9 % de la población se quejaba de dolor crónico (8).

El reconocimiento del dolor es individual de acuerdo con su causa y manifestación física dependiendo de cada persona, quien lo padece es quien puede definir esa experiencia, reconoce hasta qué punto su salud, su bienestar, su vida cotidiana se pueden ver afectados por el dolor, ofrecer tratamientos que ofrezcan bienestar y tranquilidad es obligación de los servicios de salud en los países. Las entrevistas demuestran que cada una de las participantes tienen en común la afectación de las acciones de la vida diaria por el dolor, en algunas de

ellas llegando a afectar la parte emocional llegando a tener una visión negativa sobre la evolución de su dolor.

Cualquier persona que empiece a ver afectada su movilidad por el dolor y presente limitación funcional pueden empezar a manifestar como primera respuesta síntomas como angustia, ansiedad y tristeza, posteriormente de acuerdo con el tratamiento realizado pueden lograr adaptarse y ajustarse a esa nueva realidad (49).

Para la gran mayoría de las entrevistadas las terapias alternativas fueron recomendadas por personas que ya habían experimentado este tipo de intervenciones para el dolor y habían tenido resultados positivos en cuanto a mejoría del dolor, movilidad y bienestar, siendo pocos los servicios médicos que recomendaron este tipo de tratamiento ya sea por desconocimiento o falta de oferta en su entidad de salud. Revisiones sistemáticas como la realizada en la Universidad de Porto en Portugal por Adriana Coelho en 2017 refiere que en futuras investigaciones primarias deberían realizarse estudios cualitativos en profundidad sobre la experiencia de los pacientes que han recibido intervenciones no farmacológicas para determinar la mejor evidencia disponible sobre su efecto sobre la mejoría de la calidad de vida y para orientar la práctica clínica (10).

La limitación de las actividades de la vida diaria es la principal consecuencia del dolor independiente de su causa, ver afectada esta parte del desarrollo diario de la vida puede llegar a considerarse como una enfermedad más que hay que tratar y devolverle las ganas de volver a realizarlas a la persona que lo padece. Todas las entrevistadas fueron enfáticas en demostrar que el dolor las había disminuido mucho, prestando sentimientos de minusvalía al sentirse una carga para la familia, no poder realizar su actividad física cuando era parte de su vida,

acciones tan sencillas como preparar un café o colaborar con las actividades de la casa y si se nombra el trabajo, pues la afectación era mayor llegando a presentarse sentimientos negativos, López y Sánchez consideraron en su estudio que toda persona que presentan manifestaciones de dolor tienen más afectada su calidad que las que consultan por otro tipo de procesos patológicos *“el dolor crónico menoscaba la calidad de vida de una manera más amplia que el agudo”* (50).

La no oportunidad de acceso a los servicios, las barreras económicas, geográficas y hasta culturales, la falta de efectividad en los tratamientos farmacológicos para el dolor, fueron las causas referidas por las entrevistadas, en donde los especialistas tuvieron que reorientar los tratamientos llegando así a brindarles la oportunidad de experimentar intervenciones alternativas que fueran más efectivas en el manejo del dolor y menos dañinas para su integridad física.

De acuerdo con González y Moreno (2007), “existe un elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en la realización de las actividades diarias” (44). De acuerdo a lo mencionado por Molina y Figueroa con respecto a la afectación de la calidad de vida, refieren que el dolor hace parte de la vida cotidiana de muchos seres humanos alrededor del mundo, muchos de los cuales se encuentran hospitalizados o en programas médicos por diversas razones, viéndose deteriorada la calidad de vida de estos por la intensidad del dolor que perciben o experimentan; es por eso que los tratamientos deben ser dirigidos por un equipo multidisciplinario (45).

Los sentimientos negativos se presentaron en algún momento en las participantes, refirieron aparición de sentimientos como la tristeza, afectación en la autoestima, desesperanza,

cansancio; tal vez pensando que no se lograría el alivio con los tratamientos que venían recibiendo y fue por esto por lo que pidieron ayuda para poder dejar de sentir que ya no podían más con su dolor.

Es por eso por lo que Molina y Figueroa en su artículo sobre dolor y el impacto en la calidad de vida sostienen que el dolor se debe asociar en dos dimensiones del ser humano (física y emocional). Una alteración en cualquiera de estas áreas puede impactar la otra, afectando así la calidad de vida de las personas (45), demostrado en las entrevistas por todas las participantes en cada una de ellas se vio reflejada la afectación física y emocional.

Dejar atrás todos esos roles que desempeñaban cuando no tenían dolor fue el detonante para buscar otro tipo de intervención terapéutica que las llevara a mejorar el dolor y recuperar esos roles que ya no podían hacer, con los resultados positivos con las terapias alternativas volvieron a sonreír y a disfrutar de la vida.

Según Alvarado, en su artículo “Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez” afirma que:

“El dejar todo aquello que les gusta, todo lo que los hacía sentir felices y cómodos con su vida, hace que surja la necesidad de indagar por alternativas para disminuir su incapacidad y el sentimiento de minusvalía secundario a la presencia de dolor” (46)

Experimentar los beneficios de la terapia es la segunda unidad temática, las entrevistadas manifiestan que mejoraron su vida vinculándose nuevamente a sus actividades de la vida diaria no en su totalidad, pero si en la gran mayoría de las actividades donde el dolor fue el

protagonista de las limitaciones. Tan así que los cambios son observados por los demás como su entorno familiar, el grupo de médicos tratantes y sus conocidos, siendo esto una motivación más para continuar el tratamiento en busca de la mejoría y poco a poco volver a realizar esas actividades pendientes. Este tipo de experiencias manifestadas en las entrevistas muestran que cada una de ellas disminuyó el consumo de medicamentos analgésicos hasta llegar a la suspensión voluntaria o por parte de su médico tratante, pocas de ellas aun lo toman de acuerdo con el origen de este o tal vez porque aún no llevan el tiempo suficiente para lograr el alivio requerido. Ruiz y Guerra demostraron en su estudio Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes, que uno de los beneficios de las terapias alternativas aplicadas fue la disminución del medicamento hasta la suspensión del mismo, en ciertos casos por el alivio del dolor y en otros por una adecuada tolerancia del dolor a pesar de continuar con él en menor intensidad, además con un mejor control de la ansiedad, la alteración del hábito del sueño, la fatiga, el cansancio entre otros (48).

García y Rodríguez señalan que existe un vínculo estrecho y recíproco entre la calidad de vida y la salud de las personas. En cuanto a la calidad de vida y las enfermedades crónicas, las autoras sostienen que: “La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud de estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital” (47).

Según Ruiz y Romero en su estudio mixto, descriptivo y fenomenológico titulado Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes.

Realizaron un taller de control del dolor mediante terapias no farmacológicas de cuatro sesiones (una a la semana), de cuatro horas de duración cada una, en el que participaron 19 pacientes. Analizaron la escritura reflexiva sobre las vivencias personales de cada uno de los participantes. Como conclusiones definieron que los a participantes les había ayudado a disminuir el dolor y el consumo de analgésicos, así como otros síntomas asociados a la enfermedad crónica, mejorando por tanto su salud percibida (48).

El recibir un trato más humano en este tipo de servicios para las participantes les permitió generar mucha más confianza en el tratamiento y con el personal de salud, manifestando siempre puntos negativos experimentados con otras especialidades en cuanto al trato médico, dependiendo tal vez por los múltiples tratamientos recibidos de los que ellas cuentan. Atribuyen a este tipo de trato el efecto positivo con la mejoría del dolor, permitiendo poder recomendar a otros las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor.

Experimentando el alivio, las entrevistas muestran una aceptación del tratamiento y esto gracias a los resultados como mejoría del dolor, de la movilidad, sus actividades diarias, salir a disfrutar en familia o amigos, realizar actividades fuera de casa, manifiestan sentirse mejor haciendo énfasis en la mejoría de la calidad de vida, los resultados no son rápidos si no lentos pero efectivos según ellas. Esta mejoría se convierte en motivación para continuar realizando el tratamiento y buscando estrategias que permitan mejorar la calidad de vida.

Ruiz y Romero mencionan que el dolor suele estar acompañado por la ansiedad o una visión negativa ante la vida, disminuyendo la calidad de vida del paciente, interfiriendo en sus

actividades diarias y en el trabajo, por lo que toda intervención terapéutica debe estar orientada a tratar la mente y el cuerpo (48).

Las experiencias positivas, la motivación y la alegría por encontrar alivio, permitieron que pudieran recomendar este tipo de intervenciones no farmacológicas a aquellas personas que padecen dolor y han tenido dificultad para resolverlo o en encontrar alivio, además recomiendan a los equipos médicos y resaltan que estos tratamientos existen y ayudan de forma integral al paciente para control del dolor, mejorar la movilidad y el bienestar no solo de quien lo padece si no de sus familias y cuidadores.

En la actualidad los servicios médicos a nivel mundial y local están orientados a realizar tratamientos enfocados de forma integral, con equipos interdisciplinarios con enfoques farmacológicos y no farmacológicos, donde el paciente es el principal protagonista en la mejoría de su propia salud y en la gestión de las conductas relacionadas con el dolor. Pero transformar el sistema de atención del dolor en un modelo integral requiere la existencia de opciones de terapias no farmacológicas (TnoF) basadas en la evidencia, con estrategias eficaces y eficientes, que reduzcan los eventos adversos de los fármacos y la adicción. Para el cuidado integral del dolor hay que tener en cuenta la magnitud del problema, los impactos individuales, sociales y económicos, y recopilar las evidencias científicas acerca de TnoF efectivas en el dolor agudo posquirúrgico, no-quirúrgico, oncológico y crónico (48).

## **7. Conclusiones**

Este proyecto de investigación permite dar a conocer las experiencias vividas por personas con dolor no oncológico que han recibido intervenciones no farmacológicas para el

dolor en cuidado paliativo. Se realizaron 10 entrevistas a profundidad utilizando los métodos de Colaizzi en fenomenología descriptiva, en donde el investigador pudo comprender las opiniones, perspectivas, experiencias y motivaciones de los participantes en el tratamiento para el dolor no oncológico con terapias alternativas. Este tipo de intervención se orienta al manejo del dolor dentro del campo físico y mental, debido a que la causa del dolor puede llegar a ser multifactorial y a requerir múltiples tratamientos que en su mayoría pueden tener resultados negativos, de esta manera se reordenan los objetivos terapéuticos y se busca encontrar soluciones a corto plazo que logren el bienestar de las personas que padecen dolor.

Encontrar alivio en un tipo de Terapias poco conocidas en los servicios de salud y en la sociedad, llegan a sorprender con los beneficios que representan en el manejo del dolor, contar esas experiencias en esta investigación por parte de quien las ha vivido, es interesante escuchar el relato lleno de positivismo, alegría, compromiso y ganas de seguir viviendo porque encontraron alivio a su dolor dentro de lo físico y lo emocional. No se podría dejar atrás los recuerdos negativos previos al inicio de este tipo de tratamiento alternativo expresados por las participantes al ver que cada tratamiento que realizaban no resolvía su queja principal el dolor, además la afectación de otros sistemas o aparición de nuevos síntomas secundarios al uso de medicamentos para el dolor a largo plazo o también no lograr objetivos terapéuticos a causa de sus enfermedades crónicas de base.

De acuerdo a la información obtenida en las unidades temáticas se pudo establecer los diferentes tipos de afectaciones que presentaban las participantes antes del tratamiento, cuando llegaron a la valoración inicial, durante el tratamiento y en el momento de la entrevista, principalmente la afectación de las actividades de la vida diaria que llevan a que

toda persona que las experimente vea afectada su calidad de vida, pero también la de su familia, al llegar al nuevo tratamiento manifestaron sentimientos de angustia, ansiedad, tristeza entre otros quizá como último recurso terapéutico pero con la esperanza de lograr alivio porque así se lo habían recomendado, tarea un poco compleja para el especialista para poder determinar el tipo de tratamiento a realizar con cada uno de los pacientes que a diario llegan a su consulta. La visión holística de las terapias alternativas contribuye a encontrar el tratamiento adecuado, es por eso por lo que se consiguen los objetivos de una forma más consensuada con aquel que las experimenta desde el punto del sufrimiento por dolor.

Los testimonios de las entrevistas reflejan los sentimientos negativos que tenían antes de empezar el tratamiento alternativo, pero no fue barrera para cambiar esa visión sobre la evolución del dolor y su enfermedad. Poco a poco refieren las participantes fueron encontrando alivio y reincorporándose a las actividades diarias tanto personales como colectivas; son enfáticas que no lo hacen como antes, pero si la gran mayoría de sus actividades durante el día están relacionadas con el ejercicio, las labores domésticas, en el trabajo aquellas que aún lo hacen, las actividades lúdicas en familia, e incluso, su religiosidad.

Se puede determinar que uno de los logros en el tratamiento referido por todas las entrevistadas fue la disminución del consumo de medicamentos para el dolor hasta el punto de no continuar consumiéndolos no en todas lógicamente, sentir mejoría de ciertos efectos secundarios que se presentan en este tipo de terapias farmacológicas, se podía percibir una sensación de alegría al preguntar por ellos, esta experiencia será útil para que los profesionales en medicina tengan en cuenta que el dolor no solo se trata con medicamentos,

así como la causa es multifactorial también debe tratarse de forma multidisciplinar porque este tipo de pacientes no puede abandonar sus tratamientos de base para sus compromisos crónicos, como lo dice el nombre de este tipo de terapias en un tratamiento alternativo que va a la par de la medicina alopática, si el trato a cada paciente se ve desde este punto de vista se puede lograr grandes cosas a beneficio de la persona que sufre por el dolor.

Está claro que al mejorar el dolor cual sea su origen con las terapias alternativas, mejora la movilidad, la angustia, el desasosiego, la ansiedad y vincula nuevamente a las personas a sus actividades de la vida diaria, también a su entorno familiar y cuidadores, es por eso que al preguntar si recomendaría este tipo de tratamiento las participantes todas contestaron con convencimiento y confianza de que lo harían siempre, por los resultados positivos obtenidos y que de seguro le van a servir a quien no haya tenido esa experiencia en el manejo del dolor.

*Contribución a la práctica médica*, basada en las experiencias personales de cada participante para demostrar a los servicios médicos, especialidades y entidades de salud que existen otro tipo de tratamientos que también son efectivos en el manejo del dolor y pueden contribuir a mejorar el bienestar de los pacientes y sus familias. Los servicios médicos también hacen parte del compromiso con el paciente, en la actualidad existen entidades en salud que están orientando su mirada a las terapias alternativas para mejorar su servicio, ayudar a sus usuarios y disminuir costos, será tarea para los investigadores demostrar el costo beneficio de estas intervenciones más adelante, también es importante realizar replica de este estudio con grupos médicos dedicados al cuidado paliativo y manejo del dolor para compartir las experiencias de las participantes con el fin de ser tenido en cuenta el manejo no

farmacológico en el dolor no oncológico y sus aportes evidenciados en el beneficio a los pacientes.

## **8. Limitaciones**

Una de las limitaciones del estudio se relaciona con las barreras geográficas presentes en algunas de las participantes bien sea porque no residen en la ciudad de Bogotá o porque viven en zonas perimetrales de la capital y se tenían que reprogramar en varias ocasiones.

Otra limitación fue la transferibilidad de los datos dado el lenguaje empleado por las participantes por ser un grupo multi cultural proveniente de diferentes partes del país obligando Asia I investigador a emplear un lenguaje que se adapte más al contexto internacional

## **9. Recomendaciones**

Es conveniente ampliar las investigaciones sobre el uso de terapias alternativas en el manejo del dolor no oncológico, dar a conocer este tipo de tratamientos al personal de salud y a las personas que desconocen sobre su uso o porque nadie les ha recomendado este tipo de intervenciones.

Se deben realizar este tipo de estudios con más población y poder aumentar la evidencia lo cual representaría más compromiso de los servicios de salud en la implementación de terapias no farmacológicas para el tratamiento del dolor no oncológico.

Replicar la información con pacientes, familiares, amigos y hasta con el personal médico, aumentando así la oportunidad de los servicios en salud que deben ser amplios para toda la población y llegar a todas las regiones de Colombia en donde no existen estos tratamientos y se podría lograr muchos beneficios e incluso disminuir costos.

### **Bibliografía**

1. Cepal.org. [citado el 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-pobreza-america-latina-se-mantuvo-jestable-2017-pero-aumento-la-pobreza-extrema>
2. United Nations. Panorama Social de América Latina 2018. UN; 2019.
3. Observatorioenvejecimiento.uc.cl. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/06/Reporte-Envejecimiento-enfermedades-cronicas-y-factores-de-riesgo.pdf>
4. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Paho.org. [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
5. Consultorsalud.com. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/11/viii\\_estudio\\_prevalencia\\_dolor\\_cronico\\_en\\_colombia\\_publicacion\\_pagina\\_aced\\_2014.pdf](https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/11/viii_estudio_prevalencia_dolor_cronico_en_colombia_publicacion_pagina_aced_2014.pdf)
6. Cuidados paliativos [Internet]. Who.int. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: <http://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. United Nations. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo

- Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos. Huenchuan S, editor. UN; 2019.
8. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2014;21(6):338–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-80462014000600007>
  9. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte* [Internet]. 2018 [citado el 23 de agosto de 2022];34(2):349–62. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522018000200349&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522018000200349&script=sci_abstract&tlng=es)
  10. Coelho A, Parola V, Cardoso D, Escobar M, Apóstolo J. The use of non-pharmacological interventions for the comfort of patients in palliative care: a scoping review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* [Internet]. 2016;14(2):64–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2440>
  11. TORCAL BAZ, Marta Â y Â VENTOSO MORA, Sagrario Ana. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Rev Clin Med Fam* [online]. 2020, vol.13, n.3, pp.203-211. Â EpubÂ 23-Nov-2020. ISSN 2386-8201.
  12. Crawford C, Lee C, Freilich D, Active Self-Care Therapies for Pain (PACT) Working Group. Effectiveness of active self-care complementary and integrative medicine therapies: Options for the management of chronic pain symptoms. *Pain Med* [Internet]. 2014;15(S1):S86–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12407>
  13. Van Manen M. *Classic writings for a phenomenology of practice*. 1a ed. van Manen M, Van Manen M, editores. London, England: Routledge; 2020.

14. OPS/OMS [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado el 23 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es)
15. Berrocoso Martínez Alberto, Arriba Muñoz Leonor de, Arcega Baraza Adriana. Abordaje del dolor crónico no oncológico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2022 Ago 23] ; 11( 3 ): 154-159. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-95X2018000300154&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-95X2018000300154&lng=es). Epub 01-Oct-2019.
16. SEETD. Terapias No Farmacológicas Para El Manejo Del Dolor En Adultos [Internet]. sociedadecuatorianadeldolor.com. [citado el 23 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://sociedadecuatorianadeldolor.com/terapias-no-farmacologicas-para-el-manejo-del-dolor-en-adultos/>
17. López M, Penide L, Portalo I, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. Bol Farmacoter Castilla-La Mancha [Internet]. 2014 [acceso 03/06/2018]; XV (1): 1-8. Disponible en: [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor\\_cronico\\_0.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf)
18. Dolor agudo, crónico e intercurrente [Internet]. Cancer.org. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor/otros-tipos.html>
19. Tratamiento NO Farmacológico [Internet]. Asociación de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Huelva. 2017 [citado el 23 de agosto de 2022].

- Disponible en: <http://www.afahuelva.org/tratamiento-no-farmacologico/>
20. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, et al. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014;21(6):338–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1134-80462014000600007>
21. Medicina complementaria y alternativa [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2015 [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/mca>
22. Gov.co. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/CARACTERIZACION%20MEDICINA%20ALTERNATIVA%20Y%20TERAPIAS%20COMPLEMENTARIAS.pdf>
23. Who.int. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)
24. El P, De LA, Republica DE. Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Gov.co. [citado el 28 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2753-de-1997.pdf>
25. Gov.co. [citado el 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2753-de-1997.pdf>
26. Farnós RMC. Hacia una formación europea de la medicina china: su incorporación

- en el sistema universitario español. [España]: Universidad de la Rioja; 2017.
27. Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL. Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2018;56(5):781-794.e4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.07.016>
28. Alcántara JC. Terapias complementarias en cuidados paliativos. [España]: Universidad Autónoma de Madrid; 2017.
29. Experiencias de Attree M. Pacientes y familiares y perspectivas de atención de calidad "buena" y "no tan buena". *J Adv Enfermeras* 2001; 33: 456–466.
30. Contreras Bello Y. Reseña 2: Bases de la Investigación Cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar una teoría fundamental. Autores: Anselm Strauss y Juliet Corbin. Universidad de Antioquia, Colombia, 2012. *Rev logos cienc tecnol* [Internet]. 2019;12(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22335/rlct.v3i2.166>
31. Wirihana L, Welch A, Williamson M, Christensen M, Bakon S, Craft J. Using Colaizzi's method of data analysis to explore the experiences of nurse academics teaching on satellite campuses. *Nurse Res* [Internet]. 2018;25(4):30–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7748/nr.2018.e1516>
32. Streubert HJ. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 5a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
33. Strauss A, Corbin J. *Bases de la Investigación cualitativa*. 1 edición. Universidad de Antioquia 2002;12
34. Norena A, Lucía :, Noemí :, Rojas J, Guillermo RM. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa.

35. Soler Pujals P, Enrique Jiménez AM. Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estud sobre mensaje periodís* [Internet]. 2012;18(0). Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_esmp.2012.v18.40966](http://dx.doi.org/10.5209/rev_esmp.2012.v18.40966)
36. Fernando Suárez Obando. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de ezequiel j. Emanuel. *pers.bioét.* [Internet]. julio de 2015 [citado el 14 de mayo de 2022]; 19(2): 182-197. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en). <https://doi.org/10.5294/PEBI.2015.19.2.2>
37. Resolución 8430 de 1993. Sobre las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud y de la Protección Social, 1993
38. Resolución 0666 de 2020. Protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus COVID 19. Ministerio de Salud y Protección Social, 2020
39. Decreto 1377 de 2013. Sobre la protección de datos personales. Colombia: Presidencia de la Republica; 2013.
40. Ley 23 de 1982, Sobre derechos de autor. Colombia: presidencia de la república; 1982.
41. Ibarra Eduardo. Una Nueva Definición de "Dolor": Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2006 Mar [citado 2023 Mayo 02]; 13( 2 ): 65-72. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001&lng=es).
42. Chronic Pain as a Disease in its Own Right David Niv; Marshall Devor, *Pain Practice*, September 2004, vol. 4, iss. 3, pp. 179-181 Blackwell Publishing. American Academy of Pain Medicine, "Maldynia", Philip Lippe MD, Medical Director, ver:

- <http://www.painmed.org/>. Pain News AANS/CNS Section on Pain, April 2001, Vol 8 Issue 1, Kenneth A Follet, MD, PhD.
43. United Nations. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. [citado el 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
  44. González, C. & Moreno, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(6), 422-427.
  45. Molina Linde JM, Figueroa Rodríguez J, Uribe Rodríguez AF. El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Univ Psychol* [Internet]. 2012;12(1):55–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy12-1.dicv>
  46. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud, Barranquilla* [Internet]. agosto de 2018 [citado el 1 de mayo de 2023]; 34(2): 349-362. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522018000200349&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000200349&lng=en). <https://doi.org/10.14482/sun.34.2.612.8> .
  47. García CRV, Rodríguez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2007;6(4):1–9.
  48. Ruiz-Romero MV, Guerra-Martín MD, Álvarez-Tellado L, Sánchez-Villar E, Arroyo-Rodríguez A, Sánchez-Gutiérrez MC. Non-drug treatments for chronic non-malignant pain: patients' perceptions. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2021;44(1):61–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23938/ASSN.0927>
  49. Rol D, Nacional I, Cáncer D. Derec hos del paciente [Internet]. *Paliativos.uy*. [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://paliativos.uy/wp-content/uploads/2019/11/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>
  50. López, M. C., Sánchez, M., Rodríguez, M. C. & Vázquez, E. (2007). Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 9-19

**Anexo 1.****CONSENTIMIENTO INFORMADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO**

Este consentimiento informado se encuentra ligado al trabajo de grado denominado Experiencias de adultos que han recibido una Intervención no Farmacológica para el Manejo del Dolor no Oncológico en Cuidado Paliativo; realizado en el marco de la asignatura trabajo de grado II asesorado por Alejandra Alvarado, elaborado por el estudiante Allan Fredy Tobar Enciso, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Antonio Nariño

El presente documento, tiene como finalidad darle a conocer las etapas en las que se desarrollará el trabajo y proporcionar la información suficiente relacionada con el estudio en el que usted participara, el cual tiene por objetivo: Describir las experiencias de pacientes que han recibido una intervención no farmacológica para el manejo del dolor no oncológico en cuidado paliativo, el cual se logrará mediante realización de una entrevista individual y estructurada. Tenga presente que, si usted tiene preguntas u observaciones como participante en esta investigación, podrá realizarlas cuando lo requiera. Para esto se podrá comunicar con la investigadora principal **Allan Fredy Tobar Enciso** a su celular 3125586008.

De acuerdo con lo anterior, YO \_\_\_\_\_, identificado con (tipo de documento: CC o CE) N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que estoy dispuesto a participar voluntariamente en el estudio y tengo en cuenta que en cualquier momento puedo solicitar información adicional, así como suspender mi participación en el mismo, independientemente de la etapa de desarrollo en que se encuentre, además autorizo a que se haga uso de tecnologías para grabar la entrevista.

Soy consciente que la información suministrada para el estudio tiene carácter confidencial y solo será utilizada por los autores con fines académicos; se guardará la fidelidad de los datos, bajo parámetros de reserva.

En constancia de lo anterior, informo que he leído los aspectos mencionados y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda sobre mi participación en el estudio,

obteniendo una respuesta satisfactoria. Adicionalmente, aclaro que no exigiré ningún tipo de retribución económica o material por contribuir con información a los investigadores ni a la Universidad.

Consiento mi participación:

Nombre de participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### V°B Comité de Bioética Facultad de Enfermería. Abril 2020



#### FACULTAD DE ENFERMERÍA COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN-CBI

#### CONCEPTUA:

Que previa información aportada por Alejandra María Alvarado García, el Comité de Bioética para la Investigación (CBI) en sesión del 26 de septiembre de 2022, emite concepto de **APROBADO**, al proyecto "**Experiencias de adultos que han recibido una Intervención no Farmacológica para el Manejo del Dolor no Oncológico en Cuidado Paliativo**" presentado por primera segunda vez. .

Se hace constar en el acta No. 038 de 2022.

El presente concepto se expide el 26 de septiembre de 2022.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wimber Ortiz Martínez'.

Wimber Ortiz Martínez PhD  
Presidente CBI

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nataly Andrea Sanchez García'.

Mg Nataly Andrea Sanchez García  
Secretaria CBI

### FORMATO DE CARACTERIZACION

<b>FACULTAD DE ENFERMERIA</b>						
<b>UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO</b>						
<b>MAESTRIA EN CUIDADOS PALIATIVOS</b>						
<b>INVESTIGACIÓN</b>						
<b>“EXPERIENCIAS DE ADULTOS QUE HAN RECIBIDO UNA INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA PARA EL MANEJO DEL DOLOR NO ONCOLÓGICO EN CUIDADO PALIATIVO”</b>						
<b>Fecha de entrevista</b>						
<b>Ciudad</b>						
<b>Entrevistado (seudónimo)</b>						
<b>Edad</b>		<b>Sexo</b>		<b>Estado civil</b>		<b>Entrevista No.</b>
<b>Antecedentes</b>				<b>Tratamientos farmacológicos:</b>		
- <b>Personales:</b>						
- <b>Quirúrgicos:</b>						
- <b>Alérgicos:</b>						
- <b>Familiares:</b>						
- <b>Toxicológicos:</b>						
- <b>Gineco obstétricos:</b>						
				<b>Tipo de terapia recibida:</b>		
				<b>Tiempo de tratamiento:</b>		
<b>Introducción:</b>						
La presente entrevista tiene como fin, escuchar sobre las experiencias de pacientes que han recibido una intervención no farmacológica para el manejo del dolor no oncológico en cuidado paliativo.						
<b>Pregunta:</b>						
1. ¿Cuáles ha sido su experiencia al recibir una intervención no farmacológica para el manejo del dolor no oncológico en cuidado paliativo?						
<b>Nombre Entrevistador</b>		Allan Fredy Tobar Enciso				
<b>Documento de Identidad No.</b>		CC 98389962				
<b>Cargo</b>		Estudiante				
<b>Numero de Celular</b>		3125586008				
<b>Correo Electrónico</b>		<a href="mailto:atobar62@uan.edu.co">atobar62@uan.edu.co</a>				