



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2023-2024
Trabajo de Fin de Grado

**Intervención enfermera en atención primaria
dirigida a personas con dolor crónico:
recomendaciones derivadas de un estudio de
observación participante.**

Marta Molina González

Tutora: Rosa María Hernández Cifuentes

Cotutor: Martín Lorenzo Vargas Aragón.

Valladolid, junio, 2024

RESUMEN

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA DIRIGIDA A PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO: RECOMENDACIONES DERIVADAS DE UN ESTUDIO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

Desde sus orígenes, el ser humano ha enfrentado un fenómeno universal: el dolor. La prevalencia global del dolor crónico (DC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es del 20-30%, afectando a aproximadamente 1.750 millones de personas en todo el mundo. Este fenómeno se ha convertido en un problema de salud pública relevante en España, con un impacto significativo en el bienestar y la calidad de vida. El dolor crónico va más allá de lo físico e involucra aspectos emocionales, sociales y psicológicos, requiriendo una atención integral y personalizada, desde los años 70, el apoyo social se ha considerado una estrategia de afrontamiento efectiva, donde la antropología sugiere que la comprensión del dolor crónico debe transformarse para abordarlo de manera más efectiva.

En este trabajo fin de grado (TFG) se aborda el dolor crónico desde una perspectiva enfermera a través de la experiencia directa con pacientes que padecen dolor crónico, mediante una investigación cualitativa basada en las narrativas de los propios pacientes, donde se ha analizado las complejidades del dolor crónico en el contexto de grupos de alivio al dolor, realizados en la Unidad del Dolor de Valladolid (UDOVA), localizada en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Edificio Rondilla, y como estas mismas sesiones se podrían realizar en el ámbito de la atención primaria (AP). Mi objetivo es mejorar las intervenciones enfermeras y la calidad de vida de quienes viven con dolor crónico.

PALABRAS CLAVE:

- Dolor, dolor crónico, enfermería, grupoterapia, atención primaria.

ABSTRACT

NURSING INTERVENTION IN PRIMARY CARE FOR PEOPLE WITH CHRONIC PAIN: RECOMMENDATIONS FROM A PARTICIPANT OBSERVATION STUDY.

Since its origins, humanity has faced a universal phenomenon: pain. The global prevalence of chronic pain (CP), according to the World Health Organization (WHO), is 20-30%, affecting approximately 1.75 billion people worldwide. This phenomenon has become a relevant public health issue in Spain, with a significant impact on well-being and quality of life. Chronic pain extends beyond the physical realm, involving emotional, social, and psychological aspects, necessitating comprehensive and personalized care. Since the 1970s, social support has been considered an effective coping strategy, where anthropology suggests that the understanding of chronic pain must be transformed to address it more effectively.

In this bachelor's Thesis, I approach chronic pain from a nursing perspective through direct experience with patients suffering from chronic pain, through qualitative research based on the narratives of the patients themselves, where the complexities of chronic pain in the context of pain relief groups, conducted in the Pain Unit of Valladolid (UDOVA), located in the Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Edificio Rondilla, and how these same sessions could be conducted in the primary care (PC) setting, have been analysed. My aim is to improve nursing interventions and the quality of life of those living with chronic pain.

KEY WORDS:

- Pain, Chronic pain, Nursing, Therapy groups, Primary care.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	2
3. OBJETIVOS:.....	3
4. METODOLOGÍA.....	3
4.1. SUJETOS	3
4.2. PROCEDIMIENTO	4
5. MARCO TEÓRICO:	5
6. RESULTADOS.	15
7. DISCUSIÓN	23
7.1. LIMITACIONES.....	23
7.2. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN:	23
8. CONCLUSIONES	24
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
10. ANEXOS	30
10.1 ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPOS ALIVIO AL DOLOR.	30
10.2 ANEXO 2. CONFORMIDAD DEL JEFE DE UNIDAD UDOVA.	31
10.3 ANEXO 3. DICTAMEN FAVORABLE CEIm	32

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1: La triada médica: un modelo médico antropológico (8)	8
--	---

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

- AP: Atención primaria.
- AVD: Actividades de la vida diaria
- Buva: Biblioteca Universidad de Valladolid.
- CIE: Clasificación internacional de enfermedades.
- CP: Chronic Pain (Dolor Crónico)
- DC: Dolor crónico
- DCME: Dolor crónico músculo esquelético.
- ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles.
- EPS: Educación para la salud.
- FM: Fibromialgia.
- GARA: Grupoterapia de Alivio, Recuperación y Agencia.
- IASP: International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)
- MUS: Medically unexplained symptoms (Síntomas inexplicables desde el punto de vista médico).
- NIH: National Library of Medicine. (Biblioteca Nacional de Medicina).
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PC: Primary Care (Atención Primaria)
- PCC: Patient-centred care (Atención centrada en el paciente)
- RAE: Real Academia Española.
- SN: Sistema nervioso.
- UDOVA: Unidad del dolor de Valladolid.
- WHO: World Health Organization. (Organización mundial de la salud)

1. INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes el ser humano se ha enfrentado a un fenómeno universal como es el dolor en las definiciones iniciales, el dolor se describía como una *‘sensación que surge en respuesta a un daño tisular’*. Sin embargo, esta definición excluía otros tipos de dolor que no cumplían necesariamente con esta función de alarma. En 2020 la International Association for the Study of Pain (IAPS), lo describe como una *experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial*, (1, 2) esta definición abre la dimensión psíquica del dolor, incluyendo los sucesos que no se relaciona con un daño tisular orgánico y la posibilidad de que, sin una lesión real, exista dolor.

La población global con dolor crónico se estimó según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una prevalencia global del 20-30% (3), esto es cerca de 1.750 millones de personas que viven con dolor crónico en el mundo (4). Hoy en día estos valores se encuentran al alza, emergiendo como un fenómeno de gran relevancia y constituyendo uno de los principales problemas de salud pública en España con un destacado impacto en el bienestar y la calidad de vida.

La persistencia de esta condición va más allá de las dimensiones físicas, involucrando aspectos emocionales, sociales y psicológicos que requieren una atención integral y personalizada. La decisión de abordar este complejo fenómeno en el presente Trabajo de Fin de Grado surge de mi profundo interés en comprender y abordar el dolor crónico desde una perspectiva enfermera, impulsado por la experiencia de poder contactar directamente con un grupo de población con esta patología, lo que me permite alcanzar no solo una mayor inmersión personal y profesional, sino también una conexión profunda y significativa con la realidad de aquellos que enfrentan a diario este desafío.

Este trabajo no es tan aséptico como una revisión sistemática; ya que se parte de la narrativa propia de los pacientes y todo el bagaje teórico se ve incrementado con la experiencia vital de personas que sufren diariamente esta patología y que acuden a la terapia grupal que se realiza en el Edificio Rondilla de Valladolid de la mano de la unidad del dolor (UDOVA). Los grupos de alivio son un tipo de terapia muy efectiva.

Finalmente, cabe resaltar que en la década de los 70 aparece de la mano de Sydney Cobb, John Cassel y Gerald Capan, optaron para personas que comparten un mismo problema el empleo como una estrategia de afrontamiento del apoyo social, que más tarde Katz y Bender siguiendo esta dinámica propusieron la creación de los grupos de apoyo

en 1976 (5); y es desde la antropología, donde se afirma que para abordar el dolor crónico, el principal objetivo debe ser transformar la comprensión del dolor (6).

2. JUSTIFICACIÓN

A través de esta investigación cualitativa de observación participativa, busco explorar y comprender las complejidades del dolor crónico desde una perspectiva enfermera, analizando las experiencias de los pacientes en el contexto de la AP. Mi objetivo es ofrecer recomendaciones prácticas que puedan informar y mejorar las intervenciones enfermeras, optimizando así la calidad de vida de aquellos que enfrentan el desafío diario del dolor crónico.

Este trabajo no solo representa un compromiso académico, sino también un compromiso ético y humano. A medida que me sumerjo en la investigación y análisis, aspiro a contribuir al cuerpo de conocimiento en enfermería, proporcionando introspecciones (insights) valiosas que beneficien no solo a los profesionales de la salud, sino también a las personas que experimentan el impacto del dolor crónico. Con este propósito, inicio este viaje académico con la esperanza de que las conclusiones derivadas de este estudio puedan marcar una diferencia palpable en la atención y el apoyo brindados a aquellos que enfrentan el desafío del dolor crónico en el ámbito de la AP.

La experiencia en los grupos de terapia ha proporcionado un acceso único a las voces más reales de quienes enfrentan el desafío constante del dolor crónico. Escuchar sus relatos, comprender sus frustraciones y compartir sus triunfos ha generado en mí una profunda empatía y un compromiso renovado con el estudio y abordaje integral del dolor.

El dolor crónico es una realidad omnipresente en la atención sanitaria contemporánea, afectando en todo el mundo a millones de personas y ejerciendo un significativo impacto en su calidad de vida, este TFG propone como novedad la implantación del modelo de Grupoterapia de Alivio, Recuperación y Agencia (GARA) del dolor en atención primaria, de manera similar a como ya se hace en el nivel especializado en la UDOVA, para constituir un eslabón previo y preventivo del avance de la patología; debido a que la complejidad de esta condición va más allá de las dimensiones físicas; involucrando aspectos emocionales, sociales y psicológicos que requieren una atención integral y personalizada.

El TFG que presento se titula "Intervención enfermera en atención primaria dirigida a personas con dolor crónico: recomendaciones derivadas de un estudio de observación participante". La elección de este tema se fundamenta en la convicción de que la enfermería desempeña un papel crucial en la gestión integral del dolor crónico, y mi deseo de contribuir a la mejora de las intervenciones en el ámbito de atención primaria.

3. OBJETIVOS:

- 1- Tener una experiencia de observación participante en un grupo de personas que sufren dolor crónico.
- 2- Analizar y comprender la información del trabajo de campo encuadrándolo en la práctica sanitaria.
- 3- Conocer y desarrollar la información obtenida en sesión de alivio.
- 4- Elaborar un listado de recomendaciones para los cuidados de enfermería en la población diana.

4. METODOLOGÍA

El presente trabajo cualitativo, esta encuadrado en la fenomenología descriptiva, donde nos basamos del paradigma constructivista o interpretativo y de una metodología hermenéutica para la búsqueda de significado. Se realizó un muestreo intencional de la población con dolor crónico y posterior participación del investigador en los grupos de terapia para conseguir una observación participante exitosa.

4.1. SUJETOS

Se lleva a cabo un estudio observacional participante, empleando como muestra de población a todos los adultos derivados a la unidad del dolor de Valladolid (UDOVA) y más concretamente los que acuden al programa de psiquiatría del dolor del Área Este y Oeste de la provincia y que quieren participar voluntariamente en los “grupos de alivio” dirigidos y moderados por el facultativo.

Al hilo de lo expuesto, para poder garantizar el anonimato de la muestra, los pacientes que acuden a grupoterapia son identificados con carteles que hacen referencia

a nombres de instrumentos, plantas o animales. El proceder es el siguiente: el/la paciente se sienta en el círculo con sus compañeros/as y aleatoriamente en todas las sesiones se les coloca un cartel a los pies con su pseudónimo, por ejemplo: clavel, morera, caballo, violín, etc. A la hora de dirigirnos a esa persona se emplea dicho nombre en clave.

En resumen, el criterio de inclusión seguido hace referencia a todo paciente de UDOVA que voluntariamente participa en el grupo de terapia o acude a sesión con los agentes de salud; entendiendo por agente de salud a un paciente que participa en grupoterapia y que ha recibido formación específica para dinamizar grupos autónomos de salud en los que no participa directamente un profesional.

En base al muestreo realizado, se establecen las siguientes afirmaciones:

- Todos los pacientes incluidos en el estudio presentan diagnóstico de dolor crónico.
- Participan un total de 42 personas.

4.2. PROCEDIMIENTO

Primero se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos científicas, como PubMed, Scielo, NIH, Buva y Google Academic. Se aplicaron filtros para seleccionar estudios específicos, incluyendo revisión sistemática, artículo divulgativo, metaanálisis y ensayos clínicos publicados en inglés o español. Se seleccionaron aquellas publicadas que trataran en la población adulta el dolor crónico.

Con el fin de recopilar información sobre la patología, pudiendo así encuadrar un marco teórico, identificando teorías relevantes y enfoques metodológicos mediante la revisión documental en cuestión.

Tras recibir el dictamen favorable del CEIm (ANEXO 3), el periodo de recogida de la muestra en el centro sanitario abarca desde abril del 2024 hasta junio del 2024. Durante este tiempo, el investigador acude a las sesiones impartidas en el edificio Rondilla de Valladolid, realizadas durante la semana en horario de mañana y pudiendo participar en el mismo día en varias sesiones.

El periodo de recogida de la muestra abarca desde abril hasta mayo del 2024. Durante este tiempo, el investigador acude a las sesiones impartidas durante la semana pudiendo participar en el mismo día en varias sesiones.

Para la recogida de información se elabora una hoja de campo, donde se recogen las palabras más representativas/significativas de la sesión: acciones, sensaciones o sentimientos.

La sesión se realiza como una entrevista semiestructurada, en un ambiente distendido donde el investigador expondrá una idea que de pie al dialogo e intervendrá en la sesión solo si mediara conflicto, respondiera preguntas o se produjera un estancamiento durante el proceso, que impida el normal desarrollo de la terapia.

En este sentido, todos los datos especificados con anterioridad se recogen una vez terminada la terapia, pues cabe destacar que no se debe tomar apuntes o escribir mientras hablan los pacientes para evitar que se sientan coartados o se interrumpa la dinámica y la confianza del grupo.

Finalmente, con el registro de palabras clave se procede a tratar la información, analizar las variables más relevantes de cara al objeto de estudio y desarrollar de manera pormenorizada los contenidos expuestos, se mantuvo en todo momento los criterios de calidad de Calderón. El resultado de este procedimiento se vierte en una lista a modo de recomendaciones.

5. MARCO TEÓRICO:

La comprensión del término dolor varía según la experiencia personal de cada individuo. Este fenómeno presenta múltiples características, diversas causas y conexiones interrelacionadas con la cultura y la psicología, por ello la definición del dolor es un desafío, ya que está basada en una experiencia personal y subjetiva que no siempre es fácil de expresar de manera universal, siendo este una sensación que evoca una emoción, la cual es desagradable.

La IASP (siglas en ingles de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), en 1978 elaboró una definición sobre el dolor encuadrándolo como:

"Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real, o potencial, o descrita en los términos de dicha lesión" (7).

Esta versión ampliamente acogida por los sanitarios e investigadores en este campo ha sido respaldada por diversas entidades, tanto profesionales como gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo la OMS. Fue en 2020 cuando la IAPS

aprueba la definición revisada actual y lo redefine como: “*experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión real o potencial*” (1, 2).

Se diferencia así varias terminologías del dolor, como, por ejemplo, el dolor nociceptivo, definido como aquel dolor producto de la activación de los receptores del dolor (nociceptores) los cuales cumplen la función de protección frente a un daño tisular potencial o real, en medicina se interpreta el dolor nocicepción como “dolor síntoma” de una enfermedad (8).

El dolor neuropático por otro lado se origina en el sistema nervioso central (columna vertebral, cerebro) y hace referencia a una experiencia sensorial, qué se proyecta en una región completa, donde dichos nervios están distribuidos, es decir, deriva de una lesión del tejido nervioso somatosensorial. En 2008 se modificó esta definición excluyendo la no normo funcionalidad del sistema nervioso y considerando solo aquellos casos relacionados con patología o lesión objetiva del SN somatosensorial (9).

Por último, en 2017 se creó el termino de dolor nociplástico como el tercer tipo de dolor, caracterizado por una sensación dolorosa, sin activación de los nociceptores por lesión del tejido nervioso somatosensorial, ni lesión tisular real o potencial (10, 11). Con este término se intenta suplir el vacío de los casos en los cuales se identifican alteraciones en la función del Sistema Nervioso nociceptivo sin lesión objetiva (como es el caso del dolor crónico generalizado).

Se podría decir que dolor nociplástico es dolor-enfermedad, como la enfermedad por dolor, mientras que el dolor nociceptivo y neuropático son dolor como síntoma.

Dentro de las clasificaciones del dolor se encuentra aquella cuya base se centra en el tiempo que perdura la dolencia, pudiendo ser dolor agudo o crónico; por un lado, el dolor agudo es una sensación súbita e intensa que resulta de una lesión o enfermedad; es aquel que permanece durante el proceso de curación o cicatrización de los tejidos; aparece de forma rápida, puede ser intenso, pero su duración es relativamente breve. Por otro lado, el dolor crónico puede extenderse durante meses e incluso años, siendo este periodo mayor a 3 meses y continuar incluso después de la lesión haya sanado; algunas condiciones relacionadas incluyen dolores de cabeza y fibromialgia.

La CIE-11 (12) en lo que concierne a las patologías que cursan con Dolor Generalizado Crónico (DGC) o también conocido como Fibromialgia (FM), (código

MG30.01). Lo define como:

“Dolor difuso en al menos 4 de 5 regiones del cuerpo y se asocia con angustia emocional significativa (ansiedad, ira / frustración o estado de ánimo deprimido) y discapacidad funcional (interferencia en las actividades de la vida diaria y participación reducida en los roles sociales)” (12).

Esta patología forma a su vez parte de un amplio grupo nosológico conocido como síndrome de sensibilización central, donde se pueden encontrar patologías como el COVID persistente, la encefalomielitis miálgica o la sensibilidad química múltiple (8). Las cuales también se encuentran agrupadas bajo la etiqueta de” Síntomas inexplicables desde el punto de vista médico” (MUS) por su nomenclatura en inglés: medically unexplained symptoms (8). Cabe destacar que estas patologías tienen presentes factores emocionales, físicos, psicológicos, sociales y funcionales, los cuales influyen en todos los aspectos de la vida.

Así mismo, existen tres dimensiones de la enfermedad conocidos como los tres frentes de la triada médica, la cual abarca de manera global a la patología, la dolencia y la condición de estar enfermo, en inglés: disease, sickness e illness. Estos conceptos aportados por la antropología de la lengua inglesa nos ofrecen un marco para analizar los procesos de enfermedad, considerando el dolor en sí como una enfermedad, no solo como una manifestación asociada a un daño, partiendo de ello podemos desglosar estos conceptos.

El antropólogo norteamericano Horacio Fábrega en 1972 delimitó el ámbito médico del antropológico al diferenciar dos dimensiones de enfermedad: illness (padecimiento) y disease (enfermedad) (13). Con el concepto disease se refiere a la dimensión biológica de la dolencia, siendo un fenómeno objetivo que se distingue por la perturbación del cuerpo en su condición de organismo biológico, sin embargo, el concepto illness nos introduce a la dimensión cultural, haciendo referencia a las vivencias y la percepción que el paciente y su entorno más cercano tiene de la enfermedad.

En 1977 se presenta un estudio sobre “la enfermedad como categoría simbólica” que nos viene a decir que la cultura de los pueblos y sociedades referenciaban a los cambios y acontecimientos indeseados que a modo personal los afectaban, con términos que se asocian con la enfermedad; esto se debe, a que el proceso de enfermedad está asociado popularmente como un evento negativo o adverso y debido a ello se le ha

otorgado ese significado despectivo.

Se podía resumir que la diferencia entre disease e illness radica en la perspectiva de quien lo ve, siendo ambos una aproximación de la enfermedad desde una perspectiva individualizada, en el primer caso es la perspectiva del médico y en el caso de illness la del propio paciente.

Pero ¿cómo se capta la dimensión social?, para ello es necesario incluir los aspectos que van más allá, analizando las condiciones históricas, económicas y sociales. Este nuevo encuadre social de la enfermedad es lo que el autor Arthur Kleinman en 1980 denominó en su libro: *“Patients and healers in the context of culture”* (14), como sickness (malestar), este término enfatiza el hecho de ser percibido por otros como “*ser no saludable*”, influyendo en los roles y comportamientos sociales, lo cuales varían según las diferentes etnias. Todas estas esferas interaccionan entre sí y a su vez con la sociedad, como se esquematiza en la -figura 1-, no siendo elementos aislados, sino las partes que influyen en el todo de la persona y el dolor.

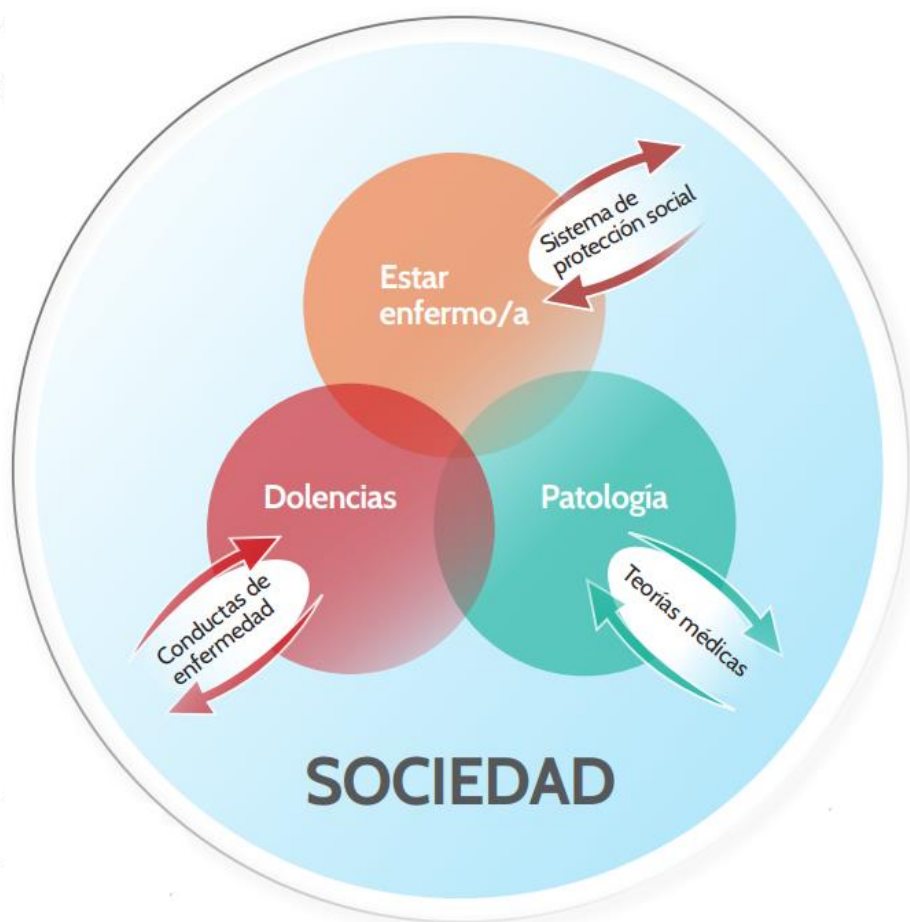


Figura 1: La triada médica: un modelo médico antropológico (8).

Esto influye también en las relaciones sociales; si nos basamos en las desigualdades y el estatus del poder, al cambiar el rol, la persona enferma ya no tiene las mismas condiciones, quedando relegada a un “puesto social” de menor nivel, condicionando así la experiencia colectiva, aquí se encasillan a las fuerzas políticas y económicas (Singer 1990), el hecho de estar enfermo y no poder trabajar o las bajas continuas, generan en el paciente una connotación de: “ser no productivo para la sociedad” y como tal excluido de ella en cierta medida.

Por todo lo anteriormente expuesto, los aspectos físicos y psicológicos de los pacientes que sufren dolor crónico deben ser tenidos en cuenta en la formulación de políticas, la práctica clínica, la gestión de casos, la investigación y la educación enfermera.

La justificación de esta atención prioritaria radica en el hecho de que el dolor crónico está emergiendo como un desafío cada vez más prevalente en nuestra sociedad, con un costo económico total (directo o indirecto) estimado en torno a 16.000 millones de euros anuales, lo que supone en España el 2,5% de su Producto Interior Bruto (PIB) (15), a su vez constituye la causa principal de abandono de la actividad laboral del país, es la principal razón de consulta en atención primaria y urgencias; cabe resaltar que hasta más la mitad de los pacientes que acuden a estas consultas presentan algún tipo de dolor (16).

Dentro de la atención sanitaria y los cuidados enfermeros a pacientes con dolor es conveniente tratar las tres perspectivas de la triada médica (anteriormente citada) por igual, teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas han surgido como prioridades destacadas en las directrices de enfermería, especialmente en el ámbito de AP , donde desempeñan un papel crucial en este contexto, siendo profesionales de primera línea que mantiene un contacto directo y continuo son los pacientes que sufren estas enfermedades a lo largo del tiempo.

La intervención enfermera requiere un abordaje de forma integral, para ello debemos tener una actitud proactiva. La RAE define “proactividad” como “actitud proactiva” que implica: en lugar de solo reaccionar, actuar antes de una situación futura. (17), en este apartado se encuadra la prevención. Por todo ello, la enfermería debe desarrollar una actitud proactiva para poder cumplir asertivamente sus funciones; esto es la coordinación con los equipos multidisciplinares, el conocimiento de la medicación, la

correcta administración del tratamiento, así como, la vigilancia de los efectos adversos de los mismos y el encuadre de grupos de apoyo como los realizados en el presente TFG.

Es por ello, que para lograr mejoras significativas en aquellos pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), donde podemos encuadrar tanto el dolor crónico como la sensibilidad química generalizada entre otras, ayudando a los pacientes a comprender los nuevos ajustes emocionales y la readaptación del rol interpersonal a sus actividades de la vida diaria (AVD), para de este modo, ser capaces de lidiar con el tratamiento y las recomendaciones que se les indican (18). Es en este contexto donde la enfermería desempeña un papel crucial al brinda educación para la salud (EPS), siendo una disciplina centrada en aportar conocimientos y herramientas a pacientes y familiares para prevenir enfermedades y promover hábitos de vida saludables (19), lo que es clave para contribuir al bienestar general de la colectividad, al aumentar la calidad de vida (20).

Se ha llegado a este punto ensalzando como idea base que es igual de importante la promoción de la salud que el cuidado y el tratamiento del enfermo; eso es, convertir a los pacientes en: promotores de la prevención de enfermedades y agentes activos en su tratamiento y autocuidado; excluyendo la dualidad de paciente como persona pasiva que recibe cuidados (21,22).

Cabe destacar de nuevo la prevención, no solo como herramienta para evitar una enfermedad, sino también, cuando la enfermedad y el dolor se cronifican, el hecho de prevenir el uso excesivo e inadecuado de fármacos como única forma de tratamiento, convirtiéndose este concepto en un punto clave en el papel de enfermería, los cuales ensalzan otras actividades preventivas como pueden ser, los grupos de apoyo al dolor en AP que proponemos.

En base a lo citado anteriormente, la capacidad y responsabilidad de los individuos para mantener su propio bienestar y salud, es un concepto que fue desarrollado por la enfermera y teórica Dorothea Orem, quien enfatizó en 1995 en su Modelo de Autocuidado de Enfermería (Self-Care Deficit Nursing Theory), la importancia de que los pacientes deben participar activamente en su cuidado, y tomen medidas para satisfacer sus necesidades de autocuidado. (23).

La base del modelo de déficit de autocuidado de enfermería (SCNT) está basada en los aspectos multifacéticos de la práctica enfermera, y en el papel de la relación persona

a persona. Orem enfatizó la relación persona-persona como un modelo centrado en el ser humano como eje central de su teoría, lo que precede necesariamente a la interfaz enfermera-paciente (24). Es en esta relación donde se evalúan e identifican los casos clínicos mediante el empleo de un lenguaje con el que nos podemos comunicar y contribuir a la salud y el bienestar del paciente. Es a través del dialogo en el entorno de atención primaria donde ponemos como objetivo principal promover que los pacientes evalúen su propio autocuidado y sean ellos quienes construyan y realicen las prácticas de autocuidado necesarias (25,26).

Es en el encuadre de los cuidados de enfermería donde desempeñamos un rol fundamental en el abordaje del Dolor Crónico, y dentro de los diagnósticos, intervenciones y resultados publicados en el manual NNNConsult, se destacan por ejemplo los siguientes: *“Diagnóstico NANDA: Padecimiento de dolor crónico; Resultado NOC: Nivel de satisfacción del paciente; Intervención NIC: Gestión del Dolor Crónico”* (27).

Todo ello nos muestra que el dolor crónico se encuadra en muchos diagnósticos, pero debemos de remarcar que, según el modelo teórico que seguimos en este TFG, la patología del dolor debe ser encuadrada como un problema complejo de salud (8), y darle un nuevo enfoque.

Históricamente, el paradigma de la atención sanitaria se ha centrado en la enfermedad, aunque ha experimentado una evolución gradual hacia un enfoque de atención centrado en el paciente (PCC) (28). Se requiere un cuidado integral del paciente para poder conseguir un elevado grado de satisfacción en la humanización sanitaria asistencial, lo que implica tener en consideración cada una de las facetas personales, incluidas las dimensiones espirituales y religiosas. Es por ello por lo que este modelo prioriza la personalización de la atención de acuerdo con las necesidades únicas de cada paciente, tomando valor, el concepto de bien estar espiritual del individuo.

Frente al sufrimiento humano, la química y la física no han podido aportar una solución, solamente han conseguido paliarlo. Es por esto por lo que la Enfermería como experta en cuidados interviene, dada su naturaleza y vocación de aliviar el sufrimiento humano mediante el desarrollo de su cometido de conocer, estudiar y cuidar. Siempre teniendo en cuenta que el cuidar no es una mera acción dirigida a las personas enfermas. Sino más bien, es el profesional de enfermería el que colabora con el autocuidado de la

persona.

Basándonos en el diagnóstico NANDA: *sufrimiento espiritual (00066) (27)*, y según la ética de Aristóteles, el hombre no elegir sufrir, pero no puede evitar padecerlo, escapándose así la libertad de decisión y surgiendo el problema a la hora de asumirlo e incluso definirlo.

Cabe destacar que se requiere de memoria e imaginación para que surja el sufrimiento y con él la tristeza, los cuales afectan a nuestra voluntad, que es nuestro motor y energía, influyendo así al resto de esferas del hombre; y es en este concepto donde debemos dirigir las intervenciones de enfermería tales como, la presencia, la escucha activa, o el contacto; dentro de esta perspectiva para el manejo del dolor, podemos encuadrar la medicina narrativa.

El concepto de “Medicina Narrativa” se refiere por definición a los cuidados de salud practicados con competencias narrativas, es decir: recibir, absorber e interpretar los relatos de los pacientes y actuar movidos por ellas. Generando una pasarela entre la vivencia del paciente y la biomédica moderna (29, 30).

Aunque no haya sido reconocida en sus orígenes como disciplina, la enfermería siempre ha tenido una vocación holística y una dualidad gestionada por conceptos como: biológico-cultural, salud-enfermedad, individual-comunitario, etc. Es por este motivo por lo que desde el inicio la enfermería se nutre de las aportaciones de otras disciplinas como puede ser la biología, la medicina, la psiquiatría, la bioquímica, la farmacia, la psicología, la sociología y la antropología. Citando esta última, es donde encuadraremos en los años 60 a Madeline Leininger, enfermera fundadora de la enfermería transcultural (31), que afirmó que la transculturalidad se entiende como los cambios en los patrones de comportamiento de un grupo o varios, debido a fenómenos que surgen cuando estos grupos de individuos diferentes entran en contacto continuo; en este sentido, se podría decir que durante la atención sanitaria el paciente y la enfermera realizan un encuentro intercultural, donde ambas partes interactúan acorde a sus expectativas.

Las personas, ya no solo tienen distinta cultura o creencias, sino que estas además atesoran una historia detrás de ellos que es diferente a la nuestra, y que debe ser encuadrada dentro de la narrativa como forma de cuidados; uniéndose así a la teoría de Madeline, la cual se define como:

“El área de estudio y práctica centrada en el cuidado basado en la cultura, las creencias sobre la salud o la enfermedad, los valores y la práctica de la persona, con el fin de ayudarlas a mantener o recuperar su salud, afrontar sus discapacidades e incluso la muerte” (32).

La médica y profesora en la Unidad de Columbia Rita Charon, es una de las figuras, más notables de la medicina narrativa. En su trabajo, aboga por el uso de la narrativa como herramienta para comprender la experiencia de la persona, así como para formar una relación más empática entre paciente y profesional de la salud. Refiriéndose a ella como *“la habilidad de identificar, absorber, metabolizar y dejarse conmover por historias de enfermedades”* (Charon 2000) (33).

Este enfoque se sustenta en la idea de que las historias son fundamentales para la construcción del significado; no solo nos centramos en los síntomas físicos, sino que también consideramos el contexto personal y emocional del paciente, reconociendo que cada individuo tiene una historia única que influencia su experiencia de la enfermedad y el cuidado. En resumen, el objetivo se encuentra en comprender la experiencia del paciente para mejorar la calidad del cuidado proporcionado.

Citando al filósofo y ensayista español José Ortega y Gasset: *“el hombre no tiene naturaleza, lo que tiene es historia”* (34), se podría interpretar que las personas no solamente somos biología, sino que somos bibliografía, encuadrándose así las vivencias personales.

Haciendo referencia a este contexto la narrativa enfermera sitúa la vivencia del individuo en el núcleo de la práctica e investigación, lo que facilita el desarrollo de competencias, la evaluación de actitudes y habilidades, así como la identificación de fenómenos de salud en el ámbito clínico (35).

En España la psicóloga Lola Baros Albarrán en 2023 (36), expone que el diálogo sincero dentro del grupo fomenta un sentido de *“comunidad”*, que ayuda en la identificación y exploración de pensamientos, emociones e ideas, llevándonos a una mayor comprensión de las causas subyacentes, junto con el desarrollo nuevas perspectivas y soluciones; convirtiéndose en un espacio donde los pacientes encuentren respuestas, apoyo, y esperanza mediante la experiencia compartida con otros que comparten su misma lucha contra el dolor crónico.

Elena Rocío Serrano-Ibáñez en su tesis publicada en 2018 ha destacado que el apoyo social y la integración con otros que enfrentan situaciones similares puede ser fundamental para el bienestar de estos pacientes. La autora argumenta que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se enfoca en ayudar a las personas a manejar emociones dolorosas y mejorar sus relaciones. Específicamente, proporciona habilidades terapéuticas en cuatro áreas clave. En el contexto del dolor crónico, la TDC enfocada en las emociones brinda a las pacientes herramientas para regular sus estados emocionales.

Al integrarla en el tratamiento de exposición, se pueden identificar desencadenantes y abordar estados emocionales intensos, así como enfrentar la evitación del afecto negativo y la preocupación catastrófica (37). La hipótesis es que esta intervención reduciría el afecto negativo, el catastrofismo y mejoraría el bienestar físico, aumentando la aceptación del dolor y la actividad diaria.

En el dialogo cotidiano, por conveniencia tendemos a simplificar las opiniones y posturas de las personas como simples datos. En contraposición a esta práctica en la terapia de grupo defendemos un enfoque interactivo con los pacientes donde se establece una experiencia colaborativa de construcción de significado, basado en el diálogo y el intercambio de vivencias. En resumen, se trata de un intercambio reflexivo mutuo. La labor de campo, especialmente la observación participante implica una actividad que no puede ser unilateral, el investigador no solo plantea preguntas, sino que también observa y ocasionalmente es interpelado; esto quiere decir que, aunque el investigador formule numerosas preguntas, también debe estar preparado para responderlas.

Según el autor Joan Pujadas, dentro de las técnicas de investigación, el trabajo de campo es nutrido esencialmente por el dialogo más que por otra herramienta de observación (38), a través del diálogo sincero donde obtenemos las vivencias de los pacientes y un medio fundamental al realizar la terapia de alivio.

El empleo de grupos de terapia para pacientes con dolor crónico se asienta en el principio fundamental de que el diálogo sincero y la interacción entre los participantes, puede ser una poderosa herramienta terapéutica en el objetivo final de este enfoque; brindando un espacio protegido y de soporte donde los pacientes puedan compartir sus preocupaciones, experiencias y estrategias de afrontamiento con otros que están pasando por situaciones similares (39).

Autores internacionales como Wilson y Luciano en 2002 han destacado en su obra

“Terapia de aceptación y compromiso”, también conocida por las siglas: ACT, que el intercambio de experiencias en un entorno de grupo puede ayudar a los pacientes a sentirse comprendidos y validados (40, 41), lo que a su vez, puede reducir la sensación de aislamiento y el sufrimiento emocional asociado con el dolor crónico; además el grupo de apoyo proporciona un contexto en el que el paciente puede aprender de las estrategias de afrontamiento efectivas utilizadas por otros miembros permitiéndole ampliar su repertorio de habilidades para la mejora del dolor.

La presente lista de recomendaciones que se expone en este TFG se fundamenta en la necesidad de tener una guía en atención primaria para el desarrollo de las sesiones de alivio en pacientes con dolor crónico.

Dando así respuesta a lo planteado en el “Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje de la cronicidad del SNS” (2021) donde se expone como actividad de interés:” Avanzar en la línea de actividades formativas en relación con el dolor crónico en atención primaria” (42, 43). Publicado por el Ministerio de sanidad.

6. RESULTADOS.

Se ha asistido a un total de 20 sesiones, recogiendo conceptos relevantes que han sido trabajados con el grupo; teniendo en cuenta que son grupos de personas distintos, algunos términos se han repetido en distintas sesiones.

Se ha codificado la información obtenida en 3 categorías, en base a si es una queja o un sentimiento lo que el paciente nos ha expuesto. Consiguiendo así enmarcar 3 códigos: 1-Emoción negativa, 2- Capacidades y, 3- Queja.

Seguidamente, se desarrollan los resultados en base a los objetivos expuestos en este trabajo, con respecto a los objetivos expuestos:

1. Tener una experiencia de observación participante en un grupo de personas que sufren dolor crónico.

Las entrevistas se llevaban a cabo en la sala polivalente de neuropsiquiatría, una sala amplia con ventanas, catorce sillas rígidas y nueve sillas acolchadas. Antes de comenzar, se daba la bienvenida al participante y se le agradecía su presencia. Se le

informaba que tenía libertad para moverse, cambiar de asiento o recostarse durante las sesiones, así como para elegir si prefería la luz natural, la penumbra o el empleo de iluminación artificial; asegurándose siempre de que hubiera visibilidad debido a la sensibilidad a la luz que algunos pacientes manifestaban.

Durante la entrevista, se asignaba un pseudónimo al participante para mantener su anonimato. Luego se explicaba la necesidad de obtener su consentimiento para poder participar, con la posibilidad de revocarlo si así lo deseaban. Este documento hacía referencia a un consentimiento firmado por todos los participantes en la Grupoterapia de Alivio al dolor (ver ANEXO I).

2. Analizar y comprender la información del trabajo de campo encuadrándolo en la práctica sanitaria.

En el proceso de codificación de la información recogida se ha seguido un enfoque riguroso y sistemático para identificar patrones, temas y significados emergentes. Primero, se llevó a cabo una transcripción detallada de los diálogos y discusiones dentro de los grupos. Luego, se llevó a cabo una lectura minuciosa de las transcripciones para adquirir familiaridad con el contenido.

Después, se llevaron a cabo acciones para identificar las unidades de significado relevantes, fragmentando el texto en segmentos que contenían ideas, conceptos o temas clave. Estas unidades se agruparon y categorizaron en función de su similitud temática, empleando técnicas de codificación abierta para asegurar que se capturara la esencia del contenido.

Conforme avanzaba en el proceso de codificación, se buscaba constantemente conexiones entre las diferentes categorías y temas emergentes, permitiéndome una comprensión más reflexiva y profunda de los datos. Se fomentó la participación del grupo en la interpretación y análisis de los resultados, promoviendo un diálogo constructivo que enriqueció la comprensión de los hallazgos.

3. Conocer y desarrollar la información obtenida en sesión de alivio.

A continuación, se desarrollarán las interpretaciones conseguidas a través del estudio, comprensión y reflexión de los términos más importantes recogidos durante la investigación:

- El aislamiento del paciente contra la sociedad: se observó durante las sesiones que

había una asociación relevante entre el nivel de dolor que presentaba el paciente en ese momento, y la estrategia de afrontamiento basada en hacer caso omiso al dolor y aislarse del entorno, para así evitar pensar en ello y participar durante la sesión, entrando en un bucle de: a mayor dolor, mayor nivel de hermetismo.

Los pacientes hacen alusión durante las sesiones al aislamiento, con términos como: “*desamparado*”, “*naufrago*”, “*solo*” o “*abandonado*”, refieren sentirse apartados de su yo antiguo y excluidos de lo que ellos llaman “*su antigua vida*”. Siendo estos encuadrados en el código de: emociones negativas y quejas.

- He notado que la palabra fortaleza, la cual es una capacidad, se menciona sobre todo en las mujeres, cuando comentan que tienen que ser fuertes no solo para sobrellevar el dolor que sufren, sino para levantarse y seguir con su rutina diaria, ya que tienen hijos o familiares a los que atender, sumado a todo ello deben mostrar una fortaleza mental para ser capaces de ocultar ese sufrimiento; inciden mucho en que no pueden revelar a su familia, y entorno que están mal ya que son el punto de apoyo.
- Esconderse: Los pacientes admiten que de cierta forma se esconden, no solo de la gente, sino de sí mismos, lo que podría encuadrarse en la continua evasión de impulsos desde dentro y fuera del organismo, que están asociados con el dolor (37 p36). Esto coincide con uno de los grupos donde se encuadra según la DSM-5 el trastorno de estrés postraumático o TEPT, recogido también en el CIE-11 con código: 6B40 (12). Ya que esto les genera dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás.
- Con el anterior concepto de TEPT, se encuadra una de las palabras más repetidas en sesión, la culpa, pudiendo sentirse culpables por la carga que ellos creen que son a su familia. También comentan que el dolor les ha arrebatado su antiguo yo, y que en ocasiones paga su entorno más cercano el estado de ánimo negativo que experimentan.
- Una reflexión que consiguió que todos los pacientes opinaran de igual modo fue: “lo que quiero es que me comprendas, no que me compadezcas”. En este sentido se entrevé la necesidad que presenta el paciente de no ser tratado con pena, recurriendo así al paternalismo: Nos exigen ser tratados igual que a cualquier otro paciente, quitándose el estigma de persona inválida, incapaz, y sufridora, o el más

cruel de todos, el estigma de: quejica, vago y poco trabajador, que sufren al padecer fibromialgia o cualquier otro tipo de dolor crónico incapacitante.

Nos comentan como tarea pendiente al personal sanitario la empatía, mencionando que no es lo mismo compadecerse de ellos que, ser empáticos y ponernos en su lugar. Y es que según la RAE la empatía es: *la capacidad mental y afectiva de un sujeto para identificarse con el estado de ánimo de otro* (17).

- La añoranza sobre épocas pasadas, “*todos hemos sido felices alguna vez en la vida*”, esto lo podemos enfocar de dos maneras: Uno, de manera positiva al recordar momentos que nos den fuerzas, o dos, desde un punto más pesimista en el que buscan volver a ser como antes y se enfadan al no poder lograrlo debido a la enfermedad. Cuando lo toman de forma optimista bajo la frase: ha habido momentos buenos en el pasado, y ahora puedo tener momentos buenos, y en el futuro los tendré; ahí se encuadra el optimismo como motor del cambio, y en contra posición el argumento: “*lo que he sido yo antes y no lo volveré a ser*”, esto no es una actitud proactiva a la mejoría, sino una forma de estancamiento.

Hemos podido enlazar las 7 dimensiones temperamentales formuladas por Cloninger en su modelo de personalidad, y les pedimos que ellos mismos se identificaran con una de ellas, (búsqueda de novedad, dependencia de recompensa, evitación del daño, persistencia, autodirigido, cooperación y autotrascendencia). Recalcando que el temperamento se puede gestionar mediante el carácter, ya que el temperamento es biológico y el carácter es social, formando parte del patrón complejo del comportamiento humano (45, 46).

- El encasillamiento es una de las percepciones que más se ha detectado en varios grupos de pacientes, una vez tienen el diagnóstico de fibromialgia ellos nos comentan, que el personal sanitario y los médicos más concretamente, a cualquier dolor o síntoma lo encuadran en la enfermedad y no miran más allá, se sienten encasillados en el diagnóstico e ignorados.
- En una de las sesiones se trató la interacción social como un juego al que llamamos “el juego de la enfermedad” explicando que cuando tú empiezas un juego te conoces las reglas por las que se rige de antemano, pero con el tema del dolor primero empiezas a jugar y según vas jugando es la propia enfermedad la que te va a ir enseñando las reglas. En la interacción social todas las personas que juegan

tienen un rol que debemos tener en cuenta, este rol viene determinado por el entorno, y es social. En estos grupos de terapia los pacientes afirman que se “quitan” o “despojan” del rol de enfermo que siempre les define en el grupo o la familia; aquí, todos los jugadores, en este juego de enfermedad, están en igual de condiciones, y no es la enfermedad lo que les define o les hace especiales; al quitarse ese peso se sienten liberados, entendidos y comprendidos.

- Una crítica constante que hacen al personal sanitario es la deshumanización hacia su persona en el trato que reciben, se sienten “desahuciados” en el hecho, ya no solo que no se les trate como una persona, sino en palabras textuales, “los sanitarios se pasan la pelota entre ellos sin que nadie desde el inicio y hasta el fin les siga la evolución de su caso”. Los pacientes quieren que estes a su lado y los acompañes, que estes pendiente de novedades en el tratamiento, y desde enfermería en atención primaria se hagan visitas de seguimiento para conocer cómo va la evolución y como se encuentran.
- La paciencia hacia el dolor, hacia el trato que sufren, hacia cómo ha cambiado su vida, es un concepto empleado desde muchos ángulos como algo que les ha traído la enfermedad, desde mi punto de vista la paciencia en sí es, saber sobrellevar y con ello superar el sufrimiento. La palabra paciencia y paciente tienen la misma raíz del latín patiens de pati, cuyo significado según la RAE es: sufrir, padecer, tolerar (17), y es algo que los pacientes conocen muy bien.
- El termino vergüenza surgió mientras comentábamos que tan buenos eran en los idiomas extranjeros, de esta idea surge la confesión de un sentimiento de vergüenza que les encadenó y les encadena aún hoy en día. El miedo a no hacer algo por el sentimiento de vergüenza que se pueda sufrir, esto les condiciona y les coarta a no realizarlo aun no estando seguro de fallar.
- Posteriormente encadenaron el tema con el “*idioma extraterrestre*” que usan los sanitarios, para ellos igualmente llamado “*idioma de enfermedad*”; lo que quieren no es una pastilla que los cure, no exigen eso, saben que no tienen cura, que es crónico, pero quieren que se les explique qué pueden hacer o qué les está pasando de una forma entendible, para así poder comprenderlo, si lo comprenden podrían aceptarlo.
- Destrozado o abatido surge en una sesión en la que la climatología les había

afectado de manera considerable, ya que era una mañana muy fría y con mucha niebla, en ese momento les pedimos que usaran una palabra para definir su estado tanto físico como psicológico, el término que más resonó en la sala fue la frase “*hecho polvo*” y “*molido de dolor*”, fue entonces cuando echamos mano de los nudos hermenéuticos de sentido, utilizando el término “oro en polvo”, empleando la palabra “oro” la cual se define como un objeto valioso. También usamos el término kintsugi; técnica de origen japonés la cual se basa en arreglar las fracturas de las piezas de cerámica con barniz y polvo de oro, generando así un objeto de inmenso valor; esto responde a la filosofía de la resiliencia que es la capacidad de una persona para superar las adversidades o como se traduce en japonés esta técnica: el arte de cicatrizar con oro.

- La palabra trazar, este término el grupo lo asocia a algo negativo, explicándolo muy claramente que el hecho de no ver una mejoría o esperanza en su evolución no es lo que les impide trazar el futuro, lo que se lo impide es por ejemplo el no poder ni trazar un plan de fin de semana porque no saben si ese día lo podrán cumplir, ya que son la enfermedad y el dolor son los condicionantes que no les va a permitir cumplir con ese día de playa o en el peor de los casos, el poder salir de la cama, esta situación repetida en el tiempo hace que hayan perdido la ilusión que se asocia a este término de futuro.

En este punto, se intenta reforzar la toma de decisiones; si tú decides trazar un plan, “*eres tú quien decide*” arrebatándole así a la enfermedad el poder de decidir. Recalcar que al decidir estamos tomando las riendas de nuestra vida.

- En una de las últimas sesiones estábamos hablando de la incapacidad laboral, cómo se conseguía que pasos y requisitos se necesitan para su concesión, en ese momento es donde surgió el término: valorar, el ser valorados por un tribunal médico de incapacitación, donde se sienten juzgados lo describen como una experiencia de vulnerabilidad, se sienten vulnerables por su enfermedad, por la decisión que tomará ese tribunal, las repercusiones en su forma de vivir y de ganarse la vida, además de una inseguridad que viene dada por la incertidumbre.

Durante esta conversación uno de nuestros pacientes definió los tipos de médicos que le habían tocado a lo largo de su vida en dos subtipos: “*el médico de hotel*” que son aquellos que te ven una o dos veces (suelen ser especialistas) y ya

no te vuelven a ver, y “*los médicos de casa*” más concretamente los de atención primaria o como dicen ellos “*los de familia*”, que te llevan de la mano y siguen tu trayectoria.

- En ocasiones inconscientemente ellos cuando hablan del tratamiento emplean mucho la frase: “me mandan”, cuando esto ocurre es porque tú tienes una dependencia, en este caso del personal sanitario, asumiendo de este modo el rol de sumiso, de persona enferma pasiva, y no el rol de paciente activo, responsable de su salud; siendo esto un punto de reflexión en el que se incide mucho.
- Una mañana al finalizar la sesión se hizo alusión al tiempo de espera para un resultado o diagnóstico, cuando les preguntas: “¿*Qué les genera eso?*”, la respuesta es unánime, incertidumbre. Una incertidumbre que no les ayuda en nada, no saben si lo que tienen es producto de su enfermedad o puede ser otra cosa, quieren un diagnóstico rápido, pero un diagnóstico que sea conciso, exacto. Justifican esta demanda como un paso para poder concienciarse de si hay una cura o un tratamiento, afirmaron que quieren respuestas, aunque no les guste, prefieren tener certeza de su situación en un tiempo razonable.
- El miedo: nada más natural y aterrador es la sensación que los pacientes padecen cuando temen empeorar y esto les impide realizar cualquier actividad que pueda generar una mejor, esto puede sonar contradictorio pero cuando les propones realizar algún deporte que mitigue su sintomatología la mayoría te comenta que lo han intentado, que ha surgido efecto pero que en cuanto lo han dejado ha sido peor; afirman que prefieren estar en el mismo nivel de dolor al que están acostumbrados antes de intentar hacer una terapia que les disminuya su dolor, debido a que se acostumbran a un nivel más bajo de dolor, y cuando cesa la actividad esta deja de surtir efecto, volviendo al umbral de dolor más alto, algo no quieren soportar porque les frustra.
- Ahondando en el párrafo anterior, se dejan entrever dos términos: mejoría e indefensión aprendida, para no sufrir el golpe de perder todo lo mejorado con los avances realizados se quedan estancados en ese nivel dolor conocido. Es en este punto donde se debe intentar abrir el frente que les haga ver que cualquier logro por mínimo que sea les ayuda a estar mejor, eso es un avance, aunque luego se produzca un pequeño retroceso, esa ganancia ya la han logrado, se la han

arrebatado a la enfermedad y pueden volver a hacerlo.

4. Elaborar un listado de recomendaciones para los cuidados de enfermería en la población diana.

Listado de recomendaciones:

- No reforzar/premiar los patrones de conducta de enfermedad, esto consiste en restringir las conductas de enfermedad y reforzar las de salud.
- Utilizar la evocación de los recuerdos felices del pasado como medio de expresión de emociones positivas.
- Hablar del dolor, así como de su vida presente, pasada y en última estancia pensar en su futuro de tal forma que eviten identificarse con el rol del enfermo.
- Emplear como monitores vivenciales, confidentes y consejeros de los pacientes a los agentes de salud, estos son pacientes que han acudido durante un tiempo a sesiones de terapia y están recuperados desde el punto de vista anímico, empleándolos
- Hacer alusión a algún momento importante de su vida que les haya devuelto la ilusión, o por el contrario un encuentro con la muerte que les haya servido de punto de inflexión, incidiremos en estas vivencias como motivadores de cambio.
- Encontrar sentido a la vida, que les ayude a sobrellevar la enfermedad y si no, construirse ellos su propio destino.

El psiquiatra y padre de la logoterapia Don Viktor Emil Frankl habla de ello en su libro: *El hombre en busca de sentido*, donde el autor explora la construcción del sentido, lo que implica encontrar un propósito y un significado en base a las experiencias vividas en medio de la adversidad y el dolor, gracias a la capacidad de trascender las dificultades (47).

- Ser pacientes y no forzar: la paciencia es un requisito para dar sentido al sufrimiento, y con ello sanarlo.
- Emplear diversas actividades para promover la aceptación y adaptación a la enfermedad, mediante la organización y ejecución de actividades que estén alineadas con los valores individuales, tales como compartir momentos con seres queridos, dedicarse a pasatiempos o participar en actividades comunitarias.

- Ayudar a los participantes a que acepten el dolor como una parte inevitable de sus vidas, resistirse aumenta el sufrimiento, debemos explorar la posibilidad de aceptar el dolor y esas sensaciones sin juzgarlas.
- Emplear el autodescubrimiento y la clarificación de valores, el paciente debe realizar una introspección sobre su identidad y sus valores personales. Debe cuestionarse qué tipo de persona aspira a ser, qué aspectos considera realmente valiosos en su vida, y qué valores influyen en sus decisiones y actuaciones.
- Usar la hermenéutica en terapia basada en la interpretación de los textos bíblicos para intentar conseguir lazos de sentido a través de las palabras.
- Adoptar un enfoque de pensamiento positivo y encontrar un valor positivo o bueno incluso en eventos adversos; empleando la autoafirmación positiva como táctica cognitiva de afrontamiento para disminuir la respuesta emocional, percibiendo el dolor como una oportunidad de crecimiento espiritual o personal.

7. DISCUSIÓN

7.1. LIMITACIONES.

Durante el proceso de recolección de datos las dificultades encontradas fueron:

- Faltas debidas a dificultades cognitivas.
- Retrasos en la asistencia a la hora acordada.
- Ausentismo justificado debido a dolor u otras causas.
- Periodo de recogida de datos limitado.

7.2. FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN:

Este trabajo se enmarca en la línea de investigación de psiquiatría del dolor y de la experiencia corporal de la (UDOVA) (investigador principal Dr. Martín Lorenzo Vargas) y se propone la implantación de grupos de alivio al dolor en AP.

En un enfoque a largo plazo, resulta relevante investigar los grupos los grupos de apoyo mutuo que se forman entre los participantes de la Grupoterapia de Alivio y Recuperación. Además, sería conveniente analizar los grupos de apoyo en contextos

comunitarios, examinando las dificultades, aspectos innovadores identificados y la percepción de ayuda. Para lograr una implementación efectiva, es fundamental ejecutar estas acciones en centros de atención primaria, donde se crearán los grupos, se proyectarán las recomendaciones y se analizarán los resultados de investigación.

8. CONCLUSIONES

Atendiendo al enfoque cualitativo de este trabajo, parece claro que el lenguaje es el vehículo principal mediante el cual se obtiene la información. Es a través del dialogo y el intercambio verbal entre el investigador y los participantes donde se genera un discurso, el cual, no surge en un entorno artificial como puede darse en un laboratorio, sino que se arraiga en el contexto de la vida diaria de las personas y la interacción que se establece entre ellos.

Este trabajo final de grado ha puesto de manifiesto la importancia crucial de la investigación cualitativa en el ámbito de la enfermería. A través de su aplicación, hemos podido acceder a una riqueza de datos que, de otro modo, permanecerían ocultos y no serían captados por métodos cuantitativos tradicionales. La investigación cualitativa nos permite explorar las experiencias vividas, las percepciones y las realidades complejas de los pacientes, ofreciendo una visión holística e integral de su tratamiento.

La implementación de los grupos de terapia propuestos en este estudio en la atención primaria, podría tener un impacto significativo en la salud emocional de los pacientes. Al proporcionar un espacio de apoyo y comprensión, se espera que muchos de los términos actualmente codificados como quejas o sentimientos negativos disminuyan. Esto se debe a que el paciente se sentiría más acompañado y comprendido en su proceso de enfermedad y recuperación, reduciendo así la sensación de abandono y mejorando su calidad de vida desde atención primaria.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain [Internet]. 2020 [citado el 26 de noviembre de 2024];161(9):1976–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
- (2) Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf>
- (3) Andrews P, Steultjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: A systematic review. Eur J Pain [Internet]. 2018 [citado el 16 de noviembre de 2023];22(1):5–18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28815801/>
- (4) El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, LeQuang JAK, Pergolizzi JV, Christo PJ. Management of musculoskeletal pain: An update with emphasis on chronic musculoskeletal pain. Pain Ther [Internet]. 2021 [citado el 16 de noviembre de 2023];10(1):181–209. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40122-021-00235-2>
- (5) Nieto Ramiro M^a F, Gruposoterapia de alivio y recuperación en personas con dolor crónico y trastornos afectivos. Universitat Jaume I; 2022. [citado el 18 de noviembre de 2023]; Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234>.
- (6) Gil A, Layunta y L. Íñiguez B. Dolor crónico y construccionismo. [Internet]. Www.uv.es. [citado el 28 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-3.pdf>.
- (7) Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020; Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf>
- (8) Vargas ML. El dolor: un problema complejo de salud. [Internet]. Sobreruedas, 113, p. 31-35, 2023. [citado el 12 de diciembre de 2023]; Disponible en: https://siidon.guttmann.com/files/sr_113_siidon_vargas_5.pdf.
- (9) Jensen TS, Gebhart GF. New pain terminology: A work in progress. Pain [Internet]. 2008 [citado el 16 de marzo de 2024];140(3):399–400. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19004550/>
- (10) Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet. 2021; 397(10289), 2098-2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
- (11) Ferro Galardi I. Dolor crónico músculo-esquelético y sesgos de género. Revisión sistemática con una perspectiva enfermera. Universidad de Valladolid; 2023. [citado el 18 de noviembre de 2023].

- 2023]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/60039>
- (12) Herramienta de codificación de la CIE-11 [Internet]. Who.int. [citado el 17 de marzo de 2024]. Disponible en: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/es/release
- (13) Singer M. Reinventando la Antropología Médica: hacia un realineamiento crítico. Social Science & Medicine, [Internet]. 1990 [citado el 2 febrero de 2024]; 30(2):179-87. Disponible en: Pergamon Press. (Traducción C. Lourido).
- (14) Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. 393-414 p.
- (15) Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 17 de marzo de 2024]; 21(1):16–22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci_arttext
- (16) Alonso Babarro A. La importancia de evaluar adecuadamente el dolor. Aten Primaria [Internet]. 2011;43(11):575–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.003>
- (17) Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario. España. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española. 2023. Proactividad; Disponible en: <https://dle.rae.es/proactividad>
- (18) Araújo de Carvalho E, Tércio das Neves Júnior T, Alves Nogueira IL, Silva CJ de A, Rêgo de Queiroz AA, Paiva de Menezes RM. Autocuidado de usuários com doenças crônicas na atenção primária à luz da teoria de Orem. Enferm Glob [Internet]. 2022 [citado el 2 de abril de 2024];21(4):172–215. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400006
- (19) Guía completa de educación para la salud en enfermería: formación, consejos y recursos [Internet]. Ser.Enfermera; 2023 [citado el 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://serenfermera.com/educacion-para-la-salud-en-enfermeria-formacion/>
- (20) Velázquez N. Que Es La Educación En La Enfermería [Internet]. Educar INFO. 2023 [citado el 1 de abril de 2024]. Disponible en: <https://educarinfo.com/que-es-la-educacion-en-la-enfermeria/>
- (21) Soto P, Masalan P, Barrios S. LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. Rev. médica Clín Las Condes [Internet]. [citado el 3 de marzo de 2024]. 2018;29(3):288–300. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>
- (22) González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enferm Clin [Internet]. [citado el 3 de marzo de 2024]. 2014;24(1):67–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>

- (23) Naz, S. (2017). Application of Dorothea Orem's theory into nursing practice. Researchgate.net. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sehrish-Naz/publication/354089402_9_APPLICATION_OF_DOROTHEA_OREM'S_THEORY_INT_O_NURSING_PRACTICE/links/6124817c169a1a0103200c26/9-APPLICATION-OF-DOROTHEA-OREMS-THEORY-INTO-NURSING-PRACTICE.pdf
- (24) Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. Nurs Forum [Internet]. 2022;57(3):480–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12696>
- (25) Yip JYC. Theory-based advanced nursing practice: A practice update on the application of Orem's self-care deficit nursing theory. SAGE Open Nurs [Internet]. 2021 [citado el 2 de abril de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/23779608211011993>
- (26) Morán-Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? Enferm Univ [Internet]. 2017;14(4):219–23. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/5/4>
- (27) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [Internet]. NANDA International; 2021 [citado 16 febrero 2024] Disponible en: [NNNConsult](https://nanda.org/)
- (28) García-Pérez S, Sánchez-Piedra CA, Sarria-Santamera A. Atención centrada en el paciente: España, todavía queda por hacer. Aten Primaria [Internet]. 2013; [citado el 12 febrero de 2024]; 45(6): 333–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.012>
- (29) Hurwitz B, Charon R. A narrative future for health care. Lancet [Internet]. 2013 [citado el 28 febrero de 2024]; 381(9881): 1886–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61129-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61129-0)
- (30) Urdy-Fernández D, Cuba-Fuentes MS. Medicina narrativa. An Fac Med (Lima Peru: 1990) [Internet]. 2019; 80(1): 109–13. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a20v80n1.pdf>
- (31) Peraza de Aparicio C.X, Nicolalde Vázquez M. I. El pensamiento de Leininger y la vinculación con la sociedad [Internet]. Recimundo.com. [citado el 12d de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1928/2404>
- (32) da Silva, E. R., de Alencar, E. B, Dias, E. A., da Rocha, L. C., & de Carvalho, S. C. M. (2021). Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. Revista Electrónica Acervo Saúde, 13(2). Disponible en:
- (33) Charon R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine. Can Fam Physician [Internet]. 2007 [citado el 28 de febrero de 2024]; 53(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872831/>
- (34) Fernández MA. "El hombre no tiene naturaleza". Un examen de la metafísica orteguiana/[en] "Man has no nature." An exam of Orteguian metaphysics. Rev Filosofía. Junio 2020 ;45 (1).

- [citado el 5 abril de 2024]. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?p=IFME&u=anon~cb90c006&id=GALE|A625583011&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=a48dfed3>.
- (35) Ruiz Bugarin CL. Narrativa de enfermería: dejando ir a Doña Paula. Ene [Internet]. 2015 [citado el 28 de febrero de 2024]; 9(2): 0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200009
 - (36) Albarrán LLB. Intervención psicológica en el dolor crónico [Internet]. Top Doctors. 2023 [citado el 3 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/intervencion-psicologica-en-el-dolor-cronico-abordaje-grupal-como-alternativa-efectiva>
 - (37) Serrano-Ibáñez, ER. Implicación de los sistemas de inhibición y de aproximación conductual en la experiencia de dolor crónico con o sin comorbilidad con síntomas de estrés postraumático. Tesis Doctoral Internacional [International PhD tesis]. Málaga 2018. Uma.es. [citado el 2 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/17390/TD_SERRANO_IBANEZ_Elena_Rocio.pdf
 - (38) Pujadas J, Comas d'Argemir D, Roca I Girona J. Etnografía [Internet]. UOC; 2011 [citado el 2 de abril de 2024]. 60-61. Disponible en: <https://inaltera.org/doc/etnografia-pujadas.pdf#La%20etnograf%C3%ADa%20como%20proceso%20de%20investigaci%C3%B3n.%20La%20experiencia%20del%20trabajo%20de%20campo>
 - (39) Almendro Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín T del. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2011 [citado el 3 de abril de 2024]; p 226. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200003
 - (40) Moix J, Casado Ma. I. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. Clin Salud [Internet]. 2011 [citado el 3 de abril de 2024];22(1):41–50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003
 - (41) Wilson KG, Luciano Soriano M.^a C. Terapia de aceptación y compromiso. Madrid. 2002. Dialnet.es. [citado el 3 de abril de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=232618#:~:text=Se%20trata%20de%20una%20terapia%20novedosa%20que%20ha,de%20centrarse%20en%20la%20mera%20reducci%C3%B3n%20de%20s%C3%ADntomas>
 - (42) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI). Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2021. [citado el 17 marzo 2024]. Disponible en: [Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS 2021.pdf \(sanidad.gob.es\)](Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS 2021.pdf (sanidad.gob.es))
 - (43) De actuación I de E y. LP. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional

- de Salud [Internet]. Gob.es. [citado el 2 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en el SNS 2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf)
- (44) Almendro Marín MT, Clariana Martín SM, Hernández Cofiño S, Rodríguez Campos C, Camarero Miguel B, Río Martín T del. Programa de atención psicológica al dolor crónico: El reto de un afrontamiento activo. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2011 [citado el 3 de abril de 2024]; p 226. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000200003
- (45) Cloninger CR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1993 [citado el 15 de abril de 2024];50(12):975. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8250684/>
- (46) Modelo de Cloninger [Internet]. Kibbutz Psicología. Kibbutz-Psicología; 2023 [citado el 15 de abril de 2024]. Disponible en: <https://kibbutzpsicologia.com/glossary/modelo-de-cloninger/>
- (47) Frankl VE. El Hombre en Busca de Sentido. Herder Editorial; 2015. [citado el 10 de abril de 2024]. ISBN: 9788425432026.