

**“Dolor crónico no oncológico (DCNO) y Trabajo Social Sanitario.
Una experiencia práctica de intervención grupal
en atención primaria de salud”**

**“Chronic non-oncological pain and health social work.
A practical experience to social group care in primary health care”**

Modalidad: Intervención profesional del Trabajo Social

Aránzazu Rodríguez Jover
Trabajadora Social Sanitaria.

Resumen

El Trabajo Social Sanitario realiza intervenciones individuales, grupales y comunitarias con diferentes colectivos, como personas con DCNO. El PAI (Proceso Asistencia Integrado) del DCNO del Servicio Andaluz de Salud (SAS) establece que colaboramos en la elaboración del Plan Terapéutico Integral Individualizado (PTI) implementando también actuaciones relacionadas con otras Estrategias: Seguridad del Paciente, Stop Benzodiacepinas, Hábitos de vida saludable... En las UGC (Unidad de Gestión Clínica) del Distrito Guadalquivir y del Área Sanitaria Norte de Almería, me han derivado pacientes con DCNO para intervenciones grupales porque mejoran su salud y previenen la aparición de nuevos problemas de salud: reducen la tasa de morbilidad. Este artículo recoge una propuesta metodológica fundamentada en la praxis que evidencia beneficios para pacientes y requiere conocer un lenguaje común relacionado con el DCNO.

Summary:

Health Social Work carries out individual, group and community interventions with different groups, such as people with DCNO. The Integrated Care Process (PAI) for DCNO of the Andalusian Health Service (SAS) establishes that we collaborate in the development of the Individualized Comprehensive Therapeutic Plan (PTI), also implementing actions related to other Strategies: Patient Safety, Stop Benzodiazepines, Healthy Lifestyle Habits... In the Clinical Management Unit (UGC) of the Guadalquivir District and North Health Area of Almería, I have been referred patients with DCNO for group interventions because they improve their health and prevent the appearance of new health problems: they reduce the morbidity rate. This article presents a methodological proposal based on practical experience that demonstrates benefits for patients and requires knowledge of a common language related to DCNO.

Palabras clave:

Determinantes de la salud, activos de salud, salutogénesis, promoción de la salud, Trabajo Social Sanitario Grupal.

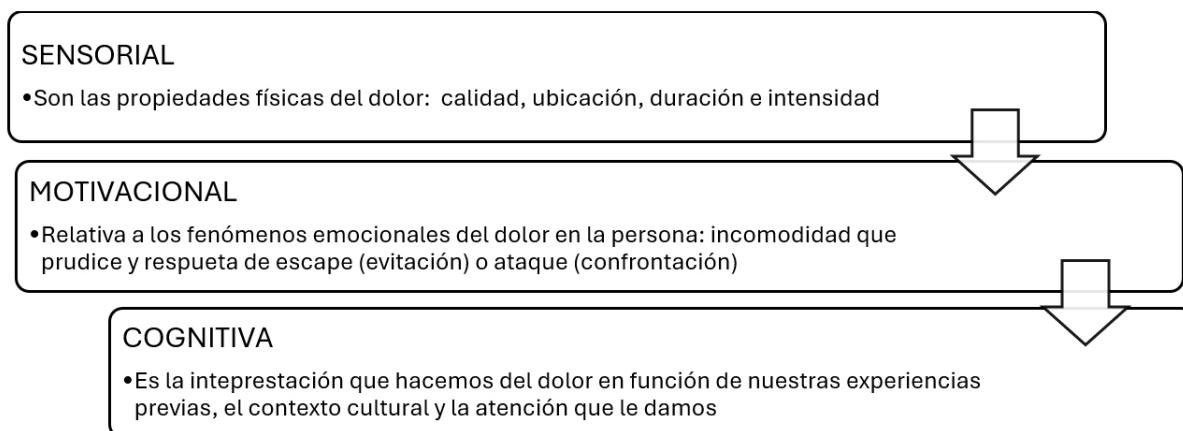
1. INTRODUCCIÓN: COMPRENDIENDO EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO (DCNO)

Existen múltiples definiciones de DCNO, pero la más aceptada es la elaborada en 2020 por la IASP¹ (Pérez Fuentes, J. 2020, p 233): “Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” que además se caracteriza por:

- Ser un fenómeno subjetivo relacionado con una experiencia somato- psíquica de carácter multidisciplinar y subjetiva: la única persona que puede informar con precisión es el paciente
- Poder existir aun cuando exista una imposibilidad de verbalizarlo
- No estar causado en todas las situaciones por un daño fisiológico: pueden existir razones de naturaleza psicosocial / emocionales...

En la definición elaborada por la IASP tuvo gran importancia la Teoría de la Compuerta (Melzack y Patrick Wall), en la que se indica que el Dolor se compone de 3 dimensiones (Martín, Y. P., Muñoz, M. P., Ares, D. G., Gallardo, I. F., & Costa, I. R. 2020, p 268):

Figura 1



1 IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor

El DCNO afecta al completo bienestar bio-psicosocial, reduce la CVRS² e incide negativamente en los determinantes de la salud:

- Aumenta el absentismo laboral, ocasiona situaciones de desempleo, pérdida de ingresos económicos...
- Genera gran sufrimiento al paciente y sus allegados/as, existiendo un elevado riesgo de adicción al tratamiento farmacológico con psicótropicos u otros opioides de prescripción médica³ así como al consumo de benzodiacepinas
- Ocasiona una hiperfrecuentación de consultas médicas (representa el 50% de las consultas de Atención Primaria) y un aumento de los ingresos hospitalarios, así como situaciones de discapacidad y/o incapacidad laboral

La valoración diagnóstica del dolor analiza la duración, curso y/o intensidad, así como su procedencia analizando y valorando aspectos del dolor emocional: padecimiento psicoafectivo asociado a emociones de antipatía o aversión originadas bien por un dolor fisiológico – biológico bien por una somatización⁴. El proceso diagnóstico conlleva una exploración física, pruebas complementarias y la utilización de escalas que podemos agrupar en:

- Escalas unidimensionales, recogen la intensidad del dolor como única variable. Entre las escalas utilizadas se encuentra la Escala de Categoría Verbal, Escala Numérica Verbal, Escala Visual Analógica (EVA o VAS) y la Escala de expresión facial, conocida como Escala de caras de Wong – Baker y como Escala de caras pintadas.
- Escalas multidimensionales, valoran aspectos relacionados con el afrontamiento del dolor, su afectación a la CVRS y el dolor emocional⁵.

El tratamiento farmacológico para el DCNO conlleva diversos riesgos para la salud: aumento del riesgo de padecer enfermedades neurológicas degenerativas⁶, de padecer interacciones medicamentosas, así como de padecer una escalada farmacológica que

.....
2 CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

3 Riegner, G., Dean, J., Wager, T. D., Zeidan, F., & Zeidan, F. Mindfulness meditation and placebo modulate distinct multivariate neural signatures to reduce pain; establecen que las mujeres son biológicamente menos sensibles a los opioides por lo que necesitan tomar más para experimentar un alivio del dolor puesto que las mujeres dependen de mecanismos no opioides para reducir el dolor.

4 La somatización es la expresión de fenómenos mentales en forma de síntomas físicos que el CIE-10 encuadran dentro de lo que se denomina “Trastornos somatomorfos”.

5 Pinzón, P.V, Pérez I-P & Vernaza, C. A (2019:149) establecen que “el umbral del dolor crónico depende de las emociones y se asocia con estados de depresión y ansiedad”

6 Diversos estudios como el publicado en Infosalud (14 de agosto de 2023): Un estudio demuestra mayor riesgo de diagnóstico de demencia y exposición a benzodiacepinas en ancianos con ansiedad url: <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-estudio-observa-mayor-riesgo-diagnostico-demencia-exposicion-benzodiacepinas-ancianos-ansiedad-20230814113201.html>; o el estudio publicado en Gaceta Médica (8 de agosto de 2023): Un estudio asocia las benzodiacepinas y la ansiedad en personas mayores con mayores riesgos de demencia. Url: <https://gacetamedica.com/investigacion/un-estudio-asocia-las-benzodiazepinas-y-la-ansiedad-en-personas-mayores-con-un-mayor-riesgo-de-demencia/>

puede ocasionar una adicción⁷. En relación con las adicciones, las personas profesionales del Trabajo Social Sanitario ejercemos como terapeutas / coterapeutas en diversos recursos sanitarios, como son:

- Las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental y sus los diversos dispositivos asistenciales que las componen, en las que intervenimos con pacientes con patología dual.
- Los diferentes recursos establecidos en normas autonómicas promulgadas relacionadas con la prevención y asistencia en materia de adicciones, como es la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas de Andalucía, en los que realizamos actuaciones relacionadas con la prevención, rehabilitación y reincorporación social, así como actuaciones de naturaleza asistencial que incluyen funciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, desintoxicación y deshabituación. Además, en las derivaciones terapéuticas efectuadas desde el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones se exige un informe social, utilizando para su elaboración el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASSDA), que aporta información complementaria a la aportada por personal facultativo y del ámbito de la psicología.
- El ámbito de la intervención tabáquica, donde ejercemos como terapeutas en intervenciones avanzadas en tabaquismo, formándonos para ello en los cursos de formación continua destinados a profesionales del ámbito sanitario que realizan entidades sanitarias como es el Instituto de Salud Carlos III.

2. FUNDAMENTACIÓN: LOS BENEFICIOS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO GRUPAL

Las intervenciones en DCNO se realizan por un equipo multidisciplinar (Carrascal, R., Tejedor, A., & Sánchez, J. 2020 p 43) compuesto por “trabajadores sociales” que trabajan desde una perspectiva conjunta de colaboración para mejorar el abordaje del paciente con DCNO.

Diversos estudios consideran que el tratamiento del DCNO tiene que llevar aparejado intervenciones de naturaleza NO farmacológica que incluyan actuaciones de promoción y educación para la salud, que implementan un enfoque salutogénico basado en activos de salud, donde se indica los beneficios de realizar cambios en los hábitos de vida para:

- Favorecer el autocontrol personal relacionado con el consumo de sustancias para eliminar las consecuencias negativas asociadas al consumo de sustancias y/o comportamientos que generan adicción

.....

7 Los fármacos prescritos son considerados fármacos de riesgo para las adicciones tal y como pone de manifiesto el Convenio sobre sustancias psicotrópicas (ratificado por España en 1973) o el CIE -10, el cual al regular los trastornos mentales y del comportamiento establece diagnósticos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como son los trastornos relacionados con el consumo de opiáceos (F11) y los trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (F13).

- Incidan en los determinantes sociales de la salud movilizando la capacidad latente de las personas, reorganizando recursos pre-existentes y/o creando nuevos recursos personales y/o sociales que contribuyan a que las personas alcancen su potencialidad, mejoren sus aptitudes y relaciones sociales e, inclusive, restauren relaciones sociales deterioradas

El Trabajo Social Sanitario persigue la reubicación personal y familiar de los cambios acontecidos en un proceso de salud o fallecimiento, existiendo una relación de ayuda caracterizada por el contacto personal, la comprensión, el soporte emocional y el apoyo para facilitar:

- La recuperación
- La normalización
- La adaptación social
- El aumento de la autonomía personal
- La toma de decisiones
- El aumento de la salud y, por ende, de la calidad de vida

Para alcanzar estos objetivos, el Trabajo Social Sanitario implementa intervenciones individuales, grupales y/o comunitarias al considerar que las personas son sujetos activos con recursos protectores de la salud (activos de salud) que pueden adquirirse y modificarse puesto que la persona es un ser social que evoluciona mediante la interacción – socialización, perdiendo o adquiriendo conductas y hábitos que determinan su bienestar.

Profesionales del Trabajo Social como M.E Richmond⁸, Grace Coyle⁹, Gisela Konopka¹⁰ o Ander-Egg¹¹ consideran que los grupos organizados pueden mejorar las condiciones de vida de las personas, compensan los sentimientos de aislamiento social y soledad y, además, favorecen el crecimiento personal; razón por la cual desde 1946 la Asociación Americana del Trabajo Social forma parte de la Asociación Americana para el Estudio del Trabajo de Grupo (AAETG).

.....
8 M.E.Richmond, además de sistematizar el casework realizó aportaciones relacionadas con el nivel grupal en 1907 cuando publica “The good neighbour in the modern city” donde indica la importancia de la ayuda mutua y de los beneficios que conlleva la vinculación social y la existencia de una red de apoyo en la intervención transformadora

9 Grace Coyle inició la formación en Trabajo Social Grupal en 1920 en la Escuela de Ciencias Aplicadas de la Universidad de Western Reserve en Ohio. Esta Escuela / Universidad reconoció el grado de maestría en 1926 a las personas que cursaron el Group Service. Coyle indica en 1935 que es una intervención que persigue el crecimiento personal del individuo, y su ajuste mediante la experiencia de grupo, el desarrollo del grupo hacia fines específicos y la acción social, cambio social o cambio de la sociedad por la experiencia del grupo.

10 Gisela Konopka (1963): “El Trabajo Social Grupal es un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad”.

11 Ander – Egg (2009) indica que es uno de los métodos clásicos de la profesión del Trabajo Social en el que se utiliza a los grupos para “ayudar a que los individuos miembros puedan satisfacer sus necesidades psicosociales y progresar desde el punto de vista emotivo e intelectual de modo que puedan alcanzar los objetivos del grupo y contribuir a un mejor funcionamiento de la sociedad”

El método del Trabajo Social Grupal implementa actividades de diversa naturaleza, inclusive de naturaleza informal o de ocio que otorgan al ocio una función terapéutica¹² de crecimiento / desarrollo personal, y que motivan que autores como Kisnerman consideren que dentro de los grupal orientados al crecimiento personal se encuentran los grupos recreativos formales, informales o de desarrollo de habilidades.

El Trabajo Social Grupal Sanitario facilita tanto la exploración de emociones, sentimientos, pensamientos catastróficos, etc; como la mejora de las reacciones emocionales, los recursos ambientales (red de apoyo) y recursos personales al dotar de habilidades para afrontar las dificultades de la vida diaria. Por tanto, aporta factores protectores de la salud que inciden positivamente en el dolor emocional, tolerancia – ineficiencia farmacológica, reducción de actividades de ocio, trastornos del sueño... en definitiva que mejoran la salud y calidad de vida tal y como demuestran los siguientes ejemplos:

Situación 1: María practicaba deporte hasta que sufrió un accidente de tráfico que le ocasionó limitaciones para realizar ABVD¹³ y AVD¹⁴ y tiene emociones desagradables: enfado, ira, envidia, tristeza y dolor; que se retroalimentan y modifican su interacción social. La intervención salutogénica muestra una nueva realidad que modifica emociones, percepciones, actitudes y aptitudes de afrontamiento y fomenta la aceptación de su nuevo estado de salud capacitando, por ejemplo, sobre deporte inclusivo.

Situación 2: María vivía en un tercero sin ascensor y entraba y salía de su vivienda de manera autónoma, tras el accidente necesita que no existan barreras arquitectónicas. Informando de recursos mejoramos el bienestar de María.

Desde el Trabajo Social Sanitario Grupal se implementan intervenciones de naturaleza Socioterapéutica¹⁵ y Socioeducativa¹⁶ reconocidas y validadas por el propio Sistema Sanitario Público, siendo un ejemplo de ello la aprobación de la Estrategia GRUSE¹⁷ la cual ha ido evolucionando formando parte del: Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la

.....
12 Rodríguez Jover, indica que “el ocio terapéutico vendría definido por el uso de actividades recreativas para producir un efecto terapéutico en las esferas social, física, emocional y cognitiva, de individuos que tienen necesidades especiales.”

13 ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

14 AVD: Actividades de la Vida Diaria

15 Se utilizan para tratar aquellos aspectos que conflictúan y producen sufrimiento a las personas, o les impide desarrollar sus capacidades, afectos, relaciones y responsabilidades sociales. La intervención socioterapéutica va dirigida a mejorar las vivencias y la participación social de una persona, lo cual implica un desarrollo de las capacidades personales para enfrentarse consigo mismo y con el entorno: grupos de padres de hijos que presentan problemas diversos, grupos de mujeres para aumentar su autoestima e independencia, grupos de personas que a causa de una enfermedad tienen que modificar sus hábitos de vida, etc.

16 Persiguen el desarrollo, adquisición de hábitos, comportamientos y funciones, que por distintas causas, no forman parte del repertorio comportamental de los miembros del grupo. La adquisición de estas capacidades, llamadas también habilidades, puede representar un progreso personal, o bien evitar un proceso de deterioro y marginación social: Grupos para la integración laboral y social, grupos de refugiados que han sufrido muchas pérdidas, grupos con personas que deben abandonar una institución penitenciaria u hospitalaria.

17 La estrategia GRUSE que reconoce que las Intervenciones del Trabajo Social Sanitario Grupal de naturaleza Socio-educativa son una alternativa a la medicalización de problemas de la vida diaria que generan malestar emocional, por considerar que un enfoque salutogénico y de igualdad de género “promueve la salud entre personas con síntomas de malestar que no se explican con una enfermedad y que necesitan de herramientas y habilidades para enfrentarse a las situaciones adversas de la vida cotidiana”

Violencia de Género para facilitar el tránsito de ISMT¹⁸ a CMT¹⁹ y para mejorar el bienestar emocional y aumentar el empoderamiento de las víctimas, la Campaña Benzostopjuntos del SAS²⁰ o la Estrategia de Promoción de una vida saludable en Andalucía.

Por otro lado, indicar que diversos estudios han puesto de manifiesto que el dolor está condicionado por determinantes biológicos de la salud, existiendo diferencias basadas en el sexo relacionadas con el procesamiento del dolor que requieren adaptar el tratamiento del dolor al sexo de la persona. Las investigaciones médicas han puesto de manifiesto que las mujeres dependen de mecanismos NO opioides para reducir el dolor por lo que son más propensas a volverse adictas a los opioides farmacológicos por necesitar una mayor dosis para obtener el efecto deseado.

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL DESTINADA A PACIENTES CON DCNO

El dolor tiene diversas dimensiones existiendo factores psicosociales abordables desde el Trabajo Social Sanitario Grupal, con la finalidad de **promover la salud, el bienestar personal y contribuir al pleno ejercicio de las capacidades**. Esta finalidad se alcanza mediante el logro de los siguientes objetivos indicados a continuación:

- **Objetivos General:** Fomentar modos de vida saludables que prolonguen y mejoren la calidad de vida, promoviendo la sensibilización y educación en la protección de la salud, así como en la preservación y mejora de la calidad de vida.
- **Objetivo específico 1:** Crear un espacio de encuentro grupal, de autoconocimiento y autoayuda en el que se reflexiona sobre las situaciones en las que el dolor afecta a su bienestar emocional y la relación existente entre una disminución de este último y un aumento del dolor
- **Objetivo específico 2:** Colaborar, junto con el resto de profesionales que componen el EBAP²¹, en el impulso de la promoción de la salud fomentando actividades de prevención primaria y secundaria dentro del continuo salud -enfermedad que promocionan el uso racional del medicamento y la gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica y, por tanto, previenen el abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas de origen farmacológico

.....

18 Indicador de Sospecha de Maltrato, se establece este código diagnóstico cuando una mujer presenta indicadores de ser víctima de Violencia de Género aun cuando la mujer no lo confirma ni existen indicadores biológicos que permitan al personal facultativo elaborar un parte de agresiones. La información puede obtenerse al pasar las escalas de cribado que pueden implementar todos los profesionales del Equipo básico de Atención Primaria (incluido Trabajo Social) o de atención especializada (incluye también al Trabajo Social)

19 Confirmación de Maltrato, se establece este código diagnóstico cuando existen indicadores biológicos que permiten al personal facultativo elaborar un parte de agresiones o cuando la mujer denuncia la situación de violencia de género en alguna consulta del SAS, inclusive la de Trabajo Social.

20 Reconocida como práctica segura de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Persigue fomentar el buen uso de las benzodiacepinas, mejorar el conocimiento de la ciudadanía sobre estos fármacos y disminuir la dependencia. La intervención está destinada a pacientes que presentan un uso crónico de benzodiacepinas para tratar la ansiedad y/o el insomnio.

21 EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria.

Metas:

- Articular actuaciones de ayuda mutua que faciliten y fomenten habilidades sociales de comunicación emocionales: expresión del malestar que ocasiona no poder realizar diversas AVD como consecuencia del DCNO
 - Promover el empoderamiento de los integrantes del grupo, descubriendo las habilidades y actitudes personales de adaptación y superación elevando la autoestima y su seguridad personal mediante la reflexión sobre recursos personales, familiares y sociales necesarios para afrontar la nueva realidad
 - Reforzar las competencias relacionadas con los cuidados / autocuidados, fomentando la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento, de habilidades y experiencias consideradas protectoras que facilitan afrontar la nueva realidad: asertividad, control de impulsos, habilidades sociales de comunicación, pensamientos positivos, resolución de problemas...
 - Desarrollar en las personas participantes estrategias tendentes reducir el consumo farmacológico en pacientes con dolor crónico, en coordinación con el personal facultativo, potenciando la corresponsabilidad de las/os pacientes y fomentando la reflexión sobre conductas de riesgo asociadas al estrés ocasionado por el dolor: solicitud de aumento de medicación o auto – aumento de dosis, aislamiento social y sus consecuencias...
-
- **Objetivo General 2:** Contribuir a la calidad integral en la prestación de los servicios de salud.
 - **Objetivo Específico:** Cumplir con lo estipulado en diversas estrategias y planes del SNS²² y/o SSPA²³

Metas:

- Facilitar el cumplimiento de lo establecido en la Estrategia 9 del actual Plan de Calidad del SNS: Mejorar la atención a pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica.
- Cumplir lo recogido en el III Plan de Calidad del SSPA relacionado con la promoción de estilos de vida saludables y facilitación del desarrollo del proyecto vital de las/os pacientes.
- Cumplir lo estipulado en el III Plan de Calidad del SSPA relacionado con la facilitación al/ la paciente del desarrollo efectivo del ejercicio de su autonomía en el marco de una responsabilidad compartida.
- Cumplir con lo establecido en el III Plan de Calidad del SSPA relacionado con el refuerzo del papel activo del/ la paciente en su seguridad, entendiendo por seguridad del paciente lo establecido en 2009 por la OMS.

.....
22 SNS: Sistema Nacional de Salud

23 SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

- Cumplir con lo estipulado en la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA (2017) en relación con el valor de la participación: prevenir riesgos para la salud de las personas a las que se atiende. Concretamente lo relacionado con el objetivo ESSPA_A3.G1.E4: avanzar en el uso seguro de la medicación; así como lo establecido en relación con la implicación activa del paciente realizando actividades que permitan cumplir los objetivos: ESSPA_A5.G1: impulsar la información, la comunicación y la formación para pacientes sobre la seguridad de su atención sanitaria; y el objetivo ESSPA_A5.G2: Potenciar el papel activo del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.

4. ACTIVIDADES Y TEMPORALIZACIÓN:

Basándome en todo lo indicado hasta el momento, planteé una intervención grupal cuando me encontraba ejerciendo en una UGC perteneciente al Distrito Córdoba-Guadalquivir a la que acudieron pacientes derivados por el personal facultativo de la misma. Esta misma intervención grupal también la he puesto en práctica en la UGC en la que ejerzo dentro del Área Sanitaria Norte de Almería. En total, he realizado 3 intervenciones grupales a la que han acudido un total de 30 pacientes de género femenino.

4.1 DERIVACIÓN DE PACIENTES PARA SU INCLUSIÓN

Para divulgar la actividad y fomentar la derivación de pacientes que se beneficiasen de la misma:

- Impartí una sesión clínica no acreditada
- Impartí una charla a profesionales del sistema de servicios sociales (profesionales de diversas disciplinas que ejercen en servicios sociales comunitarios y personas relacionadas con asociaciones de pacientes, tercera edad de la zona)

En ambas actividades divulgativas expliqué los aspectos indicados previamente sobre DCNO y los objetivos de la intervención, pero también expliqué la relación entre DCNO e insomnio y los problemas que este último ocasiona para la salud y el funcionamiento social de la persona, entre los que se encuentran:

- Reducción del nivel de concentración de la persona
- Disminución la calidad de vida de la persona
- Aumento del riesgo de Depresión, Ansiedad u otro tipo de enfermedades
- Disminución de la calidad del trabajo
- Aumento la utilización del sistema sanitario
- Fatiga diaria
- Alteraciones del humor
- Quejas somáticas relacionadas con dolores no especificados, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales....

Además, expliqué que diversas Guías de Práctica Clínica reconocen los beneficios de intervenciones no farmacológicas en el insomnio, que las mismas incluyen tanto medidas de higiene del sueño (modifican conductas) como técnicas que modifican pensamientos relacionados con el sueño. Dentro de estas últimas se encuentran las implementadas en los programas de reducción del estrés basados en Mindfulness (MBSR) implementados internacionalmente por trabajadores/as sociales (Steven F. Hick, Lucía McBee y Susan Woods) para desarrollar actitudes y habilidades que conllevan:

1. Cambios en la orientación del momento presente
2. Paz interna y calma
3. Prácticas que cultivan la autoconcepción y autocompasión
4. Cambios en las emociones negativas
5. Reducción del estrés y motivación para el cambio.

Asimismo, se indicó la importancia de la derivación a mi consulta: consulta de la trabajadora social de la UGC; para poder explicar a los pacientes, de manera más personalizada, las ventajas – beneficios que conlleva realizar la intervención grupal a la par que favorezco la toma de conciencia de las problemáticas asociadas al DCNO y realizo una valoración social de los diversos aspectos relacionados con el DCNO: factores psicosociales, dolor emocional – social... También explico que la intervención diagnóstica fomenta la intervención transformadora, puesto que durante la misma implemento técnicas de la entrevista motivacional para evocar y fortalecer la motivación hacia el cambio.

4.2 DIAGNÓSTICO DE LA PROBLEMÁTICA RELACIONADA CON EL DCNO.

El DCNO afecta a la calidad de vida de las personas y tiene una etiología multicausal; por lo que las intervenciones de naturaleza NO farmacológica requieren de un diagnóstico que identifique las áreas de intervención de manera consensuada con el / la paciente. Para la realización de este diagnóstico utilizo:

- A. Un cuestionario de elaboración propia formado por preguntas cerradas y abiertas que he elaborado con información obtenida de los Manuales GRUSE elaborados por la Junta de Andalucía, del Manual del Programa Cuidarte implementado por el Gobierno de Aragón y escalas del dolor validadas internacionalmente.
- B. Escalas validadas internacionalmente.

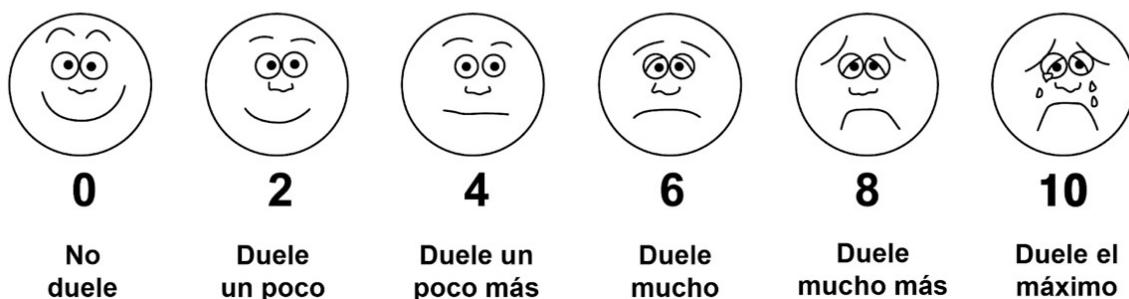
A. CUESTIONARIO DE ELABORACIÓN PROPIA:

Figura 2

A. **Cuestionario elaborado**, este cuestionario facilita información generalista sobre cómo afecta el DCNO a su vida diaria. A continuación, se recogen las preguntas recogidas en el mismo.

1. ¿Qué espera conseguir en esta intervención grupal?
2. Describame usted su dolor y cómo le afecta a su vida diaria: dormir, realizar actividades de ocio, carácter, estado anímico....

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES Foundation. www.WongBakerFaces.org
Used with permission.

Explique

La cara 0 es que no duele en absoluto. La cara 2 es que duele solo un poco. La cara 4 es que duele un poco más. La cara 6 es que duele incluso más. La cara 8 es que duele bastante más. La cara 10 es el peor dolor posible, aunque no tienes que estar llorando para sentirte tan mal.

Indique cómo le afecta a su vida diaria:

3. ¿A qué cree que se debe su malestar? Cuáles son las dificultades con las que se encuentra en su vida diaria, qué cosas ha dejado de hacer que le gustaban?
4. ¿Con qué frecuencia a visitado a su médico de familia como consecuencia del dolor en los últimos 2 meses? n.º de visitas / llamadas en los últimos 2 meses ¿y en los últimos 6 meses?
5. Y en cuanto a su estado de ánimo ¿cómo se siente habitualmente?



6. ¿Ha sido atendida alguna vez por la Unidad del Dolor?

No Sí ¿Cuándo?

7. ¿Ha sido atendida alguna vez por Salud Mental?

No Sí ¿Cuándo?

8. ¿Ha tenido dificultades para seguir las indicaciones de su médico o enfermera?

9. ¿Ha acudido alguna vez a terapia como...?

- A. Relajación
- B. Terapia grupal
- C. Terapia Individual
- D. Otras

10. ¿Tiene algún tratamiento farmacológico?

No

Sí ¿Para qué enfermedad?

11. ¿Cuál es su situación laboral actual?

12. Responda a las siguientes afirmaciones:

	NUNCA	RARAMENTE	EN OCASIONES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
1. Tiene personas con las que puede contar					
2. Tiene buena relación con su pareja, familia...					
3. Realiza actividades gratificantes					
4. Le gusta su manera de ser					
5. Cree que la gente le valora					
6. Se siente tranquilo					
7. Duerme bien					
8. Sabe cómo hacer para que las preocupaciones y problemas no le afecten o le afecten poco					
9. Sabe cómo resolver los problemas cotidianos con los que se enfrenta					
10. Siente que tiene energía suficiente para afrontar las situaciones de la vida diaria					
11. Se ha sentido muy excitada/o, nerviosa/o o tensa/o					
12. Ha estado preocupada/o por algo					
13. Ha tenido dificultad para relajarse					
14. Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir					
15. Ha tenido dolores de cabeza o nuca					
16. Ha tenido temblores, hormigueos, mareos, sudores y/o diarreas?					
17. Se ha sentido con poca energía					
18. Ha perdido usted el interés por las cosas?					
19. Ha perdido la confianza en si mismo/a?					
20. Se ha sentido desesperanzado, sin esperanza?					
21. Ha tenido dificultades para concentrarse?					
22. Se ha estado despertando demasiado temprano?					
23. Se ha sentido usted enlentecido/a?					
24. Ha perdido peso por falta de apetito?					
25. Cree que se ha encontrado peor por las mañanas?					

B. ESCALAS VALIDADAS INTERNACIONALMENTE.

Al incidir el DCNO en diversas áreas, es necesario realizar un estudio diagnóstico de las mismas para planificar una intervención transformadora que mejore la salud y bienestar del paciente, lo cual redunda positivamente en la salud de su entorno relacional más cercano. Por todo ello, analizo:

1. El sueño y la calidad del mismo.

La prevalencia de este problema de salud pública está entorno al 30-48% de los pacientes que acuden a Atención Primaria y conlleva dificultades diurnas en la esfera de lo fisiológico, emocional y cognitivo. Dentro de las escalas utilizadas para valorar el sueño y la calidad del mismo se encuentran:

- La escala de Oviedo
- Diario del Sueño
- Índice de calidad del sueño de Pittsburgh

2. El apoyo social, se analizan las interacciones sociales para comprender el entorno, los conflictos, las disfunciones familiares... la finalidad es detectar determinantes sociales de la salud que influyen directamente en el DCNO. En este sentido es importante indicar que el tratamiento farmacológico relacionado con el DCNO también tiene efectos sobre el malestar emocional, de manera que si se incide directamente para aumentar el bienestar emocional el tratamiento farmacológico puede disminuir e inclusive desaparecer. Dentro de las escalas implementadas se pueden utilizar:

- **Cuestionario de Percepción de la función familiar: Apgar familiar.** Este cuestionario aporta información sobre cómo percibe a la familia , aportando información relacionada con la vida en común y el afecto entre otras materias.
- **Cuestionario de Apoyo Social Percibido: Cuestionario DUKE – UNC.** Refleja el apoyo percibido por la persona, por lo que aporta información sobre si las interacciones que mantiene la persona satisfacen a la misma. De manera que permite identificar áreas de mejora con la persona.
- **Escala SOC (sentido de Coherencia).** Esta escala, creada por Antonovsky (fundador del modelo salutogénico) analiza el afrontamiento positivo de estresantes, para lo cual analiza 3 dimensiones:
 1. La comprensión de la persona de su realidad
 2. Los recursos con que cuenta la persona para afrontar la realidad
 3. La motivación de la persona para solventar el problema.
- **Escala de Satisfacción con la vida de 5 items (SWLS)** que permite a la persona identificar áreas de intervención
- **Escala de calidad de vida de GENCAT**, que es un instrumento de evaluación objetiva del bienestar emocional, físico, material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos elaborada y validada en España

para identificar la calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar la supervisión de los progresos y resultados de PIA²⁴.

3. Eventos estresantes:

- **Escala de sucesos vitales estresantes**
- **Escala de riesgo suicida de Plutchik**
- **Escala de Estrés Percibido de 14 items (PPS)**
- **Test de asertividad de Rathus**, este test evalúa la asertividad es decir que evalúa la capacidad que tiene la persona para expresar sus sentimientos y derechos respetando los de terceras personas.
- **Cuestionario de regulación emocional de Gross y John**
- **Cuestionario de Goldberg para la ansiedad / depresión**
- **Cuestionario de Hamilton para la depresión / ansiedad**

A través de estos instrumentos, se conoce y analiza las particularidades del objeto del Trabajo Social Sanitario: los factores psicosociales relacionados con el DCNO

4.3 INTERVENCIÓN GRUPAL:

En total se han realizado un total de 3 actividades grupales de ayuda mutua que:

- Fomentan la adquisición de habilidades sociales comunicativas emocionales: expresión del malestar que ocasiona no poder realizar diversas AVD como consecuencia del DCNO
- Promueven el empoderamiento de los integrantes del grupo, descubriendo las habilidades y actitudes personales de adaptación y superación fomentando el autoconcepto, elevando la autoestima y su seguridad personal mediante la reflexión sobre recursos personales, familiares y sociales necesarios para afrontar la nueva realidad
- Refuerzan las competencias relacionadas con los cuidados / autocuidados, fomentando la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento, de habilidades y experiencias consideradas protectoras que facilitan afrontar la nueva realidad: asertividad, control de impulsos, habilidades sociales de comunicación, pensamientos positivos, resolución de problemas, hábitos de higiene del sueño...
- Desarrollan estrategias tendentes reducir el consumo farmacológico en pacientes con dolor crónico, en coordinación con el personal facultativo, potenciando la responsabilidad de las/os pacientes fomentando la reflexión sobre conductas de riesgo asociadas al estrés ocasionado por el dolor: solicitud de aumento de medicación o auto – aumento de dosis, aislamiento social y sus consecuencias... al objeto de facilitar la aceptación del dolor para reducir la escalada farmacológica.

.....
24 PIA: Programa Individualizado de Atención

La intervención grupal consistió en un total de 10 sesiones de 2 horas de duración, siendo el contenido de las mismas el enunciado a continuación:

- Sesión nº 1: Durante esta sesión se realizaron dinámicas de presentación y de cohesión grupal. Además, se analizaron las expectativas de las personas sobre los beneficios que le aporta la asistencia y se facilitó información sobre los diversos factores implicados en el DCNO. Puesto que las personas indicaron tener dificultades para dormir y afrontar su malestar, se comienza un entrenamiento en ejercicios de respiración y relajación
- N° 2: Se analizan nuevamente las expectativas del grupo y se realizan dinámicas grupales que permitan a las personas indicar cómo afecta el DCNO a su vida diaria y a las personas que les rodean. Además, se aborda la relación entre emoción y DCNO y se continúan realizando ejercicios de respiración y relajación, a la par que se informa de recursos facilitadores en la realización de AVD, ABVD, recursos de apoyo social y habilidades sociales, como por ejemplo pedir ayuda.
- Sesión N° 3: Se aborda los aspectos que desean cambiar de su vida, utilizando para ello la dinámica de Ecología de la Vida y se les ayuda a analizar las diferentes vías existentes para ello. Además, se utilizan técnicas de PNL²⁵ y se explican conceptos básicos de la misma. Se continúan realizando ejercicios de relajación y respiración.
- Sesión nº 4: Se explica la Estrategia de Seguridad del Paciente y Stopbenzodiacepinas, y se explican diversas técnicas de afrontamiento del estrés, técnicas de distracción y detención del pensamiento que faciliten el control de pensamiento y la aceptación del dolor. Se continúan realizando ejercicios de respiración y relajación.
- Sesión nº 5: Se facilita información sobre los elementos de la comunicación, los tipos de comunicación, la comunicación eficaz y la comunicación asertiva. Se realizan dinámicas de comunicación que tienen en cuenta el enfoque de la PNL y los automensajes verbales positivos. Se incluyen los automensajes en los ejercicios de respiración y relajación
- Sesión nº 6: Se aborda el concepto de autoestima positiva y el dolor, abordando situaciones prácticas / vivencias de las diferentes personas que componen el grupo. Se continúa con los ejercicios de respiración y relajación con automensajes y PNL
- Sesión nº 7: Se abordan aspectos básicos de la higiene del sueño, se explican e identifican técnicas para dormir mejor y se continúa con los ejercicios de respiración y relajación
- Sesión nº 8: Se abordan las dificultades encontradas para mejorar el sueño, se continúa con los ejercicios de respiración y relajación
- Sesión nº 9: Se abordan los recursos existentes en la comunidad para mejorar el DCNO y se continúan realizando ejercicios de respiración y relajación.
- Sesión n.º 10: Sesión de evaluación y cierre.

Es importante señalar que a lo largo de todas las sesiones se realiza una evaluación sumativa de naturaleza cualitativa en la que se implementan técnicas participativas, como la lluvia de ideas o el Phillips 6.6, para obtener información sobre las dificultades que han

.....
25 PNL: Programación Neurolingüística

tenido para implementar en su vida diaria los conocimientos adquiridos así como sobre los beneficios y estrategias implementadas por otras participantes, las cuales manifiestan sus experiencias propias; pero también al objeto de adaptar las actividades a las necesidades detectadas. La evaluación sumativa además de contribuir a contribuye, además de en el aumento del conocimiento sobre lo enseñado previamente y, por tanto, facilita conseguir los conocimientos planteados, a mejorar la cohesión grupal y la autoestima de las participantes.

Respecto a la evaluación final indicar que, en el sistema sanitario y más concretamente en el SAS, las investigaciones requieren de la autorización por parte de profesionales ajenos a las UGC en las que se implementan las actuaciones. La necesidad de autorización puede ocasionar diversas dificultades, entre las que se encuentran el retraso en la implementación de la actuación hasta que se obtenga la autorización, la consideración de que la actuación puede realizarla otro colectivo profesional aun cuando se interviene sobre aspectos sociales²⁶ por todo ello, en este artículo sólo se recoge información cualitativa fundamentada en la observación directa de datos genéricos, recogidos en los diarios de campo utilizados al objeto de mejorar intervenciones futuras aun cuando en la historia clínica de los pacientes se recogió información obtenida tras pasar los mismos cuestionarios que para elaborar el diagnóstico.

La información recogida en el diario de campo y manifestada por las personas participantes pone de manifiesto que las participantes de los 3 grupos afirmaron encontrar mejoras en relación con las siguientes áreas:

1. Aspectos afectivos-emocionales: Autoestima, Conocimiento de sí misma, Sentimientos de seguridad y Crecimiento socio-emocional
2. Habilidades Sociales: Solución de problemas, Capacidad para sobrellevar el estrés, Capacidad para afrontar la adversidad, Adaptabilidad
3. Conducta: Autonomía, Conducta prosocial, Abuso de sustancias que crean Adicción
4. Aspectos relacionales: Interacciones interpersonales positivas, Soporte social y contactos 'Empoderamiento' (vecindario, personas mayores) Participación social, Responsabilidad social y tolerancia
5. Aspectos biológicos: mejora de la calidad del sueño, reducción de escalada farmacológica...
6. Aspectos del sistema sanitario: reducción en demanda de intervención de urgencia y/o dispensación de tratamiento farmacológico, incluidas las infiltraciones. En relación con este aspecto indicar que la información también fue corroborada por profesionales sanitarios de la UGC quienes indicaron una menor frecuentación al servicio

.....

26 Diferentes profesiones sanitarias consideran que los condicionantes sociales de la salud pueden ser abordados por otras profesiones diferentes al Trabajo Social, siendo un ejemplo de ello que dentro del Plan de Acción y Atención Comunitaria 2022-2023 del Ministerio de Sanidad se publicó el documento: Condicionantes Sociales y del contexto familiar que sería recomendable incluir en la Historia de Salud Digital. En la elaboración del mismo participaron diferentes entidades que representan a diversas profesiones sanitarias (personal facultativo, de enfermería, fisioterapia e incluso farmacia) que tienen códigos diagnósticos propios, como son el CIE-10 o los códigos Nanda. Actualmente el documento se encuentra en fase de revisión y maquetación y se está pendiente de una próxima publicación en la que el Consejo General de Trabajo Social ha colaborado.

de urgencias así como la solicitud por parte de determinadas pacientes de la disminución de la dosis prescrita o incluso el deseo de eliminar el tratamiento farmacológico relacionado con la conciliación del sueño / insomnio.

CONCLUSIONES:

Las particularidades de la evaluación conlleva que se desconozca el porcentaje de pacientes que encuentra mejoraría en cada área indicada previamente; no obstante corrobora lo recogido en la bibliografía consultada: las intervenciones de naturaleza socio-terapeútica y/o socio- educativa redundan beneficiosamente en los pacientes al estar el DCNO relacionado con aspectos sociales y emocionales lo cual redunda de manera positiva tanto en la salud mental como en determinadas variables que aumentan la morbilidad (disminuye escalada farmacológica e incluso contribuye a su reducción siguiendo pautas facilitadas por el personal facultativo a petición de la paciente).

La información recogida en este artículo permite afirmar que el Trabajo Social Grupal Sanitario en mujeres con DCNO incide directamente en la paradoja de la salud, presentándose como una terapia No farmacológica que incide positivamente sobre las diferencias biológicas en la analgesia autorregulada (Dean, J. G., Reyes, M., Oliva, V., Khatib, L., Riegner, G., Gonzalez, N., ... & Zeidan, F. (2024) pg 3): evita discriminaciones entre mujeres y hombres fundamentadas en diferencias físicas. Basándonos en este aspecto podemos afirmar que la intervención planteada también favorece el cumplimiento del principio de igualdad entre mujeres y hombres establecido en los artículos 3.4 y 6 de la Ley General de Sanidad.

Por otro lado, es importante destacar que, esta intervención de Trabajo Social Grupal Sanitario, también contribuye a que tanto la UGC como el Distrito /Área de Gestión Sanitaria alcancen los objetivos del contrato programa del SAS relacionados con pacientes polimedicados y grandes medicados, favoreciendo además que las personas con enfermedades crónicas accedan a actuaciones especiales que se enmarcan dentro de actuaciones de:

- Educación para la salud, conforme a lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad Sanitaria del SNS, puesto que previenen la automedicación y favorecen el buen uso de los medicamentos.
- Promoción de la salud, puesto que mejora la salud de las pacientes al incidir positivamente sobre la paradoja / ventaja de la mortalidad de las mujeres: mejora su calidad de vida y salud al reducir el “sufrimiento” que no puede ser descifrado ni expresado en palabras y que emerge con síntomas somáticos y anímicos sin causa orgánica demostrable, o aun existiendo causa orgánica no justifican la escalada farmacológica ni el aumento de la sesión de dolor.
- Prevención de enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Al incidir positivamente en la Escalera Analgésica se aumenta la seguridad del paciente (reduce el riesgo de interacciones y de efectos adversos, como una mayor predisposición a demencia o adicción al tratamiento) a la par que contribuye a una reducción del gasto farmacéutico y una mejor gestión económica

- Las actividades propias de la Cartera de Servicios del SNS puesto que es impartida por la profesión de Trabajo Social, la cual tal y como establece el art 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es una actividad propia de la atención primaria de salud que junto con el resto de las personas profesionales que conforman el EBAP realiza las actuaciones indicadas previamente.

Por tanto, se puede afirmar que la inclusión de esta actividad dentro de la cartera de servicios del Trabajo Social de Atención Primaria de Salud conlleva diversos aspectos beneficiosos para pacientes y para el sistema sanitario.

Por último indicar que, este tipo de intervenciones también puede aplicarse en otras enfermedades, como por ejemplo la diabetes, enfermedad en la que el aumento de cortisol ocasionado en las interacciones de la vida diaria aumenta los niveles de glucosa e incide negativamente en el control de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Carrascal, R., Tejedor, A., & Sánchez, J. (2020). Atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso. Semg. Semergen. SemFyc.
- Cerros Rodríguez, E. (2016). Una mirada hacia las emociones que experimentan los trabajadores sociales que atienden enfermos terminales. Trabajo social global–Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social, Vol. 6, N°. 11, 2016, 78-98
- Dean, J. G., Reyes, M., Oliva, V., Khatib, L., Riegnar, G., Gonzalez, N., ... & Zeidan, F. (2024). Self-regulated analgesia in males but not females is mediated by endogenous opioids. *PNAS nexus*, 3(10), pg 453.
- García-Fernández, M., & Giménez-Mas, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador.
- Garcia Calvente, MªM, Del Río Lozano, M.ª & Martín Barato, M.ª I (2018): La salud de las mujeres ¿Diferente o desigual? Cuadernos para la salud de las mujeres IAM. Vol o Dic 2018. Doc en línea: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2019/05/ooo_la-salud-de-las-mujeres_DIGITAL-1.pdf
- Herrerías Redondo, Pilar: El Rol del Trabajador Social en el Cuidado Paliativo: apoyo a pacientes y familias. Ocronos Vol VI.2023. Doc en línea: <https://revistamedica.com/rol-trabajador-social-cuidado-paliativo/>
- Fakihi, N. K., Estévez, I. B., Mohatar, D. M., Mohamed, A. A., & El Alamin, M. T. (2022). Dolor crónico no oncológico (DCNO), seguimiento de calidad de vida por el médico de atención primaria. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(2), 48.
- Lopez M, Penide L & Arroyo V (2014): “Dolor Crónico No Oncológico”. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla- La Mancha. SESCAM* Vol XV n1 (1-8).
- Martínez, D. M. J. (2018). Trabajo social con grupos y sus dimensiones de intervención. Revisión documental en América Latina. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 34(34), 84-124
- Martín, Y. P., & Muñoz, M. P. (2018). Los factores psicosociales en el dolor crónico.: Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 3(1), 39-53.
- Martín, Y. P., Muñoz, M. P., Ares, D. G., Gallardo, I. F., & Costa, I. R. (2020). El cuerpo duele, y el dolor social... ¿ duele también?. *Atención primaria*, 52(4), 267-272.
- Múñoz-López, J.(2012). La inteligencia emocional: nuevas perspectivas de intervención sociosanitaria. *Trabajo social Hoy*, 65,61-66.
- Patiño Ruiz, E. (2023): Manejar el dolor y la inflamación con ayuda de la mente.
- Pérez Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 27(4), 232-233.
- Pinzón, P. V., Pérez, L.P & Vernaza, C.A (2019). Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud 16 (1),145-155

- Poch, T. R. (1998). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de trabajo social*, 1(11), 103-122.
- Rodriguez Jover, A (2017): El ocio como herramienta del Trabajo Social. TSdifusión (121), 22-24
- Salgueiro, M., Buesa, I., Aira, Z., Montoya, P., Bilbao, J., & Azkue, J. J. (2009). Valoración de factores sociales y clínicos en el síndrome de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 16(6), 323-329.
- Serrano, N. L. M. (2011). Importancia de la evaluación de aspectos psicosomáticos en los pacientes con dolor crónico neuropático. *Acta neurol. colomb*, 113-124
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gómez, L., & Schalock, R. (2009). Escala GENCAT: Manual de aplicación de la Escala GEN-CAT de calidad de vida. *Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya*, 1-80.
- Unión Europea (2003): The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book.