

Meritxell Vendrell Cabanillas

VIVÈNCIES I EXPERIÈNCIES DEL JOVE AMB DOLOR  
CRÒNIC D'ORIGEN NO NEOPLÀSIC EN EL SEU PROCÉS  
DE SALUT-MALALTIA.  
ESTUDI D'UN CAS

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigit per la Sra. Maria Jose Castillo Cepero

Grau d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015

# ÍNDIX

1. MOTIVACIÓ.....	3
2. ARTICLE.....	4
3. RESUM.....	19
4. AGRAÏMENTS.....	21
5. INTRODUCCIÓ .....	22
6. MARC TEÒRIC.....	23
1. El dolor crònic .....	23
2. Impacte del dolor crònic.....	30
3. Impacte del dolor crònic en el jove.....	33
4. Abordatge terapèutic del dolor crònic .....	34
7. PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS .....	37
8. METODOLOGIA .....	38
Disseny .....	38
Tipus d'estudi .....	38
Justificació.....	38
Població i mostra.....	38
Procediment de la recollida de dades .....	39
Anàlisi de les dades .....	40
Divulgació dels resultats .....	41
Aspectes ètics.....	41
Limitacions i dificultats .....	41
9. RESULTATS.....	42
1. Significat del dolor.....	42
2. Impacte del dolor crònic.....	43
3. Abordatge terapèutic.....	47
4. Expectatives de futur.....	49
5. Percepció sobre els professionals sanitaris .....	50
10. CONCLUSIONS .....	52
11. BIBLIOGRAFIA.....	54
12. NORMES PER A LA PUBLICACIÓ (REV SOC ESP DOL).....	57
13. ANNEXOS .....	59

## 1. MOTIVACIÓ

L'interès personal per la temàtica d'aquest treball ve donat de la pròpia vivència, la qual va comportar unes repercussions en la meua vida. Aquesta experiència m'ha fet raonar sobre diversos aspectes entorn al dolor crònic no neoplàsic des de diferents punts de vista: el de la persona que pateix dolor, el del professional i el de la societat.

Així doncs els motius per dur a terme aquest treball són la motivació personal, l'alta prevalença, la dificultat en obtenir un tractament eficaç, les despeses econòmiques tant a nivell personal com estatal i les repercussions en la vida diària d'aquesta persona, comportant una disminució de la qualitat d'aquesta <sup>(1)</sup>. Per tot això considero que és important conèixer sobre el dolor crònic en el jove, per tal que com a infermers/es puguem oferir un abordatge el més eficaç possible.

En quant a l'elaboració de l'article, he seguit les normes per a la publicació de treballs "Originals" de la Revista de la Sociedad Española del Dolor. L'elecció d'aquesta ha estat donada per la relació de la temàtica (el dolor) i per ser l'òrgan d'expressió oficial de l'associació més gran del país en quant a aquest. Les normes de publicació es poden consultar abans dels annexos.

## **2. ARTICLE**

































### 3. RESUM

El dolor crònic és definit per la International Association for the Study of Pain (IASP) com una experiència sensorial desagradable d'una duració superior a sis mesos o que es manté tot i que la causa que el va produir ja hagi desaparegut. Afecta el 20% de la població d'entre 18 i 30 anys, exercint un impacte en tots els aspectes vitals: físic, psicològic, emocional i social. Aquesta situació suposa una disminució en la qualitat de vida, especialment per a les persones joves, ja que es troben en una etapa plena de reptes i en la què s'espera d'ells una salut perfecta.

*Objectius:* conèixer la vivència d'una persona jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic en quant al seu procés de salut-malaltia. Explorar quins són els aspectes de la vida diària que més afecten a la seva qualitat de vida, les seves estratègies d'afrontament, expectatives de futur i percepció sobre la societat, el personal sanitari i la intervenció infermera.

*Material i mètodes:* estudi qualitatiu fenomenològic d'un cas basat en la vivència d'un jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic, mitjançant una entrevista semiestructurada.

*Resultats:* en l'etapa de la joventut són molt importants tant les relacions socials com la preparació acadèmica/inserció laboral i les activitats d'oci. El dolor suposa una disminució o incapacitat de realitzar aquestes activitats, comportant sentiments de frustració i ràbia i un impacte greu en la qualitat de vida.

*Conclusions:* existeix una necessitat de reconeixement social del dolor crònic en el jove, al igual que una optimització del seu maneig i control, en el qual la figura de la infermera podria aportar una nova perspectiva, millorant així l'abordatge terapèutic.

*Paraules clau:* Dolor crònic. Origen no neoplàsic. Adult jove. Qualitat de vida.

## **ABSTRACT**

Chronic pain is defined by the International Association for the Study of Pain (IASP) as an unpleasant sensory experience which duration exceeds six months or is maintained even though the cause that produced it has disappeared. It affects 20% of the population between 18 and 30 years, causing an impact on all the vital aspects: physical, psychological, emotional and social. This situation represents a reduction in the quality of life, especially for young people because they are in a life stage full of challenges and a perfect health is expected from them.

*Aims:* to know the experience of a young person with non-neoplastic chronic pain in her health-disease process. Explore which aspects of daily life affect more on quality of life, coping strategies, future expectations and perceptions of society, health workers and nursing intervention.

*Material and methods:* phenomenological qualitative case study based on a young's experience with non-neoplastic chronic pain in young, realized through a semi-structured interview.

*Results:* in the stage of youth social relations as both academic preparation / job placement and leisure activities are very important. Pain represents a decrease or inability to perform these activities, generating feelings of frustration and anger and a serious impact on quality of life.

*Conclusions:* a social recognition of chronic pain in young people is required, as well as an optimization of their management and control, in which the figure of the nurse could provide a new perspective, thus improving the therapeutic approach.

*Keywords:* Chronic pain, Non-neoplastic origin, Young adult, Quality of life

## **4. AGRAÏMENTS**

En primer lloc voldria agrair a la tutora d'aquest treball, María José Castillo Cepero, per donar-me suport en cada etapa, ajudar-me a seguir endavant i animar-me davant les dificultats trobades.

En segon lloc agrair la col·laboració de Natàlia, ja que sense el seu cas no hagués sigut possible aquest treball. Gràcies per acollir-me a casa teva, compartir les teves vivències amb mi i fer que em senti menys sola en aquest camí.

I per últim, a totes aquelles persones que han estat al meu costat durant l'elaboració d'aquest treball, en especial a la meva família i a Markus Sitzmann, pel seu interès i ajuda en la revisió de l'Abstract.

## 5. INTRODUCCIÓ

El dolor crònic és definit per la International Association for the Study of the Pain (IASP) com una experiència sensorial desagradable d'una duració superior a sis mesos o que es manté tot i que la causa que el va produir ja hagi desaparegut. A diferència del dolor agut, el qual serveix d'avertència d'alguna lesió tissular imminent o de la necessitat de repòs, el dolor crònic sembla ser que es tracta d'un dolor sense cap mena de funció biològica-defensiva útil <sup>(2)</sup>. Aquesta desconexió suposa que sigui difícil de valorar i d'aconseguir un control eficaç, a pesar de totes les possibilitats terapèutiques existents, tant farmacològiques com no farmacològiques, la qual cosa comporta un patiment al pacient.

Segons la American Pain Foundation, el dolor crònic afecta a més pacients que si sumem els pacients que pateixen diabetis, càncer i malalties coronàries <sup>(3)</sup>, afectant el 20% de la població d'entre 18 i 30 anys <sup>(1)</sup>. Aquest dolor pot exercir un impacte greu en la qualitat de vida, causant un deteriorament del funcionament físic, psicològic, emocional i cognitiu i una disminució de l'energia, de la capacitat de treball i de la vitalitat <sup>(4)</sup>. Per tant, la vida d'una persona que pateix dolor crònic es veurà afectada en diferents aspectes, habitualment lligada a una gran càrrega social.

Aquesta situació significa un gran repte sobretot per als joves, ja que la societat espera d'ells és una salut perfecta, pel que aquells que no ho compleixen es senten pressionats <sup>(5)</sup>. Els hi és difícil ser espontanis i per tant deixen de fer coses divertides i de participar en esdeveniments socials. La concentració també esdevé més difícil i la memòria és més pobre pel que l'estudi també es pot veure afectat. Tot això pot conduir a la frustració, l'ansietat i la depressió <sup>(6)</sup>.

---

<sup>1</sup>Survey of chronic pain in Europe és l'estudi més ampli a nivell europeu dut a terme fins l'actualitat sobre la prevalença del dolor crònic, el seu impacte sobre la vida diària i tractament. Realitzat a 46.394 persones de 15 països europeus i Israel.

## 6. MARC TEÒRIC

### 1. El dolor crònic

#### *Definicions, fisiopatologia i classificacions*

El **dolor** és definit per la International Association for the Study of the Pain (IASP) com una experiència sensorial o emocional desagradable associada a una lesió tissular real o potencial en un teixit, o bé que es descriu com a produït per aquest dany <sup>(2)</sup>. Al tractar-se d'una sensació pròpia diem que el dolor és subjectiu, ja que cada persona, segons la seva cultura, educació, entorn, experiències viscudes, etc, percebrà aquest dolor d'una o altra manera i així ho expressarà, o no.

La funció del dolor és de **caràcter biològic**, serveix com a senyal d'alarma per a informar a l'organisme de la presència d'alguna lesió que pot perjudicar-lo <sup>(2)</sup>. Aquest procés s'inicia amb l'activació d'uns receptors específics anomenats nociceptors, situats en les terminacions nervioses sensibles als estímuls dolorosos. Aquests nociceptors estan presents a la pell, en els teixits musculoesquelètics, en els vasos, en les vísceres, etc. i donen lloc a la transducció, per la qual l'estímul nociceptiu es transforma en impuls elèctric. La fibra nerviosa estimulada inicia un impuls nerviós que és conduït mitjançant els neurotransmissors fins al sistema nerviós central (transmissió), el qual reconeix aquests impulsos, resultant l'experiència sensorial del dolor <sup>(7)</sup>.

El dolor es pot classificar a diferents nivells, però per a comprendre-ho de manera clara primerament ho classificaré segons la seva durada, per tal de posteriorment centrar-me en el dolor crònic. Així doncs, el dolor, segons la seva duració es classifica en agut i en crònic. El **dolor agut** és aquell limitat en el temps, que desapareix més o

menys alhora que la lesió tissular. El dolor crònic, en canvi, és il·limitat, i persisteix tot i que el dany ja hagi estat reparat.

Com s'ha esmentat anteriorment, el dolor forma part del sistema de protecció de l'organisme, actuant com una senyal d'advertència davant d'un dany. Però, en el cas del dolor crònic, aquest s'experimenta tot i l'absència de lesió, la seva intensitat no es correlaciona amb el dany original i la seva duració es prolonga, podent persistir inclús durant anys <sup>(8)</sup><sup>2</sup>. Per tant, el dolor crònic no té cap funció biològica d'alerta ni de protecció i és considerat inútil.

Així doncs, el **dolor crònic** es defineix com un dolor continu i perllongat de més de sis mesos de duració o que persisteix quan es considera que ja s'hauria d'haver curat. Tot i així, també pot produir-se sense cap motiu evident, creient que pot ser degut a un processament anòmal de les sensacions normals i doloroses del sistema nerviós <sup>(9)</sup>.

Existeixen dos tipus de dolor crònic: segons si aquest és d'origen neoplàsic o **no neoplàsic**, és a dir, si és causat o no per la presència de cèl·lules canceroses en l'organisme. El dolor d'origen no neoplàsic el podem classificar en dos grups<sup>3</sup>: nociceptiu o neuropàtic. El dolor **nociceptiu** és aquell que tots hem sentit alguna vegada quan ens tallem, ens cremem o ens fem una ferida. El dolor neuropàtic, en canvi prové d'algun problema en les pròpies vies nervioses, les quals envien missatges de dolor al cervell <sup>(9)</sup>.

En aquest treball em centraré en el dolor crònic d'origen no neoplàsic i de tipus nociceptiu. Aquest tipus de dolor es descriu inicialment com agut i posteriorment sord i és resultat de traumatismes mecànics, tèrmics o químics o altres causes somàtiques o

---

<sup>2</sup>CHANGE PAIN és una campanya internacional avalada per la European Pain Federation EFIC® i la Sociedad Española del Dolor SED, implementada en Espanya per la Plataforma SinDOLOR.

<sup>3</sup>Les següents classificacions des d'ara en endavant del dolor crònic també són aplicades per al dolor de tipus agut.



viscerals <sup>(9)</sup>. El dolor **somàtic** es produeix per l'excitació anormal dels nociceptors superficials o profunds localitzats en la pell, els teixits musculoesquelètics, les articulacions, els vasos, etc. En canvi, en el cas del dolor visceral aquest està localitzat en alguna víscera com els ronyons, el fetge, el pàncrees, etc <sup>(10)</sup>.

A més, el dolor pot variar en intensitat, sent aquesta lleu, moderada o intensa/severa. També pot variar segons el seu curs, podent ésser constant (és a dir que perdura al llarg del dia i no desapareix) o fluctuant, ja sigui durant el mateix dia o durant períodes <sup>(10)</sup>. Tot i així, en el cas del dolor crònic, aquest estarà present en cert grau per llargs períodes del temps.

#### *Diagnòstic i valoració*

Existeixen diverses **proves** electrofisiològiques per a determinar si els músculs i els nervis funcionen adequadament; i radiològiques com Rx (Radiografia o Raigs X), RM (Ressonància Magnètica) i TAC (Tomografia Axial Computeritzada) per tal d'examinar els ossos i els teixits més profunds. Tot i així aquestes proves no acostumen a especificar les causes d'aquest dolor, pel que el diagnòstic és difícil <sup>(9)</sup> i com a conseqüent, el tractament també ho serà.

Per a mesurar la intensitat del dolor s'utilitzen **escales numèriques** amb valors d'entre 0 i 10, sent 0 cap dolor i 10 el màxim dolor que hagi sentit la persona en qüestió. Les escales més utilitzades són l'Escala Numèrica (NRS), en la que la persona puntua verbalment el seu dolor; l'Escala Visual Analògica (EVA), en la que es mostra al pacient una línia horitzontal amb els números del 0 al 10 i ell ha de marcar on valoraria el seu dolor; i l'escala d'expressió facial, en la qual es mostren cinc cares, des d'una somrient (puntuació de 0) modificant-se successivament fins a arribar a una plorant (puntuació de 5) i la persona ha d'assenyalar amb quina s'identifica més <sup>(2)</sup>. Tot i així, al tractar-se d'una valoració subjectiva, no podrem conèixer mai la intensitat real del

dolor, ja que la tolerància a aquest varia enormement d'una persona a una altra. Pel que, es suma una altra raó a la dificultat del maneig del dolor.

#### *Epidemiologia i prevalença<sup>4</sup>*

Segons la American Pain Foundation (APF) el dolor afecta a més persones que si sumem els pacients que pateixen diabetis, càncer i malalties coronàries <sup>(3)</sup> i és la raó més freqüent de consulta en atenció primària <sup>(8)</sup>. En Estats Units s'estima que de la població total, entre un 25 i un 30% pateixen dolor crònic d'origen no neoplàsic <sup>(3)</sup>. A nivell europeu, aquesta part de la població es redueix a un 19%, afectant fins a 95 milions de persones <sup>(1)</sup>, el que representa un problema de salut pública amb una evident repercussió social i econòmica. Tot i així, existeixen poques dades sobre la seva epidemiologia, el que dificulta una estimació exacta de l'impacte global que suposa.

Dit d'una altra manera, 1 de cada cinc adults (d'entre 15 i 65 anys) pateix dolor crònic en Europa. D'aquests, el **20% són joves d'entre 18 i 30 anys**, el que correspondria a uns **19 milions de joves**. Aquestes xifres varien molt entre els països, sent Espanya el país amb la prevalença més baixa, amb un 12%, el que correspon a uns 5.6 milions de persones <sup>(1)</sup>. En quant al rang de la població jove, no s'ha trobat cap valor numèric, però segons el mateix estudi, aquest destaca més en altres països, sent Espanya un dels països en el que destaca més el rang de la població gran. Concretant en les Comunitats Autònomes d'Espanya, la Comunitat Valenciana és on trobem més població amb dolor crònic (18.79% de la població total), seguit de Galicia (18.38%), Andalusia (18.34%), Catalunya (17.61%) i Madrid (14.80%) <sup>(11)</sup>.

Existeix una major prevalença de patir dolor crònic en les **dones** que en els homes. En Europa el 56% de les persones que el pateixen són dones adultes i en Espanya el

---

<sup>4</sup>Tenir en compte que totes les dades d'ara en endavant sempre són referents al dolor crònic de tipus no oncològic.

52%, el que representa uns 3 milions. La **duració** del dolor crònic de gairebé un 60% en Europa és d'entre 2 i 15 anys, i més del 20% l'han patit durant més de 20 anys. La mitjana de duració del dolor crònic és de 7 anys, i més concretament a Espanya la mitja és de 9.1 anys, sent el segon país amb la xifra més elevada <sup>(1)</sup>.

El dolor crònic més comú en Europa es localitza en la **columna vertebral**, sense especificar (24% dels enquestats), seguit dels genolls (16%), cap (15%), cames (14%), espatlla (9%) i coll (8%) <sup>(1)</sup>. En Espanya, segons l'estudi la localització més comú del dolor crònic musculoesquelètic és en la zona lumbar de la columna (55.3%) seguit de les extremitats inferiors (40.8%) <sup>(12)</sup>. La raó més freqüent del dolor (42% dels casos a nivell europeu i 47% a nivell de l'estat espanyol) és **l'artiritis reumatoide i l'osteoartiritis combinades**, seguit d'hèrnies/deteriorament dels discs vertebrals i d'accidents traumàtics <sup>(1)</sup>.

En quant a la intensitat, el 66% dels europeus declaren un dolor moderat (valorat entre 5 i 7 en una escala d'entre 1 i 10), mentre que un 34% declaren un dolor **intens** valorat entre 8 i 10. En el cas d'Espanya, aquesta xifra arriba fins al 44%, sent el tercer país que encapçala la llista. Aquesta dada destaca molt, ja que Espanya és el país amb més baix nombre de persones que pateixen dolor crònic, però en canvi gairebé la meitat d'aquestes pateix dolor sever.

### *Tractaments disponibles*



Passos que habitualment es segueixen per a tractar el dolor crònic <sup>(9)</sup>

Per al dolor entre lleu i moderat es prescriuen **analgèsics** com l'àcid acetilsalicílic, el paracetamol i l'ibuprofè, sent els AINE's els més comuns en les prescripcions (49% dels casos espanyols) <sup>(1)</sup>. Els narcòtics com la codeïna i la morfina únicament s'utilitzen per

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Escala analgèsica de la OMS <sup>(10)</sup>

al dolor greu, ja que poden provocar efectes secundaris greus i existeix un risc de desenvolupar tolerància o dependència química <sup>(9)</sup>. Tan sols s'ha prescrit un opioide major o potent a un 12% dels enquestats a nivell europeu i a un 5% dels espanyols <sup>(13)5</sup>; i un de cada cinc que utilitzen opiacis de forma perllongada afirmen estar preocupats per no ser capaços de controlar la seva medicació <sup>(9)</sup>.

Els tractaments no farmacològics juguen un paper important en el tractament del dolor, (especialment en el del dolor crònic), combinant-los amb el tractament farmacològic prescrit. S'inclou la **fisioteràpia**, (massatge, crioteràpia -tractament amb fred- o termoteràpia -tractament amb calor-, especialment en el dolor musculoesquelètic), l'acupuntura, l'estimulació nerviosa elèctrica transcutània (TENS) i el tractament psicològic <sup>(8)</sup>.

En Europa, el 69% dels enquestats declaren usar tractaments no farmacològics per a combatre el seu dolor, a banda del tractament prescrit. En Espanya, del 56% total, el tractament més comú és el massatge (20%), seguit de l'acupuntura i la fisioteràpia (6% ambdós). En comparació amb la resta de països, es tracta de xifres molt baixes <sup>(1)</sup>.

<sup>5</sup>PainSTORY és un estudi en el que s'ha realitzat un seguiment de l'impacte del dolor crònic sobre la vida diària de 294 pacients de 13 països diferents durant un any sencer.

L'**acupuntura** és un mètode d'origen xinès que consisteix en la introducció de fines agulles en uns punts on s'acumulen cèl·lules sensorials, de manera que el cos allibera substàncies inhibidores del dolor, com per exemple, endorfines <sup>(8,14)</sup>. El **TENS** funciona de la mateixa manera, però en comptes d'agulles s'utilitzen elèctrodes sobre la pell, aplicant una determinada freqüència depenent de la naturalesa del dolor <sup>(8)</sup>.

La **cirurgia correctiva** consisteix en corregir el defecte anatòmic o aquell que produeix la malaltia o lesió causant del dolor. També es pot fer a nivell del nervi, interrompent la transmissió de les senyals del dolor. Com tota cirurgia, suposa un major risc comparat amb els tractaments no invasius <sup>(15)</sup>.

Per acerts tipus de dolor, inclòs el nociceptiu, pot resultar apropiada una **bomba implantable de fàrmacs** (també anomenada bomba de dolor). Aquesta està connectada directament a l'espai intratecal de la medul·la espinal i va alliberant de manera continua la dosis d'analgèsia necessària, de manera que es poden utilitzar opioides en dosis molt menors, reduint els efectes secundaris <sup>(15)</sup>.

El tractament d'**estimulació de la medul·la espinal** (EME) és un opció per a aquelles persones que no obtenen alleugeriment ni amb fàrmacs ni amb cirurgia. Es tracta d'un mètode reversible que consisteix en implantar un elèctrode en la medul·la espinal que estimula les fibres nervioses, creant una sensació de formigueig anomenada parestèsia que emmascara el dolor. El pacient controla la freqüència i duració de la estimulació mitjançant un comandament <sup>(9)</sup>.

Per últim, la **neuroablació** és una tècnica quirúrgica que consisteix en seccionar o destruir el nervi i teixit que provoca el dolor crònic de manera que aquest es bloqueja permanentment. Es tracta d'una tècnica d'alt risc, ja que pot provocar la disfunció motora o sensorial no planificada d'una àrea que no és l'afectada degut a que el dolor pot tornar a desenvolupar-se en una ruta nerviosa propera o diferent <sup>(15)</sup>.

## 2. Impacte del dolor crònic

El dolor crònic exerceix un gran impacte en la persona que el pateix, tant en el seu funcionament físic, com en el psicològic, l'emocional i el cognitiu, de manera que pot comportar ansietat, depressió, desordres en la son, frustració, reducció de la libido, disminució de l'autoestima, inactivitat i menys interès per les activitats socials <sup>(1)</sup>. Però el dolor crònic no només afecta a l'individu, sinó que també al seu entorn familiar i social i a la societat. A continuació s'exposen aquestes repercussions de manera més detallada, dividides en els diferents nivells, els quals estan tots interrelacionats entre si.

- *A nivell de les activitats de la vida diària*

Vuit de cada deu enquestats consideren que el dolor crònic exerceix un impacte en les seves vides diàries, la meitat dels quals qualifica aquest impacte com a enorme <sup>(13)</sup>. En Europa, el 79% dels enquestats amb dolor crònic declara que el seu dolor va incrementant durant el dia com a resultat de l'activitat, pel que cada vegada els hi és més difícil realitzar les activitats quotidianes. A més, un terç afirma sentir un dolor constant, sense alleugeriment ni esperança d'aquest mateix <sup>(1)</sup>.

En general les activitats de la vida diària que es veuen més afectades són la conciliació del son (entre un 56 i 60% dels casos), la capacitat de caminar (entre un 40 i un 64%), la realització d'exercici (al voltant del 50%), l'aixecar-se (49%), realitzar les tasques domèstiques (42%), treballar (al voltant del 30%), conduir un cotxe (24%) i mantenir relacions sexuals (al voltant d'un 20%). Aquest impacte ha suposat als enquestats haver de reduir les esmentades activitats o bé suprimir-les de la seva vida diària, afectant el seu estil de vida independent (al voltant del 24% dels casos) <sup>(1)</sup>.

- *A nivell psicològic i emocional*

Són molt comuns els sentiments d'aïllament (el 44% dels enquestats declaren sentir-se sols en l'abordatge del seu dolor), d'inutilitat (43%), de desintegració i de creure que la malaltia s'ha convertit en el centre de les seves vides (sis de cada deu enquestats senten que el dolor controla la seva vida). A més, el 50% afirma que es senten sempre cansats i el 44% que no poden pensar clarament o concentrar-se degut al dolor <sup>(1)</sup>.

Els enquestats expliquen que es senten atrapats per un dolor que pot variar en intensitat però que afecta contínuament cada aspecte de les seves vides <sup>(13)</sup>. Per això, molts acaben desenvolupant ansietat (40% dels casos) i depressió (diagnosticada al 21%). Espanya és el país amb major percentatge de casos amb depressió diagnosticada (29%) a causa del dolor crònic <sup>(1)</sup>.

Aproximadament un terç dels enquestats admeten que el seu dolor és tan sever que "no poden tolerar-lo més" i una cinquena part han pensat en el suïcidi <sup>(1)</sup>. El risc de suïcidi en aquests tipus de casos es duplica sobretot quan fallen els tractaments, ja que creuen que és la única solució per acabar amb el dolor <sup>(9)</sup>.

Com a dada rellevant, el 50% dels espanyols confessen que a vegades desitjarien morir <sup>(13)</sup>, tot i que l'impacte d'aquesta xifra disminueix en tenir en compte que Espanya és un dels països amb major percentatge de persones que pateixen dolor sever.

- *A nivell de les relacions socials i familiars*

Tant l'impacte físic com psicològic i emocional comporten unes repercussions en les relacions amb els altres. El 53% dels enquestats reconeixen que s'han vist obligats a reduir o limitar les seves activitats socials habituals <sup>(8)</sup>. A més, el 22% declara que els és difícil mantenir les seves relacions familiars i socials <sup>(1)</sup>.

Una tercera part considera que, en general, la gent els tracta diferent i tenen menys amics a conseqüència del dolor <sup>(13)</sup>. El 29% pensen que ningú es pot fer a la idea de quan dolor estan patint, el 23% refereixen no sentir empatia per parts dels seus amics i coneguts i el 18% senten que la família no entén com el dolor pot arribar a afectar a les seves vides <sup>(1)</sup>.

- *A nivell laboral i socioeconòmic*

El dolor té un impacte significatiu en la capacitat de treballar. A nivell europeu el 60% dels enquestats afirmen sentir-se menys capaços o incapaços de treballar fora de casa. Una de cada cinc persones ha perdut el seu treball a conseqüència del dolor crònic, el 16% han hagut d'adaptar les seves responsabilitats laborals <sup>(1)</sup> i aquelles persones que l'han pogut mantenir s'absenten una mitja de 14 dies a l'any per aquesta causa <sup>(9)</sup>.

Al 65% dels enquestats els hi preocupa haver de deixar de treballar pel seu dolor, el 38% declara haver hagut de canviar la manera de treballar i el 33% han hagut de reduir l'horari laboral <sup>(13)</sup>. En Europa s'absenta un 39.9% de la població a causa del dolor crònic, en comparació amb un 3.35% de la població que no en pateix <sup>(8)</sup>.

Així doncs, l'impacte del dolor crònic sobre la capacitat laboral implica unes repercussions sobre l'economia i la societat. Aquestes poden ser directes com les despeses d'atenció sanitària, o bé indirectes com el cost dels dies de baixa laboral, la baixa productivitat i efectivitat en el treball, pensions per pre-jubilació, etc. Actualment la suma de tots aquests costos es xifra en el 2.5% del Producte Interior Brut <sup>(16)</sup><sup>6</sup>. Per tant, si s'aconseguís un millor control del dolor crònic, es reduirien a llarg termini les despeses globals per als sistemes sanitaris i la societat <sup>(9)</sup>.

---

<sup>6</sup>PainProposal està format per un grup d'experts d'Europa que contribueixen a la millora del maneig del dolor crònic mitjançant aquest document consensuat pel comitè.



### 3. Impacte del dolor crònic en el jove

La joventut és una etapa de la vida excitant i plena de reptes (estudiar, independitzar-se, iniciar-se en el món laboral, etc.) en la que, a més, les relacions interpersonals esdevenen més importants. Tots els joves pateixen aquestes pressions, però per a alguns aquestes poden ser especialment dures a causa del dolor crònic <sup>(6)</sup>.

Vivim en una cultura en la que es venera el benestar, sent bombardejats constantment per anuncis que ens diuen que podem estar saludables tot el temps. Aquesta **expectativa de salut perfecta** pressiona sobretot als joves, fent que aquells que no compleixen aquesta norma social es sentin avergonyits. Un altre pensament erroni de la nostra cultura és que assumeix que és tot o res, és a dir, que o estem malalts o ens trobem bé, o tenim dolor o no; pel que si una persona que pateix dolor crònic és vista realitzant alguna activitat "normal" es dona per suposat que es troba 100% bé. Això fa que els joves es sentin jutjats i criticats <sup>(5)</sup>.

Constantment son tractats com si no pogués ser possible que patissin dolor crònic. Molts d'ells declaren que repetidament els hi han dit "ets massa jove per a patir dolor". Aquesta falta de reconeixement fa que s'autoquestionin si realment el dolor que estan patint és real o tan sols existeix en el seu cap, comportant una **autorecriminació** en quant a les seves percepcions. Això els hi erosiona la seva autoestima i el pensament de sentir-se útils, constituint un obstacle extra a l'hora d'afrontar les seves vides diàries <sup>(17)</sup>.

Aquesta **ignorància** sobre el dolor crònic en els joves, a més, fa que aquests es sentin sols i desatesos <sup>(5)</sup> i això els porta a la frustració, ansietat i depressió <sup>(6)</sup>. Com a infermeres i infermers, al igual que la resta de professionals de la salut, hem d'incrementar en la societat la consciència sobre el fet de que el dolor crònic és una malaltia que pot afectar a qualsevol persona de qualsevol edat.

Una altra de les característiques del dolor crònic és que aquest és **imprevisible**, el que suposa un dilema per als joves a l'hora de participar en activitats socials, ja que no saben si el dolor els hi impedirà o no realitzar-les. Aquesta desconexió fa que tan sols vegin dues opcions: acceptar la invitació, sent possible que a últim moment l'hagin d'anular; o directament refusar-la <sup>(5)</sup>. Tant escollint una com altra, es van disminuint les seves relacions socials i augmentant la seva sensació de soledat i tristesa. Per altra banda aquesta imprevisibilitat fa que els hi costi ser espontanis i deixen de fer coses divertides <sup>(6)</sup>.

Així doncs, el jove amb dolor crònic es veu obligat a modificar les activitats de la seva vida diària, adaptant la capacitat de realitzar-les segons el seu dolor. Això afecta a la qualitat de la seva vida, ja que es sent incapaç de seguir el ritme de vida de les persones del seu voltant que tenen la mateixa edat (o aquell que hauria de seguir per l'edat que té) el que el fa sentir com si tingués molts més anys dels que té en realitat <sup>(17)</sup>.

#### **4. Abordatge terapèutic del dolor crònic**

El dolor no ha de ser considerat tant sols un símptoma d'una malaltia sinó que s'ha de considerar com una malaltia greu <sup>(8)</sup>, capaç d'influir en tots els aspectes vitals de la persona i constituint un desafiament terapèutic. Per a obtenir un tractament adequat són imprescindibles un diagnòstic exacte i una avaluació correcta del dolor. En el cas del dolor crònic, aquest acostuma a ser de naturalesa multifactorial, per tant, per tal d'obtenir un abordatge eficaç es requerirà un **tractament multifactorial** en el qual, a més d'incloure una prescripció farmacològica, s'inclougi la rehabilitació física, la intervenció psicològica, la modificació de conductes i l'atenció a la família <sup>(18)</sup>.

Tot i l'alta prevalença del dolor crònic, aquesta segueix sent **una de les malalties menys compreses i pitjor tractades**. En Europa un terç dels enquestats no reben tractament <sup>(1)</sup> i més del 50% triguen almenys 2 anys en rebre'n un d'adequat <sup>(16)</sup>. El 95% que pateixen dolor de moderat a intens declaren cap millora considerable en un any tot i seguir el tractament pautat <sup>(13)</sup>. Tot i així, més de la meitat senten que s'està fent tot el possible per ajudar-los.

El 70% dels enquestats ha requerit d'algun canvi de tractament <sup>(8)</sup> i el 40% no estan satisfets amb el seu tractament actual <sup>(1)</sup>. Modificar el tractament resulta una tasca complicada, ja que quan s'augmenta la dosis dels fàrmacs degut a la seva ineficàcia, augmenten també els efectes secundaris i en conseqüència es dificulta l'èxit del tractament, pel que s'acaba disminuint la dosis altra vegada, tornant a ser ineficaç. És l'anomenat **cercle viciós**, el qual té com a resultat l'abandonament del tractament. Per aquest motiu els professionals sanitaris s'esforcen per trobar un equilibri entre l'alleugeriment del dolor i una tolerabilitat acceptable <sup>(8)</sup>.

L'objectiu principal del tractament ha de ser **millorar la qualitat de vida** de la persona, aconseguint que participi en les seves activitats quotidianes sense dolor. Aquest objectiu s'ha d'enfocar de manera esglaonada, alleugerint primerament el dolor nocturn, permetent el descans reparador; seguidament controlant el dolor en repòs i per últim manejant-lo durant l'activitat. Es considera que el dolor està controlat adequadament quan és valorat amb EVA<4, es presenten menys de tres crisis de dolor per dia i si la son és reparadora <sup>(18)</sup>.

Tant els tractaments com els objectius d'aquests han de ser discutits i acordats amb el pacient, fent-lo participi en les decisions terapèutiques i **co-responsabilitzant-lo** d'elles, ja que d'aquesta manera augmenten les possibilitats d'èxit. Per tal d'assolir aquests objectius també és necessari que treballin conjuntament tant els professionals

d'atenció primària com els especialistes de l'àmbit hospitalari i els especialistes de les Unitats del Dolor, on existeixen altres recursos tècnics i farmacològics fora de l'abast dels anteriorment esmentats <sup>(18)</sup>.

En quant a la opinió dels enquestats sobre el maneig del seu dolor, el 28% creu que el seu doctor no sap com controlar el seu dolor crònic, el 22% declara que el seu doctor no els pregunta pel dolor, el 20% que el seu doctor pensa que el dolor no és un problema i el 8% pensa que el seu doctor creu que tan sols volen drogues <sup>(1)</sup>. Aquestes dades indiquen que existeix **manca de consciència i sensibilitat** per part dels professionals sanitaris envers l'impacte que el dolor crònic exerceix sobre la vida d'aquestes persones.

## **7. PREGUNTES D'INVESTIGACIÓ I OBJECTIUS**

### **Preguntes d'investigació**

Després de la revisió bibliogràfica i un cop redactat el marc teòric, em sorgeixen algunes preguntes les quals em porten a plantejar-me els objectius d'aquest treball.

Quins canvis comporta el dolor crònic en la vida del jove? Com afecten aquests a la seva qualitat de vida?

Quines són les seves actituds i estratègies d'afrontament davant el seu procés de salut-malaltia? i les seves expectatives de futur sobre aquest?

Quina és la seva percepció sobre la societat i el personal d'infermeria?

### **Objectiu principal**

Conèixer la vivència d'una persona jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic en el seu procés de salut-malaltia.

### **Objectius específics**

Per tal d'aconseguir aquest objectiu m'he proposat els següents específics:

- Explorar quins són els aspectes que més es veuen afectats en la vida diària del jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic i com aquests influeixen en la qualitat de la seva vida.
- Conèixer quines són les seves estratègies d'afrontament i les seves expectatives de futur enfront el seu procés de salut-malaltia.
- Investigar la seva percepció envers la societat, el personal sanitari i la intervenció infermera en el seu procés de salut-malaltia.

## **8. METODOLOGIA**

### **Disseny**

Per tal d'assolir els objectius, aquesta investigació s'aborda des d'un disseny descriptiu de caràcter qualitatiu basat en un estudi de cas. En la recerca qualitativa, l'investigador veu l'escenari i les persones des d'una perspectiva holística, tractant de comprendre a les persones dins del marc teòric d'elles mateixes <sup>(19)</sup>. Al tractar-se d'un estudi d'un cas, s'estudia la particularitat d'aquest de manera intensiva i profunda.

### **Tipus d'estudi**

Dintre de la investigació qualitativa, el tipus d'estudi utilitzat és l'estudi fenomenològic. Aquest tipus d'estudi està basat en conèixer l'experiència, en extreure l'essència de la vivència, en entendre el significat intern d'un fenomen. Així doncs, el fenomen estudiat és la vivència del jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic.

### **Justificació**

Vaig escollir aquesta metodologia perquè considero que és la més adequada i la que millor m'ajudaria a extraure i comprendre la informació que aconseguiria dels informants, ja que la fenomenologia ajuda a fer un anàlisi en profunditat sobre la realitat dels sentiments i les vivències individuals del jove a través de la seva narració. Això suposarà una porta a la reflexió i una via d'accés a la millora de la qualitat en el procés dels cuidatges d'infermeria a aquests tipus de pacients <sup>(20)</sup>.

### **Població i mostra**

La població d'aquest estudi engloba el jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic que compleixi els següents criteris de selecció:

- Persona que pateixi o hagi patit dolor crònic d'origen no neoplàsic en almenys l'últim any.
- Edat d'entre 20 i 30 anys.
- De parla catalana, castellana i/o anglesa.
- Ha de residir a dintre del Camp de Tarragona.
- Ha de conviure amb algun familiar
- Que sigui capaç d'entendre i respondre tots els aspectes de la investigació.
- Situació laboral i socioeconòmica indiferent.

La mostra d'estudi és tant sols un cas, ja que no es busca una representació estadística sinó comprendre el discurs sobre l'objecte d'estudi. El realment important és el contingut i la qualitat de la informació <sup>(19)</sup>. Així doncs, el cas estudiat és Natàlia, una noia de 21 anys resident al Camp de Tarragona, que viu en el domicili dels seus pares i que actualment està cursant l'últim any de Grau d'Infermeria. Als 13-14 anys va acudir al metge traumatòleg degut a que va començar a patir dolor puntual d'esquena focalitzat en les dorsals i va ser diagnosticada d'escoliosis (existeixen antecedents en la seva família). Als 17 anys el dolor va començar a ser més constant (almenys un cop a la setmana) fins l'actualitat, que conviu diàriament amb un dolor lleu combinat amb episodis de dolor sever.

### **Procediment de la recollida de dades**

Vaig optar per realitzar una entrevista semiestructurada (annex 1). Aquest tipus d'entrevista és una eina de la investigació qualitativa en la que l'entrevistador disposa d'un guió, el qual recull els temes que ha de tractar al llarg de l'entrevista. No obstant això, l'ordre en el qual s'aborden els diversos temes i la manera de formular les preguntes es deixen a la lliure decisió i valoració de l'entrevistador <sup>(19)</sup>.

La decisió d'utilitzar aquest tipus d'entrevista va ser donada perquè permet als informants expressar-se en llibertat i amb més fluïdesa que en la entrevista estructurada, la qual parteix d'una seqüència i d'una formulació de preguntes predeterminades. Per altra banda tenir un guió com a referència m'asseguraria aconseguir tractar tots els temes desitjats i així assolir els objectius plantejats, que no pas si no disposés de cap guió com és en la entrevista no estructurada.

Per a la realització de l'entrevista em vaig posar en contacte amb la informant, la qual forma part del meu cercle d'amistats. Vaig explicar-li el propòsit, l'objectiu i la metodologia de l'entrevista, a més de l'anonimat d'aquesta i de la confidencialitat de tot allò que expliqui. L'entrevista es va realitzar en el seu domicili, per tal d'establir un clima de confiança i seguretat.

### **Anàlisi de les dades**

L'entrevista va ser àudio-enregistrada i després es van transcriure literalment (annex 3) per facilitar l'anàlisi del contingut. Aquest es va duu a terme seguint la seqüència analítica de Taylor i Bodgan <sup>(21)</sup>, reduint les dades en 5 categories:

- 1- Significat del dolor
- 2- Impacte del dolor crònic (a nivell de les activitats de la vida diària, a nivell psicològic i emocional, a nivell de les relacions socials i familiars i a nivell laboral i de la societat)
- 3- Abordatge terapèutic
- 4- Expectatives de futur
- 5- Percepció sobre els professionals sanitaris

Aquestes dades les vaig anar comparant amb les del marc teòric, referenciant-les i intercalant-ho amb frases literals extretes de l'entrevista, presentades entre cometes i



lletra cursiva. Finalment, amb aquests resultats, els objectius de l'estudi s'hi veuen assolits.

### **Divulgació dels resultats**

Una vegada acabat l'estudi, amb les dades analitzades i les respectives conclusions, procedeixo a la redacció d'un article amb la intenció de donar a conèixer la investigació. Segueixo les normes de publicació de la Revista de la Sociedad Española del Dolor, ja que considero que és la més adequada acord amb el tema del treball.

### **Aspectes ètics**

El dia de la realització de l'entrevista li vaig proporcionar un full de consentiment informat (annex 2) a la informant, el qual li vaig explicar i permetre que se'l llegís de forma íntegra. En aquest document consta que la seva participació és voluntària, que es pot retirar en qualsevol moment de l'estudi sense haver de donar explicacions i que, en tot moment, es mantindrà la confidencialitat de les dades. El fet de posar de manifest la lliure participació en l'estudi considero que ajuda a crear un clima de confiança important per a realitzar de forma satisfactòria les entrevistes.

### **Limitacions i dificultats**

En la redacció del marc teòric vaig tenir moltes dificultats a l'hora de trobar informació sobre el dolor crònic centrat en el jove, ja que tots els estudis i articles (cercats en llengua anglesa, castellana i catalana) feien referència majoritàriament a l'adult, altres al pacient infanto-juvenil i finalment a la persona gran. Així doncs, per fer front a aquesta limitació vaig optar per utilitzar la bibliografia referent a l'adult (ja que comparteix moltes similituds amb el jove) i redactar un apartat focalitzat en els joves, basat en publicacions de les pròpies experiències de joves en aquest procés.

## 9. RESULTATS

### 1. Significat del dolor

El **dolor** és definit per la International Association for the Study of the Pain (2) com una experiència sensorial o emocional desagradable associada a una lesió tissular real o potencial en un teixit, o bé que es descriu com a produït per aquest dany. Natàlia deixa clar que segons la seva experiència, la convivència amb el dolor afecta a la seva qualitat de vida, ja que ella defineix el dolor crònic com "*un dolor continuat, d'intensitat variable que disminueix la qualitat de vida de qui el pateix en determinades ocasions*".

Diferents estudis com el de Breivik H et al (1) i PainProposal (16), coincideixen en que el dolor crònic més comú es localitza en la columna vertebral. En el cas de Natàlia el seu dolor consisteix en un **dolor crònic** d'intensitat lleu i durada constant localitzat en diferents punts de les dorsals de la columna vertebral i al coll (contractures musculars cròniques). Aquest, de manera puntual se li irradia a les cervicals, fent tensar els músculs que formen el coll, i posteriorment s'irradia a ambdós temporals anteriors del crani, donant lloc a un dolor crònic d'intensitat severa, definit com a dolor migranyós. "*Jo normalment pràcticament cada dia tinc dolor, però un dolor lleu (si te l'hagués de puntuar entre un 0 i 10 potser et diria 2-3), i puntualment tinc migranyes, bé, no m'han diagnosticat mai de migranya en si, així que diguem-ne, dolor migranyós (aquest te'l puntuaria sobre el 8)*".

Tal com refereix Cuatrecasas (22)<sup>(22)</sup> l'estrès pot provocar dolor crònic degut a la cascada hormonal que s'esdevé en les situacions d'estrès. Natàlia associa aquest dolor sever a situacions estressants i al fet de mantenir la mateixa postura corporal durant excessives hores. "*Associo més la simptomatologia a quan no em bellugo tant perquè estic molt de temps assentada (...) i al meu estrès o situació anímica, si estic nerviosa, òbviament la simptomatologia serà pitjor*". El període en que aquest dolor va

ser més intens i perllongat, va ser al finalitzar segon de carrera *"El vaig viure molt estressant de principi a fi i quan van començar les vacances diguem que em va sortir tota la tensió, amb unes migranyes espectaculars i vaig estar dos setmanes anant del llit al sofà, bevent nolotils cada 8 hores. Però el dolor no va marxar fins al cap de dues setmanes i el nolotil només m'ajudava una "mica", havia d'estar estirada, al aixecar-me em marejava, però com a mínim amb el nolotil podia seguir mínimament una conversa, segurament si no me l'hagués pres ni això, directament al llit amb la llum apagada"*.

El dolor crònic, segons cita Breivik H et al (1) és una de les malalties menys compreses i pitjors tractades. Natàlia ha hagut de fer un llarg recorregut terapèutic i actualment, gràcies a totes les estratègies que ha anat adquirint per afrontar el seu dolor considera que el té força controlat. *"Ara mateix trobo que estic bastant estabilitzada, em passa (patir dolor sever) potser un cop al mes o cada mes i mig, però bueno, hi ha mesos que potser són dues vegades"*. I en quant al dolor lleu constant refereix que *"La veritat que he après a conviure amb ell, a vegades ni m'he n'adono de que hi és, sobretot si estic distreta, la distracció, fa que un dolor de 2 o 3 no el notis. Però quan t'assentes i no tens res a fer... doncs sí que començo a notar que el coll m'està tibant"*.

## **2. Impacte del dolor crònic**

- *A nivell de les activitats de la vida diària*

Segons Breivik H et al (1) les activitats que es veuen més afectades són la son, l'exercici, caminar, les tasques de casa i conduir, entre d'altres. A Natàlia el dolor no li afecta a la son ja que en el seu cas *"és algo reparador (...) m'ajuda a millorar els símptomes"*, ni a les tasques domèstiques perquè *"no les podré fer aquell dia de migranya, però la resta de dies sí"*; però sí que li afecta a l'hora de conduir. Ella ho relaciona amb la visió, no pas amb la postura corporal *"Quan tinc dolor lleu, jo crec que*

*m'afecten més les llums de nit que a la gent normal (...) jo això ho associo a que sóc més sensible pel tema del dolor." "Quan començo a notar els inicis de símptomes de migranya (...) si és de dia, que el trajecte sigui rapidet, perquè com has de centrar la vista, després el mal de cap augmenta moltíssim, i si és de nit, realment ho he de tenir molt en compte".*

Tal i com narra també Breivik H et al (1), la falta de concentració i de retenció d'informació és una de les limitacions més comuns degut al dolor. Natàlia comenta que aquella tasca en la que es veu més limitada pel dolor és a l'hora d'estudiar i fer feina de la universitat, per aquest motiu. *"Amb aquest atontament (abans d'iniciar-se el dolor migranyós) la concentració no és la mateixa, estic espessa, no em flueixen les idees".*

- *A nivell psicològic i emocional*

Poden existir molts sentiments front al dolor, entre els quals diversos autors com Breivik H et al (1) i Bernhard T (5) destaquen la frustració. Natàlia fa èmfasi a aquest sentiment, juntament amb el de ràbia. *"Al principi aquest tema em frustrava (...) després la cosa va anar millor però al principi quan no tenia tantes estratègies (...) doncs em frustrava perquè les migranyes i el dolor eren més freqüents i llavors sí que m'impediien fer coses que realment volia fer (...) també em frustrava perquè no puc acabar la feina que vull fer o perquè no puc sortir". "Realment el dolor poques vegades m'ha tret les ganes de fer coses, el que em fa és enfadar-me per no poder fer el que vull".*

- *A nivell de les relacions socials i familiars*

Tal i com cita Connell H (6), en l'etapa de la joventut les relacions socials esdevenen molt importants, per això, quan aquestes es veuen limitades pel dolor, suposa una gran limitació en la vida del jove. Per altra banda, Bernhard T (5) afegeix que el dolor

crònic, al ser imprevisible suposa un dilema alhora de participar en activitats socials, ja que els joves no saben si el dolor els hi impedirà o no realitzar-les. Natàlia expressa que les seves relacions socials es van veure molt més reduïdes quan el dolor era més freqüentment i això contribuïa a la seva frustració. *"Les meves relacions socials estaven més limitades, o a vegades em venia de gust fer coses i no podia (...) hi va haver una temporada que pensava "no sé fins a quin punt fer plans perquè i si aquell dia no em trobo bé?". Al final Natàlia va optar per no fer plans a llarg termini "Vivia del plan... "bueno doncs avui em trobo bé, aprofitem-ho i diguem-li amb aquest de quedar perquè demà no ho saps". Actualment, com sent que controla millor el dolor, s'atreveix a fer-ne "Ara (...) doncs sí que faig plans, com sé que tinc més dies bons que dolents, m'hi atreveixo".*

Segons Breivik H et al (1) i PainProposal (16) el dolor pot repercutir també en les relacions familiars, ja que les persones que pateixen dolor crònic poden sentir que la família no entén el seu dolor. Natàlia comenta la incomprensió que rebia per part dels seus pares *"Al principi ells no ho entenien, em deien que era una exagerada (...) t'encasillen de "la quejica de turno" ". Actualment, però, sent més comprensió degut sobretot a que la freqüència de dolor ha disminuït, i per tant, aquest ja és més creïble "Ara ho entenen una mica més, perquè ja porto molt de temps així. Però també penso que ara em donen més suport perquè ara el dolor fort és més puntual i clar, no és el mateix queixar-te de dolor un cop al mes que cada setmana".*

Per part dels seus amics no rep *"ni suport ni no suport"*, ja que no acostuma a parlar del seu dolor amb ells *"perquè intento no pensar-hi (...) com que ho tinc assumit"*. Generalment, tant en el seu entorn social com familiar comenta que algun cop no s'ha sentit compresa en quant a la intensitat del seu dolor *"Mai he considerat que algú pensi que sigui una excusa o que m'inventi el dolor, però que exagerava, sí"*.

- *A nivell laboral i de la societat*

Tal i com indiquen Breivik H et al (1) i PainProposal (16), el dolor crònic implica una reducció de la productivitat i l'efectivitat en el treball i un major nombre de dies d'absentisme. Tot i que Natàlia actualment no està treballant, realitza pràctiques i és conscient que el dolor crònic li afecta a nivell laboral *"L'any passat (...) li vaig dir a la meva infermera que em començava a fer mal de cap, que era propensa a les migranyes... i encara em quedaven 3 o 4 hores de torn (...) em va preguntar si havia de conduir fins a casa, (...) i em va fer marxar"*. Fa una reflexió sobre un futur i conclou que *"Segurament aguantaria el torn com fos però al dia següent segur que hauria de trucar per avisar de que no hi puc anar, perquè em trobaria fatal"*.

Bernhard T (17) exposa que la societat i la cultura en la que vivim construeixen el pensament de que un jove no pot patir dolor si està sa. Aquesta expectativa de salut perfecta fa que les persones del voltant d'un jove que pateix dolor crònic restin importància a l'assumpte e inclús no el creguin perquè "és massa jove per a patir dolor". Segons l'experiència de Natàlia, la societat no té assumit que una persona jove pugui patir dolor crònic, pel que no sent compressió per part d'aquesta. *"Tinc una amiga que té ciàtica (...) i parlant amb ella (...) al bar del poble, els del costat ens han arribat a dir que "què fem parlant d'això?, que semblen àvies!" Clar, no és "normal" que una persona jove tingui dolor i que li impedeixi fer certes coses, i fins que no et trobes amb algú que li passa o que li ha passat en algun moment lo mateix, com que no et sents del tot comprès(...) a la gent que no li passa això tu veus que no ho entén."*

### 3. Abordatge terapèutic

Breivik H et al (1) i Montero A et al (12) afirmen que els AINE's (ibuprofè i paracetamol) són els fàrmacs més comunament prescrits per a tractar el dolor, seguint l'escala analgèsica de la OMS. Segons l'estudi de Breivik H et al (1) la majoria d'enquestats combinen el tractament prescrit amb altres tractaments no farmacològics, sent majoritàriament el massatge, seguit de l'acupuntura i la fisioteràpia. A Natàlia, el primer fàrmac que li va ser prescrit va ser un AINE però refereix que *"no em van servir per absolutament res"*, així que va començar tractament de fisioteràpia. *"I des d'aleshores que tenia 17 anys em vaig esclavitzar al fisio un cop a la setmana fins ara que en tinc 21... i continuaré anant un cop a la setmana durant molt de temps"*. Amb massatges, TENS i exercicis va aconseguir controlar la intensitat del dolor *"tot i que tenia dolor, com a mínim m'ajudava a aguantar la setmana fins que hi tornava a anar"*.

Tal i com indica la guia d'actuació de Cerdá-Olmedo G i De Andrés J (18), el dolor crònic requereix un tractament multifactorial que inclogui una prescripció farmacològica, rehabilitació física, intervenció psicològica i modificació de conductes. Natàlia, per tal d'aconseguir aquesta última va començar a utilitzar un altre mètode alternatiu: la microgimnàstica *"Vindria a ser (...) com un yoga però molt més suau. En aquell centre no feien massatges ni posaven infrarojos ni res d'això, tot era exercicis per guanyar flexibilitat i per ajudar-te a tenir una bona postura, per exemple, et feien classes de com t'has d'assentar, com t'has d'acochar...una mica d'educació postural. A banda també feia relaxació i exercicis de respiració, que m'ajudaven a alliberar tensions. I la veritat que em va anar molt bé perquè les èpoques en les que he estat pitjor, fent aquests exercicis noto que milloro moltíssim, en canvi, si em prenc un medicament no em serveix de res"*.

En quant a l'abordatge farmacològic, Breivik H et al (1) exposa que els AINE's sovint resulten ineficaços, el que provoca que un gran nombre de persones s'acabin fent càrrec del maneig farmacològic del seu dolor ells mateixos. En el cas de Natàlia refereix que s'automedica *"Com tota la medicació que m'ha anat donant (el traumatòleg) mai m'ha servit per a res, doncs jo he anat provant el que m'anava bé per a disminuir el dolor"*. Utilitza dos fàrmacs diferents, depenent de la situació en què es trobi *"Si jo em començo a notar que em ve el dolor de migranya i és l'inici, em puc prendre un paracetamol i aguanto en la majoria de vegades, però m'ho he de prendre molt a l'inici dels primers símptomes, quan noto que em començo a tensionar, que comença a irradiar-se cap al cap (el dolor), i a sentir punxades aquí (senyalant ambdues parts temporals posteriors del crani) em prenc un paracetamol i ja està. Si no ho pillo aviat i ja començo a tenir migranya, el que he de fer és, em prenc un nolotil begut, és a dir, els que es punxen intramusculars, doncs me'ls bec"*. Però de vegades no aconsegueix controlar aquest dolor, pel que ha de deixar de realitzar qualsevol activitat que estigués fent. *"Si m'agafa la migranya forta és: para de fer el que sigui que estiguis fent i te'n vas a dormir, perquè ni puc mirar la tele, ni puc llegir, ni puc centrar-me en una conversa, les llums em molesten moltíssim, la música em molesta... és a dir no puc fer absolutament res, ni de feina ni de oci, m'he n'he d'anar a dormir amb la llum apagada i s'ha acabat el dia"*.

Una de les dificultats en assolir un tractament eficaç és la gran limitació farmacològica degut al cercle viciós, tal i com explica CHANGE PAIN (8), ja que al augmentar la dosis de l'analgèsic també augmenten els seus efectes secundaris, i alhora una dosis baixa no arriba a controlar eficaçment el dolor. A Natàlia li van negar la prescripció d'un fàrmac més efectiu que el Nolotil pels dies que pateix dolor sever, pel que degut a aquesta limitació farmacològica fa restricció de l'ús de Paracetamol per a controlar el dolor crònic lleu per por a fer resistència a aquest *"Quan tinc dolor lleu no em prenc ni*



*paracetamol (...) si me'l prengués cada dia, quan em comenci a notar els primers símptomes de la migranya el paracetamol ja no em faria res. Clar, és un recurs que em funciona, no el vull explotar perquè el dia que ja no em funcioni tindrè un problema".*

Així doncs, Natàlia s'ha anat coneixent a si mateixa i aprenent estratègies efectives per al control del seu dolor (maneig farmacològic, fisioteràpia, microgimnàstica i exercicis de respiració i relaxació) *"Jo he anat buscant estratègies que m'anaven donant els diferents professionals i m'he quedat amb lo que em va bé, i el que no, adéu". "Una altra estratègia ha sigut prendre' la vida més relaxada, canviar el xip, perquè saps que el dolor et vindrà, però puc fer que em vingui cada setmana perquè vaig estressada o intentar anar més relaxada, i dir, doncs el que no pugui fer avui, ho faré demà, de manera que no arribo als punts de dolor 7 i 8 cada setmana, sinó que potser un cop al mes o al mes i mig".*

#### **4. Expectatives de futur**

Tal i com indica Breivik H et al (1) el fet de que vagin passant els anys i que el dolor persisteixi, crea en els joves una falta d'esperança de que aquest desaparegui, pel que visualitzen el seu futur tenint en compte el dolor. Natàlia comenta que *"No crec que mai me marxi el dolor del tot, seria com un objectiu irreal (...) sent realista, jo crec que desaparèixer no desapareixerà (...) si de cas incrementarà".* Això li preocupa sobretot en la decisió de ser mare, ja que ha pogut comprovar mitjançant les seves nebodes que el dolor la limita molt en l'atenció dels nens *"No sé si podré aguantar el "tute" de ser mare, i algun dia en la meua vida ho voldré ser. Perquè, és clar, durant l'embaràs, l'esquena pateix molt tot i no tenir cap mena de problema, si a sobre tinc un problema, que? (...) i després quan tens el nen és pitjor, saps el que pesen els nens al coll?! és una passada, a sobre creixen molt ràpid! A vegades faig de niñera de les meves*

*nebodes durant només una tarda i a l'endemà em fa un mal l'esquena horrorós, i això que només és un dia! Quan ets mare són les 24h al dia, 365 dies a l'any...".*

Però, ara per ara allò que més preocupa a Natàlia entorn al seu dolor crònic és *"Perdrem coses que potser algun dia em ve molt de gust fer, o que tingui un pla molt concret i que després no pugui fer-lo".* Pel que considera que per afrontar aquesta situació *"No pots estar pensant en trobar la pastilla màgica que t'ho curarà tot ni quedar-te tampoc de braços creuats queixant-te del dolor, perquè una cosa no passarà i l'altra no ho solucionarà. El millor és, ara que he passat per diferents professionals, quedar-me amb el que m'ha servit i no tancar la porta a provar coses noves".* Tot i que ara considera que controla millor el seu dolor, s'ha deixat altres estratègies d'afrontament com as a la màniga...*"Tinc en ment provar un centre de Barcelona (...)* Una altra cosa que no he provat mai i que també tinc en ment (per si alguna vegada tinc un dolor que es tornés a fer més freqüent) és *l'acupuntura".*

## **5. Percepció sobre els professionals sanitaris**

Cerdà-Olmedo G i De Andrés J (18) exposa que per a augmentar les probabilitats d'èxit del tractament és necessari que aquest sigui discutit i acordat entre el professional i el pacient, establint co-responsabilitat i feed-back i promovent una participació activa. En el cas de Natàlia aquesta relació no s'esdevé amb els metges, ja que comenta que mai s'han interessat per conèixer com intenta controlar el dolor, i que si li han preguntat, ha sentit un rebuig cap a les teràpies alternatives que utilitza. *"Moltes vegades ells et donen molts consells però tampoc es paren a pensar o a preguntar-te (...) és com que diuen la seva i ja està". "El traumatòleg mai m'ha preguntat que és el que faig per a intentar controlar el dolor, i el metge d'atenció primària sí que m'ho va preguntar però (...) quan li vaig parlar de la microgimnastica i li*

*vaig dir que estava molt contenta i que era el que més em va ajudar... li va donar com a desprestigi, em va dir "bah, tot s'ho inventen" ".*

*També comenta que es sent limitada pels metges perquè no li plantegen cap altra alternativa de les de sempre. "La cosa és que no em plantejaven cap altra alternativa (...) és la sensació aquesta de com que et limiten, en comptes de donar-te opcions". Natàlia refereix que qui li demostra més empatia i per qui es sent més escoltada és pels fisioterapeutes "Quan estàs en la sessió te fan inclús de psicòleg, i això el metge no ho fa, el metge no t'escolta (...) i la comunicació és més... trobo que hi ha més feedback, no és només un xorro d'informació".*

En quant als professionals d'infermeria, Natàlia mai ha sigut derivada a la consulta d'infermeria "A mi el metge no m'ha plantejat mai una visita amb infermeria". Tot i així considera que seria interessant que la infermera abordés aquests tipus de situacions d'alguna manera, sobretot des de la comunicació "Potser infermeria tindria el temps per parlar amb tu i comentar les coses que amb el metge no tens temps de comentar. I si es fes una mica de treball en equip, potser quan tornessis a la consulta del metge et plantejaria coses diferents al discurs tradicional". També pensa que la infermera podria resultar útil com a contacte en el plantejament d'altres estratègies d'afrontament per al dolor "Penso que ella t'obriria més portes, també depèn del professional que t'hi trobis, però en general, penso que t'obriria més les portes a teràpies alternatives".

## 10. CONCLUSIONS

Després d'analitzar la vivència del dolor crònic d'aquest cas puc concloure que aquest procés de salut-malaltia suposa un impacte en diversos aspectes de la seva vida diària, tant a nivell físic, com emocional i social, afectant sobretot a la disminució d'activitats, al seu estat d'ànim i a les relacions socials, comportant una disminució en la seva qualitat de vida.

En l'etapa de la joventut, es dóna èmfasi sobretot a les activitats relacionades amb la preparació acadèmica per a l'inici en el món laboral (i aquest mateix) i a les activitats d'oci, a més de les interaccions socials, les quals són considerades especialment importants. En el cas s'observa que el dolor esdevé incapacitant a l'hora de realitzar les activitats anteriorment esmentades, implicant uns sentiments de frustració i de ràbia.

El dolor crònic comporta un llarg recorregut terapèutic fins a aconseguir trobar aquella combinació de mètodes que realment ajuden en el control del dolor, reduint-lo a un dolor lleu, però mai a un valor de 0. Tot i així, el cas deixa altres mesures terapèutiques al seu abast per a provar en cas de que el dolor empitjorés, ja que les seves perspectives de futur en quant a aquest procés són que el dolor l'acompanyarà sempre, mai desapareixerà, que en tot cas augmentarà. Existeix un sentiment de desesperança, tot i que ella prefereix anomenar-lo "realisme".

Existeix també una falta de comprensió, tant pel seu entorn més proper com per la societat. El cas destaca que el seu entorn considera que la seva situació no és realista perquè és massa jove per a patir aquest tipus de dolor. No es nega la presència de dolor, però sí que es qüestiona la intensitat i durada d'aquest, etiquetant finalment al jove com a un exagerat.

En quant a la perspectiva dels professionals sanitaris, el dolor crònic en el jove, no és considerat com a tal, i menys encara com a una malaltia. Com a conseqüència no se li dóna la suficient importància i per tant no és abordat terapèuticament de manera adequada. Tot i disposar d'un ampli ventall de fàrmacs combatents del dolor, existeix un accés limitat a substàncies potents, especialment en casos sense indicacions oncològiques. Aquesta limitació juntament amb la falta de reconeixement del seu dolor, augmenta els sentiments de frustració i d'incomprensió del jove.

A més, aquesta insuficient importància que se li dóna a aquest procés de salut-malaltia del jove comporta que la intervenció infermera no sigui contemplada en el maneig d'aquesta situació. Segons la perspectiva del cas, un control per part d'infermeria suposaria un espai per a la comunicació i això, no només faria que el jove es sentís escoltat i comprès, sinó que obriria més portes a un millor abordatge terapèutic, mitjançant el treball en equip amb el metge i la recomanació d'altres mètodes per fer front al dolor com les teràpies alternatives.

## 11. BIBLIOGRAFIA

- (1) Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- (2) Sociedad Europea de Anestesia Regional y Tratamiento del Dolor [Sede Web]. Valencia: Dolopedia; c2011 [actualització 2013; consultada el 11 d'octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.dolopedia.com>
- (3) Pergolizzi J. Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management [monografia en línia]. CHANGE PAIN; 2011. [Consultada el 12 de gener del 2015]. Disponible en: <http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf>
- (4) Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract* 2001;18:292-299.
- (5) Bernhard T. The challenges of living with invisible pain or illness. [article en línia]. *PsychologyToday*; 2011 [Consultat el 27 de novembre del 2014]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/blog/turning-straw-gold/201109/the-challenges-living-invisible-pain-or-illness>
- (6) Connell H. Chronic Pain in Young Adults. [article en línia]. *StudentHealth*. [Consultat el 26 de novembre del 2014]. Disponible en: <http://www.studenthealth.co.uk/advice/advice.asp?adviceID=231>
- (7) Cruciani RA, Nieto MJ. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2006; 13(5).
- (8) CHANGE PAIN [Sede Web]. España: Grünenthal; c2009. [actualització 2015; consultada el 11 de gener del 2015]. Disponible en: <http://www.changepain.org>
- (9) Boston Scientific. Dolor crónico: introducción. [monografia en línia]. Boston Scientific; 2012. [Consultada el 11 d'octubre del 2015]. Disponible en: <http://www.epresspack.net/mnr/dynamic/2013/01/835567.pdf>

- (10) Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Oncología (Barc.) 2005; 28 (3)
- (11) CHANGE PAIN. 1a revisión epidemiológica dolor crónico no neoplásico en España & estudio prevalencia del dolor en España. [monografía en línea]. Grünenthal; 2010. [Consultada el 24 de gener del 2015]. Disponible en: [http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=204700322](http://www.fundaciongrunenthal.es/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=204700322)
- (12) Montero A, Samper D, Vidal J, Rodríguez MJ, Jiménez L. Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (estudio PANDHORA). Rev. Soc. Esp. Dolor. 2011; 18(4): 219-227.
- (13) Grup de treball PainSTORY. [monografía en línea]. SED, Mundipharma. [Consultada el 11 de desembre del 2014]. Disponible en: <http://www.painstory.org/es>
- (14) Vickers AJ, Linde K. Acupuncture for chronic pain. JAMA 2014; 311(9): 955-956.
- (15) Poder sobre su dolor. [Sede Web] Texas: St. Jude Medical. [Consultada el 15 de desembre del 2014]. Disponible en: <http://www.podersobresudolor.com/>
- (16) Grup de treball PainProposal. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain. A European consensus report. [monografía en línea]. EFIC, Pfizer, EFNA; 2010. [Consultada el 11 de desembre del 2015]. Disponible en: [http://www.efic.org/userfiles/file/pain\\_proposal.pdf](http://www.efic.org/userfiles/file/pain_proposal.pdf)
- (17) Bernhard T. The extra faced by young people with chronic illness [article en línea]. PsychologyToday; 2014 [Consultat el 27 de novembre del 2014]. Disponible en: <https://www.psychologytoday.com/blog/turning-straw-gold/201403/the-extra-burdens-faced-young-people-chronic-illness>
- (18) Cerdá-Olmedo G, De Andrés J. Dolor crónico. Guía de Actuación Clínica en A. P. [monografía en línea]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. [Consultada el 2

de febrer del 2015]. Disponible en:

<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap014dolorcronico.pdf>

(19) Soler P, Enrique AM. Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. Estudios sobre el mensaje periodístico. Dialnet 2012; 18(2): 879-888.

(20) Campos P. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. Cultura de los Cuidados 2011; 29: 9-15

(21) Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós Ibérica; 1987

(22) Cuatrecasas G. El estrés puede provocar dolor crónico en algunos pacientes. [article en línea]. SINC; 2009. [Consultat el 25 de febrer del 2015]. Disponible en:

<http://www.agenciasinc.es/Noticias/El-estres-puede-provocar-dolor-cronico-en-algunos-pacientes>



## **12. NORMES PER A LA PUBLICACIÓ (REV SOC ESP DOL)**



## 13. ANNEXOS

### Annex 1 - Guió de l'entrevista semiestructurada

Bon dia/tarda, jo sóc Meritxell Vendrell, estudiant de 4t d'Infermeria a la Universitat Rovira i Virgili i en aquests moments estic realitzant el meu Treball Fi de Grau titulat "Vivències i experiències del jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic en el seu procés de salut-malaltia". L'objectiu principal que pretenc assolir amb aquest treball és conèixer com viu i afronta el jove aquesta situació, centrant-me en la seva percepció envers la qualitat de vida i la intervenció infermera.

Abans de començar amb la entrevista voldria recordar que totes les dades recollides seran tractades de manera anònima i tant sols s'utilitzaran per a la realització d'aquest treball, podent ser publicat en forma d'article. Agraïixo la col·laboració.

#### *Dades*

- Edat:
- Sexe:
- Ocupació laboral/estudiantil:

#### *Trajectòria*

- A quina edat vas començar a patir dolor? Com va començar tot?
- En quin moment vas decidir sol·licitar ajuda professional? A on vas acudir?
- Quin diagnòstic vas obtenir? Quin abordatge se't va proposar?
- La prescripció va ser eficaç? Es va haver de modificar? En algun moment l'has abandonat?
- Has provat altres teràpies alternatives (acupuntura, massatge, TENS, relaxació, etc)?

- Com va anar evolucionant el dolor?
- Quin/s tractament/s segueixes actualment?

*Percepció sobre el procés salut-malaltia*

- Consideres que actualment el teu dolor crònic està ben controlat?
- Com puntuaries el teu dolor (del 0 al 10) durant el teu dia a dia?
- Com afecta aquest dolor a la teva vida quotidiana? Com ho afrontes? Quines són les teves estratègies?
- El dolor t'afecta...
  - ... al manteniment de la relació amb família i amics?
  - ... a la son?
  - ... quan fas exercici?
  - ... quan condueixes?
  - ... a l'hora d'estudiar / treballar?
- Si mires al passat, abans de que comencessis a patir dolor crònic... ha canviat alguna cosa en la teva vida per aquest motiu? El què?
- Què és allò que més et preocupa entorn al teu dolor crònic?
- Quines són les teves perspectives de futur envers el teu dolor crònic?
- En el teu entorn familiar et sents compresa? I en l'entorn de les amistats?

*Percepció sobre el personal d'infermeria*

- Perceps que els professionals són capaços de controlar la teva situació?
- Com qualificaries l'acompanyament dels professionals en el teu procés?
- Sents que són empàtics? Quin és el teu grau de satisfacció en general?

EL GUIÓ DE L'ENTREVISTA SERÀ MODIFICAT SEGONS DERIVI AQUESTA

## Annex 2 - Consentiment informat

### CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARTICIPANT

*Vivències i experiències del jove amb dolor crònic d'origen no neoplàsic en el seu procés de salut-malaltia*

Jo \_\_\_\_\_ Judit Vives Espelta \_\_\_\_\_

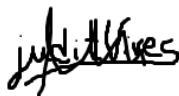
He parlat amb: Meritxell Vendrell Cabanillas i...

- He estat informat del propòsit i els objectius d'aquest treball d'investigació.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi i els meus dubtes han estat resolts.
- He rebut informació sobre el procediment de l'entrevista.
- Entenc que la meva participació és voluntària, pel que puc retirar-me:
  - o Quan vulgui
  - o Sense haver de donar explicacions
  - o Sense cap repercussió

Presto lliurament la meva conformitat per a:

- Participar en l'estudi.
- L'enregistrament àudio de l'entrevista.
- La publicació formal dels resultats obtinguts.

Data i firma del participant



16 de febrer del 2015

### **Annex 3 - Transcripció de l'entrevista**

Natàlia és una noia de 21 anys resident al Camp de Tarragona i que actualment està cursant l'últim any de Grau d'Infermeria.

M - Com definiries dolor crònic? És a dir, que significa per a tu?

N - Jo el definiria com a un dolor continuat, d'intensitat variable, que disminueix la qualitat de vida de qui el pateix en determinades ocasions.

M - A quina edat vas començar a patir dolor?

N - Doncs jo diria que cap als 13-14 anys, que vaig començar a notar mals d'esquena, pel mig, per les dorsals. El dolor no era gaire fort però arrel d'això li vaig comentar als meus pares i vam anar al metge, directament al traumatòleg perquè en la meva família hi ha antecedents d'escoliosis. Me van fer una radiografia i sí, em van confirmar que tenia escoliosis, que no era molt pronunciada, que en principi tampoc m'havia de portar masses problemes però bueno... tractament en aquell moment no me'n va donar cap tot i que clar, el dolor era més aviat puntual, no era sempre, sempre.

Però al llarg dels anys, sobretot durant el batxillerat (que devia tenir uns 16-17...sí), a partir dels 17 el dolor va començar a ser més constant, almenys un cop a la setmana tenia dolor. Continuava sent no un dolor molt fort però sí, almenys un cop a la setmana n'hi havia. Sobretot quan tenia exàmens, quan anava més estressada i agobiada era quan tenia més dolor, o quan passava també moltes hores assentada, en la mateixa postura. I durant un munt de temps el seguiment va ser anar al traumatòleg un cop a l'any, m'anaven fent radiografies i anar mirant doncs... (és clar com vaig començar als 14 anys, estava en època de creixement) que la cosa no empitjorés. El traumatòleg em va dir que empitjorar, la cosa no empitjorava, que en les radiografies sempre era la

mateixa desviació però això, com cap als 16-17 anys començava a tenir més dolor, doncs ja van començar a prescriure algun fàrmac, AINE's sobretot, aquells que eren de nova generació. T'haig de dir que no em van servir per absolutament res. I vaig començar també a anar al fisio un cop a la setmana. I des d'aleshores que tenia 16-17 anys em vaig esclavitzar al fisio un cop a la setmana fins ara que en tinc 21 i continuaré anant un cop a la setmana durant molt de temps.

M - Hi vas per la privada o per la pública?

N - No, no, hi vaig anar per privat.

M - I al traumatòleg també?

Sí, també per privat perquè per a la seguretat social si em derivessin des del CAP o algo així, em donarien X setmanes de fisio i ja està. Que si jo veia que necessitava anar-hi anant, això la seguretat social no m'ho cobriria. Llavors el meu traumatòleg em va aconsellar un lloc que és bastant bo i la veritat que sí que em va anar bastant bé, del meu poble. I allí, al primer fisio que vaig anar el que feia era estiraments per a recuperar una miqueta la bona postura diguéssim, i després ell em feia massatges i em ficaven infrarojos. Després per temes de que la fisio que em portava en aquest centre no em va poder agafar més, vaig haver de buscar-me la vida i anar a un altre fisio perquè la substituta m'anava fatal.

M - Què vols dir que t'anava fatal, no t'ho feia igual?

N - No m'ho feia igual, vull dir, jo no notava absolutament cap mena de canvi si hi anés com si no hi anés. Això amb l'altra no em passava, tot i que tenia dolor, com a mínim m'ajudava a aguantar la setmana fins que hi tornava a anar. I amb l'altra, zero, com si no hi hagués anat, i clar, els fisios tampoc són barats com per anar tirant els diners. Mentre vaig anar al primer fisio també vaig estar anant una temporada, més de mig

any, a un centre. Aleshores feia les dues coses, fisio i aquest centre que el que feia era microgimnàstica, que vindria a ser, per dir-te algo, com un yoga però molt més suau. En aquell centre no feien massatges ni posaven infrarojos ni res d'això, tot era exercicis per guanyar flexibilitat i per ajudar-te a tenir una bona postura, per exemple, et feien classes de com t'has d'assentar, com t'has d'acotjar...una mica d'educació postural. I la veritat que em va anar molt bé perquè les èpoques en les que he estat pitjor, fent aquests exercicis noto que milloro moltíssim, en canvi, si em prenc un medicament no em serveix de res.

A banda també feia relaxació i exercicis de respiració, que m'ajudaven a alliberar tensions. I ara, al segon fisio que vaig doncs no fem estiraments, només és massatge, no em fica infrarojos sinó que em fica una altra cosa que ara mateix no m'enrecordo el nom...si vols ja t'ho preguntaré<sup>7</sup>.

M - Potser els ultrasons?

N - No, perquè infraroig i ultrasons, és veritat, m'ho posava el primer fisio. El primer fisio també em posava ultrasons. El que faig ara és com que la calor en comptes d'anar de fora cap a dins, calenta de dins cap a fora, i trobo que la veritat és que va millor. Bueno, tampoc puc valorar-ho per separat però tan el massatge que em fa aquesta fisio com això trobo que em va millor que la primera fisio.

M - En què ho notes que va millor? Aguantes més dies sense dolor?

N - Sí, ara la veritat és que, hi ha setmanes que sí que tinc dolor i tal, però, no sé, quan anava a la primera fisio, era això, que aguantava per a aquella setmana i ja està. En canvi, amb aquesta no, si tinc dolor puntual és per causes externes, perquè vaig més atabalada, o per que aquella setmana pel que sigui m'he contracturat... però trobo

---

<sup>7</sup> Microones. Mateix funcionament que els infrarojos amb la diferència que les ones arriben a teixits més profunds.



que a la llarga estic més estable. I això, a la segona fisio, no fem els estiraments però li vaig explicar quins eren els que em van ensenyar, em va dir que li semblava correcte i que els continués fent però que com ja els sabia fer perquè havia anat més de mig any a aquell centre, doncs els estiraments els faig a casa, com a mínim dos cops a la setmana i si puc més, i després una hora-una hora i quart amb el fisio.

M - En quant a la medicació, tens alguna prescripció?

N - Tema medicació...m'automedico. Perquè al meu traumatòleg fa com a dos anys que no hi vaig perquè total, no em soluciona absolutament res. Ja em va controlar durant el creixement, em vaig quedar tranqui-la, ara créixer ja no creixeré més i com tota la medicació que m'ha anat donant mai m'ha servit per a res, doncs jo he anat provant el que m'anava bé per a disminuir el dolor. Aleshores, jo normalment pràcticament cada dia tinc dolor, però un dolor lleu (si te l'hagués de puntuar entre un 0 i 10 potser et diria 2-3), i puntualment tinc migranyes, bé, no m'han diagnosticat mai de migranya en si, així que diguem-ne, dolor migranyós (aquest te'l puntuaria sobre el 8).

Quan estic apurada...bueno, depèn, si jo em començo a notar que em ve el dolor de migranya i és l'inici, em puc prendre un paracetamol i aguanto en la majoria de vegades, però m'ho he de prendre molt a l'inici dels primers símptomes, quan noto que em començo a tensionar, que comença a irradiar-se cap al cap (el dolor), i a sentir punxades aquí (senyalant ambdues parts temporals posteriors del crani) em prenc un paracetamol i ja està. Si no ho pillo aviat i ja començo a tenir migranya, el que he de fer és, em prenc un nolotil begut, és a dir, els que es punxen intramusculars doncs me'ls bec. Però per molt que em prengui un nolotil, si m'agafa la migranya forta és: para de fer el que sigui que estiguis fent i te'n vas a dormir, perquè ni puc mirar la tele, ni puc llegir, ni puc centrar-me en una conversa, les llums em molesten moltíssim, la

música em molesta... és a dir no puc fer absolutament res, ni de feina ni de oci, m'he n'he d'anar a dormir amb la llum apagada i s'ha acabat el dia.

És com un aura, (com en els epilèptics, que diuen que abans de que els hi doni l'atac ells tenen un aura i noten que els hi vindrà) és com que ja em conec el meu cos i ho sé. A vegades noto les irradiacions de dolor i sé que són de contractura i sé que no m'agafarà migranya, perquè em conec, ho sé diferenciar, perquè no són només els símptomes, també són les sensacions.

A més, els dies de migranya tinc nàusees i em costa molt menjar. Clar, a banda del dolor també són les nàusees, et sents com a marejat, perds la gana i pel matí segueixes marejat i això em molesta molt, sobretot els caps de setmana que t'agradaria aprofitar tot el matí i m'he d'esperar a despejar-me.

Per sort, aquest dolor, excepte una època dolenta, sempre m'acostuma a agafar cap al final del dia, quan ja portes tot el "tute" de tot el dia. llavors m'ho prenc com bueno, te'n vas a dormir i demà serà un altre dia. De vegades si em pilla una mica més aviat, dormo ni que sigui una hora i quan em desperto, el dolor, si no ha marxat del tot, ha millorat molt, vull dir, ja no és un dolor migranyós que m'impedeixi conduir, concentrar-me o el que sigui.

També he tingut èpoques per exemple, fa 2 anys, després de segon de carrera (jo segon de carrera el vaig viure molt estressant de principi a fi) quan van començar les vacances diguem que em va sortir tota la tensió, amb unes migranyes espectaculars i vaig estar dos setmanes anant del llit al sofà, bevent nolotils cada 8 hores. Però el dolor no va marxar fins al cap de dues setmanes i el nolotil només m'ajudava una "mica", havia d'estar estirada, al aixecar-me em marejava, però com a mínim amb el nolotil podia seguir mínimament una conversa, segurament si no me l'hagués pres ni això, directament al llit amb la llum apagada. Així de dolor fort, fort, fort i perllongat va

ser aquella vegada puntual, normalment ja et dic, és un dolor lleu de cada dia i potser més fort, puntual, un cop al mes.

M - Aleshores aquest dolor lleu diari es localitza a l'esquena?

N - El dolor lleu és muscular al coll, sobretot, i a alguns punts de l'esquena. Al mig de l'esquena que és just on hi ha la corba de l'escoliosi també és un punt que em fa bastant de mal. Quan noto que el dolor es comença a irradiar és un primer símptoma de "a veure si avui tindrè migranya...". És com una sensació d'embotiment mental, com de m'està començant a costar concentrar-me i no només em fan mal les cervicals sinó que a més se'm comença a enganyar el cap. El dolor va del coll i comença a pujar pel cap, quan passa això és: paracetamol. I si no en tinc, problema, perquè acabaré amb nolotil i anant a dormir.

M - I això aproximadament cada quan et pot passar?

N - Ara mateix trobo que estic bastant estabilitzada, em passa potser un cop al mes o cada mes i mig, però bueno, hi ha mesos que potser són dues vegades. Però he tingut èpoques anteriors, sobretot aquesta època que t'he dit de segon de carrera, eren molt més freqüents, potser una o dues cada setmana. Perquè va ser una època molt estressant i trobo que influeix que ara em trobi millor el fet de que em prenc la vida d'una manera més relaxada.

Sí, per molt que sempre vagi a "tope", busco moments per fer els estiraments aquests que vaig aprendre i intentar-me relaxar, buscar moments per a mi o fer els exercicis de respiració, que em van molt bé. És clar, jo quan vaig tenir aquestes dues setmanes tan fortes encara no havia començat la microgimnastica, va ser a tercer de carrera. M'ho vaig prendre molt a "full", vaig ser molt estricta amb mi mateixa i com la recompensa van ser dues setmanes al llit, vaig dir: no, de cara al curs vinent has de fer un canvi de plantejament i si un dia et comences a trobar malament doncs pares i et prens el

paracetamol, no et quedis fent feina "vinga, vinga" perquè aleshores migranya assegurada. A més, la tensió s'anava acumulant i cada migranya anava sent pitjor.

De vegades el dolor ha sigut tant fort que he arribat a vomitar involuntàriament del mareig i mal de cap, despertar-me a mitja nit i tot i havent-me pres el nolotil abans, anar corrent al lavabo i vomitar. Després era com que alliberava una mica la tensió i sentia que disminuïa una mica. Però mai me l'he provocat, era el mateix dolor que em provocava el vòmit. Però això m'ha passat potser quatre o cinc vegades comptades des dels 17 anys.

M - És a dir t'has anat coneixent a tu mateixa...

N - Sí, jo he anat buscant estratègies que m'anaven donant els diferents professionals i m'he quedat amb lo que em va bé, i el que no, adéu. Per exemple, al meu traumatòleg no li he fet cas, no em vaig prendre la medicació que em va donar perquè no em serveix de res, el paracetamol me'l prenc perquè vaig ser jo qui va provar de "a veure si em serveix quan el dolor comença abans de la migranya", llavors ho intento, a vegades ho aconseguixo, a vegades no (normalment sí) aleshores nolotil.

A més, dues vegades a la setmana fer exercicis de respiració i enfortir musculatura i destensar amb els estiraments. És a dir, qui m'ha ajudat ha sigut el fisio (tant el primer com el segon) per al manteniment, perquè quan se'm contractura una part doncs són ells qui m'ho descontracturen. També l'home que vaig anar que em va ensenyar la microgimnàstica perquè em va donar les eines per a jo mateixa quan "ostres, encara em falten 5 dies per anar al fisio i em trobo molt cansada", doncs faig aquests exercicis, o "avui em noto molt tensada" doncs faig els de respiració. És una manera també de controlar-ho. I el tema de la medicació és perquè jo he anat provant, no perquè m'hagin receptat res. Un cop, aquell que em vaig trobar tant malament vaig

anar al metge de capçalera i em va dir que em prengués nolotil, que és el que ja estava fent, llavors, donar-me algo nou, no.

Una altra estratègia ha sigut prendre la vida més relaxada, canviar el xip, perquè saps que el dolor et vindrà, però puc fer que em vingui cada setmana perquè vaig estressada o intentar anar més relaxada, i dir, doncs el que no pugui fer avui, ho faré demà, de manera que no arribo als punts de dolor 7 i 8 cada setmana, sinó que potser un cop al mes o al mes i mig.

M - Aquest dolor lleu afecta a la teva vida diària?

N - La veritat que he après a conviure amb ell, a vegades ni m'he n'adono de que hi és, sobretot si estic distreta, la distracció, fa que un dolor de 2 o 3 no el notis. Però quan t'assentes i no tens res a fer... doncs sí que començo a notar que el coll m'està tibant, i quan hi ha migranya no hi ha distracció que valgui. Inclòs moltes vegades les distraccions són pitjor i t'augmenta la simptomatologia que no pas te l'alleugereixen.

La veritat que al principi aquest tema em frustrava, perquè encara no havia fet el canvi de xip de intentar-me relaxar i no ofuscar-me perquè avui no puc fer feina, i ja la faré demà. Després la cosa va anar millor però al principi quan no tenia tantes estratègies perquè només havia anat a un fisio i a un traumatòleg, i encara no havia anat a altres llocs per a quedar-me una miqueta d'això, una miqueta d'allò; doncs em frustrava perquè les migranyes i el dolor agut eren més freqüents i llavors sí que m'impedien fer coses que realment volia fer.

A banda del dolor, el fet de que se'm contracturin molt les cervicals i em pugui cap al cap també fa que per exemple, molts matins quan m'aixeco del llit (inclòs ara, que és una temporada en la que estic bastant estable) estic molt marejada. Fins que no he menjat, m'he pres un cafè i he fet alguna cosa, no se'm passa el mareig, o empanament mental com jo definiria. Això, quan no tenia tantes estratègies doncs sí

que era un problema perquè de vegades em passava que aquell matí havia quedat amb una amiga per a anar a esmorzar juntes i em trobava de pena. També em frustrava perquè no puc acabar la feina que vull fer o perquè no puc sortir. A vegades també trobo que em passa que mentre vaig a "tope", vaig tirant i aguantant, i a la que em relaxo em surt tot, i és lo típic, arriba el cap de setmana que tinc lliure i em trobo malament i no puc sortir.

M - És a dir, que també afecta a les teves relacions socials.

N - Sí perquè a vegades no em trobo amb ànims. I algun cop ho he fet de dir, m'és igual, ni que em faci mal sortiré igualment, però no ho gaudeixes igual, tota l'estona estàs pensant "em fa mal aquí, i ara allà...", no ho gaudeixes com voldries i a sobre al dia següent estàs feta un cromo.

És a dir, que més que res m'afecta en la feina i en les relacions socials. Perquè en la resta, més o menys... les feines de casa per exemple no les podré fer aquell dia de migranya, però la resta de dies sí.

M - I en el teu entorn familiar, com afecta?

N - Ara com estic en una època bastant bé, tinc més dies bons que no pas dolents però sí que afecta, perquè, amb els amics ja et dic que és el tema de sortir, i amb la família, bueno, jo visc amb els meus pares i cadascú fa un horari i el moment de reunió dels tres i de parlar les coses és el sopar. Com és cap al tard quan m'acostuma a passar això (dolors migranyosos), el dia que em passa he arribat a sopar amb ulleres de sol, demanar que no encenguin la tele, que parlin fluixíssim i jo aquell dia menjo sense dir res i clar, en tot el dia que no he parlat pràcticament res amb els meus pares, perquè aquell dia no puc.

M - En general, et sents compresa, tant per la família com pels amics?

N - Ara més que al principi, primer perquè ja m'han vist moltes vegades malament i entenen que quan dic "avui no puc" (com per exemple els dies aquests que sopo amb ulleres de sol) ara ho entenen una mica més, perquè ja porto molt de temps així. Però també penso que ara em donen més suport perquè ara el dolor fort és més puntual i clar, no és el mateix queixar-te de dolor un cop al mes que cada setmana, perquè aleshores t'encasillen de "la quejica de turno". Al principi ells no ho entenien, em deien que era una exagerada per ficar-me ulleres de sol, que per què havien de baixar la veu de la tele si ells volien sentir les notícies, que ells no cridaven... I després comentaris de les meves germanes del pla "avui no surts?", que no és que no volgués, és que no podia! És com qui té una cama trencada i li dius "i no vas a fer escalada?" Creus que si no pogués no sortiria? Tinc dolor, no depressió! Jo tinc ganes de sortir i em frustró quan em trobo malament i no puc sortir. Realment el dolor poques vegades m'ha tret les ganes de fer coses, el que em fa és enfadar-me per no poder fer el que vull.

Amb els amics... no és un tema que parli molt. Amb la meva millor amiga sí que algun cop li he comentat en les èpoques que estava pitjor, però ni suport ni no suport... no sé com dir-ho, és un tema que no tracto quan estic fora perquè intento no pensar-hi. Com que ho tinc assumit, penso que altres persones tindran altres coses, no vull que sigui tema de conversa. El que sí que he notat, per exemple, tinc una amiga que té ciàtica (té 20 anys) i algun cop parlant amb ella sobre com li va l'acupuntura al bar del poble, doncs els del costat ens han arribat a dir que què fem parlant d'això, que semblen àvies! Clar, no és "normal" que una persona jove tingui dolor i que li impedeixi fer certes coses, i fins que no et trobes amb algú que li passa o que li ha passat en algun moment lo mateix, com que no et sents del tot comprès.

La majoria de gent de la meva edat no té dolor quasi cada dia o que li impedeixi fer coses, a no ser que tingui un accident, o es trenqui una cama o alguna cosa així... en canvi aquesta noia m'entenia. A la colla som molt de fer excursions i alguna vegada

aquesta noia no ha pogut venir i jo l'entenc perquè si em fa mal l'esquena i me'n vaig a dormir al camp doncs al dia següent no em podré aixecar, i clar, a la gent que no li passa això tu veus que no ho entén. Mai he considerat que algú pensi que sigui una excusa o que m'inventi el dolor però que exagerava sí.

M - Tornant al dolor... t'afecta a la son?

N - No, normalment la son és algo reparador, és a dir, que m'ajuda a millorar els símptomes.

M - I a l'hora conduir?

N - Sí, però no pel tema postural o dolor d'esquena i cervicals, perquè bé, em graduo la butaca com a mi em va millor i ja, sinó que és més, per exemple, quan començo a notar els inicis de símptomes de migranya, o quan inclòs el dolor ja està sent migranyós. Ho he de tenir molt en compte perquè jo no puc conduir en aquesta situació perquè no hi veig, les llums sobretot em molesten. Si és de dia, que el trajecte sigui rapidet, perquè com has de centrar la vista, després el mal de cap augmenta moltíssim, i si és de nit, realment ho he de tenir molt en compte, perquè si em començo a notar malament lo millor que puc fer és agafar i marxar quan encara no em trobo molt malament perquè si m'hi trobés molt, molt malament hauria de trucar algú per a que em vingués a buscar on fos perquè amb migranya jo no puc conduir.

De normal, és a dir, quan tinc dolor lleu, jo crec que m'afecten més les llums de nit que a la gent normal. perquè a cegades ho comento, allò que vaig amb algú al cotxe i dic "ostres aquest quines llums que porta" i em diuen "tampoc hi ha per tant" i penso doncs a mi m'estan molestant moltíssim. Jo això ho associo a que sóc més sensible pel tema del dolor.



Me'n recordo de l'any passat, que estava fent pràctiques a Reus i li vaig dir a la meva infermera que em començava a fer mal de cap, que era propensa a les migranyes... i encara em quedaven 3 o 4 hores de torn (anava de tarda) i em va preguntar si havia de conduir fins a casa, li vaig dir que sí i em va fer marxar perquè si m'anava a més potser m'hagués quedat tirada. I realment quan vaig agafar el cotxe em va començar el dolor i vaig pensar "encara rai que he marxat a temps perquè sinó hagués hagut de trucar a casa per a que em vinguessin a buscar".

M - Pel que també afecta a la teva vida estudiantil/laboral... ara perquè estàs de pràctiques però imaginat que això et passa treballant...

N - Sí... segurament aguantaria el torn com fos però al dia següent segur que hauria de trucar per avisar de que no hi puc anar, perquè em trobaria fatal. A més, també m'afecta molt a la concentració, perquè abans de la migranya m'agafa com un atontament i amb aquest atontament la concentració no és la mateixa, estic espessa, no em flueixen les idees.

M - Què ha canviat en la teva vida des de que pateixes dolor crònic?

N - Jo crec que en una època va canviar, en les èpoques pitjors, en les que tenia dolor més freqüentment, potser sí que pensava que les meves relacions socials estaven més limitades, o que a vegades em venia de gust fer coses i no podia. El fer plans, perquè hi va haver una temporada que pensava "no sé fins a quin punt fer plans perquè i si aquell dia no em trobo bé?", vivia del plan... "bueno doncs avui em trobo bé, aprofitem-ho i diguem-li amb aquest de quedar perquè demà no ho saps". Ara com que trobo que el dolor està més estable, com que tinc més estratègies per a manejar-lo, doncs sí que faig plans, com sé que tinc més dies bons que dolents, m'hi atreveixo. Però en aquella època era un dilema..."dic que sí i després potser serà un no o dic

directament que no i potser al final em trobo bé i m'arrepenteixo de no haver dit que sí...".

A més, ja et dic, com el dolor acostumava a venir al final del dia o quan feia parón, que acostumava a ser caps de setmana o vacances... doncs resulta que és quan es queda.

M - Què és allò que et preocupa més entorn al teu dolor?

N - Doncs perdrem coses que potser algun dia em ve molt de gust, o que tingui un pla molt concret i que després no ho pugui fer. Em fa molta ràbia, el sentiment és de frustració total. Inclòs a vegades penso que (les meves germanes són mares) amb els meus mals d'esquena i mals de cap, jo no sé si podré aguantar el "tute" de ser mare, i algun dia en la meva vida ho voldré ser. Perquè, és clar, durant l'embaràs, l'esquena pateix molt tot i no tenir cap mena de problema, si a sobre tinc un problema, que? perquè la baixa té la donen però a partir de cert mes, fins aleshores has de treballar, etc. I després quan tens el nen és pitjor, saps el que pesen els nens al coll?! és una passada, a sobre creixen molt ràpid! A vegades faig de niñera de les meves nebodes durant només una tarda i a l'endemà em fa un mal l'esquena horrorós, i això que només és un dia! Quan ets mare són les 24h al dia, 365 dies a l'any. A vegades ho penso i dic, m'hauré de buscar una parella que tingui molta disponibilitat... m'hauré d'emportar el nen a fer yoga, yoga en família, haurà de fer el que jo faig.

M - Aleshores, que penses en quant a les teves perspectives de futur? Perquè, pel que acabes de comentar, quan penses en un futur, tu et veus com a mare i et veus patint dolor encara.

N - Sí, sí, segur. No crec que desaparegui, si de cas incrementarà. Jo no crec que mai me marxi el dolor del tot. Seria com un objectiu irreal.

M - No tens cap tipus d'esperança?

N - Home, l'esperança mai s'ha de perdre, qui sap, potser apareix alguna cosa en la meva vida que digui ostres doncs fent això o prenent-me això o el que sigui estic de putíssima mare. Però, sent realista, jo crec que desaparèixer no desapareixerà. Que si desapareix millor, eh! Però no ho crec, la manera lògica de pensar les coses és que no pots estar pensant en trobar la pastilla màgica que t'ho curarà tot ni quedar-te tampoc de braços creuats queixant-te del dolor, perquè una cosa no passarà i l'altra no ho solucionarà.

El millor és, ara que he passat per diferents professionals, quedar-me amb el que m'ha servit i no tancar la porta a provar coses noves. És més, tinc en ment provar un centre, no et sabria explicar ben bé el que fan però, es considera que l'atlas, la primera cervical de la columna vertebral de vegades al néixer, hi ha gent qui el té una mica descol·locat i això pot ser un motiu dels dolors migranyosos. Hi ha un centre a Barcelona que et miren si és això el que et passa i et fan un tractament com per a recol·locar-la i la gent que ho ha provat diu que la simptomatologia li ha millorat bastant. Aquest centre me l'he buscat perquè tinc referències de gent que hi ha anat i sé que hi ha professionals formals, no et venen la moto, perquè no li fan el tractament a tothom que hi va, sinó que primerament et fan unes proves i diuen "vostè sí, vostè no".

Una altra cosa que no he provat mai i que també tinc en ment (per si alguna vegada tinc un dolor que es tornés a fer més freqüent) és l'acupuntura. Pel mateix tema, per gent que conec que també té dolor freqüentment i que ha anat allí i els hi ha anat bé. Sempre intentes tenir alternatives per si les actuals et fallen. Intentes informar-te, jo sempre sóc de les que es queden totes les targetes dels fisios, centres, etc.

M - Perceps que els professionals sanitaris són capaços de controlar la teva situació?

N - Depèn. Els metges no, no estic en contra dels metges ni molt menys, però penso que hi han coses que saben tractar-les i d'altres que no. Per exemple, si tinc apendicitis acudiré al metge, si em trenco la cama, doncs també. Però el metge, sigui especialista o no sigui especialista, jo l'experiència que tinc és que o em donen coses que no serveixen per a res o em donen consells que ja fa temps que aplico. I moltes vegades ells et donen molts consells però tampoc es paren a pensar o a preguntar-te "què és el que has fet fins ara, què t'ha servit i què no t'ha servit, o què creus que et podria anar bé i que no", és com que diuen la seva i ja està. Per exemple, el traumatòleg mai m'ha preguntat que és el que faig per a intentar controlar el dolor, i el metge d'atenció primària sí que m'ho va preguntar però no sé que dir-te...quan li vaig parlar de la microgimnàstica i li vaig dir que estava molt contenta i que era el que més em va ajudar... li va donar com a desprestigi, em va dir "bah, tot s'ho inventen". I jo vaig pensar "doncs els nolotils que tu em dius no fan una merda", perquè en els moments de més dolor els nolotils no m'han ajudat en canvi la microgimnàstica sí, no marxava del tot, però el disminuïa.

M - És a dir que vas sentir com un rebuig cap a les teràpies alternatives per part del metge...

N - Sí, és com si fossin tonteries, perquè el que cura és el fàrmac o fer les sessions prescrites del fisio. I un xurro! Que això no serveix per a res! Perquè quan tens un dolor així continu, anar tres setmanes al fisio no serveix de res, perquè el dolor tornarà a aparèixer, és així. I en quant als fàrmacs, poden ajudar puntualment, però... no és el que més m'ha ajudat, sincerament.

Els professionals als que estic més agraïda son els fisios, que són com déu per a mi, en comptes de ser el metge, no, el fisio és déu. Perquè a més, els fisios quan estàs en la sessió te fan inclús de psicòleg, i això el metge no ho fa, el metge no t'escolta. A

veure, és veritat que l'estona que passa el fisio amb tu no pot ser igual a l'estona que hi passa el metge, perquè atenció primària està muntat com està muntat, i és "pim pam", en canvi el fisio mentre treballa pot parlar amb tu, i tu li pots estar explicant "doncs em fa més mal quan... porto més estona assentada", llavors et pregunta "i com t'assentes" i et recomana altres postures... vull dir que mentre està fent el seu tractament et va donant consells, i la comunicació és més... trobo que hi ha més feedback, no és només un xorro d'informació.

Els metges tenen una obsessió, que jo entenc que va bé, la natació va molt bé...sí, va molt bé la natació pels mals d'esquena, jo ja ho sé... però hi ha una cosa molt important que és preguntar al pacient què vol fer, i jo ho sento molt però abans em pego un tret que anar a natació, és que és la cosa que em fa més peresa del món! Doncs a ningú se li ha acudit preguntar-me què em vindria de gust fer perquè natació no, no m'agrada. A lo millor si m'ho preguntessin, si algú m'hagués dit "doncs si no t'agrada perquè no fas...yoga, per exemple?" i li diria "doncs vale, doncs ho provo". Perquè jo quan vaig anar al centre de yoga va ser on me van dir que també feien microgimnàstica i vaig dir "doncs mira, ho provaré", però no vaig anar a buscar el yoga perquè m'ho hagués dit el metge, sinó perquè jo vaig buscar per internet alternatives a la natació.

Això és com quan fas educació sanitària d'una dieta asòdica i el pacient et diu " a mi les olives del diumenge no me les toquis" doncs intentaràs anar per un altre lloc. Doncs és el mateix, si dic que no és perquè sé que no ho faré, però com ni em pregunten, doncs al final fas que "sí sí" i adéu i et busques tu la vida i t'ho soluciones pel teu compte. I al metge no hi he tornat més, perquè total, "nolotil, natació i la microgimnàstica és una tonteria...".

També em va arribar a dir el metge de primària que algo més fort que el nolotil no, perquè jo a vegades li vaig plantejar que em prescrivés algo per quan tingués dolor molt fort, no per prendre-ho de forma habitual, sinó anar tirant de paracetamol i quan em trobés fatal de lo altre. Em va dir així de clar: amb la teva edat no et donaré res més fort que el nolotil (jo devia tenir 19 anys)

M - Potser per si feies un mal ús o un ús abusiu?

N - No ho sé, si és així, doncs no em fa gràcia que em tractin de yonki, però no és això, la cosa és que no em plantejaven cap altra alternativa. És la sensació aquesta de com que et limiten. En comptes de donar-te opcions, no, si has de fer un esport ha de ser la natació, la microgimnàstica és una tonteria, el fisio...bueno vale, perquè sembla que és més científic i després ja, nolotil, aquí tens el tope d'analgèsia.

Jo sé que existeixen altres fàrmacs més potents que el nolotil i que no comporten un risc massa important, i menys si l'utilitzes puntualment. Jo no sóc de prendre'm pastilles, a mi no m'agrada, però si tinc dolor doncs me la prendré. Quan tinc dolor lleu no em prenc ni paracetamol, potser sí que hi ha gent que se'l prendria cada dia com a costum, però clar, si me'l prenguéss cada dia, quan em comenci a notar els primers símptomes de la migranya el paracetamol no em farà res. Clar, és un recurs que em funciona, no el vull explotar perquè el dia que ja no em funcioni tindrè un problema.

M - Aleshores no senties empatia per part dels professionals?

N - A veure... metge d'atenció primària no, traumatòleg potser una mica més... potser t'escolta un pèl més...però que vols que et digui...té com un discurs molt establert, un discurs que és el que li deu dir a tothom que li ve amb escoliosis i ja està. Fisios, per mi sí, hi ha molta empatia, també per lo de que disposen del temps, tenen temps per a fer-ho bé,, almenys les dues experiències que jo tinc ho fan. I en quants als monitors de microgimnàstica, també, personalment el meu, totalment.

M - I en quant als professionals d'infermeria...

N - Jo a la infermera no la he vist. Jo entenc que a infermeria hi van els pacients que són crònics, és a dir, si a mi em pregunten si tinc dolor crònic, sí que en tinc perquè jo tinc dolor cada dia, però a mi el metge no m'ha plantejat mai una visita amb infermeria.

A mi el metge, quan hi vaig anar aquella vegada que tenia tant dolor, com que va restar-li importància al dolor que jo tenia cada dia des de feia temps i es va centrar en el dolor agut del moment. I el trauma el que em va dir és que anés al fisio, però d'infermeria no me'n va parlar.

M - Penses que la infermeria podria o hauria d'abordar-ho d'alguna manera?

N - Sí, potser infermeria tindria el temps per parlar amb tu i comentar les coses que amb el metge no tens temps de comentar. I si es fes una mica de treball en equip, potser quan tornessis a la consulta del metge et plantejaria coses diferents al discurs tradicional de "natació i nolotil".

Jo crec, almenys per la meva experiència que infermeria està com una mica vetada a captar aquests pacients perquè ningú t'hi deriva allí, Jo crec que infermeria el tema del dolor el deu portar en llocs més específics, a onco, a pal·liatius... però des d'un entorn d'atenció primària no fa feina. Fa feina amb la gent crònica, els hipertensos, els diabètics, o si la infermera té especialitat en fibromiàlgia doncs sí que se li poden derivar aquests tipus de pacients... però jo no tinc fibromiàlgia, lo meu no és tan discapacitant, vull dir, tampoc cal que m'agafi aquesta infermera. Però potser sí que convindria un seguiment amb la meva infermera de capçalera. A més, penso que ella t'obriria més portes, també depèn del professional que t'hi trobis, però en general, penso que t'obriria més les portes a teràpies alternatives, no com els metges que són molt reticents.

M - Moltes gràcies! Voldries afegir alguna cosa més?

N - Sí! Una altra cosa que també he provat per al dolor és la marihuana. És algo molt esporàdic, tampoc és algo molt habitual per al control del dolor perquè a casa meva no hi puc fumar, potser si visqués sola ho faria més. Però sí, algun cop que estic amb algú que en fuma i jo noto que m'està venint aquell dolor que sé que després tindrè migranya i no tinc paracetamol a mà, doncs fumo i em quedo dormida i com per a mi dormir és reparador... i a més al dia següent no m'aixeco amb aquell mareig que t'he explicat.

Ah! I també utilitzo cremes que portin arnica. Són unes plantetes i me'n fico cada dia. Depèn del dolor me'n poso una o altra, més o menys concentrada.