

La hipocresia en el tractament del dolor

Jenny Moix

Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

Introducció

La pregunta que encapçala aquesta secció, “*Per què encara es controla tan malament el dolor?*”, és una qüestió complexa i, com a tal, no es pot respondre amb una simple resposta. Segurament hi ha múltiples explicacions, no contradictòries entre si sinó complementàries, que hauríem de tenir en compte per resoldre aquest enigma. En les properes línies, em centraré només en una resposta: controlem malament el dolor perquè existeix molta hipocresia en el seu tractament. Dit d’una altra manera, els professionals que treballem en aquest tema som una mica hipòcrites. És una resposta que pot semblar molt poc diplomàtica, així que és necessari que l’expliqui amb més detall.

Reflexions

Si demanéssim a un estudiant de medicina, psicologia o qualsevol disciplina de l’àmbit de les ciències de la salut que ens definís què entén per salut, amb tota seguretat ens recitaria alguna definició de l’OMS on es contempla la salut com un fenomen biopsicosocial. Passaria el mateix si li preguntéssim sobre la definició de dolor, perquè si l’alumne ens respongués amb una definició on el dolor es conceptualitzés només com una sensació fisiològica causada per un mal tissular sense fer cap referència a variables psicològiques, ni socials, aleshores el professor probablement el suspendria.

És totalment necessari per als estudiants entendre la salut, i també el dolor, com fenòmens biopsicosocials per aprovar les avaluacions. Però, què passa quan l’alumne ja s’ha llicenciat i exerceix? Qui suspèn els professionals de la salut que no actuen des de la concepció del dolor com un fenomen multicausal? Si em permeteu exagerar, quan analitzem el panorama en la nostra societat, veiem com els psicòlegs quan han de tractar alguna persona que pateix dolor crònic només veuen com a causa algun tipus de trastorn psicològic, els fisioterapeutes troben la causa

del dolor a la falta d’higiene postural i els metges en algun tipus de patologia orgànica¹. I així podríem seguir repassant tots els professionals de la salut. Cadascú veu el pacient amb les seves ulleres professionals i el tracta des d’aquesta perspectiva. No obstant això, si aquests especialistes assisteixen a un congrés i presenten els seus estudis, és molt probable que comencin la xerrada amb alguna definició del dolor on es considera com un procés biopsicosocial. És aquí on resideix la nostra hipocresia, tots defensem unes idees on el dolor és assumit com un fenomen multicausal però, quan passem a la pràctica, el tractem només des d’una perspectiva.

Quantes clíniques del dolor existeixen al nostre país on es tracti el dolor de forma interdisciplinària? Encara que no disposem de dades exactes, sembla que, en la gran majoria dels casos, el dolor es tracta tan sols a través de tractaments farmacològics². D’aquesta manera, des del punt de vista de tractaments integrals, el nostre país ens empeny cap a una realitat desoladora. Aquest escenari mancat de tractaments interdisciplinaris, malauradament no és exclusiu del nostre país³.

No només som hipòcrites perquè la nostra actuació no encaixa amb la nostra concepció de dolor, sinó perquè la nostra manera de tractar els pacients no és congruent amb l’evidència empírica. Cada dia parlem més de la psicologia, la medicina i altres disciplines basades en l’evidència, però sembla que ens limitem només a això, a parlar sobre aquests temes, però no a actuar amb aquests criteris. Les evidències que el dolor, sobretot el dolor crònic, es troba influenciat per factors no només fisiològics sinó també psicològics i socials són ja innumerables⁴. Les proves també s’acumulen respecte a l’eficàcia dels tractaments interdisciplinaris en la reducció del dolor⁵⁻⁸.

En els últims anys, hem dut a terme dues investigacions^{5,6} per tal de corroborar, una vegada més, l’eficàcia dels programes interdisciplinaris en el nostre context hospitalari. El programa interdisciplinari que vàrem avaluar el van dur a terme traumatòlegs, anestesiastes, fisioterapeutes, assistents socials i psicòlegs. Ambdós estudis van mostrar dades molt esperançadores atès que vàrem poder observar una millora en diferents variables (principalment: ansietat, depressió i dolor).

Més enllà de les diferències significatives que vam trobar als nostres estudis, el que més ens va enriquir va ser l’enorme agraïment que van mostrar els pacients. De fet, a la pregunta: recomanaries aquest tractament a una altra persona en les mateixes circumstàncies?, el 100 %

Correspondència: Jenny Moix Queraltó
Grup de Recerca en Estrès i Salut
Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona
Campus de la UAB
08193 Bellaterra
Tel. 93 581 31 76
Adreça electrònica: jenny.moix@uab.es
Pàgina web: <http://seneca.uab.es/jennymoix>

dels pacients va respondre “segur que sí”. Pensem que els pacients amb dolor crònic acostumen a ser autèntics peregrins caminant de consulta en consulta. La majoria d’ells han acudit a tot tipus de professionals, i no tan professionals. La seva desesperació, en molts casos, els empeny a demanar ajuda a diferents espècies de curanderos, molts dels quals s’aprofiten de la seva moral baixa practicant-los les tècniques més estrafolàries (extracció de queixals, potinejar el lòbul de l’orella, operacions simbòliques, etc.). I crec que, en part, la culpa és nostra, és a dir, dels que “teòricament” sí som professionals. Concretament, la culpa es basa en la nostra manca de coordinació. Normalment, cada professional dóna la seva visió de la malaltia al pacient sense integrar-la amb la informació d’altres professionals, amb la qual cosa el pacient es troba amb moltes peces d’un trencaclosques però que no estan dissenyades per tal que encaixin entre si. D’aquí la seva indefensió, la seva frustració; tenen moltes peces però no hi ha manera de fer el trencaclosques. És impossible que d’aquesta manera entenguin realment la seva patologia i quin pot ser, en el seu cas, el tractament més adient. Per això, no és estrany que acudeixin a les consultes més estrambòtiques cercant altres peces que sí els permetin completar un trencaclosques. Crec que el que realment van agrair els pacients dels nostres programes interdisciplinars va ser que les peces sí estaven dissenyades a fi que encaixessin i van poder entendre com estava influïda la seva malaltia per diferents factors (biològics, psicològics i socials) i que, per tant, hauria de ser tractada tenint-los tots en compte.

Desafortunadament els nostres estudis, com molts d’altres, s’han quedat només en això, en evidències, que no han servit per tal que realment aquests programes es portin a la pràctica. Només serveixen per tal que la muntanya d’evidències augmenti, però el dia a dia segueixi igual.

Encara més, les tècniques interdisciplinàries no només s’han mostrat efectives, sinó fins i tot rentables^{9,10}. I malgrat totes aquestes evidències, seguim tractant els pacients des d’òptiques estretes on es pensa en el dolor com si fos causat només per un factor.

Tinc molts amics metges, fisioterapeutes, assistents socials i psicòlegs que treballen en el camp del dolor, i no em sento molt a gust titllant-los d’hipòcrites. Analitzant aquesta hipocresia, crec que és una hipocresia forçada, imposada per la conjuntura, les pautes d’actuació enquistades, la manca de temps per compartir cafès amb altres professionals amb ulleres diferents a les nostres, etc.

Conclusions

No acabaré dient, per tant, com en la majoria dels articles, que el que és primordial és seguir investigant per comprovar la multicausalitat del dolor o l’eficàcia dels tractaments interdisciplinaris, perquè hi ha molta evidència i sembla que no ens serveix per a molt. Permeteu-me que acabi proposant que siguem conscients que portem unes ulleres limitades i esbiaixades per la disciplina en la qual ens hem format i que necessitem urgentment una revisió òptica per a que les nostres lents vegin a través de la concepció multicausal del dolor que tant abanderem.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Thunberg KA, Carlsson SG, Hallberg LRM. Health care professionals' understanding of chronic pain: a grounded theory study. *Scan J Caring Sci* 2001; 15 (1): 99-105.
2. Català E. Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5,000 homes. *Euro J Pain* 2002; 6(2): 133-140.
3. Loeser JD, Melzack R. Pain an overview. *Lancet* 1999; 353 (91648): 1607-1609.
4. Moix J. Análisis de los factores psicológicos en el dolor crónico benigno. *Anu Psicol* (en premsa).
5. Moix J, Cañellas M, Osorio C, Bel X, Girvent F, Martos A et al. Eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Dolor* 2003; 18 (3): 149-157.
6. Moix J, Cañellas M, Girvent F, Martos A, Ortigosa L, Sánchez C et al. Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 141-149.
7. Collado A, Torres X, Arias A, Cerad D, Vilarrasa R, Valdés M et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 401-405.
8. Ashburn MA, Staats PS. Pain: management of chronic pain. *Lancet* 1999; 353: 1865-69.
9. CIPHER DJ, Fernandez E, Clifford PA. Cost-effectiveness and health care utilization in a multidisciplinary pain center: comparison of three treatment groups. *J Clin Psycho Med Set* 2001; 8(4): 237-244.
10. Tur DC. Treatment of chronic pain: clinical outcomes, cost-effectiveness and cost benefits. *Drug Benefit Trends* 2001; 13(9): 36-38.