

Memoria de investigación

Valores y creencias de los profesionales médicos y de enfermería en relación al dolor infantil

Autora: M. Esperança Ponsell Vicens

Directores del Proyecto: Camilo José Cela Conde, Alexandre Miquel Novjara

Departament de Filosofia i Treball Social. Universitat de les Illes Balears

ÍNDICE

	Pág.
1. Resumen	3
2. Introducción: punto de partida y problemática a estudio	4
3. Revisión de la literatura: construcción social del dolor	6
3.1 Influencia de la cultura religiosa	8
3.2 Componentes culturales del dolor	11
3.3 El dolor y la cultura biomédica	14
4. Concepción actual del dolor infantil	17
5. Abordaje del dolor en la práctica clínica	21
6. Método	24
6.1 Metodología	24
6.2 Paradigma epistemológico	24
6.3 Participantes	28
6.4 Técnicas de recogida de información	30
6.5 Procedimiento de recogida de información	31
6.6 Análisis de los datos	32
6.7 Consideraciones éticas	33
7. Bibliografía	35
8. Anexos	40
8.1 Consentimiento informado	41
8.2 Informe de la Comisión de bioética de la UIB	42
8.3 Informe de la comisión de investigación del H. de Son Dureta	43

1. RESUMEN

Los valores y creencias de los diferentes profesionales médicos y enfermeros, ejercen notable influencia sobre sus actuaciones en torno al dolor infantil. El objetivo de esta investigación es analizar los factores culturales de los profesionales médicos y enfermeros ante el manejo del dolor en niños, en el caso de alteraciones de salud derivadas de problemas ocasionados por la cirugía o por quemaduras, en el marco del paradigma de la teoría crítica utilizando los conceptos principales de *campo*, *capital* y *habitus*. Actualmente se constata frecuentemente la necesidad de mejorar la atención al dolor infantil y diferentes autores sugieren posibles causas de la escasa atención que recibe. Se dispone de herramientas de valoración y tratamiento farmacológico para el dolor infantil, cuyos posibles efectos secundarios se ha demostrado que son inferiores al daño originado por el dolor sostenido, que incluso puede tener secuelas irreversibles especialmente si se da en prematuros y recién nacidos. Paradójicamente, todo este conocimiento se enfrenta con los valores y creencias establecidos, por lo que el dolor infantil continúa siendo un problema muy importante que requiere de una respuesta inmediata.

Palabras clave: dolor infantil, neonato, prematuro, enfermería, valores, creencias, cultura del dolor, cultura hospitalaria, teoría crítica.

Keywords: pediatric pain, newborn, premature, nursing, values, beliefs, pain culture, hospital culture, critical theory.

2. INTRODUCCIÓN: PUNTO DE PARTIDA Y PROBLEMÁTICA A ESTUDIO

Mi interés por estudiar el dolor infantil surgió a partir de la experiencia profesional desarrollada en la Unidad de Cirugía y Quemados infantil, llevada a cabo en el hospital Son Dureta, de tercer nivel, (se proporciona atención a personas con procesos agudos, médicos y quirúrgicos, que dispone de alta tecnología y especialización en todos los servicios). En la atención a estos niños y de manera especial a los niños quemados, se observaba y constataba que estos padecían un grado de dolor importante, y que éste no se trataba de manera adecuada: el personal de enfermería procuraba, a través de métodos no farmacológicos, disminuir, o mejor dicho desviar el dolor a través de métodos de distracción. A la vez me percaté de que esto no podía solucionarse tan sólo con la aplicación de tratamientos farmacológicos, sino que era necesario un cambio de cultura hospitalaria y de actitudes por parte de los diferentes profesionales que rompiese con tradiciones anteriores.

Dicha práctica clínica, tan instaurada en la unidad de Cirugía y Quemados, refleja una actitud más generalizada que se puede resumir en la frase “el dolor más fácil de soportar es el de los demás” (Leriche, 1949). Parecía lógico que el conocimiento reflejado en la bibliografía actual tuviese que trasladarse a la práctica cotidiana del ámbito sanitario, sobre todo dado el enorme beneficio que conllevaría implementar medidas eficaces.

Los objetivos de esta investigación son los siguientes:

Objetivo general

- Conocer los valores y creencias de los profesionales de enfermería y médicos ante el manejo del dolor infantil.

Objetivos específicos

- Determinar las relaciones de poder entre los profesionales médicos, enfermeras y familiares de los niños, en relación al dolor infantil.
- Identificar la actuación específica de los médicos y enfermeras ante el dolor infantil.
- Analizar el concepto del dolor infantil que tienen los profesionales médicos y enfermeras

El punto de partida de esta investigación, derivado como se ha expuesto anteriormente de la experiencia personal, es que los factores culturales de los profesionales médicos y enfermeros ante el manejo del dolor en niños tienen un papel determinante frente a la toma de decisiones a la hora de tratar o mitigar este dolor. El fondo de la cuestión estriba en las actitudes ante el dolor ajeno, lo que se enmarca en la denominada “cultura del dolor”, siguiendo a Morris (1993) y Le Breton (1999) que promulga que las ideas que matizan la percepción del dolor, especialmente si es ajeno, se construyen a través de la cultura y los valores personales.

3. REVISIÓN DE LA LITERATURA: CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL DOLOR

La bibliografía consultada corrobora la necesidad de definir el dolor de manera diferente a la que tradicionalmente conocemos. Así, Le Breton (1999) nos muestra a través de su reconocida obra *La antropología del dolor*, cómo el dolor no es una mera reacción objetiva, de naturaleza anatómica y fisiológica, sentida de manera más o menos igual por todos, es decir no es una reacción mecánica del organismo a determinados estímulos, sino que se halla sujeto a modulaciones y variaciones sociales, culturales, simbólicas e individuales. Abordar el dolor desde el punto de vista diferente al biológico es preguntarse por la trama social y cultural que lo impregna, sin olvidar, la dimensión individual; es decir, que todo dolor tiene para los individuos que lo sufren un significado y una intensidad singular. Además, el dolor, como el cuerpo, posee también una dimensión simbólica, está configurado por valores y creencias que ejercen gran influencia a la hora de actuar sobre su complejidad.

Lévi-Strauss, en su artículo *La eficacia simbólica*, escrito en 1949 y recogido en su *Antropología estructural*, reconoce el carácter simbólico del cuerpo y rompe con el modelo dualista de la metafísica occidental que separa cuerpo y alma. A partir de este modelo dualista se disociaban dos tipos de dolores: los biológicos o corporales, de los que se ocupaban los médicos, y los espirituales o psicológicos, que eran potestad de los psicólogos y psicoanalistas. Contra este modelo dualista se ha alzado un enfoque psicósomático o positivista, que concibe al ser humano como la interacción entre un soma y una psique. Pero este enfoque sigue siendo demasiado

dependiente de la herencia dualista, ya que entiende al ser humano como una suma de dos elementos distintos e independientes.

Le Breton contrapone a la alternativa psicosomática una perspectiva psicosemántica y fisiosemántica basada en el paradigma de lo simbólico. Desde la perspectiva de este autor, el cuerpo no escapa a la condición que hace de toda cosa propia del ser humano el efecto de una construcción social y cultural, dentro de una variabilidad infinita. En efecto, las sociedades humanas asignan un significado tanto al cuerpo como al dolor y establecen las manifestaciones ritualizadas de las que los individuos pueden servirse para expresar su dolor a los demás.

Bajo esta perspectiva, el personal sanitario y la cultura son condicionantes que influyen en la percepción de la enfermedad y en el dolor de los niños. Las creencias que poseen estas personas acerca del hospital mismo, como un sitio explícitamente destinado para el sufrimiento, permiten que el dolor sea manifestado en dicho espacio; pero al mismo tiempo, esta creencia permite que la atención al dolor no sea necesariamente una prioridad en los cuidados realizados a los niños. De hecho, y seguramente de manera inconsciente, se puede llegar a percibir el dolor como una consecuencia necesaria de la enfermedad y por ende, no susceptible de ser tratado de forma prioritaria.

3.1 Influencia de la cultura religiosa

El dolor no puede ser considerado ni tenido en cuenta de la misma manera en culturas diferentes. Esto es así porque cada cultura contiene su propia concepción del dolor, que se aplica tanto a los beneficiarios de los cuidados como a los valores de los cuidadores. Como dice Le Breton (1999), “no son sólo las enfermedades las que integran su dolor en su visión del mundo, sino que tanto los médicos como las enfermeras proyectan sus valores, y a menudo sus prejuicios, sobre las vivencias de los pacientes que tienen a su cargo”.

A lo largo de la historia ha sido muy notoria la influencia que ha ejercido la religión en torno al dolor. Incluso en la actualidad y en los países más laicos la cultura religiosa local incide, de manera más o menos difusa, sobre el modo en que los profesionales sanitarios rechazan o permiten los sufrimientos de los enfermos. Asimismo, la cultura religiosa afecta a los juicios morales que personas no religiosas puedan tener acerca del dolor.

En todas las culturas se ha dado una búsqueda del significado del dolor, lo que ha llevado a justificarlo de muy diversos modos: en relación con la divinidad o el cosmos, o para indicar las maneras mediante las cuales hay que asumirlo o combatirlo. Para muchas culturas la humanización del dolor pasa por la determinación religiosa de su causa y una moral de los comportamientos a seguir. Así, la tradición judeocristiana asimila el dolor al pecado original, pues lo convierte en un dato inexorable de la condición humana: el dolor sería la

consecuencia del pecado original de Adán y Eva. Su significado inaprehensible y de sumisión a la voluntad divina estaría encapsulado en la historia de Job, y brindaría al tiempo una oportunidad para participar en los sufrimientos del pueblo elegido o del mismo Cristo. Así pues, para la religión católica, el sufrimiento tiene siempre un significado, ya que nunca sería inútil o gratuito; si bien su sentido sobrenatural puede escapar a la inteligencia humana que lo percibe, no así a la de Dios, y por ello sólo cabe encomendárselo (Juan Pablo II, 1984).

Esta concepción es sólo parcialmente compartida por otras religiones (Levy, 1999, 2001; Atallah & Guillerrou, 2004). Para el Islam, el dolor no es un castigo ni una vía de redención, sino una prueba para el fiel de que debe someterse a Dios. Para el taoísmo, el dolor sería una pérdida del equilibrio en el cuerpo humano entre los principios cósmicos del ying y el yang; el dolor, fruto de este desequilibrio, se asentaría en el corazón. En la cosmovisión animista, especialmente africana pero también subyacente en el Islam magrebí, la enfermedad tiene un origen externo (mal de ojo, acción de un genio, venganza), aunque puede ser desencadenada al transgredir alguna norma sagrada.

En las religiones orientales, en efecto, no está bien visto expresar el dolor como lo hacen los latinos o mediterráneos; de hecho, no está generalmente permitido expresar las emociones y sentimientos, por lo que en ese contexto resulta más fácil controlar la expresión del dolor, sin que ello signifique que no se perciba de la misma manera. Fisiológicamente se experimenta igual, sin

duda, pero no es prácticamente expresado ni exteriorizado. Eso se debe a que tanto en el budismo como en el hinduismo, el sufrimiento se halla en el centro de la metafísica religiosa.

En este sentido, el budismo plantea el sufrimiento como una frustración de los deseos y, por tanto, le atribuye una dimensión espiritual: las cuatro nobles verdades budistas señalan que el conjunto de la existencia humana está determinado por el sufrimiento y el dolor. Para los budistas, el origen del dolor está en el deseo de vida individual, la liberación del dolor pasa por la liberación del ser de las ataduras ilusorias del ego, mediante la experiencia trascendente que controle el componente psicológico del dolor.

También es importante comentar el dolor que acompaña a los ritos de paso de numerosas sociedades tradicionales (Morris, 1993). El dolor experimentado a través de estos ritos es para ellos un suceso agradable y lo soportan de manera estoica. Un ejemplo de ello lo encontramos en los ritos de circuncisión Maasai y Samboro, a través de los cuales se celebra uno de los acontecimientos más importantes de la vida de estos pueblos. Esta ceremonia convierte a los niños en hombres y las niñas en mujeres. A lo largo de esta ceremonia los jóvenes deben permanecer en silencio y sin manifestar signos de dolor, para así demostrar su valentía, ya que en caso contrario sufrirían riñas e insultos de sus padres, pues habrían traído la vergüenza para su familia.

Según Le Breton (1999), la intensidad del dolor en esta prueba es el

propio centro de ella: dominar al dolor, sin perder el conocimiento ni la compostura, expresa la valentía de un joven que no cede bajo el yugo del dolor, con lo que confirma su pertenencia a la comunidad. Todos estos ritos de paso contienen múltiples significados, pero la utilización de los mismos siempre se lleva a cabo de manera unilateral: sólo infligen el dolor los mayores a los más jóvenes, nunca viceversa.

3.2 Componentes culturales del dolor

Además de la influencia religiosa, otros aspectos de la vida social también influyen en la manifestación del dolor (Melzack & Wall, 1965; Atallah & Guillermou, 2004). Le Breton (1999) analiza los componentes culturales del dolor; es decir, las formas que cada sociedad tiene para afrontarlo, soportarlo y aliviarlo. Incluso según la clase social a la que uno pertenezca, la experiencia dolorosa varía; de acuerdo con Bécherraz (2001), el género y la clase social condicionan las manifestaciones de dolor. Esta autora pone de manifiesto que las mujeres hablan con mayor facilidad de sus cuerpos, de sus experiencias de dolor y de sus emociones; en cambio, son pocos los hombres que consiguen explicar sus experiencias de dolor a profesionales de la salud, porque están influenciados por la cultura dominante de que los hombres "no deben sentir dolor". Entre hombres de clase social baja suele darse una relación muy mecanicista con el propio cuerpo; sin embargo, las mujeres de igual nivel sociocultural integran su experiencia corporal y espiritual al hablar de dolor.

Son muchos los estudios que se han llevado a cabo entorno a la relación que existe entre dolor y género. En muchos de ellos se ha llegado a la conclusión que las mujeres padecen mayor número de enfermedades crónicas. En las mujeres predominan los dolores, de cabeza, faciales y abdominales (Unruh, 1996), mientras que las lumbalgias de causa laboral y otras dolencias son más frecuentes en los hombres (Von Korff et als., 1988; Smith et als., 2001). Otros estudios sostienen que la percepción y tolerancia al dolor es más bajo en las mujeres (Woodrow & Friedman, 1972; Otto & Dougher, 1985), aunque ello no ha sido confirmado en todos los casos e incluso en algunos de ellos se llega a conclusiones contrarias, como la constatación que los hombres tienden a expresar menos su dolor ante un investigador que sea mujer (Feine et als., 1991).

Para explicar estas diferencias de género en la percepción del dolor se han barajado diferentes hipótesis (Arendt-Nielsen, 2004), entre las que destacan las diferencias en el número de receptores por superficie cutánea (Velle, 1987), en el espesor de la piel del hombre, en la influencia de las hormonas femeninas (Bendelow, 1998), o incluso en la tolerancia, modulación y expresión del dolor (Fillingim & Gear, 2004). Estas últimas posibles diferencias configuran la hipótesis cultural que explicaría la imagen de la mujer como sexo débil y la pretensión estoica del hombre que no llora.

En otros estudios se reflejan hipótesis diferentes, más relacionadas con los roles sociales tan diferentes que desempeñan hombre y mujer. El rol del hombre ha sido tradicionalmente el de proteger a su familia de cualquier

agresión, y el de la mujer el de cuidar a la prole y buscar alimento. En esta conceptualización, mientras que al hombre le correspondería mayor agudeza visual, la mujer habría ido desarrollando un mayor sentido del olfato, gusto y oído; es decir, la percepción femenina sería más holística e integrada, por lo que brindaría una mayor capacidad natural para hacer frente al dolor (Bendelow, 1993).

También debemos hacer referencia a la relación que existe entre el dolor y la edad. En muchos estudios se refleja que los niños y personas mayores reciben una menor cantidad de analgésicos y anestésicos que los administrados a los adultos. Esta diferencia no se sustenta en ningún estudio serio; tan sólo puede explicarse, aunque nunca justificarse, por la dificultad en la expresión del dolor en estos dos grupos de edad (Gaffney & Dunne, 1987). En el caso de los niños en edades con lenguaje no verbal, han sido y siguen siendo en muchas ocasiones considerados como resistentes al dolor. Evidentemente se trata de la persistencia de un mito ya que el recién nacido e incluso el prematuro dispone de todos los mecanismos para percibir el dolor y posiblemente más intensamente que el adulto ya que la diferencia entre ambos estriba en la modulación del mismo (Grunau, 2002) que se encuentra inhibida en el niño.

El conjunto de las evidencias disponibles apunta claramente que cada individuo es un ser diferente, que tiene su propia historia personal, por lo que su percepción, tolerancia y expresión del dolor dependen del sentido que le da. Todo ello nos lleva a la conclusión que para enfrentarnos al dolor debemos

tener en cuenta algo más que la fisiología del mismo (Ponsell, 2003) ya que las creencias, edad, género, grupo étnico, nivel social y contexto social serán factores decisivos para poder lograr una atención integral de la persona que se encuentre ante un proceso doloroso.

3.3 El dolor y la cultura biomédica

Todos los elementos presentados hasta aquí demuestran la gran complejidad del fenómeno del dolor. Tras este análisis cultural del dolor se hace patente la variedad de experiencias que las personas experimentan y lo peligroso que puede resultar un reduccionismo que se limite a la perspectiva fisiológica. Esto se da, en efecto, pues la tendencia más común en la cultura biomédica es hacia la eliminación del dolor considerándolo una parte más de la enfermedad. Huelga decir que esto no se consigue, precisamente porque el dolor no está originado únicamente por un mecanismo exclusivamente biológico.

La medicina, ha conseguido en muchas ocasiones paliar y eliminar el dolor, pero el problema surge cuando se piensa en el dolor como un tema solamente técnico, sin tener en cuenta la dimensión del sentido y de los valores que afectan a la relación del ser humano con su cuerpo. Le Breton (1999) piensa que la modernidad, en contraste con las tradiciones religiosas, ha querido eliminar el sentido profundo del dolor en la vida humana; es decir, se niega que el dolor sea "una llamada al fervor de no existir, que devuelve al

ser humano a lo esencial". De esta forma, ha dejado al ser humano sin comprender su significado y sin coordenadas para integrarlo en su vida.

A pesar de la voluntad de negarlo, el sufrimiento es signo de nuestra humanidad. Siendo un mecanismo de defensa natural, si aboliésemos nuestra facultad de sufrir acabaríamos aboliendo la propia condición humana. Es por ello que no podemos eliminar la sensibilidad al dolor, ya que también quedarían insensibilizados los sentidos. Le Breton (1999) nos "aconseja aprender a sufrir mejor para así sufrir menos". En el mismo sentido, Morris (1993) nos ofrece como consigna no negar el dolor, ni trivializarlo, sino adoptar una nueva posición respecto al dolor: simplemente "hacerse cargo".

La comprensión de la cultura del dolor es fundamental para contraponer la subjetividad y las influencias sobre la experiencia individual y social de vivir con dolor.

La perspectiva desde la que se enfoca este proyecto nos ha de servir, para explorar también el dolor de los niños. Ciertamente es que este tipo de dolor tiene en sí mismo, dada la corta edad de los sujetos, un componente cultural reducido, o incluso nulo; sin embargo, está condicionado por las actitudes de quienes deben velar por su bienestar. Y es precisamente sobre la constelación de creencias que modulan los cuidados donde la aproximación de Le Breton (1999) puede aportar un análisis esclarecedor.

En relación a los factores culturales que afectan al manejo del dolor

infantil por parte de los profesionales médicos y de enfermería, cabe remarcar que existe una evidente y destacable diversidad en sus actitudes de ante las manifestaciones del dolor (Ponsell, 2003). Se plantea la importancia del trasfondo cultural de dichos profesionales como uno de los factores principales (si no el más importante) que determina esta diversidad, que aflora en el seno de un mismo centro hospitalario, e incluso de de la misma unidad Esta constatación apunta a que, incluso a igualdad de factores laborales y otras circunstancias externas, el bagaje cultural individual tiene un peso muy importante en la determinación de las actitudes que nos interesan.

4. CONCEPCIÓN ACTUAL DEL DOLOR INFANTIL

El estudio del dolor infantil ha sido un tema olvidado durante mucho tiempo, y que sólo recientemente ha empezado a recibir la atención que creemos que merece. El dolor era concebido como una simple reacción fisiológica que aparecía en el organismo a consecuencia de determinados estímulos originados en el exterior. Esta afirmación se sustenta en un análisis de la bibliografía científica: en el período comprendido entre los años 1970 y 1975, tan sólo aparecen 33 publicaciones referentes a sujetos infantiles entre un total de 1.380 dedicadas al dolor (Eland & Anderson, 1977). A partir de la década de los 80, se ha dado un incremento muy notable de los artículos dedicados al dolor infantil, y de modo especial al dolor en neonatos (Guardiola & Baños, 1993). En 1990 se inicia una nueva época, la del estudio de la neuroanatomía y la neurofisiología del dolor (Fitzgerald & Anand, 1990).

El dolor infantil constituye un claro ejemplo de *dolor innecesario* (Melzack, 1990). En efecto, existen numerosas evidencias en relación con el manejo incorrecto del dolor infantil (Lloyd-Thomas, 1990; Tesler et al., 1994; Walco et al., 1994; Hamers et al., 1998), unas veces como consecuencia de la poca experiencia de los profesionales sanitarios y otras debidas a creencias incorrectas (Camacho & Anarte, 2001).

Valga como ejemplo de lo dicho anteriormente la definición del dolor llevada a cabo por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, acrónimo en inglés) como *“una experiencia sensorial y emocional*

desagradable, asociada a una lesión hística real, o bien a una lesión potencial descrita en términos equivalentes a la existencia de dicha lesión”; la misma fuente recalca que el dolor es siempre una experiencia subjetiva. Esta definición, aunque adecuada para los adultos, no es aplicable del todo a los niños por dos motivos (Ponsell, 2003).

En primer lugar, porque tenemos dificultad para comprender su manera de expresar lo que sienten. De ahí que el término *nocicepción* (percepción del dolor) se haya usado frecuentemente como sinónimo de dolor para los lactantes. La nocicepción se define como la detección de un estímulo nocivo y la transmisión y transducción de dicho estímulo desde el lugar donde se ha producido el daño tisular hasta el cerebro. (McGrath, 1990). Se piensa que la nocicepción se produce de una forma menos organizada en los prematuros que en el niño o en el adulto (Fitzgerald, 1993). La nocicepción incluye las respuestas fisiológicas y de comportamiento de los bebés a un estímulo doloroso pero no incluye las respuestas cognitivas que son parte de la modulación del dolor. En contraposición, Anand & Craig (1996) sugieren que la percepción del dolor es una cualidad inherente a la vida, que aparece en las primeras etapas de desarrollo del niño y que tiene la función de un sistema de señales para el daño tisular. Estas señales incluyen las respuestas fisiológicas y de comportamiento que se consideran indicadores válidos del dolor. Sin embargo, el dolor infantil (y especialmente el dolor en los neonatos) debe ser interpretado por otros, como los profesionales de la salud y los padres.

En segundo lugar, la definición de la IASP establece que “el dolor es una

asociación basada en un daño tisular real o potencial anterior” (Ponsell, 2003b). En los prematuros y recién nacidos no es muy frecuente que haya existido una oportunidad para obtener una experiencia previa. Anand & Craig (1996) no están de acuerdo en que el dolor sea una experiencia aprendida y argumentan que puede ser expresado por cualquier individuo la primera vez que lo experimenta. Esta teoría se ve apoyada por diversos estudios que describen respuestas de dolor de recién nacidos durante los primeros días de vida (Grunau & Craig, 1987; McIntosh, Van Veen & Brayemer, 1993; Stevens & Johnston, 1994). Este replanteamiento de la manera de definir el dolor en los bebés nos ofrece un posible nuevo punto de partida para mejorar una valoración óptima del dolor por parte de los investigadores o sanitarios (McIntosh, 1997).

Los niños tienen capacidad neurológica para percibir el dolor desde el nacimiento, aún siendo bebés y prematuros (FrancK, Greenberg,. & Stevens, 2000). Es más, los lactantes pueden percibir el dolor con más intensidad que los niños mayores o que los adultos, debido a que sus mecanismos descendentes de control son inmaduros. Además, el sistema nervioso neonatal tiene concentraciones más altas de sitios receptores de sustancia P, lo que limita su capacidad de modular la experiencia dolorosa (Golianu et als., 2000; Berde & Sethna, 2002).

El dolor en los niños ha sido y sigue siendo un problema, derivado de la naturaleza biopsicosocial del propio niño y de la persistencia de mitos y creencias acerca del mismo (Ponsell, 2003). Efectivamente, en torno al fenómeno del dolor son muchas las especulaciones que se han hecho, en

parte debido a las dificultades para llevar a cabo la valoración del mismo, y también debido al desconocimiento del tratamiento farmacológico con opioides, que es altamente efectivo siempre que sean usados de manera correcta y en el medio adecuado (McGrath & Unruh, 1989). El desconocimiento general del tratamiento ha influido de manera notoria en la aplicación de dosis inferiores a las necesarias.

Además de los factores anteriores, también se debe tener en cuenta que al tratar con niños es difícil saber cuáles son sus sentimientos, tal vez debidos a otros factores de estrés que pueden afectarle en igual o mayor medida, tales como la separación de los padres, un cambio de ámbito en el hospital, o la presencia y manipulación por parte de extraños (Ponsell, 2002).

A través de la revisión de la bibliografía se demuestra no sólo la realidad de la presencia del dolor, sino el riesgo que entraña el mantenimiento prolongado del dolor en el niño, porque produce efectos secundarios a corto y largo plazo, a veces irreversibles. Estos efectos secundarios se producen en un porcentaje más elevado en los recién nacidos, y especialmente en los prematuros, como consecuencia de su mayor susceptibilidad a lesiones neurológicas graves (Reinoso, 2000). Por otra parte, no se ha hallado prueba alguna de dependencia a los fármacos, ni tampoco de que los lactantes tratados con analgésicos presenten problemas asociados a la analgesia recibida. Sin embargo, sí se han documentado diferencias notorias entre niños que han sido tratados correctamente y aquellos otros que no han recibido tratamiento para el dolor, o cuyo tratamiento no fue el adecuado (Elorza, 2003).

5. ABORDAJE DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

De todo lo expuesto hasta aquí, se evidencia que existe una disociación importante entre lo que se sabe y lo que se hace. Sería deseable conseguir un acercamiento de los resultados de las investigaciones recientes a la práctica clínica, incorporando la complejidad del fenómeno del dolor y los tratamientos adecuados a los pacientes infantiles.

Existe una serie de elementos clave que explicarían el por qué del mantenimiento del dolor en la unidad de Cirugía y Quemados, que en base a lo expuesto, se pueden resumir en los siguientes puntos:

- En la cultura hospitalaria el dolor formaría parte del proceso de enfermar. Si fuera cierto que el personal médico y de enfermería asume el dolor ajeno como algo normal en el contexto hospitalario, se explicaría la frecuente ausencia de tratamiento adecuado.
- Las creencias religiosas de los profesionales sanitarios pueden estar en relación con la idea que el sufrimiento enaltece o es favorable a la persona que lo experimenta. Si dichas creencias contagian la percepción y valoración del dolor ajeno, se explicarían las actitudes impasibles ante éste.
- El desconocimiento frecuente entre los profesionales sanitarios en relación a los diferentes métodos de tratamiento puede impedir llevar a cabo una analgesia adecuada para disminuir o eliminar el dolor. Si el desconocimiento del conjunto de medios disponibles está en la raíz de tratamientos insuficientes, se explicaría la permanencia del dolor en los niños ingresados.

En definitiva, la prevalencia del dolor en los niños es tan elevada como en los adultos; sin embargo, la administración de tratamiento con fármacos analgésicos es muy inferior en el caso del dolor infantil (Mather & Mackie, 1983; Jonson et als, 1992; Cañellas et als, 1993). Si bien es verdad que, desde el área de la salud, en los años 90 aumentaron los estudios sobre el dolor, los estudios centrados en los orígenes bioquímicos del dolor no han podido contestar a una serie de cuestiones sociales y culturales que influyen en este proceso. Este proceso consta de la percepción del dolor, seguida de elementos sociales y culturales que conforman el padecimiento. Actualmente, la búsqueda de una atención sanitaria más integradora ha llevado a los profesionales de la salud a estudiar este fenómeno desde una perspectiva centrada en el concepto integral de la persona, analizando los factores no sólo biológicos, sino también los sociales, culturales y psicológicos que inciden de manera primordial en el individuo, en este caso concreto en los niños.

Para poder llevar a cabo este proyecto, es imprescindible conocer las actitudes del personal de enfermería y médico en las unidades de hospitalización infantiles. El enfoque teórico que nos proporciona la perspectiva de Bourdieu parece especialmente adecuado para esta investigación. Los profesionales médicos y de enfermería son una pieza clave dentro del equipo sanitario para proporcionar cuidados a los niños y familiares ante situaciones tan desagradables como el dolor infantil, ya que estos profesionales permanecen durante las 24 horas a pie de cama, por tanto deberían ser los primeros en advertir de manera precoz los cambios en el proceso de la enfermedad y los efectos secundarios relacionados con el tratamiento, además

de valorar la intensidad del dolor, por lo que está en sus manos lograr el alivio del dolor que padece cada niño (McCaffery, 1994).

Existe una gran variedad de predisposiciones y opiniones apriorísticas entre el personal médico y de enfermería acerca de cómo perciben el dolor los niños, y es justamente esta gama de actitudes lo que requiere analizarse. Los niños, por su condición inherente como tales (es decir, personas en desarrollo) no son todavía capaces de expresar con claridad y de una manera uniforme su sentimiento físico y emocional en relación al dolor. Entenderlo y remediarlo es responsabilidad ineludible de los profesionales médicos y de enfermería.

6. MÉTODO

6.1 Metodología

Para hacer frente al problema del dolor infantil es importante la utilización de metodologías emergentes, como la investigación cualitativa desde la teoría crítica. En este estudio se desarrollará una investigación con la finalidad de evidenciar todos aquellos elementos que intervienen en la práctica clínica de los profesionales de la salud en la atención al dolor que padecen los niños hospitalizados. Este estudio puede facilitar el cambio necesario en la cultura hospitalaria para una consideración y trato eficaz del dolor infantil.

6.2 Paradigma Epistemológico

Esta investigación se enmarca en el paradigma de la teoría crítico social, guiado por una orientación postestructuralista, fundamentalmente la conceptualización de Bourdieu. Este autor reconoce que las acciones de grupos sociales no pueden explicarse sencillamente como una suma de comportamientos individuales, sino como acciones que incorporan influencias culturales, tradiciones y estructuras objetivas en una sociedad (Jenkins, 2002). Los conceptos principales de su teoría son el *campo*, el *capital* y el *habitus*, y propongo analizar cada uno de ellos para explorar la influencia que ejercen las creencias y valores en los profesionales de enfermería y médicos, sobre su actitud ante el dolor infantil.

El *campo* proporciona el marco de análisis para el estudio de cualquier aspecto de la vida social. Puede describirse como una serie de estructuras, instituciones, autoridades y actividades que se relacionan con la gente que actúa en este ámbito o microcosmos. En el caso de esta investigación analizaré las relaciones de poder y género entre los profesionales médicos y de enfermería. El *campo* es la arena social, estructurada y estructurante, por lo que no es una entidad estática, sino que cambia a medida que las prácticas o las dinámicas del poder cuestionan sus límites. Cada persona que actúa en esta arena es capaz de producir efectos (Bourdieu & Wacquant, 1992) y la competencia entre las personas es importante para determinar la dirección futura del *campo*.

El *campo* según Bourdieu debería ser el área primaria de estudio de cualquier proyecto de investigación, ya que lo importante son las relaciones, más que los actores individuales. Trataré de establecer las influencias recíprocas que puedan darse entre los agentes observados, es decir médicos, enfermeras, niños y familiares.

Para Bourdieu (1971) hay tres momentos en el análisis del *campo*. El primero de ellos está relacionado con la posición de los sujetos sociales con respecto al poder de que se trate. En este proyecto se estudiará el poder que ejercen los profesionales médicos sobre los de enfermería, para así analizar si esta relación desigual pudiera ser una de las razones de la ausencia o escasa atención al dolor infantil por parte de los enfermeros. También se estudiará la

relación entre los familiares, niños y los profesionales sanitarios.

En segundo lugar se establece la estructura objetiva de las relaciones entre posiciones ocupadas por los agentes o las instituciones que entran en concurrencia con el *campo*. En este estudio se analizará el hospital como institución, con sus diferentes jerarquías entre médicos, enfermeras, familiares y niños.

En tercer lugar se analizan los hábitos de la gente, en una trayectoria definida en el interior del campo considerado. En este proyecto el campo de estudio será el hospital donde permanecen los niños con sus familiares que presentan diferentes problemas de salud, muchos de los cuales cursan con dolor.

Bourdieu distingue tres tipos de capital: *económico, social y cultural*, además del *simbólico*. El término *capital* no se reduce al meramente económico, sino que se extiende a toda la energía susceptible de producir efectos sociales (Bourdieu, 1980). De manera general, por *capital social* se entiende las reciprocidades materiales y simbólicas que existen y circulan en una red social (Schuller et als, 2000).

A partir de esta definición de capital social, se puede identificar un conjunto de valores diversos que existen y han sido creados históricamente por los grupos sociales, conformando la parte principal de su riqueza simbólica. El cuidado y la preocupación mutua entre sujetos, así como su pertenencia a un

grupo social concreto, son condiciones para la supervivencia de la sociedad humana.

Así pues, estudiar el *capital social* desde esta perspectiva permite identificar los mecanismos del poder y la búsqueda de alternativas para revertir la dominación. Desde este prisma el capital social se va construyendo de acuerdo con la capacidad que tiene un grupo o persona para eliminar, construir o adoptar valores y significados.

En este proyecto, aplicando este enfoque, analizaré cuáles son los valores y creencias de los profesionales médicos y enfermeros que puedan influir en la no actuación frente al dolor, para lograr la emergencia de nuevos campos de opinión, a través de los cuales surjan valores y creencias diferentes a los hegemónicos.

El *habitus* es uno de los conceptos centrales de la teoría sociológica de Bourdieu; fue desarrollado intentando superar la alternativa entre subjetivismo y objetivismo: el *habitus* es una instancia mediadora entre las estructuras objetivas y la conciencia subjetiva. El concepto de *habitus* representa el ambicioso intento de Bourdieu para incorporar a su teoría los aspectos culturales y tradicionales de la vida (Webb et als., 2002). Se utiliza para explicar algunos rasgos de la vida social que no se pueden explicar tan sólo entendiendo las acciones combinadas de los individuos, sino que más bien están influenciadas por la historia, la tradición, las costumbres y los principios que las personas no explicitan. Se desarrolla por imitación, a medida que la

gente de manera inconsciente incorpora comportamientos a sus vidas, al imitar a otros actores dentro del campo a través de un proceso de enseñanza interactivo (Lane, 2000). Las tradiciones culturales y religiosas pueden ser ejemplos explícitos de *habitus*.

El *habitus* se puede relacionar con la investigación y con la práctica enfermera. Así, en los casos de niños que están sometidos a dolor, las enfermeras y médicos pueden observar en sus compañeros/as de trabajo actitudes determinadas hacia dichos pacientes, que pueden condicionar la respuesta de los mismos ante esta situación. El *habitus* describe por qué personas que comparten una cierta posición social se comportan de forma muy parecida, pero sin embargo no nos sirve para explicar el por qué lo hacen.

Este proyecto se desarrollará desde la perspectiva cualitativa teniendo como objetivo la exploración de temas sociales emergentes y la búsqueda en la comprensión en profundidad de fenómenos complejos en su ambiente natural, generando datos contextualizados en una determinada situación social (Mercado, et als. 2002; Denzin & Lincoln, 2000). El fenómeno de estudio será abordado desde una visión de la teoría crítica.

6.3 Participantes

El ámbito de estudio será la Unidad de Cirugía y Quemados del Hospital Universitario Son Dureta (HUSD). Este es el hospital de referencia de las Islas

Baleares, y dicha unidad tiene una capacidad de 22 camas.

La población a estudiar serán los niños y familiares que permanezcan ingresados, así como las enfermeras y médicos que se encuentren trabajando en dicha unidad. La plantilla es de 9 enfermeras (una de ellas supervisora de la unidad), 9 auxiliares y 10 médicos, de los cuales dos cubren solamente las guardias.

Los criterios de inclusión de los/as niños/as y familiares serán:

- Edad entre 3 y 10 años, que es un intervalo de edad donde se da la verbalización de los sentimientos y experiencias, que aún está lejos de la conflictividad adolescente.
- Estar ingresados en la Unidad de Cirugía y Quemados, donde los postoperatorios son complicados y dolorosos.
- Expresar su voluntad de participar en el estudio.

Los criterios de exclusión de los/as niños/as y familiares serán:

- Existencia de deficiencia mental o trastorno psiquiátrico
- Sometidos a algún tipo de tratamiento que altere el nivel de conciencia
- Dificultad importante de comprensión del castellano o del catalán
- Problemas en la articulación del lenguaje

Los criterios de inclusión de las enfermeras y médicos serán:

- Profesionales enfermeras y médicos con un mínimo de permanencia en la unidad de estudio de cinco años y que en la actualidad sigan trabajando. Se considera que este es el período mínimo para una familiarización adecuada con el servicio y el trato con niños.
- Tener una edad comprendida entre 25 y 60 años, para eliminar el posible sesgo debido a actitudes juveniles o aquellas propias de personas mayores.

Tanto en profesionales como en niños y familiares se intentará introducir la máxima heterogeneidad posible en las características de los participantes, con el fin de enriquecer el estudio consiguiendo una mayor diversidad en sus discursos.

6.4 Técnicas de recogida de información

Las técnicas de generación de información que se utilizarán son la entrevista en profundidad y la observación participante. La diferencia fundamental entre estas dos técnicas residirá en los escenarios y situaciones en los cuales tiene lugar la investigación. En el caso de este proyecto los observadores participantes llevan a cabo sus estudios en situaciones de campo “naturales”; es decir en la propia unidad de hospitalización.

La primera etapa de recogida de datos consistirá en la realización de entrevistas en profundidad con los profesionales de la salud. Se utilizará una

guía, para asegurarse que los temas clave serán explorados con un cierto número de informantes. Dicha guía será revisada a medida que se vayan realizando las entrevistas, éstas se grabarán en formato digital, y tendrán una duración aproximada de 45 minutos, serán no dirigidas, con el objetivo de explorar los estados afectivos, valores y creencias, permitiendo la libre expresión de la persona durante la misma. Se efectuará el número de entrevistas necesarias para no alcanzar la saturación de información.

Mediante la observación participante se pretende identificar tópicos y aspectos cualitativos de la cultura del dolor en la unidad infantil de Cirugía y Quemados. Se evaluarán las diversas y variadas actividades que las enfermeras y médicos desarrollan en su relación con los niños: afectividad, relación con los padres, relajación, distracción, juegos, empatía y realización de los cuidados. Durante la observación se irán registrando anotaciones en un diario de campo, al objeto de ser recopiladas, ordenadas e interpretadas posteriormente.

6.5 Procedimiento de recogida de información

Una vez que se hayan solicitado y obtenido los permisos correspondientes para realizar el proyecto, éste será presentado a los mandos intermedios del equipo profesional de enfermería y médico de la unidad de hospitalización. En la fase de entrevista, dichos mandos intermedios facilitarán al equipo investigador el acceso a los profesionales que se tengan que

entrevistar.

Previamente a la fase de observación participante, se realizará una reunión con el personal de enfermería y médico a fin de explicar el proyecto y facilitar la observación por parte del equipo investigador.

6.6 Análisis de los datos

El análisis se iniciará una vez realizada la primera entrevista y/o observación participante. El análisis será continuo a lo largo de todo el proceso de la investigación. Se realizará en dos fases: una primera deductiva y una segunda inductiva. En la primera, se leerán los textos de las descripciones obtenidos de las entrevistas, buscando unidades de significado, para proceder a continuación a etiquetarlas con códigos, de manera que los datos empíricos puedan explorarse de manera exhaustiva. La segunda fase, inductiva, estará basada en el marco teórico propuesto y en la revisión de la bibliografía. Para el proceso de análisis utilizaré la herramienta informática de soporte al análisis de textos NUDIST. A partir de la agrupación de los códigos, se procederá a la creación de categorías a través de los temas centrales del estudio.

Para garantizar el rigor del proceso se procederá a la triangulación de fuentes y métodos (Denzin & Lincoln, 2005). La de métodos consistirá en comparar la información recogida en el diario de campo con el contenido de las entrevistas.

6.7 Consideraciones éticas

Se ha solicitado y obtenido la evaluación favorable del proyecto por parte del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de les Illes Balears, del Comitè de Bioètica de la Universitat de les Illes Balears y de la Gerencia del Hospital Universitari Son Dureta para entrevistar a las enfermeras y médicos, adscritos a la unidad de hospitalización de Cirugía infantil y Quemados. Como garantía de confidencialidad y voluntariedad de participación en el estudio, se solicitará el consentimiento informado a los padres o tutores de los niños ingresados en dicha unidad y a los profesionales sanitarios.

Previamente a la realización de la entrevista se solicitará la autorización para la grabación de las mismas; se explicará el motivo y objetivo de la misma, y se garantizará la confidencialidad de los datos y el anonimato de las personas entrevistadas, mediante almacenaje de las cintas grabadas bajo medidas de seguridad y posterior destrucción de las mismas una vez hayan sido utilizadas. Ya finalizada la investigación, se comunicarán las conclusiones obtenidas de la misma a cada una de las personas que hayan participado en el estudio.

El equipo investigador se ocupará de:

- Informar sobre la voluntariedad de la participación de las enfermeras, médicos, niños/as y familiares en el proyecto y la posibilidad de abandonarlo en cualquier momento que lo deseen.

- Solicitar el consentimiento informado a los participantes.
- Asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos.
- Destruir las grabaciones una vez acabado el análisis de los datos.
- Mantener el anonimato de los participantes.
- No interferir en el proceso terapéutico de los niños.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Anand, K. & Craig, K. (1996). New perspective on the definition of pain. *Pain*, 67, 3-6.
- Arendt-Nielsen, L. (2004). Sex differences in pain. *Eur J Pain*, 8 (5), 395–396.
- Atallah, F. & Guillerrou, Y. (2004). Man and his pain: anthropological and social dimension. *Ann Fr Anesth Reanim*, 23 (7), 722-729.
- Bécherraz, M. (2001) Une phénoménologie du réconfort. Expériences et significations du réconfort pour la personne opérée et pour l'infirmière qui en prend soins. Tesis doctoral. Programme conjoint de l'Université de Montréal et de McGill University,. Université de Montréal.
- Bendelow, G. (1993). Pain perceptions, emotions and gender. *Sociology of Health and Illness*, 15, 273–94.
- Berde, C. & Sethna, N. (2002). Analgesics for the treatment of pain in children. *New England Journal of Medecine*, 347, 1094-1103.
- Bourdieu, P. (1971). Une interprétation de la théorie de la religion selon Max Weber. *Archives europeennes de sociologie*, enero, 3-21.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. París: de Minuit.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *Réponses. Pour une anthropologie reflexive*, Seuil, París.
- Camacho, L. & Anarte, M. T.(2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 3 (19), 453-470.

- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Third Edition. London: Sage.
- Eland, J. M. & Anderson, J. (1997). The experience of pain in children. En Jacox AK (Ed.), *Pain A source book for nurses and other health professionals*. Boston: Little Brown & Company, 453-73.
- Elorza, M. D. (2003). Dolor en el recién nacido. *Anales Españoles de Pediatría*, 58 (4), 293-295.
- Franck, L. S. Greenberg, C. S. & Stevens, B. J. (2000) .Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America* 47(3) 487-512.
- Feine, S. J. Bushnell, M. C. Miron, D. & Duncan, G. H. (1991). Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain*, 44, 255–262.
- Fillingim, R. B. Gear, R. W. (2004). Sex differences in opioid analgesia clinical and experimental findings. *European Journal of Pain*, 8, 413-25.
- Fitzgerald, M. & Anand, K. (1994). Developmental neuroanatomy and neurophysiology of pain. In N.L. Schechter, C.B. Berde and M. Yaster (Eds). *Pain Infants, Children and Adolescents*. Williams and Wilkins, Baltimore, 11-31.
- Gaffney, A. & Dunne, E. A. (1987). Children's understanding of the causality of pain. *Pain*, 29, 91-104.
- Golianu, B. Krane, E. J. Galloway, K. S. & Master, M. (2000). Pediatric acute pain management. *Pediatr Clín North Am.* 47, 513-535.
- Guardiola, E. & Baños, J. E. (1993). Is there an increasing interest on pediatric pain?. Analysis of the biomedical articles published in eighties. *J Pain Symton Manage*, 8, 449-450.

- Grunau, R. & Craig, K. D. (1987). Pain expression in neonates: Facial action and cry. *Pain*, 28, 395-410.
- Grunau, R. (2002). Early pain in preterm infants. A model of long-term effects. *Clin Perinatol.*, 29, 373-94.
- Hamers, J. P. Abu-Saad, H. H. Van den Hout, M. A. & Halfen, R. J. (1998). Are children given insufficient pain relieving medication postoperatively?. *J Adv Nurs* 27, 37-44.
- Jenkins, R. (2002). Pierre Bourdieu. Londres: Routledge.
- Juan Pablo II. (1984). Carta apostólica Salvifici Doloris.
- Kenneth, M., Woodrow, M. D. Gary, D. Friedman, G. D. Siegelaub, A. B.
- Morris, F. & Collen, M. F. (1972). Pain Tolerance: Differences According to Age, Sex and Race. *Psychosomatic Medicine* 34, 548-556
- Le Breton, D. (1999) Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral S.A.
- Leriche R: La Chirurgie de la Douleur.(1949) París: Masson et Cle.
- Lévi-Strauss, C. (1994). La eficacia simbólica. En Antropología estructural. Barcelona (Ed.) Altaya.
- Lévy, I. (1999). Soins & Croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux. París: Estem.
- Lévy, I. (2001). Douleurs, cultures et religions *Soins*, 660, Novembre, 28-33.
- Lloyd-Thomas A. R. (1990). Pain management in paediatric patients. *Br J Anaesth* , 64, 85-104.

- McIntosh, N. Van Veen, L. & Brameyer, H. (1993). The pain of heel prick and its measurement in preterm infants. *Pain*, 52 (1), 71-74.
- Melzack, R. (1990). The tragedy of needless pain. *Sci Am*, 262, 27-33.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965) Pain Mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Mercado, F. J. Gastaldo, D. & Calderón, C. (2002). Paradigmas y diseños en Investigación Cualitativa en Salud. Una Antología Iberoamericana (I)., Vols. I. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Morris, D. (1993). La cultura del dolor. Santiago de Chile: Andrés Bello
- Otto, M. W. & Dougher, M. J. (1985). Sex differences and personality factors in responsivity to pain. *Percept Motor Skills*, 61, 383–390.
- Ponsell, E. (2002). Plan de cuidados al menor hospitalizado y su familia. *Metas de enfermería*, 42 (5), 44-47.
- Ponsell, E. (2003). El dolor en la infancia. Dolor abdominal. En: Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos. Madrid: Elsevier, 694-713.
- Ponsell, E. (2003a). Farmacodinamia y farmacocinética. En: Tratado de Enfermería Infantil. Cuidados pediátricos. Madrid: Elsevier, 932- 939.
- Ponsell, E. (2003b). El dolor infantil, nuevo reto para la enfermería. Ponencia presentada en el XVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor. Palma de Mallorca.
- Reinoso, F. (2000). El dolor de los niños: ¿un gran desconocido o un gran olvidado? *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 7, 277-278.

- Schuller, T. (2000). The Complementary Roles of Human and Social Capital. Birkbeck College, University of London. Comunicación presentada en el Symposium on the Contribution of Human and Social Capital to Sustained Economic Growth and Well Being, Quebec.
- Smith, B. H. et als. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*, 18, 292–299.
- Stevens, B. J., Johnston, C. C. & Horton, L (1994). Factors that influence the behavioral pain response of premature infants. *Pain*, 59 (1) 101-109.
- Tesler, M. D., Wilkie, D. J., Holzemer, W. L., & Savedra, M. D. (1994). Postoperative analgesics for children and adolescents: prescription and administration. *J Pain Symptom Manage*, 9, 85-95.
- Unruh , A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65 (2–3), 123–167.
- Velle, W. (1987). Sex differences in sensory functions. *Perspect Biol Med*, 30,490–522
- Von Korff, M., Dworkin, S. F., Le Resche, L., & Kruger A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32, 173–183.
- Walco, G. A., Cassidy, R. C. & Schechter, N. L. (1994). Pain, hurt and harm. The ethics of pain control in infants and children. *N England J Med*, 331, 541-544.

8. ANEXOS