



**Universitat de les  
Illes Balears**

Departament de Filosofia i Treball Social  
Programa de doctorat de Filosofia (2012)

Tesis Doctoral

**Percepciones de los diferentes  
profesionales de la salud ante el manejo  
del dolor infantil y atención a la familia  
en el ámbito de la atención hospitalizada  
en Mallorca**

**Doctoranda**

M<sup>a</sup> Esperanza Ponsell Vicens

**Directores**

Dr. Alexandre Miquel Novajra

Departament de Filosofia i Treball Social

Dr. Andreu Bover Bover y Dra. Margalida Miró Bonet

Departament Infermeria i Fisioteràpia

Universitat de les Illes Balears



*A Rafel, Neus i Rafel Joan*



“Sólo hay un dolor fácil de soportar y es el de los demás”.

René Leriche (1949)



## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de esta tesis ha sido para mí uno de los retos más dificultosos que se ha sucedido a lo largo de mi vida profesional, a través de la cual espero transmitir mi sensibilidad y concienciación hacia uno de los temas que ha ocupado un espacio importante de mi vida, el dolor de los niños.

Quiero agradecer la ayuda que me han proporcionado una serie de personas profesionales, no profesionales e institucionales, que tal vez sin ellas no hubiera podido llegar al final.

Agradezco a mis Directores de tesis la paciencia que han tenido conmigo a lo largo de todo el desarrollo de la misma, sé que en algunos momentos ha sido difícil, y de manera especial poder vislumbrar la luz final.

A mi familia: a Rafel por estar a mi lado durante el proceso, a mi hija Neus por su gran ayuda en las correcciones ortográficas y a Rafel Joan por su paciencia. Sé que en muchos momentos también ha sido difícil para ellos.

Siento la necesidad de agradecer a mis padres el empuje para seguir estudiando y la confianza depositada en mí y en mi trabajo.

A Cristian por su ayuda desde el principio de la tesis y a Lina por estar siempre a mi lado y creer en mí.

Mi más sincero agradecimiento a la ayuda que me han proporcionado los responsables de la unidad de docencia e investigación del Hospital Son Dureta, y de manera especial a Marta Alonso y a los profesionales que se han brindado a participar en el estudio, me han hecho fácil lo que podía haber sido difícil y han permitido que esta investigación saliera a la luz.

Doy las gracias a mis compañeros de Departamento, en estos momentos se agradece cualquier tipo de ayuda, un comentario, un descanso, un café, me siento en deuda con ellos que aún estando muy inmersos en Bolognia, me han concedido un poco de su valioso tiempo.

A Julia, ha logrado que no dispersara y continuara hasta el final.

A María Taltavull, por su ayuda desinteresada desde la gestación de esta tesis.

No puedo dejar de dar las gracias a Jordi, estoy aquí por su insistencia.

A Antonia, por su disponibilidad.

A mis amigas Gloria, Vicky, Pep, Malén, Pusi, María y Marisa, de psicología y pedagogía por sus ánimos.

A Karin por su eficiencia, ayuda y su buen humor. Ha conseguido hacerme fácil aquello que para mí era casi imposible.

Es difícil durante este largo proceso no olvidarme de alguien, por ello, gracias a todos los que directa o indirectamente me habéis animado a continuar hasta el final.



## RESUMEN

El dolor infantil sigue siendo un problema sin resolver, a pesar de los avances sucedidos en los últimos 20 años, como se demuestra en muchas investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional.

En la actualidad se dispone de abundantes medidas tanto farmacológicas como no farmacológicas para resolver el dolor que se produce durante la hospitalización infantil. Sin embargo, ni siempre se aplican de la misma manera ni su uso obedece en todos los casos a una concepción clara y unitaria del dolor infantil, su desarrollo y su manifestación.

Este estudio pretende avanzar en el conocimiento de las percepciones que tienen los diferentes profesionales de la salud en relación al manejo del dolor infantil en el ámbito hospitalario.

La investigación se enmarca bajo el paradigma crítico social y está guiada por la teoría del estructuralismo constructivista y la sociología de la acción, desde los planteamientos teóricos de Pierre Bourdieu.

Los hallazgos demuestran el reto que supone lograr la eliminación y/o disminución del dolor infantil. Ponen de manifiesto la persistencia de creencias relacionadas con el dolor, además de desconocimiento ante determinados tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, así como de la nueva tec-

nología para su administración. Fundamentalmente, resitúan el papel de las construcciones y percepciones sociales también en el ámbito de la atención y el cuidado en espacios médicos.

Esta investigación evidencia la necesidad de que el dolor infantil sea evaluado a través de herramientas validadas para este fin. A pesar de que el dolor, al igual que cualquier experiencia emocional, es subjetiva, necesita ser medido, primero para cuantificar la intensidad del dolor y, segundo, para comprobar si los fármacos administrados son los adecuados para lograr la disminución o eliminación del dolor.

**Palabras clave:** *dolor infantil, creencias, valores, enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, evaluación dolor infantil, profesionales de la salud, tratamiento.*

## **ABSTRACT**

Pain in children is still an unsolved problem, despite the progress achieved in the past 20 years, as shown in numerous national and international studies.

At present, there is a vast array of both pharmacological and non-pharmacological measures to relieve the pain that occurs when children are hospitalised. However, these measures are not always applied in the same way, nor does their use correspond in all cases to a clear, unified conception of children's pain, its development and manifestation.

This study aims to further knowledge of different health professionals' perceptions of managing children's pain in hospitals.

The research is encompassed by the social critical paradigm and guided by the theory of constructivist structuralism and action sociology based on Pierre Bourdieu's theoretical framework.

The findings prove the challenge of eliminating and/or reducing pain in children. They underscore the persistence of pain-related beliefs, as well as the ignorance of specific non-pharmacological and pharmacological treatments and the new technology for their administration. Essentially, they reposition the role of social perceptions and constructions in the field of health care and attention in medical spaces.

This research highlights the need for children's pain to be evaluated by means of tools validated for this purpose. Although pain, like any emotional experience, is subjective, it needs to be measured, firstly, to quantify its intensity and secondly, to see whether the drugs administered successfully reduce or eliminate pain.

**Keywords:** *pain, children, beliefs, values, nurse, physician, nursing auxiliary, children's pain evaluation, health professional, treatment.*

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	25
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	26
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	27
<b>Inquietudes previas a la investigación</b> .....	27
<b>El estilo del texto</b> .....	30
<b>Contexto del estudio</b> .....	31
<b>CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA: INFANCIA Y DOLOR</b> .....	39
<b>1.1. Infancia: un concepto social, histórico y contextual</b> .....	42
1.1.1. El desarrollo histórico conceptual de la infancia .....	49
1.1.2. La historicidad occidental: la Antigüedad .....	53
1.1.3. La infancia en la Edad Media .....	60
1.1.4. La Infancia en la Edad Moderna .....	62
1.1.5. La Infancia en el siglo XX .....	66
1.1.6. Breve reseña sobre el siglo XXI: el actual concepto de infancia.....	68
<b>1.2. Una aproximación históricocontextual al concepto de dolor</b> .....	72
1.2.1. El dolor: Una preocupación con historia en todas las culturas ....	72
1.2.2. De los primeros indicios a la Antigüedad .....	75
1.2.3. El dolor en otros lugares del mundo antiguo .....	80
1.2.4. El dolor en la Edad Media .....	81

1.2.5. El dolor en la Edad Moderna .....	82
1.2.6. El dolor en el siglo XIX.....	86
1.2.7. El dolor en el siglo XX .....	88
1.2.8. El dolor en el siglo XXI .....	91
<b>1.3. El dolor infantil a través de la historia .....</b>	<b>92</b>
<b>1.4. Determinantes socioculturales de la atención al dolor infantil .....</b>	<b>98</b>
1.4.1. Valores culturales y religión.....	103
1.4.2. Componentes de género y clase social .....	108
1.4.3. Influencias de la edad en la percepción del dolor .....	112
<b>1.5. Políticas sanitarias y sistemas de salud en la atención al dolor infantil.....</b>	<b>113</b>
1.5.1. Manejo del dolor infantil en el Sistema Sanitario.....	118
1.5.1.1. Neurofisiología.....	119
1.5.1.2. Evaluación del dolor infantil.....	122
1.5.1.3. Tipos y tratamiento del dolor infantil .....	134
1.5.2. Los profesionales de la salud y los familiares ante el dolor infantil.....	144
1.5.2.1. Percepción del dolor en los médicos.....	145
1.5.2.2. Percepción del dolor de los profesionales de enfermería.....	146
1.5.2.3. Relaciones interprofesionales .....	147
1.5.2.4. Percepción del dolor por parte de la familia.....	152
<b>CAPÍTULO 2. ORIENTACIÓN TEÓRICA Y PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIO .....</b>	<b>155</b>
<b>2.1. Marco teórico.....</b>	<b>155</b>

2.1.1. Paradigma crítico social.....	158
2.1.2. Paradigma Postestructuralista: una visión polisémica .....	161
<b>2.2. La teoría de Bourdieu: Un autor particularmente relevante .....</b>	<b>163</b>
2.2.1. Conceptos centrales en la obra de Bourdieu.....	166
2.2.1.1. Concepto de Campo .....	167
2.2.1.2. Concepto de <i>Habitus</i> .....	169
2.2.1.3. Concepto de Capital .....	171
 <b>CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	 <b>177</b>
<b>3.1. ¿A qué trato de responder? .....</b>	<b>177</b>
3.1.1. Objetivo general.....	179
3.1.2. Objetivos específicos .....	179
<b>3.2. Diseño y tipo de estudio.....</b>	<b>180</b>
<b>3.3. Participantes y muestreo.....</b>	<b>187</b>
<b>3.4. Técnicas de recogida de datos .....</b>	<b>190</b>
3.4.1. Entrevistas a médicos, enfermeras y auxiliares de clínica .....	194
3.4.2. Diario de campo.....	196
<b>3.5. Análisis de los datos.....</b>	<b>198</b>
a) Selección y codificación.....	198
b) Obtención de resultados .....	200
c) Análisis e interpretaciones .....	200

<b>3.6. Rigor metodológico</b>	201
<b>3.7. Consideraciones éticas</b>	203
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS</b>	207
<b>4.1. Resultados del perfil profesional: Médicos</b>	209
4.1.1. Rol Profesional	210
4.1.1.1. Conocimientos	210
4.1.1.1.1. El dolor como prioridad	211
4.1.1.1.2. La importancia de adelantarse al dolor y administrar fármacos	212
4.1.1.1.3. Subjetividad del dolor	214
4.1.1.2. Competencias	215
4.1.1.2.1. Desconocimiento de ciertos tratamientos farmacológicos y técnicas para el dolor de los niños	216
4.1.1.2.2. Especificidad y tratamiento del dolor en los niños con quemaduras	218
4.1.1.3. Ética profesional y valores y creencias	219
4.1.1.3.1. Priorización del diagnóstico de la patología versus el síntoma del dolor	219
4.1.1.3.2. Creencias propias en torno al dolor	221
4.1.1.3.3. Normalidad y falso control del dolor postoperatorio	223
4.1.2. Práctica asistencial	225
4.1.2.1. Evaluación del dolor	226
4.1.2.1.1. Falta de confianza en las escalas de evaluación	226

4.1.2.2. Tratamiento farmacológico .....	228
4.1.2.2.1. Utilización de analgésicos menores .....	228
4.1.2.2.2. No utilización de analgésicos mayores .....	229
4.1.2.2.3. Derivación de los niños a la unidad del dolor .....	231
4.1.2.2.4. Falta de unificación de criterios en las pautas de tratamiento farmacológico .....	232
4.1.2.2.5. Control telefónico de la analgesia .....	234
4.1.2.3. Estrategias no farmacológicas frente al dolor .....	235
4.1.2.3.1. Reconocimiento del dolor en los niños con quemaduras y falta de atención adecuada .....	236
4.1.2.3.2. No pertenencia de los pacientes quemados al área de cirugía e insatisfacción en este tipo de pacientes .....	237
4.1.2.3.3. El manejo y sufrimiento del dolor ante los niños con quemaduras es asumido por la enfermera .....	238
4.1.3. Interrelaciones .....	239
4.1.3.1. Interrelaciones profesionales .....	239
4.1.3.1.1. Concepto del trabajo de enfermería por parte de los médicos .....	240
4.1.3.1.2. Confianza versus conocimientos .....	241
4.1.3.1.3. La enfermera como puente entre el médico, el niño y la familia .....	242
4.1.3.2. Concepto de trabajo en equipo .....	243
4.1.3.2.1. Trabajo en equipo entendido sólo como profesionales de la misma categoría .....	244
4.1.3.2.2. El trabajo en equipo es importante, y difícil .....	245
4.1.3.2.3. Rotación en las enfermeras .....	247
4.1.3.2.4. La enfermera como colaboradora del médico pero no viceversa .....	248

4.1.3.2.5. Falta de comunicación entre las categorías profesionales .....	249
4.1.4. Interrelaciones familia médicos .....	250
4.1.4.1. Familia como elemento favorecedor .....	250
4.1.4.1.1. Derecho de los padres .....	251
4.1.4.1.2. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres .....	252
4.1.4.2. Familia como elemento entorpecedor .....	253
4.1.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor .....	253
<b>4.2. Resultados del perfil profesional: Enfermeras .....</b>	<b>254</b>
4.2.1. Rol Profesional .....	255
4.2.1.1. Conocimientos .....	256
4.2.1.1.1. Actitudes del niño ante el dolor .....	256
4.2.1.1.2. El dolor como prioridad .....	257
4.2.1.1.3. Nociones sobre los cuidados ante el dolor infantil .....	259
4.2.1.1.4. Controles tras la administración de un fármaco .....	259
4.2.1.2. Competencias .....	260
4.2.1.2.1 Falta de control ante el dolor de los niños quemados .....	260
4.2.1.3. Ética profesional .....	261
4.2.1.3.1. Las enfermeras presentan dudas ante las manifestaciones de dolor de los niños ....	262
4.2.2. Práctica Asistencial .....	263
4.2.2.1. Evaluación del dolor .....	263
4.2.2.1.1. Actuaciones de las enfermeras ante el dolor .....	264

4.2.2.1.2. Estrategias prioritarias para el dolor .....	265
4.2.2.1.3. Falta de unificación de criterios ante las pautas de tratamiento farmacológico ...	265
4.2.2.2. Pautas de tratamiento .....	267
4.2.2.2.1. Órdenes de tratamiento denominadas “si precisa” .....	268
4.2.2.2.2. Discrepancias con las pautas de tratamiento leve, moderada y grave para el dolor infantil .....	270
4.2.2.2.3. Control telefónico de fármacos .....	271
4.2.2.2.4. Déficit de analgésicos mayores en las pautas de tratamiento para el dolor infantil ..	272
4.2.2.2.5. Críticas a las órdenes de tratamiento médico en las que sólo aparecen analgésicos menores .....	273
4.2.2.2.6. Satisfacción ante la anestesia controlada por el propio paciente .....	274
4.2.3. Interrelaciones .....	275
4.2.3.1. Interrelaciones profesionales .....	275
4.2.3.2. Concepto de trabajo en equipo .....	276
4.2.3.2.1. Repercusiones y consecuencias del trabajo en equipo para el niño y la familia ....	276
4.2.4. Interrelaciones familia personal de enfermería .....	278
4.2.4.1. Familia como elemento favorecedor .....	278
4.2.4.1.1. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres.....	278
4.2.4.2. Familia como elemento entorpecedor .....	280
4.2.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor .....	280

<b>4.3. Resultados del perfil profesional: Auxiliares de enfermería</b> .....	282
4.3.1. Rol Profesional .....	282
4.3.1.1. Conocimientos .....	283
4.3.1.1.2. Conocimientos relacionados con el dolor infantil .....	283
4.3.1.2. Competencias .....	284
4.3.1.2.1. Falta de autonomía .....	284
4.3.1.3. Ética profesional / valores y creencias .....	285
4.3.1.3.1. Valores y creencias en torno al dolor .....	285
4.3.1.3.2. Prioridad ante el dolor .....	285
4.3.2. Práctica Asistencial .....	286
4.3.2.1. Auxiliares de enfermería como ayudantes de la enfermera .....	287
4.3.2.1.1. Avisar a la enfermera .....	287
4.3.2.1.2. Tareas propias de la auxiliar .....	288
4.3.2.1.3. Actuación ante el dolor .....	288
4.3.3. Interrelaciones .....	289
4.3.3.1. Interrelaciones profesionales .....	289
4.3.3.1.1. Las relaciones auxiliares de enfermería médicos son inexistentes .....	290
4.3.3.2. Concepto de Trabajo en equipo .....	290
4.3.3.2.1. Los médicos no trabajan habitualmente con las auxiliares .....	291
4.3.3.2.2. Buena relación auxiliar enfermera .....	291
4.3.3.2.3. La forma de la organización del trabajo en la unidad influye negativamente en su realización en equipo .....	292
4.3.4. Interrelaciones familia auxiliares de enfermería .....	293
4.3.4.1. Familia como elemento favorecedor .....	294

4.3.4.1.1. Presencia de los padres/familiares es importante .....	294
4.3.4.1.2. Los padres facilitan el trabajo .....	295
4.3.4.2. Familia como elemento entorpecedor .....	295
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>299</b>
<b>5.1. Rol profesional .....</b>	<b>300</b>
5.1.1. Concepciones de dolor .....	300
5.1.2. Subjetividad del dolor .....	307
5.1.3. Competencias .....	308
<b>5.2. Práctica Asistencial .....</b>	<b>309</b>
5.2.1. Evaluación del dolor .....	309
5.2.2. Tratamiento farmacológico y no farmacológico .....	311
<b>5.3. Relaciones interdisciplinarias: el trabajo en equipo .....</b>	<b>314</b>
<b>5.4. Interrelaciones familia profesional: la importancia de la permanencia de los familiares junto a sus hijos durante la hospitalización .....</b>	<b>321</b>
<b>5.5. Origen y enmienda del prejuicio .....</b>	<b>323</b>
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>325</b>
<b>6.1. Generalidad y limitaciones del estudio .....</b>	<b>325</b>
<b>6.2. Hallazgos principales .....</b>	<b>326</b>
6.2.1. Conclusiones comunes a las tres categorías profesionales .....	327

6.2.2. Profesionales médicos.....	327
6.2.3. Profesionales Enfermeras.....	328
6.2.4. Auxiliares de Enfermería.....	329
<b>6.3. Aportaciones del estudio .....</b>	<b>330</b>
<b>6.4. Consideraciones finales.....</b>	<b>331</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>333</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>377</b>
<b>Guió preguntas entrevista.....</b>	<b>379</b>
<b>Guión preguntas entrevista.....</b>	<b>381</b>
<b>Consentimiento informado.....</b>	<b>383</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escalera Analgésica de la OMS (modificada).Whizar-Lugo y Ochoa-Ortíz (2005.....	116
Figura 2. Transmission of pain impulse in an infant. (From Greenberg CS: Pain management in children. In Bowden V, Dickey S, Greenberg CS (eds): Children and Their Families: The Continuum of Care. Philadelphia, WB Saunders, 1998, p 661).....	122
Figura 3. Expresión facial de malestar y dolor en el niño. En Wong (1998).....	127
Figura 4. Escala de medición del dolor con caras Wong-Baker .....	128
Figura 5. Faces Pain Scale – Revised 2001. International Association for the Study of Pain .....	129
Figura 6. Escala visual analógica. En Odin, Basquin, Pihan y Fies (2008).....	129
Figura 7. Termómetro del dolor. En Wicks-Nelson e Israel (1997).....	130
Figura 8. Escala de color. McCaffery y Beebe (1989).....	132
Figura 9. Escala Oucher. En Pain Associates in Nursing. Versión hispana, afro americana y china.....	133
Figura 10. Los Payasos de Hospital (Sonrisa Médica), cortesía de la Sonrisa Médica .....	144

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Premature Infant Pain Profile. En Stevens (1996).....	125
Tabla 2. Neonatal Infants Pain Scale (NIPS). En Lawrence, Alcock, Mc- Grath, Kay y McMurray (1993). .....	125
Tabla 3. Escala CRIES. En Krechel y Bildner (1995). .....	126
Tabla 4. Escala de llanto. En Reinoso-Barbero, Lahoz, Durán, Campo y Castro (2011). .....	131
Tabla 5. Profesionales de la Salud (Médicos, Personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería).....	209
Tabla 6. Rol profesional médicos.....	210
Tabla 7. Práctica Asistencial en médicos.....	225
Tabla 8. Interrelaciones en médicos. ....	239
Tabla 9. Interrelaciones familia médicos.....	250
Tabla 10. Rol profesional en Personal de Enfermería.....	255
Tabla 11. Práctica Asistencial en Personal de Enfermería .....	263
Tabla 12. Interrelaciones en el Personal de Enfermería .....	275
Tabla 13. Interrelaciones Familia Personal de Enfermería .....	278
Tabla 14. Rol profesional en Auxiliares de Enfermería.....	283
Tabla 15. Práctica Asistencial en Auxiliares de Enfermería .....	287
Tabla 16. Interrelaciones en Auxiliares de Enfermería .....	289
Tabla 17. Interrelaciones Familia Auxiliares de Enfermería .....	294

# **INTRODUCCIÓN**

## **Inquietudes previas a la investigación**

Tengo la necesidad inicial de presentar un breve resumen de aquellos factores que han incidido y propiciado que escoja este tema de investigación concreto. Considero de gran importancia las inquietudes personales y profesionales a la hora de motivarse a llevar a cabo una investigación. De ahí que presente al lector un apartado dedicado a esta exposición.

A través de esta tesis me propongo analizar una realidad compleja, el dolor infantil, que se sucede día a día en el campo hospitalario, concretamente en las unidades de cirugía infantil. La razón de esta elección está directamente relacionada con mis inquietudes profesionales en las que convergen diversas circunstancias surgidas a lo largo de mi vida; primero como estudiante y después como profesional, en ámbitos muy diferentes, pero complementarios. El primero de ellos durante mis estudios de enfermería, donde empezaron a surgir mis primeras inquietudes en relación con los pacientes aquejados de dolor. La cuestión que se me planteaba hacía referencia a dudar de las razones del porqué era habitual que los pacientes infantiles, en la mayoría de ocasiones, tenían que enfrentarse a un dolor que parecía formar parte de la cultura hospitalaria. Hecho que daba pie a considerar el dolor como algo habitual y que no necesitaba una atención inmediata, ya que este formaba parte de un proceso puntual.

Posteriormente, al incorporarme al mundo laboral como enfermera asistencial en un hospital de tercer nivel trabajando en unidades de hospitalización pediátrica, surgió de nuevo mi inquietud hacia el dolor. Esta vez, sin embargo, con unos matices diferentes, pues me enfrentaba a pacientes infantiles que por el mero hecho fisiológico de su niñez tenían una serie de connotaciones especiales: eran frágiles, vulnerables y en muchas ocasiones, debido al periodo del desarrollo en el que se encontraban, no podían manifestar de forma verbal su dolor. Además, se añadía la problemática que lleva implícita la propia hospitalización: estrés, separación de la familia y cambio en las rutinas, así como procedimientos que en la mayoría de ocasiones producen dolor sabiendo que éste podría ser aliviado.

Según mi experiencia el dolor infantil se refleja y se modula en los familiares, cuya actitud y participación acaba resultando crucial en el hecho mismo del dolor que pueda sufrir el pequeño paciente. Dependiendo del motivo de hospitalización, este dolor puede ser más o menos agudo, como por ejemplo en el caso de pacientes postoperados o afectados por quemaduras. En estos pacientes la manera de tratar el dolor, la dificultad para evaluarlo, la implicación por parte de los profesionales ante estas patologías era variable. El dolor que presenciaba en el día a día de estos niños, la falta de valoración ante el dolor y el déficit de tratamiento, era para mí una preocupación que fue decisiva para adentrarme profundamente en el complejo tema del dolor infantil.

Mi inquietud ante la complejidad del proceso doloroso iba creciendo, ya que parecía lógico que el conocimiento evidenciado en los trabajos científicos

se viera reflejado en la práctica cotidiana, sobre todo dado el enorme beneficio que complementarían la instauración de medidas eficaces para paliar el dolor. Ahora bien, los conocimientos científicos parecían formar parte tan sólo del mundo académico, puesto que no se aplicaban en la práctica clínica diaria donde el dolor continuaba perpetuándose cotidianamente.

Fue al estudiar Antropología cuando mi interés por el dolor empezó a cuajar en algo tangible. El dolor no era un mero hecho fisiológico, concepto mantenido a lo largo de mucho tiempo, sino también algo más que formaba parte de una construcción social. Desde esta perspectiva, el dolor se puede entender como una construcción social de cada tiempo y de cada contexto social específico y diferente para cada cultura. El concepto social del dolor influirá también en la forma en que cada individuo subjetivamente entiende su dolor en experiencias de salud.

Ello me permitió entender el dolor desde unas coordenadas diferentes; hasta este momento tan sólo conocía este fenómeno desde el modelo biomédico. Era la ocasión de plasmar mis ideas e interrogantes desde una perspectiva distinta y enmarcando todo ello en un contexto de investigación, que podría tal vez aportar algo nuevo y a la vez útil.

Esto me llevó a muchos interrogantes que iban más allá de la eliminación del dolor y de la aplicación de medidas farmacológicas. En efecto, iba descubriendo que todo era más complejo. Necesitaba saber cuáles eran los motivos por los que los profesionales de la salud seguían sin dar respuesta o al menos una respuesta adecuada. Intuía que era necesario profundi-

zar más en conocer las actitudes y valores que los profesionales de la salud tenían ante el dolor.

Esta inquietud latente, junto con un cambio de actividad profesional hacia la dedicación al ambiente académico, desencadenó la investigación objeto de esta tesis. Como profesora de Enfermería MaternoInfantil reflexioné mucho sobre cómo impartir docencia a futuros profesionales que al cabo de poco tiempo trabajarían ofreciendo cuidados a unos niños que en muchas ocasiones sufrirían dolor, ¿cómo les podría transmitir primero la necesidad de conocer la existencia de medidas contra el dolor, para que luego entendiesen la necesidad de implicarse en un proceso vital que garantizara cuidados de máxima calidad?

El dolor, claro está, forma parte de la vida de cada ser humano. En mi caso, como madre y también como usuaria del sistema sanitario, cualquier visión académica acaba ineludiblemente contrastada con la realidad. A veces, esto es una ventaja pues te obliga a no perder de vista la complejidad y la relevancia del problema escogido. Así pues, me propongo adentrarme en el discurso y la subjetividad de una serie de profesionales de la salud que de una forma u otra están en contacto con pacientes, en este caso niños, que sufren en algún momento dolor, y en ciertos casos de alta intensidad.

## **El estilo del texto**

Conviene apuntar el motivo de algunas características del texto de esta tesis. El texto ha sido redactado en primera persona, principalmente como

reflejo del marco teórico utilizado y también debido a mi experiencia personal en el campo hospitalario. He combinado la narrativa historicista con el lenguaje más metódico del lenguaje científico, para llegar a las conclusiones de la tesis.

En el capítulo de resultados aparecen las citas de los entrevistados de manera textual respetando su lengua materna, pero con la intención de unificar el idioma a lo largo de la tesis he realizado una traducción de las citas originales del catalán al castellano. Por otra parte, a lo largo del texto uso los términos enfermera o enfermeras, y niño para referirme a ambos géneros.

## **Contexto del estudio**

En este apartado expongo una serie de consideraciones generales y contextuales relacionadas con el dolor, su epidemiología, los tipos de dolor y las especificidades propias del dolor infantil.

El dolor es una experiencia humana universal, está presente desde los albores de nuestra existencia. El hombre ha tratado desde tiempos remotos encontrar una solución para eliminarlo o aliviarlo, pero aún así sigue siendo un reto para la atención a la salud. En algún momento de nuestra vida todos hemos experimentado algún tipo de dolor. Sin embargo, las experiencias del dolor son individuales, es decir diferentes para cada individuo, y también han sido diversos los conceptos de dolor según las culturas. Este fenómeno no puede entenderse separado de la cultura a la que

pertenece el individuo, ya que el dolor está determinado por factores culturales, sociales y psicológicos (Bates, 1987; Le Breton 1999).

El dolor es un fenómeno de alta complejidad ya que altera todos los aspectos de la persona afectada que, además ve mermada su calidad de vida de manera especial si el tipo de dolor que percibe es de tipo crónico. En la actualidad este tipo de dolor es un grave problema de Salud Pública ya que origina un número muy importante de bajas por incapacidad, hecho que redundará en una importante cantidad económica en pagos por discapacidad (J. Miró, 2010).

Si además de todo tenemos en cuenta que muchos de los tipos de dolor se convierten en crónicos, y que la población cada vez es más longeva, significa que el gasto farmacéutico se incrementa de manera considerable (Bassols, Bosch, Campillo y Baños, 2003).

En los últimos 20 años se han llevado a cabo muchos estudios en relación a este tema tan complejo, aunque la mayoría de ellos han sido en países de influencia anglosajona o nórdicos, como el de Crook et al. (1984) en Canadá, Taylor y Morency (1985) en EEUU, Sternbach (1986) en EEUU, Andersen y Worm-Pedersen (1987) en Dinamarca, Von Korff et al. (1988) en EEUU, Brattberg et al. (1989) en Suecia, Bowsher et al. (1991) en el Reino Unido, James et al. (1991) en Nueva Zelanda, Andersson et al. (1993) en Suecia y Bassols y Catalá (2002) en España.

El primer estudio realizado en España fue llevado a cabo en Cataluña por Bassols, Bosch, Campillo, Cañellas y Baños (1999), dicho estudio estable-

ció que la prevalencia de dolor durante los últimos seis meses era elevada (78,6%), significativamente superior en mujeres y con tendencia a aumentar con la edad, aunque solo el grupo de más de 71 años presentó una prevalencia inferior al grupo de 30 años.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado directrices amplias sobre el alivio del dolor relacionado con el cáncer en adultos en 1986, que se actualizaron en 1996, seguida de directrices sobre el alivio del dolor por cáncer y cuidados paliativos en los niños en 1998. En 1986 la OMS desarrolló la “Escalera Analgésica del dolor” como modelo para guiar el dolor oncológico pero en la actualidad existe un consenso a nivel mundial para que sea utilizada en todo tipo de dolor. Este paso propició que el dolor no oncológico empezara a tratarse con más medios y eficacia, como es el caso del dolor agudo y crónico.

Por otra parte en el año 2004 la *International Association for the Study of Pain* (IASP) y la *World Health Organization* (WHO) anunciaron el alivio del dolor como un derecho humano fundamental.

A pesar de la existencia de fármacos y mecanismos para disminuir el dolor y de manera especial el oncológico, son muchos los estudios que demuestran que todavía el tratamiento del dolor no es el adecuado (Reinoso-Barbero, 2000; Twycross, 2002; 2007).

La Sociedad Española del Dolor ha aportado una serie de interpretaciones en relación al por qué de la alta incidencia de dolor, de manera especial de

dolor crónico en nuestro país, a través de una serie de encuestas realizadas a la población. En estas encuestas se pone de manifiesto que tan sólo un 10% de los médicos utiliza la escalera de la OMS para aplicar tratamiento, que la mayoría de pacientes padecen dolor y recurren a la automedicación, que los facultativos temen pautar opiáceos y también que la atención primaria y la especializada no están coordinadas (Vázquez, 2003).

Según la encuesta *Pain in Europa* (Breivik, Collet, Ventafridda, Coheu y Gallacher, 2006) la encuesta más amplia sobre dolor crónico realizada en Europa: el 11% de la población española padece dolor por esta causa, además de sufrirlo durante más tiempo que el resto de la población: unos nueve años frente a la media europea. A ello hay que sumar que España es el país con mayor prevalencia de depresión (29%) ante pacientes con dolor crónico. Evidentemente ante estas cifras nos damos cuenta que el manejo del dolor crónico en nuestro país deja mucho que desear.

Las principales causas de dolor crónico están originadas por procesos oncológicos, dolor neuropático o dolores de causa ósteo articular y músculo-esquelética (Casals y Samper, 2004). Además del dolor crónico debo citar otro tipo de dolores que por el momento tampoco cuentan con remedios eficaces para lograr su eliminación, me refiero al dolor agudo, en la mayoría de ocasiones por causa postoperatoria. El dolor agudo se puede definir como, un síntoma desagradable cuya intensidad es variable, nos alerta de un proceso de instauración reciente cualquiera que sea la causa que lo haya podido originar. La intensidad del dolor no siempre va unida a la gravedad de la enfermedad ya que existen muchas diferencias entre la per-

cepción y tolerancia al dolor según cada persona (Harkins, Price, Roy, Itskovich, 2000).

Al igual que he comentado anteriormente en relación al dolor crónico, en el caso del dolor postquirúrgico este también sigue siendo un problema (Benhamou, 2008), aunque ha habido mejoras importantes en relación al tratamiento, desarrollo de nuevas técnicas y modos diferentes de administración para este tipo de dolor.

Los estudios llevados a cabo para conocer la prevalencia del dolor postoperatorio indican que este es alto (Soler et al., 2000) oscilando desde el estudio realizado por la Sociedad Española del Dolor, a través del cual se recoge que el 68% de los pacientes presentaban dolor en la primera hora del postoperatorio, otro estudio publicado en el año 2005 y realizado en el Hospital de la *Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona, da cuenta de que el 54,7% de los pacientes refieren dolor en las últimas 24 horas.

Merece especial mención el dolor ocasionado por el cáncer debido al impacto que produce en la persona que lo padece, en su familia o las personas cuidadoras. La OMS considera el dolor oncológico severo como un problema mundial. Según este organismo, del 30% al 50% de pacientes con cáncer padecen dolor a causa de un déficit de analgesia o mala administración de la misma (Reyes, Guillem, Alcázar y Arias, 2006).

Hasta aquí he hablado del dolor en general pero no es de menor importancia hablar del dolor crónico y postoperatorio infantil. En este caso son pocos

los estudios de que disponemos en relación al dolor crónico infantil, a pesar de ser un problema frecuente para muchos niños y adolescentes (J. Miró, 2010). Los estudios epidemiológicos muestran que alrededor del 30% de niños padece dolor crónico, en la mayoría de ocasiones de tipo músculo-esquelético. En muchas ocasiones éste se presenta acompañado de otro tipo de problemas, entre los que destacan aquellos relacionados con depresión y/o ansiedad. (Miró, 2010). Además estos niños permanecen largos períodos de tiempo sin ir a la escuela y en cierta manera aislados ya que están mucho tiempo en el hogar. También es importante resaltar que el dolor crónico en niños y adolescentes afecta a las personas que conviven con ellos (Logan, Simonds, Stein y Chastain, 2008).

Eclesston (2003) señala que las complicaciones que pueden derivarse en los niños y adolescentes el dolor crónico no tratado en el momento de ser adultos, además de cómo este déficit revierte en el sistema sanitario ya que se traduce en un gasto muy preocupante a la hora de tener que abordarlo.

En el caso de los niños el dolor agudo es uno de los acontecimientos más habituales que surgen durante la infancia, siendo por regla general las intervenciones quirúrgicas una de las primeras situaciones que provocan dolor en la infancia (Martínez y Palacios, 2001).

Tras realizar un breve recorrido sobre los diferentes tipos de dolor y algunos de los problemas que ocasionan, creo importante resaltar la importancia que tiene llevar a cabo de manera adecuada el manejo del dolor, centrándome en el dolor infantil objeto de esta tesis.

El dolor no tratado, infravalorado o tratado de manera deficitaria en el niño, puede dar lugar a efectos irreversibles a corto y largo plazo. Tal es el caso de los niños recién nacidos o prematuros que en muchas ocasiones están sometidos a múltiples procedimientos dolorosos y estresantes. Estos niños pueden presentar posteriormente respuestas exageradas al estrés y al dolor (Porter, Grunau y Anand, 1999).

Por todo lo expuesto anteriormente creo que se hace imprescindible conocer el porqué de tantos estudios que confirman la importancia de que el dolor sea tratado de manera eficaz, y a pesar de ello los niños continúan padeciendo dolor en entornos clínicos teóricamente terapéuticos. Es importante conocer la opinión de los profesionales de la salud sobre como entienden el dolor infantil y su atención en su práctica diaria. Ello puede contribuir a dar mayor luz sobre este fenómeno tan complejo y sensible como es la atención al dolor infantil.



## **CAPÍTULO I. REVISIÓN DE LA LITERATURA: INFANCIA Y DOLOR**

“La infancia tiene sus propias maneras de ver, pensar y sentir; nada hay más insensato que pretender sustituirlas por las nuestras”.

Jean Jacques Rousseau (1712-1778)

“Nadie quiere el dolor. Más que el placer, el dolor es el eje sobre el que gira la humanidad. El enunciado de este eje primordial podría ser: la felicidad es no tener dolor ni daño, la moralidad no causarlos.”

Armengol (2010)

En este capítulo, estructurado en cinco apartados, llevo a cabo la revisión de la literatura sobre la infancia y dolor. El primero de ellos titulado, La infancia un concepto social, histórico y contextual; el segundo Aproximación histórica al concepto del dolor; el tercero El dolor infantil a través de la historia; el cuarto Los determinantes socioculturales de la atención al dolor infantil y, el quinto y último La atención del dolor infantil en el Sistema Sanitario.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ha realizado a partir de los conceptos nucleares del estudio: infancia, dolor infantil, profesionales de la salud ante el fenómeno del dolor. En primer lugar, a partir de las palabras

clave establecidas se ha realizado una traducción de las mismas al lenguaje documental usado por los *Tesoros* de las bases de datos. El proceso de traducción documental ha consistido en seleccionar aquellos descriptores autorizados que en su definición eran acordes a las palabras claves de la investigación, mediante el uso de la base de datos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que asegura el uso de aquellos términos que aparecen con mayor frecuencia en la bibliografía científica referente al fenómeno de estudio. Los descriptores utilizados han sido: dolor infantil (*children's pain*), dolor postoperatorio infantil (*postoperative children's pain*), evaluación dolor infantil (*children's pain evaluation*), hospitalización ante el dolor infantil (*hospitalization in the presence of children's pain*), manejo dolor infantil (*children's pain management*), tratamiento dolor infantil (*children's pain treatment*) percepción profesionales ante el dolor infantil, (*health professionals' perception in the presence children's pain*), relaciones interprofesionales ante el dolor infantil (*inter-profesional relationships in the presence of children's pain*), familia ante el dolor de sus hijos (*family in the presence of children's pain*), valores y creencias (*values and beliefs*), cultura y dolor (*culture and pain*), enfermera, médico, auxiliar de enfermería (*nurse, physician, nursing auxiliary*). En segundo lugar, se ha ejecutado una búsqueda bibliográfica estructurada combinando los descriptores mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT) según los objetivos establecidos en la investigación. La búsqueda se ha iniciado por los metabuscadores o motores de búsqueda que contienen un conjunto de bases de datos científicas afines, incluyendo EBSCOhost, OvidSP, Excelencia Clínica y la Biblioteca Virtual de la Salud (BIREME). Posteriormente, la bibliografía obtenida ha sido comparada con la derivada en una búsqueda en bases de datos específicas en Ciencias

de la Salud que ha incluido Pubmed, IME (Base de datos de Biomedicina del CSIC), Ibecs (Biblioteca Virtual en Salud), ISOC Ciencias Sociales y Humanidades, Cuiden Plus, Psycodoc, PsycInfo, Web of Knowledge y CINHALL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). De esta forma se han rechazado las coincidencias y se ha asegurado la pertinencia de la información conseguida. Esta búsqueda estructurada ha incluido una búsqueda en la base de datos Cochrane, que incluye revisiones sistemáticas, que ha permitido localizar los metanálisis y revisiones sistemáticas que hasta el momento se han desarrollado en el campo del fenómeno a estudio. En tercer lugar, a partir de la búsqueda realizada, se han seleccionado las fuentes de información primarias y se han sometido a lectura crítica. De la bibliografía incluida en las fuentes inicialmente seleccionadas se ha realizado una búsqueda dirigida de aquellos artículos que por su relevancia en el tema a estudio y a pesar de no estar dentro de los límites establecidos en la búsqueda estructurada, se han considerado imprescindibles incluir.

Se han seleccionado las referencias bibliográficas, comprendidas mayoritariamente en los últimos 10 años, en castellano, inglés y francés, para la construcción del marco teórico y el desarrollo de los contenidos de este capítulo de revisión de la literatura del fenómeno a estudio. En la búsqueda dirigida de revisión de la bibliografía sobre las referencias de los últimos 10 años, se han escogido fuentes anteriores por su relevancia en el fenómeno de estudio.

En los tres apartados de este capítulo reviso la literatura nacional e internacional, sobre la percepción de los profesionales ante el dolor infantil

en una unidad de hospitalización. Las aportaciones científicas realizadas en este campo permitirán tener una visión más completa de las aportaciones originales de esta investigación.

### **1.1. Infancia: un concepto social, histórico y contextual**

En este apartado realizo una revisión del concepto de infancia y crianza familiar a través de los diferentes períodos de la historia y en diferentes contextos culturales. Ello me permite clarificar mejor el impacto del contexto histórico y social sobre el tema abordado en esta tesis, ya que en la atención al dolor infantil el concepto de niño (y el papel de la familia) es nuclear del fenómeno de estudio. El lector podrá comprobar en mi exposición el énfasis en las sociedades occidentales.

Centro prácticamente toda la revisión de la literatura en ese contexto, a excepción de alguna referencia a la que se hace mención desde una aproximación antropológica, con vistas a analizar los factores socioculturales de influencia en la percepción de la infancia y la familia.

Cada sociedad y cada cultura han ido definiendo cuáles son las características que configuran aquello que se ha entendido por infancia, en un momento y contexto determinado; en este sentido es de gran importancia entender que la imagen que tenemos de los niños es una construcción social, surgida de nuestras expectativas, pero también de nuestra experiencia sociocultural y del contexto en el que tiene lugar esa creación subjetiva y clasificatoria de la realidad. Por tanto la concepción de la infancia como período vital y todo

aquello que engloba esa consideración no es más que consecuencia de lo que el grupo como tal determine, al margen de condicionantes puramente biológicos. A lo largo de la historia el niño no ha sido siempre considerado como una categoría social diferente, sino que más bien ésta forma parte de una creación reciente.

Las diversas investigaciones ponen de manifiesto la existencia de una construcción social de la concepción de infancia, que constata la existencia histórica y cultural de diferentes enfoques sobre el concepto (Beltrán, 1991). A lo que se añade la existencia de distintas maneras de comportamiento hacia la infancia en las diferentes culturas de un mismo espacio temporal. Podemos entender la infancia como una representación social que ha ido cambiando a lo largo de los siglos en las sociedades, según el momento histórico, para ir definiendo una representación social concreta de la infancia. Así podemos decir que la concepción actual predominante a nivel internacional es producto de un proceso histórico que la ha ido configurando.

El niño ha sido y en ocasiones sigue siendo uno de los grandes olvidados. A lo largo de la historia ha permanecido ausente. No se consideraba de especial importancia desde el punto de vista social, de forma similar a la de otros colectivos vulnerables, como el caso de las mujeres. El proceso de reconocimiento para ambos colectivos ha seguido un ritmo similar (Castells, 1998).

Al hablar de la infancia podemos caer en el error de creer que la consideración conceptual de ésta ha existido siempre, y que ha sido concebida como una

época de crecimiento, desarrollo y socialización, es decir, un período en el que se prestan unos cuidados especiales a los niños. Pero como hemos podido comprobar en la revisión bibliográfica, esto no ha sido así. La infancia tal como la concebimos en la actualidad es un término moderno y que ha ido cambiando con el tiempo y con las culturas. En este sentido, Ariès (1987) presenta un análisis histórico de la infancia a través de los siglos. Este autor nos muestra un recorrido del que destaca dos consideraciones respecto al grado de reconocimiento de la infancia como tal. Por un lado, en la sociedad antigua las personas pasaban de ser consideradas bebés a adultas, sin etapas de juventud; así mismo la socialización no estaba controlada por la familia, sino que el aprendizaje se consolidaba por la relación entre niños y adultos. Así mismo, en la edad media se equipara a los niños con adultos en miniatura, tanto por sus funciones y responsabilidades dentro del esquema socio económico, como por su indumentaria habitual.

Por otro lado, será a partir del siglo XVII cuando se inicie un proceso de reconocimiento de la infancia y las necesidades que requiere. De la mano de reformadores católicos y protestantes aparecen medios para hacer énfasis en la moralización, papel que se otorga a la escuela. También la familia empieza a adoptar otro rol, dando importancia a la educación de los niños y la relación entre ésta y su futuro.

Si analizamos el concepto desde una mirada antropológica, Alzate (2004) advierte de los pocos trabajos que centran su atención en este colectivo, a excepción de Margaret Mead (1939) y otros autores pertenecientes a

su misma corriente “Cultura y Personalidad”. Las referencias a la infancia suelen encontrarse dispersas en datos etnográficos que hacen hincapié a la familia, parentesco u otros aspectos que tienen relación con la transmisión y continuidad de la cultura.

Posteriormente a la corriente antropológica, salen a la luz los trabajos de Mause (1994), a través de su libro “Historia de la Infancia”, en el que presenta una tesis central opuesta a la de Ariès. Este último sostiene que el niño tradicional era feliz porque podía permanecer junto a personas de clases y edades diferentes, y aunque sostiene existen niños no hace referencia a la infancia. Mientras que, por el contrario, Mause propone una teoría del cambio histórico, denominada teoría psicogénica de la historia, a través de la cual plantea que dichos cambios se refieren a las resultantes de las interacciones de padres e hijos en sucesivas generaciones.

A la hora de comparar las aportaciones de Ariès y Mause, Gaitán (2006a) considera que la crítica principal de Mause consiste en que considera que el planteamiento de Ariès sigue una idea en la que el niño tradicional era feliz y que el modernismo inventó una visión o estado del ciclo vital llamado “infancia”. Para Mause (1994), “la historia de la infancia es una pesadilla plagada de abusos cometidos con los niños desde tiempos remotos hasta casi nuestros días”. Además de esto, su teoría psicogénica hace mención a la periodización de las relaciones entre padres e hijos, avanzando a través de las diferentes generaciones en el proceso de superar ansiedades y desarrollar la capacidad de conocer y satisfacer las necesidades de los hijos.

Una de las conclusiones que se derivan de la obra de Gaitán es la de considerar la historia de la infancia como la de las aproximaciones de padres e hijos en un proceso de comprensión y satisfacción de necesidades. De hecho representa una etapa natural o biológica del desarrollo individual u ontogénesis, pero es también una idea o invención moderna, modulada culturalmente y entendida como una categoría social. Las teorías relacionadas con la infancia tienen que ver con la naturaleza de la misma y su consideración social. Así pues, la infancia ha sido materia de estudio principalmente en el ámbito pedagógico y psicológico, pero no ha merecido la misma atención como objeto de revisión histórica, en el ámbito de la salud. La figura de los niños como tal, comienza a tomar importancia a través de las recientes investigaciones en materia de la historia de la educación (Delval, 1988; Escolano, 1980).

El concepto de infancia vendrá marcado por la sociedad en la que viven los niños y la época histórica que les ha tocado vivir. Una de las características que influye de manera determinante sobre los primeros años de vida es el ambiente creado por los adultos: sentimientos, actitudes, gestos, silencios, etc. (Gutiérrez y Pernil, 2004). La cultura del niño está condicionada y determinada por la cultura del adulto, siendo importante entender que la imagen que los adultos tenemos de los niños está modulada por la construcción social. Esta imagen infantil es creada por el ser humano como fruto de sus propias expectativas, ya que la consideración de los niños como categoría social diferenciada de los adultos, no siempre ha existido de la misma manera.

Cada cultura tiene una noción idiosincrática de la infancia y de cómo realizar la crianza. Ariès (1987) señala que incluso la misma idea de niño, tal como se ha llegado a formular en el mundo occidental moderno, tiene un desarrollo histórico bastante singular que rompe con las concepciones y las prácticas anteriores, en las que al pequeño no se le daba un tratamiento especial, sino que era tratado como un adulto, afirmando que el sentimiento de infancia no existía en la época medieval.

La noción que los adultos tengan de la infancia en un grupo cultural determinará el lugar que se le asigne dentro del mismo. Se establece un criterio basado en la edad para diferenciar la pertenencia a uno u otro grupo de edad, el tipo de crianza y de socialización, la atención educativa y de si merece una consideración especial o no en los cuidados de salud. Al nacer, todos los bebés -salvo discapacidad congénita- tienen las mismas capacidades y habilidades motrices, sensoriales y cognitivas. No obstante, al cabo de pocos meses, los bebés de diferentes culturas comienzan a diferenciarse notoriamente (Sampson y Tenorio, 2000).

Parece admisible hablar de factores socioculturales modeladores de la infancia, e incluso de la concepción de ésta, el trato que se le brinda y su existencia como tal. Si hacemos una aproximación antropológica podemos apreciar visiones interesantes como la aportada por Margaret Mead (1978) en su obra "Educación y Cultura en Nueva Guinea", en la que describe las habilidades con que los manu (un pueblo de pescadores melanésicos) estimulan en sus hijos desde la más tierna infancia. Así, Mead explica cómo los bebés, asidos del cuello de sus madres, aprenden a nadar antes que a

caminar para así garantizar su supervivencia, ya que es fácil que puedan caer al agua. Las actividades de los adultos y las de los niños presentan pocas diferencias pues el objetivo parental es enseñarles habilidades que les permitan ser autosuficientes. También este mismo autor mostró a través de su libro “Mayoría de edad en Samoa” en 1928, como ciertas prácticas de crianza (de los hijos) producen estructuras de caracteres típicos entre los adultos. Por ejemplo, explica por qué las niñas samoesas, que disponen de una libertad sexual durante la crianza, no experimentan crisis y frustraciones durante su adolescencia.

De todos es sabido que el concepto de infancia ha ido cambiando a través de los siglos (Alzate, 2004) pues hasta hace poco no se le ha concedido el valor y los derechos que le damos en la actualidad. De hecho, tal y como plantea deMause en 1994 los cambios históricos en la noción de infancia guardan relación con los modos de organización socioeconómica de las culturas y con las formas o pautas de crianza. En cada época, sociedad y cultura han ido definiendo cuáles son las características de la infancia. Es pues muy importante entender que la imagen que tenemos hoy de los menores es una construcción sociocultural surgida de nuestras actuales expectativas, ya que en otras épocas eran considerados como una especie de “adultos en miniatura” que no requerían cuidados específicos. Así pues, podemos entender nuestra manera de comprenderla como una representación social, que ha ido cambiando según el momento histórico y cultural en que vivimos.

### **1.1.1. El desarrollo histórico conceptual de la infancia**

Con el fin de ir centrando el objeto de estudio en un marco sobre el que luego llevaré a cabo el trabajo empírico, resulta de interés seguir con la aproximación del concepto de infancia a través de su evolución histórica, me centraré principalmente en las sociedades occidentales. A continuación presento como transcurre por las diversas etapas, desde las sociedades primitivas hasta nuestros días. Así como en otras culturas y sociedades que nos preceden en el tiempo, sino que aquellas que siendo contemporáneas rigen sus instituciones, relaciones, construcciones y percepciones sociales según valores y principios netamente diferentes.

Se sabe realmente poco sobre los cuidados en la inmensa parte de nuestra existencia como especie antes de la aparición de los registros escritos. Las evidencias indirectas de los restos paleontológicos y arqueológicos permiten deducir datos muy relevantes, aunque aislados y limitados. Cabe pues buscar elementos de comparación en las culturas primitivas que existen aún, o que han existido hasta hace poco (Levi-Strauss, 1997).

Así pues en las culturas primitivas se observan diferentes tipos de trato a los niños. Ya en los años setenta se comprobó, mediante el análisis comparativo de diferentes culturas “primitivas”, que en muchas de ellas los niños se integraban muy precozmente al mundo adulto mediante ritos de iniciación referidos al uso de las armas o del sexo, para aprender así lo antes posible a alimentarse, defenderse y reproducirse y garantizar la supervivencia de la especie y la suya propia. Dichos ritos formaban parte de una práctica común en todas las culturas ya que era imprescindible ser

autosuficiente para poder sobrevivir; pasando a ser considerados adultos a partir de los 7 años. Los ritos de iniciación sirven para dejar impresos en la mente de cada generación ese poder y valor, son un medio muy eficaz para transmitir el saber de la tribu y a su vez mantener su cohesión (Eliade, 2000).

Mucho se ha escrito sobre los ritos de paso a partir de la definición formulada por Arnold Van Gennep (1986); a principios del s. XX. Marvin Harris en 2003 define los ritos de paso como los que “acompañan a los cambios de posición estructural o estatus que son de interés público general”. Durante la vida de un individuo se suceden muchos de estos ritos: el nacimiento, la pubertad, el matrimonio, e incluso la muerte. La principal función (de los ritos de paso) es dar un reconocimiento comunitario a todo el entramado de relaciones nuevas o modificadas y no meramente a los cambios experimentados por los individuos que nacen, se casan o mueren (Harris, 2003).

Por otro lado, Kottak (1997) se refiere al rito de transición como aquellas costumbres asociadas con el tránsito de una etapa de la vida a otra. Estos ritos se encuentran en todos los lugares del mundo y en todas las sociedades o grupos humanos, prácticas culturales, etc. Estos ritos implican cambios de estatus social, en el caso del tránsito a la vida adulta y tienen generalmente tres fases:

- La primera es la de *separación*, donde las personas abandonan el grupo y comienzan a pasar de un estatus a otro.

- La segunda es la *marginalidad*, se trata de un período de transición entre un espacio y otro. Tiempo (el limbo) durante el cual las personas han abandonado su lugar, pero todavía no han entrado o se ha asumido en el siguiente.
- Y por último, la *agregación*, donde se reintegran en la sociedad, habiendo completado el rito.

Es interesante la etapa de marginalidad o liminaridad, ya que se trata de un momento en el que los jóvenes se hayan separados de los contactos sociales normales, suelen ser colectivos, a partir de grupos de iguales. Un aspecto social de este momento es el llamado *comunitas*, donde existe un intenso espíritu comunitario, sentimiento de solidaridad, igualdad y proximidad(es) social(es), sentimientos comunes, entre otros, lo cual permite establecer lazos, etc.

Un ejemplo de estos ritos, es el que realizan los bantús. Estos ritos están ideados para introducir a los jóvenes en la verdadera virilidad y su función es imprimir sobre el iniciado su rol del nuevo estatus social, esta vez como miembro adulto de la tribu (Lewis, 1969).

Es curioso como este marco analítico histórico interpretativo puede adaptarse a otros espacios, en los que ocurren situaciones o hechos que pueden ser catalogados como ritos incluso en culturas actuales. Tal es el caso de lo que González (2008) defiende como rito de paso en el ambiente hospitalario. Se trata de los diferentes actos que transcurren en el proceso iniciado cuando un

paciente ingresa en la clínica, es intervenido quirúrgicamente y posteriormente vuelve de nuevo a incorporarse a su vida cotidiana en la sociedad.

En el acto quirúrgico la fase preliminar corresponde con la preparación del paciente para ir al quirófano. Se le cambia de ropa, colocándole otra propia de un paciente quirúrgico y entra en un contexto en el que debe cumplir una serie de normas, relacionadas con objetos personales que le son retirados. El sujeto es sustituido por un número. De alguna manera, la institución lo margina del resto de la sociedad, ya que ahora son otras las normas que le rigen.

En lo que podríamos considerar como fase liminal o de marginación, se produce el punto álgido del tránsito de un estado a otro. El sujeto vive una situación ambigua, en tanto que no se tiene claro cuándo se deja de estar enfermo, es una especie de muerte simbólica para el paciente. Este adquiere un papel pasivo frente al resto de personas que le rodean, sólo mantiene cierta condición de igualdad con el resto de pacientes. A pesar de esa situación marginal el proceso no deja de tener reconocimiento social. Los familiares y vecinos acuden a visitarle y a apoyarle en su condición de enfermo.

La fase posliminal se caracteriza por una incorporación a su nuevo status, en este caso el status de sano. El sujeto se reincorpora a la sociedad, las restricciones se levantan y el proceso se acompaña de símbolos que hacen visible su nueva condición. Se le entregan símbolos que refuerzan su nuevo status: tales como flores, revistas, bombones, visitas de personas próximas, etc.

Como resumen de lo explicado anteriormente, González (2008) define este ritual como aquel que cumple una función integradora, ya que otorga sentido a la discontinuidad entre salud y enfermedad, separando a los enfermos del resto de la sociedad por medio de una institución total. De esta forma la oposición sagrado/profano se traslada a las dicotomías sano/enfermo.

### **1.1.2. La historicidad occidental: la Antigüedad**

A lo largo de este apartado me remontaré a los tiempos de otros contextos culturales como son Mesopotamia y Egipto, ya que influyeron en las sociedades occidentales posteriores como fueron Grecia y Roma clásicas, así como en el primer cristianismo.

Para buscar una referencia inicial de algún registro escrito de leyes, normas o prácticas relacionadas con la consideración social de los miembros del grupo y sus relaciones, podemos considerar la información que se tiene, podemos remontarnos aproximadamente a 1750 años a. C. De esta fecha data la primera legislación conocida que hace referencia a la infancia: el *Código de Hammurabi*, conservado en una estela de piedra. Las leyes eran bastante duras, ya que se trata de una sociedad en la que prevalece la *Ley del Talión*, con una estructura social esclavista. De todas formas es interesante ver cómo hacen referencia a la protección de los más débiles, evitando los abusos de los poderosos: “Para humillar a los malos e injustos e impedir que el poderoso perjudique al débil; para que toda persona perjudicada pueda leer las leyes y encontrar justicia” (Sánchez y López, 2004, p. 26). En este documento podemos encontrar diversas leyes para la protección

de las madres y de los niños; sin embargo, la adivinación astrológica era un elemento básico para los cuidados infantiles y su importancia fue especialmente destacable en la cultura asiria.

Siguiendo a Delgado (2000) podemos establecer un hilo argumental en el que ir narrando el proceso histórico del reconocimiento y trato que se ha otorgado a la infancia en diferentes civilizaciones o sociedades concretas. Desde la Antigüedad hasta casi la mitad del siglo XIX, la vida de los niños queda circunscrita al ámbito de la vida privada. Los recién nacidos que nacían en la antigua Grecia tenían a menudo pocas posibilidades de sobrevivir. Muchos morían en los primeros años de vida, es por ello que los bebés no recibían nombre hasta el décimo séptimo día de vida. Si estos niños al nacer presentaban deformidades eran abandonados en una montaña, y algunas veces, eran rescatados y utilizados como esclavos, siendo más habitual en las niñas.

En Egipto la familia tenía un importante peso específico, como se deduce de las escenas halladas en las tumbas de familias acomodadas. La educación de los menores, en estos hogares, estaba a cargo de esclavos destinados para ello. La crianza se centraba en preparar al primogénito varón para la sucesión. Según Herodoto, los egipcios practicaron la circuncisión, dejando constancia de ella a través de una serie de dibujos, de ellos la aprendieron los etíopes, fenicios y judíos (Colángelo, 1999). En algunas aldeas egipcias para salvar del mal de ojo a los hijos varones las madres los visten y educan como si fueran niñas. De esta manera evitan la muerte a los varones durante los primeros años de vida (Delgado, 2000).

En Mesopotamia las niñas eran consideradas adultas a partir de los 12 años; desde este momento ya podían casarse mientras que los niños debían esperar dos años más. El trabajo infantil era habitual, al igual que el abandono de los niños por sus padres introduciéndolos en los bosques. Estos niños recibían el nombre de expósitos. La mayoría de niños abandonados morían a excepción de alguno de ellos como es el caso de Moisés (Delgado, 2000).

Siguiendo con la aproximación elaborada por Delgado: el sistema educativo de la Grecia clásica fue espejo del de Esparta a través del que se miraron los griegos durante los siglos IV y V. Los espartanos creyeron que la educación de sus hijos era tan importante que no podía dejarse en manos de los padres sino en manos del Estado, por lo que estos no pertenecían a sus padres, sino al Estado. En la Civilización griega la protección de la infancia se entendía de maneras muy diferentes en las diversas ciudades estado. En Esparta los recién nacidos eran reclamados a sus padres por un tribunal que decidía si el bebé estaba lo bastante sano para merecer ser criado y entrenado con esmero para ser útil, o por el contrario presentaba algún defecto, en cuyo caso le arrojaban desde la cima del monte Taigeto.

Aristóteles coincide con Platón en la necesidad de eliminar a los niños que presenten deformidades. En Atenas se comprobaba también su estado de salud al nacer pero el control era menos severo, y existían instituciones destinadas a acoger y beneficiar a los que eran abandonados por sus familias. En la civilización helenística se concedía mucha importancia

al hecho educativo y a la experiencia de los niños en el ámbito familiar. La responsable principal de la educación en el hogar era la madre, pero también había nodrizas y en la clase aristocrática era frecuente la presencia de un *pedagogo*, un esclavo que se dedicaba a supervisar la formación del menor fuera del hogar.

En la civilización romana es necesario recordar a Celso (53 a. C. - 7 d.C.) quien fue pionero en determinar que los niños requieren un tratamiento diferente a los adultos, a Galeno (129 a. C.) y a Plinio el Viejo (23 d.C.), que se ocuparon del régimen alimenticio de la infancia, a Sorano de Efeso (s. II d.C.), autor de un tratado que incluye datos sobre la primera infancia, y a Aedio de Amida (359 d.C.), que escribió su extenso *Tetrabiblion*, que entre otros temas incluye la Pediatría y la Puericultura. La literatura de todos ellos denota un conocimiento específico de los niños en salud y educación que son elementos fundamentales para su desarrollo (deMause, 1994).

En Roma la estructura familiar se organizaba en torno a la figura del *pater familias*, que ejercía la *patria potestas*, a la que se sometían tanto los hijos naturales como los adoptados, cuyo vínculo se consideraba más fuerte que el natural. La autoridad del *pater familias* era muy rigurosa y estaba expresada ampliamente en el derecho romano, cuya influencia es patente todavía en nuestros días (Arranz, 2004). El poder del *pater familias* no tenía límites en el Derecho romano, toda la familia dependía de él. Era padre, sacerdote, señor, juez y educador de toda la familia, en el sentido amplio del término. La *patria potestas* era ejercida por el padre que podía disponer libremente de la vida de sus hijos, pues en su mano estaba emanciparlos,

abandonarlos o casarlos sin requerir su consentimiento. Este ejercía el poder sobre la mujer que entraba a formar parte de la familia, por tanto, le estaban sometidos jurídicamente no sólo la esposa e hijos sino también los yernos, nueras y esclavos. Y también podía responsabilizar a sus hijos de sus actos delictivos, cuando como padre no quería asumir las consecuencias de los mismos (Delgado, 2000).

Con el tiempo en la Roma Clásica el derecho a la vida y a la muerte de sus propios hijos quedó coartado por la ley. El poder absoluto del *pater familias* quedó controlado por la ética social y antes de tomar una decisión personal, el *pater familias* debía contar con el beneplácito del consejo familiar (Delgado, 2000).

A partir del Siglo I el Cristianismo va tomando fuerza como religión en el Imperio Romano y de esta forma se extiende un nuevo concepto: todos los seres humanos tienen alma, tengan la edad que tengan. De esta forma la vida del niño comienza a tener un valor intrínseco semejante al de un adulto. A partir de este momento se produce una ruptura con la mentalidad anterior, e incluso se instaura una imagen diferente de la infancia: la edad “pura de corazón”, la más simple, y la más necesitada (Ariès, 1993).

En el año 313 Constantino I el Grande (272-337) convirtió la religión cristiana en la oficial del Imperio Romano y favoreció el cambio de mentalidad sobre la infancia al negarse al sacrificio de 3.000 niños, cuya sangre iba a ser empleada para producir un remedio que podría curar una afección leprosa. El mismo emperador introdujo en los presupuestos del estado ayudas para

las familias necesitadas, con el fin de que los niños permanecieran en sus hogares. De hecho, el cristianismo causó profundos cambios en la estructura social y política del imperio, y esta transformación se transmitió a los estados bárbaros que le sucedieron (Kelly, 2009).

De esta iniciativa se derivaron numerosas medidas caritativas que diferentes órdenes religiosas llevaron a cabo en todo el orbe cristiano. Gracias a esto empezaron a aparecer diversas instituciones destinadas a la infancia, tales como asilos y hospicios que fueron el germen de los futuros hospitales infantiles.

Por último en este apartado quisiera destacar la práctica del infanticidio que en muchas de las sociedades de la Antigüedad era permitido. Hay que reseñar que aunque mientras en la actualidad está considerado como un acto criminal, en muchas culturas en determinados países aún sigue produciéndose como control de la población. Este es más habitual en niñas que en niños debido al infanticidio por selección de sexo, el más conocido es el acontecido en China. Una forma más tenue es la selección genética del sexo o el aborto selectivo en las primeras semanas de embarazo.

El infanticidio era una práctica constante en la Antigüedad, debido a la poca importancia que se daba a los niños, era practicado tanto a hijos legítimos como ilegítimos. Esta situación se redujo ligeramente a comienzos de la Edad Media, pero se mantuvo hasta el s. XIX en los hijos ilegítimos (deMause, 1994).

Las formas como llevaban a cabo el infanticidio eran diferentes según cada civilización, algunos los arrojaban a ríos, otros los echaban en zanjas, había quien les colocaba en vasijas y los abandonaba en los caminos. Además, cuando un bebé no era perfecto al nacer o lloraba demasiado, se le consideraba indigno de ser criado y generalmente lo mataban, argumentando que era un acto que realizaban en honor a los dioses (deMause, 1994). Estas actitudes morales y comportamientos efectivos todavía se pueden encontrar en algunas sociedades actuales (abandono de los bebés, aborto selectivo...).

Un ejemplo de gran repercusión histórica es el caso de Moisés que en hebreo significa “salvado de las aguas” porque efectivamente se salvó del infanticidio ordenado por el faraón Ramsés II en 1705 a. C.

En algunas sociedades se valoraba de manera diferente según el género, si el primogénito era niño se le permitía vivir, cosa que no siempre ocurría con las niñas pues generalmente eran muy poco valoradas. Como consecuencia de ello había un notable desequilibrio poblacional a favor del género masculino (Gaitán, 2006a). Este hecho perduró en Occidente hasta bien entrada la Edad Media y lamentablemente, aún hoy en día, la infravaloración de la mujer perdura en muchas de nuestras culturas.

Hasta el siglo IV en Grecia y Roma ni la ley, ni siquiera la opinión pública veían nada malo en relación al infanticidio. Tampoco los filósofos percibían ningún problema relacionado con este problema. Aristóteles habla así en relación al infanticidio “en cuanto al abandono o la crianza de los hijos, debe

de haber una ley que prohíba criar a los niños deformes; pero, si por razón del número de hijos, si las costumbres impiden abandonar a cualquiera de los nacidos, debe de haber un límite en la procreación” (deMause, 1994).

En el caso del infanticidio en Grecia y Roma era justificado como ofrenda a los dioses, y se practicaba también en Irlanda por los celtas, también por los galos, los escandinavos, los egipcios, los fenicios, los moabitas, los ammonitas y en determinados períodos por los israelitas (deMause, 1994). Esta práctica se fue aboliendo a lo largo del siglo IV debido a la entrada del cristianismo como religión oficial del Imperio. Bajo la práctica del cristianismo el infanticidio se vio como un pecado, lo que provocó que las actitudes hacia éste cambiaran en Europa occidental. No obstante el infanticidio no quedó totalmente erradicado. Durante la Edad Media el abandono de los niños se siguió produciendo, llegando a eclipsar el infanticidio. Los niños eran abandonados en las puertas de las Iglesias o abadías con el objetivo de que el clero se encargara de ellos (Boswell, 1984).

El infanticidio se llevó a cabo en todos los continentes, aunque de manera diferente. En la actualidad, es poco común en el mundo occidental, pero sigue persistiendo en áreas de extrema pobreza y sobrepoblación como China y la India (Campos, 2010).

### **1.1.3. La infancia en la Edad Media**

Esta etapa estuvo caracterizada por el papel predominante que ejerció la Iglesia en relación a la protección de la infancia a través de instituciones

de acogida. Los niños en la Edad Media eran considerados como adultos pequeños y a los siete años se les vestía como tales, y aunque hasta esta edad permanecían en sus familias, la incorporación del niño al mundo adulto era precoz.

En la Edad Media aparece el cristianismo aportando nuevos elementos a los valores de la cultura greco romana, trascendiendo al hombre hasta una filiación divina y creando valores nuevos en la comunidad y familia.

Prevalecen durante este periodo los ideales eclesiásticos, representados por la vida monástica, donde debemos citar a Clemente de Alejandría quien proclama a Cristo como el pedagogo, que guía al hombre para así llevarle al Padre y a la vida eterna, y a Juan Crisóstomo, el cual propone una educación basada en el ejemplo, el padre se manifiesta contrario al castigo corporal aunque defiende la disciplina. A lo largo de toda la Edad Media, médicos, predicadores, y teóricos de la pedagogía critican la violencia y severidad hacia los niños (deMause, 1994).

Esta etapa estuvo caracterizada por el papel predominante que ejerció la Iglesia en relación a la protección de la infancia a través de instituciones de acogida (orfanatos, asilos, y hospitales). La creación de estas instituciones supone la interiorización de la influencia religiosa, pero también de la urbanización y descenso de la vida rural.

Durante la Edad Media desaparece en gran medida el infanticidio, pero nos encontramos con una alta tasa de mortalidad debida tanto al retroceso cultural

y la práctica ausencia de la ciencia médica, como a las grandes epidemias y a la extensión de la idea de que el alma se adquiría tras el bautismo, o tras la confirmación, o incluso que las mujeres no la llegarían a tener nunca. En relación a la crianza familiar durante la Edad Media, era habitual que el niño se separara de su familia, por razones de educación o crianza, lo enviaban a vivir con familias de un nivel superior, ello daba lugar en muchas ocasiones a problemas cuando el niño era separado de sus padres. Pero, esta conducta era aceptada ya que actuar de otra forma implicaba privar al niño de una buena formación para el futuro (Gutiérrez y Pernil, 2004).

#### **1.1.4. La Infancia en la Edad Moderna**

A través de este apartado realizo un breve repaso sobre los cambios que han acontecido a lo largo del Renacimiento, la Ilustración, y la revolución Industrial en nuestro contexto cultural.

Cronológicamente La Edad Moderna comprende desde los siglos XVI al XVIII. Uno de los datos más relevantes a lo largo de la Edad Moderna en el concepto de infancia es la continuidad del linaje, hecho que definirá al niño como actualización social de sus padres a partir de los siete años, momento en que empieza la preparación de los futuros roles del niño y de la niña. A lo largo del s. XVI, comienza un proceso en el cual el niño adquiere ciertos perfiles que nos permiten hablar de una historia de la Infancia. Podemos reconocer la existencia de afectividad y amor por parte de los padres ya que presuponen que en el niño existe un alma y, por tanto, debe ser digno de protección (Ortega Sánchez, 2011).

El Renacimiento comportó un florecimiento de las artes y las ciencias que no llevó aparejado mejoras destacables en lo que respecta a la infancia. Al contrario, ya que el crecimiento urbano, la aparición de los estados modernos y las guerras a gran escala, sumadas a la introducción en Occidente de nuevas enfermedades y la reiteración de grandes epidemias, produciría un deterioro notable en las condiciones de vida de los menores y un incremento notable de la mortalidad (Delgado, 2000).

Con la Revolución Industrial y la emergencia de la burguesía disminuye drásticamente la necesidad de mano de obra infantil y, por tanto, muchos niños dejan de ir a trabajar y les quedan “demasiadas horas de ocio” que deben ocupar con alguna actividad. De ahí que la necesidad de escolarizarlos se convierta en un objetivo primordial. También, los cambios en la vida social (la expansión de las ciudades) y familiar (la vida en las casas y los cambios en su distribución) promueven un contacto más estrecho entre padres e hijos (Ariès, 1987).

Este período fue clave para el reconocimiento de los derechos de los niños y de los padres, ya que una gran parte de la sociedad manifiesta el deseo de atender a la infancia de manera integral, entendiendo que la atención sería igual para los niños que para las niñas.

Una de las figuras clave más importantes del s. XVIII es Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). En su obra *El Emilio o de la Educación* (1762) se contemplan una serie de principios básicos sobre cómo educar a los niños, y se convierte en un libro muy de moda en la alta sociedad francesa. Entre

sus ideas más influyentes y conocidas está la de que el niño es bueno por naturaleza. Rousseau afirmaba en *El contrato social* que “el hombre nace libre pero en todos lados está encadenado” y se preocupó por encontrar una estructura social justa, en la que era necesario volver a examinar la infancia sin prejuicios, otorgándole el valor que merece. En su famoso libro, explica que “el hombre es bueno por naturaleza” y por tanto “su educación es básica para poder convivir en una sociedad inevitablemente corrupta”. Este mismo libro, que se considera el primer tratado sobre filosofía de la educación en Occidente, incluye también una sección sobre derechos del niño y otra sobre higiene y nutrición infantil.

La Ilustración dejó como legado una novedosa actitud comprensiva para con los niños, sentando las bases para una atención integral, (es decir una atención centrada en los aspectos biopsicosociales del niño en su totalidad), desde la infancia, en contraposición con la Edad Media en la que no existía el concepto de niñez, pues se no se consideraba necesario diferenciarlos de los adultos, ni prestarles especial interés (Ariès, 1987).

A lo largo del s. XVII, se asienta el concepto de que es intolerable el infanticidio y la muerte de los niños, lo que conlleva concebir a los menores como seres diferenciados de los adultos que necesitan protección (Alzate, 2004). En el siglo XVIII bajo la influencia de Rousseau y del optimismo del “siglo de las luces” prevalece la ternura hacia los niños. Desde el s. XVIII hasta nuestros días la historia de la infancia está constituida por ternura y severidad es decir por la: educación (Ariès, 1987).

El marco pedagógico y filosófico de la Edad Moderna influyó en la manera de ver el mundo propiciando cambios sociales como la reorganización de la familia, estrechar los lazos afectivos entre los padres y sus hijos, etc. La familia se estaba preparando para enfrentarse hacia un concepto diferente en el conocimiento de la infancia dirigido hacia la universalidad de la educación e institucionalización de la enseñanza, pero la familia seguía teniendo el papel principal en la educación de sus hijos, ya que la escuela no se institucionalizó hasta bien entrado el s. XIX (Aguilar, 2005).

El siglo XIX, marcado por la Revolución Industrial, crea un crecimiento económico y tecnológico provocando nuevas demandas laborales, muchas de las cuales eran atendidas por mujeres y menores. Ante esta situación Fröebel crea el jardín de infancia, lugar donde permanecían los niños mientras sus madres trabajaban, dando de esta manera respuesta a una nueva demanda social (Delgado y Gutiérrez, 1998).

A lo largo del siglo XIX se renovaron los hospicios existentes y se fundaron hospitales infantiles en las grandes ciudades: París (1802), Berlín (1830), Viena (1837), Londres (1852), Filadelfia (1855), Barcelona (1867) y Madrid (1876). En Francia se crearon las llamadas “*Gotas de leche*”, instituciones destinadas a paliar la mortalidad infantil, que alcanzaba cifras de un 51%. En la novela *Oliver Twist*, de Dickens, se describe una niñez en hospicios, marginal, abandonada por la pobreza y a la extrema crueldad de los adultos. Durante esa época los socialistas utópicos primero y los socialistas científicos (marxistas) se esfuerzan por reglamentar el trabajo infantil sin prohibirlo. También es importante destacar la novela *David*

*Cooperfield*, escrita por Charles Dickens (1849-50), a través de la cual el autor narra de manera autobiográfica la historia de un pobre niño, prototipo de la infancia desvalida. Ello son ejemplos de los cambios en los valores sociales que propiciaron una visión de la infancia como un período frágil que precisaba protección.

### **1.1.5. La Infancia en el siglo xx**

El siglo XX fue una época determinante para el niño, ya que hasta este momento no había podido disfrutar de una serie de derechos que le pertenecían y que se han visto culminado a lo largo de este siglo, a través de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989).

En 1904 se celebró el Primer Congreso Español de Pediatría, bajo el lema *Proteger al niño*. En ese mismo año se promulgó la *Ley de Protección a la Infancia*, auspiciada por los médicos en la corriente de Salud Pública y que contenía una amplia normativa referente a la higiene en los centros escolares.

En 1909 se celebró en Estados Unidos la *Primera Conferencia sobre la Niñez y la Juventud*, bajo los auspicios del presidente Roosevelt y, a raíz de ella, se instituyó la *Oficina de la Infancia* destinada a velar por el bienestar de todos los niños. La atención de la infancia también aumentó durante la primera mitad del siglo, gracias a los avances en el ámbito de la salud y la creación de numerosos servicios de protección infantil.

En 1914 se celebra en España (Mallorca) el I Congreso de Pediatría, con el discurso de apertura titulado *El problema infantil en nuestros días* a través del cual aborda la situación de la población infantil y las medidas a tomar.

Uno de los ejemplos más importante del cambio de situación de los niños es la legislación internacional a favor de la infancia. En 1924 la Sociedad de las Naciones, con sede en Ginebra, enuncia una serie de principios defendiendo los derechos de la infancia, que fueron remodelados posteriormente (Campos, Montiel, Huertas, 2007).

En 1946 se crea el “Fondo de Naciones Unidas para la Infancia o Unicef” (*United Nations Children’s Fund*) creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas para ayudar a los niños de Europa después de la Segunda Guerra Mundial. En 1948 tiene lugar la primera Asamblea de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que se entiende común comité internacional responsable de todos los asuntos sanitarios, entre cuyos objetivos figura el de estimular la salud y el bienestar a las madres y niños (UNICEF, 1977).

El 20 de Noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la *Declaración de los Derechos del Niño*, reconociendo en sus diez artículos que los menores tienen derecho a la salud y a la educación, a la seguridad afectiva y material, al respeto y a la protección, sin discriminación de ningún tipo. A partir de este momento se reconoce a niños y niñas como seres sociales con derechos y deberes. Posteriormente fue establecido el *Año Internacional del Niño* (1979) con el objetivo de

dar a conocer las necesidades de los entonces 150 millones de niños del mundo, y motivar a las naciones y organizaciones para conseguir avances de tipo social, pedagógico, legal y sanitario, y cubrir así todos los niveles de necesidades de la infancia. En el año 1989, la Organización de las Naciones Unidas aprueba la Convención de los Derechos del Niño, a través de los cuales los niños pasar a ser sujetos de derechos en lugar de objetos de protección.

Los cambios socioeconómicos y culturales acaecidos a finales del siglo XX, así como el desarrollo acelerado de las ciencias, hicieron variar el panorama de una forma espectacular. Gracias a esto fue posible remitir algunos de los problemas que originaban mayor morbimortalidad entre la población infantil, principalmente en los aspectos infecciosos y nutricionales (Gaitán, 2006b).

### **1.1.6. Breve reseña sobre el siglo XXI: el actual concepto de infancia**

En palabras de Gaitán (2010) ser niño en el siglo XXI es ser niño hoy, es vivir la infancia hoy. No significa lo mismo ser niño, niña o adolescente en el momento presente, que serlo hace veinte, cincuenta o cien años atrás. Al igual que no es lo mismo nacer en un país o en otro. Pero, la palabra “niño” encierra una serie de connotaciones que son comunes para todos ellos, tanto histórica como coyunturalmente, es su dependencia frente al colectivo adulto (Gaitán, 2010).

La definición de infancia se polariza en dos conceptos que Narodowsky (1999) define como infancia hiperrealizada e infancia desrealizada.

La infancia hiperrealizada es la de aquellos menores que viven en contacto con los bienes tecnológicos. Son niños y adolescentes que usan ordenador, internet, televisión por cable y vídeo juegos. Menores que no sólo no ocupan el lugar del no saber, sino que son capaces de un uso de la tecnología más eficiente y creativa que sus mayores, que los ven como “pequeños monstruos” que ya no se sienten estimulados por aquella ternura que despertaba la evidencia de desprotección. Por otra parte, la infancia desrealizada muestra la otra cara de la moneda, la de la pobreza, en la que los niños padecen precariedades subjetivas y carencias que comparten necesariamente con sus familias. Así por ejemplo, los parados que viven el presente, con la incertidumbre de sobrevivencia del mañana, no pueden dotar de referentes ni de la solvencia adecuada a sus hijos para que puedan imaginar un futuro prometedor, puesto que ellos mismos se sienten excluidos socialmente.

Este mismo autor señala que la infancia hiperrealizada disfruta de una realidad virtual, gracias a una tecnología que permite una satisfacción inmediata de los requerimientos de información, comunicación, juego, etc. Estos niños y niñas se preparan para proyectarse en el futuro gracias a recursos que aprenden desde pequeños, disfrutando además de una inserción institucional y del respaldo que esto implica. Es de hecho una infancia contextualizada y condicionada que tiende permanentemente a cubrir las faltas más elementales.

A día de hoy son frecuentes y polémicos los debates sobre el malestar en la infancia y la adolescencia, agravados con el desmembramiento de la familia tradicional. A menudo los medios de comunicación ofrecen noticias relacionadas con el maltrato infantil, el abandono de recién nacidos, los asesinatos de niños, la violencia en las aulas, el suicidio juvenil, la pederastia, la pornografía y la prostitución, así como la drogadicción y el alcoholismo entre los más jóvenes. El niño de hoy vive en una sociedad consumista y hedonista, rodeado de juegos virtuales, películas y *telefilms* que en la mayoría de los casos presentan mucha violencia y sus relaciones sociales cada día son menos físicas, puesto que en muchos casos se desarrollan a través de internet o del teléfono móvil. Esta ausencia de educación real conduce a una desorientación del niño, que aumenta así su falta de socialización correcta (Naouri, 2003).

Hay autores como Degano (2006) que advierten de la transformación de la infancia en un mundo globalizado. Donde el mercado ve a los niños como un objetivo más, de esta forma se fraguan niños consumidores de objetos, niñas reinas de belleza infantil, etc. generando así una infancia sin infancia, un lugar en el que los cyberjuegos tienen un papel destacado creando una segunda realidad "*Second life*". El juego de la infancia en el mundo capitalista es el juego del consumo de objetos. Esta dinámica se extiende con la globalización minimizando otras opciones, creando así modelos homogéneos de infancia.

Cabe preguntarse si otra de las consecuencias de ese nuevo marco mundial, como es el de los movimientos migratorios, incidirá también en

las percepciones de la infancia y su cuidado. La multiculturalidad tiene un componente de heterogeneidad y de diversidad cultural; por tanto podemos entender que también lleva inherente una representación de la realidad y de las formas de entenderla. Hemos comentado la importancia de los factores socioculturales en la percepción de la infancia; sin pretender entrar aquí en un debate sobre el fenómeno migratorio y la incidencia en la sociedad de llegada, simplemente creo que era oportuno hacer esta breve referencia sobre las posibilidades de generar un cambio social y, por consiguiente, uno de perspectiva o al menos de diversidad de visiones sobre la infancia.

La conclusión de este apartado podría ser que a lo largo de mucho tiempo el niño ha permanecido invisible. Es decir, que la infancia no ha sido tema de interés hasta muy recientemente (como lo demuestran los escritos de Mause, 1994; Ariès, 1987; y Pancera, 1993). Los niños quedaban excluidos de cualquier reconocimiento legal y político respecto a los adultos, lo que resulta radicalmente distinto e incluso impensable desde la actualidad.

El concepto de infancia es en buena parte una construcción social, por ello debe ser estudiado desde la perspectiva histórica y social. Ha sido su consideración como fenómeno histórico lo que ha provocado la salida de los niños de la oscuridad y ha realzado su presencia tanto en la teoría como en las prácticas sociales. Así pues, cada época ha venido marcada por las costumbres sociales, el tipo de sociedad en la que se ha desarrollado el niño y por supuesto los condicionantes culturales que

marcan los adultos, por lo que el concepto de infancia además de una construcción social es una construcción histórica y cultural, ya que el contexto social y los valores culturales influyen en dicho concepto. De ahí que en este estudio se otorgue un énfasis especial a la historicidad.

## **1.2. Una aproximación históricocontextual al concepto de dolor**

Una vez realizada la aproximación a la infancia y sus consideraciones históricas y culturales, el siguiente apartado está centrado en el dolor en la misma dimensión histórico y cultural.

En este apartado presento un recorrido histórico y contextualizado del dolor la percepción que han tenido diferentes civilizaciones y formas de manejo a lo largo de los diferentes períodos históricos. Realizo un breve repaso por la Antigüedad, edad Media, Moderna, siglo XX y la actualidad. Cabe añadir que la revisión de la literatura me ha permitido descubrir hasta qué punto la búsqueda de remedios para aliviar el dolor ha sido un factor de peso que ha incitado al desarrollo de la ciencias de la salud.

### **1.2.1. El dolor: Una preocupación con historia en todas las culturas**

El dolor ha existido siempre. En primer lugar como mecanismo fundamental de supervivencia, y que es común en los animales superiores y en segundo lugar, en su percepción y uso cultural. Podemos encontrar referencias

al dolor desde la aparición del hombre sobre la Tierra y la creación del mundo. Ya en el Génesis, versículo 16, capítulo 3 se señala: “A la mujer dijo: Multiplicaré en gran manera los dolores en tus preñeces; con dolor darás a luz los hijos.” Y en el versículo 17: “Y al hombre dijo: (...) maldita será la tierra por tu causa; con dolor comerás de ella todos los días de tu vida...” Así el dolor se entiende como castigo por haber quebrantado la prohibición de comer del árbol del bien y del mal, lo cual en realidad significa dejar de ser animales para convertirse en seres racionales (Moya, 1997). Esta antiquísima cosmogonía explica el dolor como algo inherente a la condición humana.

El dolor se ha interpretado de muchas maneras a lo largo de la historia, pero siempre con el objetivo de conocer sus causas y sus características a fin de poder eliminarlo o al menos paliarlo, aunque también de manipularlo. Por otra parte el ser humano ha intentado siempre encontrar razones que doten de sentido al dolor y permitan la reubicación del mismo en un sistema de explicación que oriente el tratamiento (Le Breton, 1999).

Por estas razones, el dolor ha sido estudiado desde los albores de su existencia pero todavía estamos muy lejos de encontrar una solución definitiva que tenga aplicación efectiva en la práctica clínica. En la actualidad disponemos de abundantes estudios y bibliografía en relación al tema, al igual que numerosos recursos y técnicas para aliviar el sufrimiento de los pacientes y una amplia variedad de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, como la hipnosis, la acupuntura, el yoga o la meditación (Brown y Jones, 2010).

Cada disciplina del ámbito de la salud ha desarrollado una interpretación diferente del dolor. La mayoría de los profesionales de la medicina y la enfermería consideran que lo más útil es tratarlo como un síntoma, mientras algunos psicólogos opinan que el dolor es una causa ya que provoca trastornos emocionales que a su vez dificultarán la recuperación del paciente por lo que consideran necesario prestar atención a la persona en su totalidad, es decir de manera bio psico social (Le Breton, 1999).

Autores como Castillo (1996) o Fernández-Torres, Márquez y de las Mulas (1999) nos muestran indicadores que permiten a través de los hallazgos prehistóricos percatarnos de la presencia de dolor desde el principio de los tiempos. Así, el ser humano y el dolor han permanecido juntos, esto podemos deducirlo con restos diversos: huesos fracturados, descalcificados, cráneos trepanados, pinturas representando la muerte, el parto o heridas son los primeros testimonios del dolor en el hombre.

Así pues, en todas las culturas de todos los tiempos el dolor ha sido una de las máximas preocupaciones ya que nadie ha escapado de la influencia del mismo. Desde que existe el ser humano como tal el dolor es inherente a la vida, su existencia se perpetúa a través de todas las civilizaciones constituyendo uno de los elementos que conforman nuestra identidad como personas. Así, el dolor es una amenaza terrible para el sentido de dicha identidad (Le Breton, 1999).

Cabe dar cuenta de la forma en que ha ido evolucionando la percepción y tratamiento del dolor a lo largo de diferentes etapas histórico contextuales.

Este repaso histórico de la concepción del dolor no coincide en sus etapas exactamente con la división histórica del concepto de infancia presentado anteriormente. Esta diferencia se debe a que la infancia y el dolor no han seguido la misma historia: mientras que la infancia ha permanecido invisible durante mucho tiempo, el dolor ha sido una constante desde los albores de la humanidad. De hecho, sólo confluyen ambas historias desde los últimos treinta años.

### **1.2.2. De los primeros indicios a la Antigüedad**

El hombre primitivo creía que el dolor estaba localizado en el cuerpo y que el causante del mismo eran los demonios o espíritus de los muertos que entraban a través de los diferentes orificios de éste. En las sociedades primitivas el dolor causado por enfermedades de origen interno poseía un significado místico y religioso, atribuido a hechizos, pérdida del alma o posesión de espíritus malignos (Gutiérrez y Cadena, 2001; Krivoy, Tabasca, Adelaida y Díaz, 2010).

Las civilizaciones mesopotámicas creían que la enfermedad y el dolor eran producto de un castigo divino causado por espíritus malignos. En el caso de que el dolor estuviera localizado en un punto concreto pensaban que era consecuencia de los demonios que devoraban una parte del cuerpo; como consecuencia de ello aislaban al enfermo para que así pudiera purificarse. (Fernández-Torres et al., 1999). Tal y como hacía referencia en el apartado sobre la infancia, aparece durante esta época el *Código de Hammurabi* en el que quedaban descritas una de las prácticas más clásicas para el manejo

del dolor, las perforaciones realizadas en el cráneo, para poder librarse de los espíritus malignos (Pérez-Cajaraville et al, 2005).

Siguiendo a estos últimos autores podemos aproximarnos a algún detalle del Antiguo Egipto; como por ejemplo que el dolor era percibido como un castigo de los dioses *Sekhament* y *Seth*. Consideraban que la vía de entrada de la enfermedad y muerte eran los orificios de los oídos y el orificio nasal izquierdo. La costumbre que tenían los egipcios de describir mediante criptogramas y dibujos los hechos más relevantes de sus vidas nos ha permitido comprobar como entendían el dolor. Las tumbas de los faraones y la nobleza siempre incluían imágenes de plañideras (familiares o profesionales) que con sus gestos y rituales daban expresión al dolor que sentían. De hecho, el número de figuras daba cuenta de la importancia del fallecido.

*El Papiro de Ebers* (1550 a. C.) es uno de los más antiguos tratados de medicina que se conocen. Fue descubierto entre los restos de una momia en la tumba de Assasif en Luxor por Edwin Smith en 1862. Fue comprado a continuación por el egiptólogo alemán Georg Ebers al que debe su nombre y su traducción. Contiene 877 apartados que describen numerosas enfermedades en varios campos de la medicina: cardiología, oftalmología, dermatología, urología, ginecología, gastroenterología y las correspondientes prescripciones, así como un primer esbozo de la depresión clínica y de la demencia. Habla de tratamientos quirúrgicos de abscesos y tumores, de trastornos óseos y quemaduras y aporta 700 fórmulas y remedios empleadas entre las que destaca la utilización del opio para calmar las cefaleas y otros dolores y también la utilización de

calostros para curar las quemaduras. También queda reflejado en dicho papiro la utilización del opio como tratamiento para aliviar las cefaleas del dios Ra.

En la India el dolor fue considerado como una consecuencia de que el enfermo hubiera cometido previamente algún pecado en alguna experiencia pasada, o de estar poseído por algún demonio. Esta consideración acerca del dolor se mantuvo hasta la aparición del budismo. En relación a la sensación dolorosa consideraban que se transmitía desde el corazón a través de los vasos sanguíneos (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

En el siglo VII a. C. el cirujano *Shushruta* escribió una gran obra en la que se describen instrumentos, tratamientos, enfermedades, etc. *La Colección de Shushruta* explica también cómo diseccionaba cadáveres tratando de averiguar las causas del dolor. Él fue el primer cirujano en sistematizar la cirugía mediante su división en campos separados. Se le conoce como el creador de la cirugía plástica, cirugía de cataratas, laparotomía, vesical litotomía y descriptor de la diabetes (Raju, 2003).

En la milenaria cultura china se ha considerado tradicionalmente que el dolor está causado por un desequilibrio entre el Ying y el Yang y localizándose el origen del dolor en el corazón. Los tratamientos del dolor se realizaban por moxicombustión de plantas medicinales sobre la dermis que consistía en encender pequeñas cantidades de artemisa sobre la piel (utilizado en la actualidad). También utilizaban la acupuntura, técnica integral dirigida a las enfermedades físicas cuyo resultado frente al dolor fue de tanta efectividad

que logró cautivar la imaginación occidental a finales del s. XIX, y en la actualidad continua siendo utilizada (Dormandy, 2010).

En la Grecia antigua, las personas afectadas por dolor iban a dormir a los templos de Esculapio, dios de la medicina, donde les eran administrados a través de los sacerdotes pociones y energías místicas (opio). Algunos sabios griegos fueron los primeros en defender la tesis de que el cerebro era el órgano que regulaba las sensaciones y el dolor frente a otro grupo encabezado por Aristóteles, que defendía la teoría de que el dolor transitaba a través de la piel, por la sangre y llegaba hasta el corazón (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

El filósofo y matemático griego Pitágoras de Samos (582-507 a. C.) fundó varias escuelas abiertas igualmente a hombres y mujeres de todas las razas, religiones y estratos sociales. Según sus enseñanzas la metamorfosis del alma se realiza por necesidad, pero es también un camino de la libre decisión del hombre ya que es tarea suya comportarse de tal modo que al abandonar la vida terrena pueda volver a nacer en una forma más elevada, ya que creían en la reencarnación. Por esta razón las reglas de la escuela eran muy estrictas, no podían comer animales porque podrían ser reencarnaciones de un amigo fallecido y se consideraba que el dolor y el sufrimiento eran necesarios para el correcto desarrollo de los alumnos (Fernández-Torres et al., 1999).

Cabral (1993) da cuenta de cómo en la cultura judeocristiana el dolor era considerado producto de un castigo divino y como consecuencia, signo de pecado. Había por así decirlo una relación directa de causa efecto,

marcada por la trasgresión de alguna norma o capricho divino. A lo que podemos añadir información como la que ofrecen Gutiérrez y Cadena (2001) al referirse al Génesis y la información que ofrece cuando se narra que al principio el hombre contaba con una serie de dones, entre ellos contaba con el desconocimiento del dolor y de la enfermedad, pero cuando se cometió el pecado en el paraíso le fueron retirados estos dones.

A la hora de referirme a este apartado he continuado revisando la obra de autores como Fernández-Torres et al. (1999) de los que podemos extraer alguna información interesante sobre la antigua Roma. Ésta quedó muy influenciada por la medicina griega; Galeno ejerció gran influencia sobre el pensamiento médico desde el siglo II hasta el XVII. Negó la existencia de enfermedades de origen divino y dio gran importancia al dolor en sus escritos, definiéndolo como una sensación molesta captada a través de los sentidos, de manera especial a través del tacto, también explicó que la finalidad del dolor era la de proteger.

En la antigua Roma los médicos no tenían buena fama ya que se les consideraba charlatanes al igual que a los vendedores de drogas y a los ilusionistas. El dolor era asunto de los dioses a los que se invocaba y pedía ayuda. Sin embargo, a partir del siglo III a. C. empezaron a recurrir a los médicos griegos y el oficio se revalorizó permitiendo así a los hombres irrumpir en el terreno de los dioses. Pronto los médicos empezaron a recomendar sustancias contra el dolor que provocaron la adicción a éstas, especialmente en las clases más elevadas.

De hecho, el emperador Augusto utilizaba habitualmente una fórmula magistral de opio al 20% con pimienta blanca y miel, y al parecer Nerón consumía más de 75 gramos de opio puro al día. Tal llegó a ser la afición a estas drogas que en el siglo IV existían en Roma cerca de 800 lugares para adquirir opio y los impuestos sobre su venta ascendían al 15% de las contribuciones locales de Roma (Fernández-Torres et al., 1999). Lo cierto es que la utilización de remedios considerados hoy como drogas prohibidas ha sido una constante a lo largo de la historia. Las diferentes culturas y civilizaciones han utilizado drogas para diversos fines, incluso para desarrollar prácticas religiosas, pero también como medicina para el dolor (Escohotado, 1994).

### **1.2.3. El dolor en otros lugares del mundo antiguo**

Pérez-Cajaraville et al., (2005) nos trasladan a lugares como Nueva Guinea en la que se pensaba que el dolor y los espíritus malignos se introducían a través de heridas producidas por lanzas o flechas; u otros como la antigua Persia en la que el médico Avicena escribió un tratado en el siglo XI llamado *El Canon de la Medicina*, en el que destacaba la anatomía de los receptores para el dolor en el ventrículo anterior. En este texto se describían alrededor de 15 tipos de dolores e inflamaciones. Propuso calor, masaje, opio y otras drogas como medidas analgésicas para afrontar el dolor.

#### **1.2.4. El dolor en la Edad Media**

A lo largo de la Edad Media dominó la filosofía de Aristóteles; sin embargo el corazón como centro de los sentimientos y de la razón no tuvo gran aceptación por las autoridades de la época (Pérez-Cajaraville, et al.). Como ya dije anteriormente, la institucionalización de la Iglesia cristiana será el acontecimiento que marcará la evolución médica y cultural del mundo occidental a lo largo de este periodo. Es una época en la que se suceden repetidas epidemias que arrasan Europa y que aparece una tendencia a preocuparse más por la vida del más allá que en la terrenal, son momentos en los que la fe ejerce mayor influencia que la razón (Fernández-Torres et al., 1999).

Durante esta época las manifestaciones en el mundo cristiano sobre el dolor fueron constantes; éste sirvió para contactar con Dios ya que se entendía como una imitación de Cristo en la cruz y una prueba para poder obtener la gracia y alcanzar la verdad eterna. Para los doctores de la Iglesia medieval el mayor dolor que podían imaginar era la agonía del alma ya que esta se alejaba de Dios. A lo largo de este periodo histórico se rechazó la utilización de cualquier tipo de analgésicos que ayudaran a disminuir el dolor ya que el alivio del mismo era considerado como una huida indigna ante un dolor que redime al hombre. La Iglesia rechaza taxativamente cualquier tipo de fármaco de tipo narcótico ya que lo asociaban a cualquier tipo de hechicería, satanismo y herejía. En la Edad Media el orbe cristiano no aporta muchas más novedades en el tratamiento del dolor, ya que era interpretado como un castigo por culpa del pecado original y debía aguantarse como sacrificio necesario para

redimirse, pues dignificaba y purificaba a la persona. Esto servía para explicar el alto grado de mortalidad de la época y la costumbre de auto martirizarse con cilicios, azotes y otras herramientas creadas con el sólo objeto de auto martirizarse (Morris, 1993).

A pesar de todo en la escuela de Salerno se usó la *Spongia somnifera* para aliviarlo durante las intervenciones quirúrgicas, aunque quizá su uso sirviera mayormente para facilitar la tarea del cirujano puesto que, como su propio nombre indica, dicha esponja dejaba dormido al paciente. Para su preparación se impregnaban pequeños fragmentos de esponja con jugo de mandrágora o amapola, luego se colocaban sobre la nariz y la boca del enfermo (Keil, 1989).

### **1.2.5. El dolor en la Edad Moderna**

Continuando con los autores Fernández-Torres et al., (1999). Tras la Edad Media en el siglo XV surge una nueva era, el Renacimiento. En el Renacimiento se produjeron importantes avances en anatomía, fisiología, física y química aunque manteniendo siempre el sistema tradicional de Galeno que sólo encontró oposición en Paracelso en lo que se refiere a las causas de las enfermedades y la aplicación de los medicamentos.

En este período se aconseja el uso de opio y otras hierbas medicinales, además de métodos terapéuticos físicos como el masaje, el ejercicio y las aguas minerales. Así mismo se describió la acción del éter como “una sustancia que elimina todos los sufrimientos y alivia todo el dolor”,

aunque cabe decir que este descubrimiento no tuvo repercusión clínica hasta el siglo XIX.

No obstante, Leonardo da Vinci relaciona el dolor con la sensibilidad del tacto y afirma que los encargados de transmitirlo son los nervios, a los que define como “estructuras tubulares que conectan con la médula espinal hasta el centro de la sensación que está localizada en el tercer ventrículo”. Una teoría que confirmaba la teoría galénica sobre el cerebro como motor central del dolor que fue seguida por diversos autores del siglo XVI (Gutiérrez y Cadena, 2001).

El espíritu crítico del Renacimiento y los numerosos estudios de anatomía realizados con la disección de cadáveres no generaron avances significativos, ni en el conocimiento ni en el tratamiento del dolor, aunque es preciso destacar la obra de Andrea Vesalio (1514-1564) *De Fabrica Corporis Humani*, que habla de los nervios, los órganos sensoriales y el “séptimo cerebro” pues asume la concepción del dolor de da Vinci (Gutiérrez y Cadena, 2001).

Una concepción compartida (el cerebro como centro de control del dolor) también por Jean Fernel (1497-1588) aunque éste aportó la novedad de no considerarlo como la percepción de una cualidad nociva sino como la afección que ésta misma origina. Así mismo estableció que el dolor podía producirse por un cambio en la cualidad de los humores o por una interrupción en la continuidad de los mismos. Esta teoría fue corroborada por el médico francés Ambroise Paré (1509-1590) considerado el padre

de la cirugía moderna y tan famoso en su época que se encargó de operar a reyes como Enrique II, Francisco II, Carlos IX y Enrique III. En su *Discours de la Mumie et de la licorne*, este autor consideraba que el dolor viene a ser un sentimiento triste resultado de un cambio súbito. Ante esto, la intención del cirujano tenía que estar centrada en reducir el dolor relacionando para ello la asociación de éste con la inflamación o el aflujo de los humores a alguna parte del cuerpo y el riesgo de fiebre, abscesos y gangrena (Krivoy et al., 2010).

Otra concepción interesante del dolor la aporta Michel de Montaigne (1533-1592) quien afirmaba que es la suprema enfermedad de la condición humana y aseguraba que ni el placer extremo nos afecta tanto como un ligero dolor. (Fernández-Torres et al.). Por su parte el gran humanista francés Descartes en 1664 hablaba de unas finas hebras a través de las cuáles viaja el dolor, con él nació el concepto de nociceptores periféricos y vías nociceptivas específicas en el sistema nervioso central. Pero aunque los científicos pensaran así persistía el concepto religioso del dolor que se impuso en la Edad Media, como algo grato a Dios y por tanto aceptable y deseable. Como afirma San Ignacio de Loyola, el dolor autoinfringido es el primer mecanismo de la penitencia que obliga a los sentidos a obedecer a la razón.

Es más, las sucesivas epidemias de peste que tuvieron lugar por toda Europa en la segunda mitad del siglo XVI, fueron interpretadas como manifestaciones de la cólera de Dios y sólo era posible salir de ellas con la intervención divina a través de sus santos (Baños, 2006). Este hecho

fue tan significativo que muchas ciudades y pueblos cambiaron su nombre por el del santo que les salvó, como ocurrió en España con San Sebastián que da nombre a muchas localidades y es patrón de otras como el caso de Palma de Mallorca.

Fernández-Torres et al., se refiere a algunas anécdotas relacionadas con figuras importantes de la época: tanto San Juan de la Cruz (1542-1591) como Santa Teresa de Jesús (1515-1582) entienden el dolor como una prueba en el camino de la salvación hacía la vida eterna y como una demostración del amor a Dios. En el siglo XVII destaca la figura de Thomas Sydehnham que fue conocido como el Hipócrates inglés. Este británico empleaba láudano o tintura de opio, no sólo para aliviar el dolor sino también para curar la disentería. Su receta magistral era la siguiente: Una pinta de vino de Jerez, dos onzas de opio, una onza de azafrán y un bastoncillo de canela; mezclar y cocer al vapor dos o tres días hasta que la tintura tenga una consistencia adecuada, colar y dejar reposar antes de usarse.

En Europa en el siglo XVIII surgen dos corrientes originales en torno al dolor. La primera es el Mesmerismo o “magnetismo animal”, creado por el médico alemán Franz Mesmer (1733-1815). Mesmer se refería a un supuesto medio etéreo, postulándolo como un agente terapéutico basado en el poder curativo de las manos y en la sugestión. La otra corriente se fundamentada en los avances de la química y más concretamente en el campo de los gases (Fernández-Torres et al., 1999).

### **1.2.6. El dolor en el siglo XIX**

Muchos de los descubrimientos de las teorías descritas en las etapas anteriores sirvieron de base para barajar nuevas hipótesis profundizando en conceptos enunciados por los griegos y durante el Renacimiento, etapa en la que el centro de la percepción del dolor era el cerebro y las fibras motoras y sensitivas.

A principios del S XIX tiene lugar una reestructuración de la medicina clínica que posibilita la aparición de la fisiología como una ciencia que va a permitir el estudio de la sensación en general y del dolor en particular. Dentro de esa reestructuración tiene gran importancia un hecho que será de gran trascendencia, se trata del descubrimiento de la anestesia quirúrgica, aunque sus fundamentos se establecieron a lo largo de la Revolución Científica dos siglos antes (Dormandy, 2010).

Gala, M. Lupiani, Guillén, Gómez Sanabria y S. Lupiani (2003) exponen las contribuciones más importantes referentes al tratamiento del dolor, que tienen lugar a lo largo de la primera mitad del siglo XIX. Destacan como se producen avances en los estudios anatómicos fisiológicos e histológicos, lo que genera dos teorías acerca del dolor. La primera conocida como teoría de la especificidad o sensorial y la segunda, intensiva o de sumación.

La teoría de la especificidad es considerada en todos los libros de texto de neurofisiología como la teoría tradicional del dolor, por lo que concibe el mismo como una sensación específica independiente del tacto y de

los otros sentidos ya había sido sugerida con anterioridad por Galeno y Descartes. Sin embargo, la formulación definitiva fue realizada por Schiffen en 1858, a partir de sus descubrimientos realizando diferentes incisiones en la médula espinal. Así pues, concluyó que el dolor y el tacto eran independientes debido que al seccionar la materia gris de la médula se eliminaba el dolor pero no el tacto, mientras que en las incisiones realizadas en la materia blanca de la médula sucedía lo contrario, se eliminaba el tacto pero no el dolor (Bonica y Loeser, 2001). Esta teoría alcanzó su punto culminante con los estudios de Von Frey, en los que se pretendía identificar receptores específicos para cada una de las sensaciones (Torres y Compañ, 2006). Según la teoría de la especificidad, el dolor es un fenómeno sólo físico, un acontecimiento de naturaleza sensorial fisiológica (J. Miró, 2003).

Melzack y Wall (1965) publicaron una nueva teoría relacionada con los mecanismos del dolor: *gate control theory* (teoría de la compuerta). Esta teoría produjo cambios importantes en la concepción de los mecanismos productores del dolor, concedió importancia tanto al sistema nervioso periférico como al central, en cuanto a la modulación del dolor. La principal contribución de esta teoría es la noción de un mecanismo de control (compuerta) y la concepción multidimensional del dolor, es decir el dolor deja de ser una experiencia solamente sensorial y a partir de este momento también se le atribuyen mecanismos afectivos y evaluativos.

Son muchas las definiciones de dolor que se han ido formulando a lo largo del tiempo, Merskey (1979) lo define como una experiencia dual

(emocional y sensorial) desagradable asociada a una lesión hística real o potencial, o que se describe con las características propias de dicha lesión.

Morris (1993) describe algunos de los avances significativos para el tratamiento del dolor. Los grandes hallazgos en anatomía y fisiología que realizaron Bell, Magendie, Müller, Weber, Von Frey, Shiff, y otros investigadores del S. XIX crearon la base científica para la creencia de que el dolor se debe, a la estimulación de sendas nerviosas específicas. En 1883 Heinrich Dreses aisló un opiáceo nuevo gracias a la acetilación del clorhidrato de morfina con lo cual obtuvo diacetilmorfina que fue comercializada como heroína por Bayer, pocos días después de lanzar al mercado la popular Aspirina que tantas cefaleas y tantos otros dolores ha aliviado. Esta nueva droga sintética toma su nombre del latín Heros y del sufijo *medicinal-ina*, porque se consideró un nombre muy comercial y acorde a sus increíbles efectos. Se presentó como la medicina que de una vez por todas iba a acabar con la tos y, curiosamente, en sus anuncios acostumbraban a aparecer niños dispuestos a tomar el producto. La heroína en sus inicios también se utilizó como un sustituto de la morfina ya que esta causaba gran adicción, pero poco tiempo después se constató que la heroína era todavía más adictiva.

### **1.2.7. El dolor en el siglo XX**

En el s. XX se inicia una extraordinaria serie de descubrimientos desde las llamadas neurociencias de los cuales merecen destacar algunos de

los doctores que fueron Premios Nobel de Medicina (Golgi, Ramón y Cajal, Sherrinton y Eccles).

Bonica (1917-1994) llevó a cabo innovaciones en el tratamiento del dolor. El fue el primero en crear la clínica del dolor de forma multidisciplinar. Este tipo de clínicas del dolor supusieron el primer reconocimiento del dolor como una experiencia compleja y polivalente.

A través de los últimos 20 años del s. XX y principios del XXI se ha ido progresando en la concepción del dolor pasando de reconocerlo desde una posición restrictiva y unidimensional, hasta considerarlo como un fenómeno de naturaleza fisiológica, de carácter multidimensional y subjetivo (Álvarez, 1992). Pérez-Cajaraville (2005) señalan el siglo XX como aquel en el que aparecen los descubrimientos más importantes en relación al dolor, derivando posteriormente en importantes cambios relacionados con la farmacología, comprensión del fenómeno, y evaluación del mismo. En 1960 la clínica del dolor presenta su máximo apogeo, como consecuencia del aumento del dolor crónico de difícil manejo que presentaban muchos pacientes. Ante este suceso se vieron en la necesidad de tratar a los pacientes por un equipo complejo debido al aumento de la expectativa de vida y la aparición de nuevas enfermedades derivadas de nuevos estilos de vida.

Gutiérrez y Cadena (2001) dan cuenta de cómo Bonica y Alexander fueron los primeros clínicos en darse cuenta de las grandes dificultades en afrontar el tratamiento del dolor, y también los primeros en plantear la posibilidad

de hacerlo en equipo. Bonica publicó en 1953 el libro *The management of pain* permaneciendo en la actualidad como referente a nivel mundial. Los algólogos consideraron a Bonica “el padre de las clínicas del Dolor”, y también fue el fundador de la Asociación Española del Dolor.

En 1973 se organizó el I Simposio Internacional del Dolor tras el cual se creó en 1974 la IASP (International Association for the Study of Pain) y la revista PAIN. En el año 1979, la IASP definió el dolor como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial o descrita en términos de la misma”. Esta definición contiene importantes implicaciones debido a que lo considera como algo subjetivo, y lo presenta como una experiencia compleja, otorgando importancia al informe verbal del paciente y considera la asociación entre experiencia sensorial y estados afectivos (Penzo, 1989).

La concepción del dolor formulada por Bonica creó la necesidad de elaborar una metodología para medir el dolor destacando el *Questionnaire MPQ* instrumento psicométrico construido por Melzack en 1975. Otro acontecimiento importante a lo largo de este siglo fue la creación en 1980 de la Sociedad Española del Dolor (SED).

En la actualidad consideramos el dolor como un fenómeno complejo y multideterminado resultado de la interacción entre factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales, esta definición aceptada mayoritariamente es descrita por autores como J. Miró (1994) e Ibarra (2006).

No cabe duda que al hablar del dolor nos referimos a algo más que un mero hecho fisiológico. Tal como apunta J. Miró (2006) el dolor puede contemplarse también según el modelo biopsicosocial, como he comentado anteriormente.

Golianu, Krane, Galloway y Yaster (2000) advierten que a lo largo de los últimos diez años hemos presenciado una explosión de nuevos conocimientos sobre la fisiología de la nocicepción, aparición de nuevos fármacos analgésicos y nueva tecnología para la aplicación de dichos fármacos, además de importantes avances relacionados con la genética.

### **1.2.8. El dolor en el siglo XXI**

El dolor en el s. XXI continúa siendo un motivo de preocupación. Los estudios en estos momentos se centran mayoritariamente en la atención al dolor crónico denominado la epidemia del s. XXI. En estos momentos estudios llevados a cabo por la IASP (2003), British Medical Journal (2001), Encuesta Europea del Dolor (2002-03), el boletín de la SED (2004), Instituto Nacional de Estadística de España (2002), demuestran un aumento considerable de enfermedades crónicas en la población, ocasionando la mayoría de ellas dolores importantes que son motivo de inquietud por la comunidad científica, por lo que se están tomando medidas para aliviar este tipo de dolor.

En la población infantil este tipo de dolor causa problemas no sólo en los niños conviene señalar que no es el dolor el único problema si no las áreas que se ven afectadas a consecuencia del mismo, si no también en las familias. Es importante señalar que en el caso de los niños los estudios

llevados a cabo por J. Miró (2010) a través de los cuales se demuestra que alrededor del 30% de los niños padecen dolor crónico.

Eclesston y Malleson (2003) consideran, y así lo expresan en sus estudios, que es necesario encontrar una solución para este problema, ya que en la actualidad nos encontramos ante un vacío frente al diagnóstico y tratamiento eficaces para afrontarlo.

Estos mismos autores hacen hincapié en la limitación de los tratamientos farmacológicos de los que se dispone en la actualidad e inciden en la falta de estudios controlados que demuestren la eficacia de los tratamientos que se están utilizando. También expresan su preocupación por el aumento de patologías crónicas infantiles debido a la alta probabilidad de que muchos niños no tratados se conviertan en adultos con discapacidad por dolor crónico.

### **1.3. El dolor infantil a través de la historia**

Hasta aquí he expuesto los aspectos generales de la infancia y del dolor a lo largo de la historia en diferentes contextos sociales. A continuación me centraré de manera específica en la trayectoria del dolor infantil, el cual ha estado sometido a una serie de creencias y usos que han influido de manera notoria en su manejo y tratamiento. Hemos visto en el apartado dedicado a la visión de la infancia cómo ésta ha sufrido diferentes tratamientos y consideraciones según el contexto. La intención ahora es completar mi argumentación relacionando lo dicho anteriormente con el factor clave de

este estudio, el dolor infantil y su atención por los profesionales de la salud, entendiendo la unidad de atención del niño y su familia.

La pregunta clave a través de la que ha ido girando el concepto del dolor infantil ha sido: ¿Sienten dolor los niños? La respuesta a lo largo del tiempo se ha enfrentado a dos visiones totalmente opuestas. La primera de ellas hace referencia a que los niños perciben menor intensidad de dolor que los adultos y la segunda pone de manifiesto que el niño es más sensible que el adulto ante las sensaciones dolorosas (Favaro, 2009).

A lo largo de los años muchos han sido los prejuicios que han enmascarado el concepto del dolor en los niños. Es más, durante mucho tiempo se les consideró como adultos en miniatura o inmaduros, como queda reflejado en los diferentes períodos históricos. Su rol social se entendía sólo a través de la incorporación temprana de la infancia al trabajo o los ritos de iniciación, a los que he hecho referencia a la hora de describir la infancia a través de la historia y la percepción que se ha tenido de ésta.

Al hablar del dolor infantil debemos tener presente que la manera que tienen las personas de reaccionar ante el dolor se arraiga en los primeros años de vida, así como en el tipo de atención que se recibe de los padres frente a los traumatismos o enfermedades de la infancia.

La familia es el primer núcleo de socialización del niño, es el lugar donde se forman las modalidades corporales y su futura relación con el mundo. Las interacciones familiares delimitan el campo de las percepciones y de

las emociones. Para Bourdieu la familia funciona como cuerpo y como campo; como cuerpo funciona como una unidad para poder reproducirse, pero habitualmente la familia funciona como campo, o sea como espacio de juego en el que existen relaciones de fuerza física, económica, cultural y simbólica (Gutiérrez, 2003).

El rostro de la madre, su tono de voz, su calidez ante la presencia del niño, conducen a modelar sus experiencias en un lenguaje gracias a las neuronas espejo. Las neuronas se activan cuando un animal o persona desarrolla la misma actividad que está observando ejecutar por otro individuo, especialmente un congénere. Marco Lacoboni explicó que estas neuronas, a las que denominó neuronas espejo, son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también cuando él observa una acción similar realizada por otro individuo. Las neuronas espejo forman parte de un sistema de redes neuronales que posibilita la percepción-ejecución-intención (García, 2008). En función de esto, cuando una madre nombra el dolor de un hijo, la actitud que presenta ante el mismo puede calmarle o alimentar su inquietud, según la empatía y las neuronas activadas ante la referencia al dolor (Le Breton, 1999).

El niño desde muy pequeño es capaz de reaccionar ante los estímulos dolorosos. Un ejemplo de ello es el primer llanto cuando en el nacimiento sus pulmones se llenan de aire por primera vez, o el llanto ante los pinchazos de las vacunas (Hatfield, Gusic, Dyer y Polomano, 2008).

A medida que el niño va creciendo sus experiencias ante el dolor van aumentando y adquiere conciencia ante las mismas: salida de los dientes, caídas, heridas, enfermedades. Así el niño aprende a prevenir los riesgos de hacerse daño a tratar sus dolores dirigiéndose en la mayoría de ocasiones a su madre como interlocutor. El niño adquiere el vocablo del dolor (pupa) a una edad muy temprana ya que cuando manifiesta dolor es objeto de atención del grupo familiar y recibe ayuda. De esto se deduce la influencia que ejercen las actitudes de los padres ante el dolor de sus hijos. Así pues el hecho de que los padres sean sobreprotectores, o por el contrario se preocupen muy poco por el cuidado de sus hijos, favorecerá que estos reaccionen de manera diferente ante un mismo dolor quedando patente la importancia que ejerce la relación de los padres en un contexto con mayor o menor estabilidad afectiva (Mechanic, 1964).

En el año 1612 aparece el primer libro que trata sobre el dolor pediátrico: *The children's book* de Felix Wurtz (1518-1575). Este autor se decantaba por la hipótesis de la hiperalgesia en el caso de los niños frente al dolor; es decir, el autor postulaba que a igual estimulación la intensidad del dolor que experimentaba el niño era inversamente proporcional a su edad. Esto significa que a menor edad mayor es el dolor percibido por el niño. Tal es el caso de los neonatos que a igual estimulación dolorosa la intensidad del dolor percibida por el neonato es el doble que la que percibiría un adulto (Seror, Szold y Nissan, 1991).

Para reafirmar la hipótesis de Wurtz en relación a la hiperalgesia frente al dolor infantil, en 1858 John Forsyth Meigs (1818 - 1882) a través de

la publicación de su libro: *Practical treatise on the diseases of children* afirmaba que los niños percibían el dolor y que éste se manifestaba a través de sus reacciones comportamentales. Ello permitía averiguar a través de dichas reacciones, cuál era el lugar del dolor del niño. Por ejemplo, cuando el niño percibía dolor de cabeza contracturaba la frente (Favaro, 2009).

Este concepto de la hiperalgesia del dolor en los más pequeños se mantuvo hasta aproximadamente 1870 momento en el que esta tesis se vio sustituida por otra totalmente opuesta, la de la hipoalgesia, es decir la no percepción del dolor en los más pequeños.

Paul Emil Flesching, (1872) demostró que la mielinización de las fibras nerviosas no era completa en el momento del nacimiento de los niños, deduciendo que estos no percibían el dolor debido a la inmadurez de su sistema nervioso. Afirma también que los niños no habían desarrollado experiencias anteriores en relación al dolor lo que potenciaba todavía más su tesis. (Hill, 2000)

En 1903, Abraham Jacobi se postula de nuevo a favor de la hiperalgesia del dolor infantil, dejando constancia de ello en el libro: *Therapeutics of infancy and childhood*. A través de este manual aconsejaba la utilización de anestésicos en el neonato, y hacía hincapié en las dificultades del momento actual para llevar a cabo un control adecuado del dolor (Favaro, 2009).

Swafford y Allan (1968) publicaron un artículo a través del cual demostraban que el neonato era sensible al dolor postoperatorio pero debido a su corta edad tan sólo podía demostrarlo a través del llanto. Contrariamente a esta tesis sobre el dolor neonatal se pronunció Lippman, Nelson, Emmanouilides, Disktn y Thibeault (1976) que intentaron demostrar que la anestesia no era necesaria en las intervenciones quirúrgicas de los neonatos.

Anand y Hickey (1987) afirmó que los neonatos no sólo percibían el dolor sino que este era de mayor intensidad que el apreciado por los adultos. También refirió que los niños perciben el dolor desde la semana veintisiete de gestación, ya que en este momento ya disponen de las bases anatómicas y fisiológicas para la percepción del dolor.

Las concepciones en torno al dolor de los niños fue muy difusa y a la vez confusa hasta los años 80 cuando empezó a profundizarse en la atención que debía darse a los niños sometidos a dolor y concretamente frente al dolor postoperatorio, es decir el abordaje del dolor agudo (Fitzgerald, 1991).

A partir de este momento las publicaciones relacionadas con el dolor infantil empezaron a proliferar. Cabe destacar las contribuciones que llevaron a cabo Mather y Mackie (1983) y Schechter, Allen y Hanson (1986); en ambas publicaciones se abordan medidas para aliviar el dolor postoperatorio infantil. Una de las mayores contribuciones en relación al tratamiento del dolor infantil fue llevada a cabo por Anand y

Hickey (1987) este autor define de manera clara la necesidad de utilizar fármacos, para disminuir el dolor infantil basándose en un estudio donde analiza los riesgos, beneficios y posibles efectos secundarios de los fármacos frente a los riesgos de la no utilización de los mismos. También manifestó que los niños no sólo sienten el dolor sino que la percepción de éste es superior a la de los adultos.

Como ya dije anteriormente durante siglos se ha creído que los recién nacidos no sentían dolor pues la mielinización de los nervios y las fibras nerviosas es incompleta al nacer. También se pensaba que si lo tenían no lo recordarían y que los peligros que podían ocasionar en ellos los analgésicos eran más significativos que los beneficios que pudieran aportarles (Vidal, 2005). El llanto se achacaba al miedo y se consideraba que, en el caso de sentir dolor, éste les haría más fuertes. Además se evitaba el uso de la anestesia por razones tan peregrinas como que el procedimiento iba a ser muy corto y que le iba a doler más el pinchazo de la anestesia que la propia intervención (Stevens, Johnston y Grunau, 1995).

#### **1.4. Determinantes socioculturales de la atención al dolor infantil**

A través de este apartado analizaré los valores culturales y religiosos, los componentes de género y clase social y, por último, las influencias de la edad en la percepción del dolor.

Todos estos mitos expuestos anteriormente acerca del dolor (algunos de los cuales todavía perduran en la actualidad) apoyados en muchas ocasiones por los factores culturales, las actitudes de los profesionales, la falta y actualización de conocimientos sobre el dolor infantil y la escasa investigación a lo largo de muchos años, son los responsables de la ignorancia y la negación del dolor infantil y del consiguiente manejo inadecuado del mismo. Estos factores se han comprobado sobradamente en numerosos estudios. El manejo inadecuado del dolor provoca efectos secundarios en los menores a corto, medio y largo plazo, siendo algunas de estas secuelas irreversible (Grunau, Whitfield y Petrie, 1998; Taddio, Goldbach, Ipp, Stevens y Koren, 1995; Johnston y Stevens, 1996; Taddio, Katz, Ilersich y Koren, 1997; Grunau, Whitfield y Petrie, 1998; Brena, 2009; Vergheze y Hannallah, 2010).

Así pues, la manera de expresar el dolor puede ser diferente dependiendo entre otras cosas de factores socioculturales de influencia sobre los sujetos. No podemos olvidar que el componente sensorial es el mismo en todos los niños y niñas y, por tanto, todos deben ser tratados siempre de manera adecuada para evitarles un sufrimiento innecesario y posteriores efectos secundarios que en muchos casos son irreversibles.

Una vez llevada a cabo una revisión a lo largo de la historia de los conceptos de infancia, familia y dolor, pretendo desde una mirada antropológica, analizar el dolor infantil, elemento central de mi tesis, de manera diferente a la que habitualmente se viene haciendo. Me interesa conocer aquellos valores y creencias, es decir como se construye el concepto de dolor en

los diferentes ámbitos de la sociedad, para así poder detectar la forma en que estos factores pueden influir en el manejo del mismo en un contexto tan complejo como es el hospital, y, más concretamente, en una unidad cuyos niños se encuentran sometidos a intervenciones quirúrgicas; en consecuencia es habitual que se encuentren sometidos a dolor.

De la revisión de la literatura se evidencia que es imprescindible enfocar el manejo del dolor infantil desde una perspectiva biopsicosocial, ya que el dolor es una entidad multifactorial. La percepción del dolor en el niño se ve influenciada por diferentes factores: su nivel de desarrollo, experiencias anteriores, antecedentes culturales y familiares, además del grado de ansiedad previo a la realización de procedimientos.

Partiendo de esta base como premisa inicial, podríamos considerar que la respuesta del niño al dolor estará relacionada con factores culturales y sociales, interiorizados en el proceso de socialización; presentando respuestas diversas según cómo hayan intervenido esos valores (miedo, afrontamiento, adaptación).

La bibliografía consultada corrobora la necesidad de definir el dolor de manera diferente a la que tradicionalmente conocemos. Así, Le Breton (1999) demuestra que no es una mera reacción objetiva de naturaleza anatómica y fisiológica, que todos sentimos más o menos igual, Es decir, que el dolor no es tan sólo una reacción mecánica del organismo a determinados estímulos, sino que se halla sujeto a modulaciones y variaciones sociales, culturales, simbólicas e individuales.

Por tanto, abordar el dolor desde un punto de vista diferente al biológico implica preguntarse por la trama social y cultural que lo impregna, sin olvidar la dimensión individual. Además, el dolor como el cuerpo posee también una dimensión simbólica y está configurado por valores y creencias que ejercen gran influencia a la hora de actuar sobre su complejidad. Es más ningún individuo reacciona igual ante la misma patología pues el umbral de la sensibilidad al dolor es diferente en cada persona. Así pues la relación del hombre con el dolor es uno de los hechos más indicativos de la variabilidad de sus condiciones corporales que en principio son condiciones culturales (Morris, 1993).

Para Le Breton (1999) a lo largo de mucho tiempo se ha considerado el dolor como un hecho puramente sensorial que carecía de dimensión afectiva, pero ahora sabemos que el dolor no es sólo una sensación sino una percepción individual, que tiene un significado concreto y que podría interpretarse como un sentido defensivo que, a pesar de todo, resulta insuficiente. Además es la primera causa de consulta médica ya que el paciente necesita buscar alivio para el sufrimiento que le ocasiona. Los profesionales de la salud deben atender de forma inmediata el dolor, curar sus causas y darle un sentido antes que reducirlo al silencio, pues la praxis médica demuestra que no hay nada que atemorice más a los enfermos que el sufrimiento que proviene de causas desconocidas.

Los chamanes de los indios cunas ayudan en los partos difíciles cantando la lucha de Muu (el espíritu responsable de la formación del feto) que, en estos casos, en vez de ocuparse de su labor habitual se apodera del purba (alma de

la parturienta). El relato ofrece a la mujer un sistema de significaciones, gracias al cual ella puede poner orden en el caos que sufre y aliviar así su dolor y su angustia. Según afirma Lévi-Strauss, los espíritus protectores y malévolos fundamentan la concepción del universo de los cunas. La parturienta no acepta los dolores incoherentes y arbitrarios pero cree ciegamente en estos espíritus y a través del mito de Muu el chamán puede reinstaurarlo y ordenarlo todo. El empleo del relato y la música como terapia pone en evidencia los ejes antropológicos de la imagen del cuerpo, pues como hemos dicho la realidad del mismo es de orden simbólico (Le Breton, 1999).

Precisamente por esto los profesionales de la salud deben dotar de significado al dolor que manifiesta cada individuo, pues cuando alguien se enfrenta a él entran en juego muchos factores: sus valores religiosos o laicos, su vida personal, la concepción que tiene del mundo y sus experiencias dolorosas anteriores, etc. Precisamente por esta razón Le Breton (1999) considera un error la indiferencia que manifiestan determinados profesionales de la salud hacia las circunstancias personales de cada individuo e incluso al grado de dolor que sienten. Además de todo esto, el significado del dolor dependerá de la visión que cada uno tenga de su cuerpo y de la representación que haya alcanzado de éste en su contexto social y cultural.

Lévi-Strauss, en su artículo “La eficacia simbólica”, escrito en 1949 y recogido en su *Antropología estructural*, reconoce ese carácter simbólico del cuerpo y rompe con el modelo dualista de la metafísica occidental

que separa cuerpo y alma. En este modelo dualista se dissociaban dos tipos de dolores: los biológicos o corporales -de los que se ocupaban los médicos- y los espirituales o psíquicos -que eran potestad de los psicólogos y psicoanalistas.

Llegados a este punto, resulta interesante profundizar en otros aspectos que pueden estar relacionados con la percepción y/o afrontamiento del dolor propio o ajeno. La cultura, la religión, las diferencias por género, edad, podríamos incluso ir más allá abordando la relación entre risa y dolor. En los epígrafes siguientes desarrollaré de forma esquemática estos argumentos.

#### **1.4.1. Valores culturales y religión**

Como hemos visto, el dolor no puede ser considerado ni tenido en cuenta de la misma manera en culturas diferentes. Cada sociedad contiene su propia concepción del dolor que aplica tanto a los beneficiarios de los cuidados como a los valores de los cuidadores. Le Breton (1999) insiste en que no únicamente son las enfermedades las que integran el dolor como tal, sino que también médicos y enfermeras tienden a proyectar sus valores y prejuicios, sobre las vivencias de los pacientes a los que asisten.

Siguiendo a este autor podemos describir algunas consideraciones religioso culturales en diferentes países y a lo largo de la historia. La cultura religiosa de cada país opera a modo de un inconsciente cultural,

incide de manera difusa sobre el modo como los médicos de ese país rechazan o permiten los sufrimientos de los enfermos e ilumina las consecuencias morales (entre ellas la concepción del dolor y el sufrimiento como justo castigo por una falta moral cometida) que tiene el dolor incluso entre personas no religiosas.

Por otra parte en todas las culturas se ha buscado un significado del dolor, lo que ha llevado a justificarlo de muy diversos modos. Se ha relacionado con la divinidad o el cosmos 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 la elaboración de los comportamientos a seguir.

Así, las tradiciones judía, cristiana y musulmana asocian el dolor al pecado original convirtiéndolo en algo inexorable para la condición humana, al ser consecuencia del paso a la racionalidad dado por Adán y Eva en contra de los deseos de Dios. Su significado inaprensible y de sumisión a la voluntad divina está encapsulado en la historia de Job, pues le brinda una oportunidad para participar en los sufrimientos del pueblo elegido (Morris, 1993) o, mejor dicho, es a través de dicha historia fabulada y parcialmente histórica como el creyente puede aproximarse anímicamente al dolor de su pueblo.

Según los estudios realizados por Zola (1966) los británicos tienen tendencia a afrontar el dolor con gran estoicidad. En cambio los irlandeses encajan la situación en congruencia con el sentimiento de lo difícil que es

la vida. Mientras que los italianos suelen hablar con facilidad de su dolor manifestando una tendencia cultural a la dramatización de su estado. El modo de afrontar el dolor de los italianos les lleva a presentar mayor ansiedad y a demandar un tratamiento rápido que pueda aliviar su dolor y esto a veces les coloca en contra de las exigencias de la cultura médica y hospitalaria. Mientras que a las madres judías les resulta intolerable ver el dolor de sus hijos, las árabes aceptan el sufrimiento e incluso la muerte porque aseguran que “Alá lo ha querido así”. Estas últimas no se rebelan ante la adversidad o los sufrimientos, ni se entregan a lamentaciones y se limitan a luchar contra el mal con sus propios medios.

Para la religión católica el sufrimiento tiene siempre un significado ya que nunca se considera inútil o gratuito. Le Breton (1999) utiliza esta argumentación para justificar las afirmaciones del Papa Juan Pablo II, cuando en 1984, afirma el sentido sobrenatural del dolor y la posibilidad de que éste pueda escapar de la inteligencia desde la que se percibe, siendo Dios el único capaz de comprenderlo, por lo que cabe encomendarse a éste ante el dolor. El dolor, en esa cosmovisión, no sería algo absurdo sino una parte inevitable y consustancial de la vida.

De todas formas Le Breton (1999) advierte también de que esta concepción es sólo parcialmente compartida por otras religiones. Por ejemplo, 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 supone una pérdida del equilibrio en el cuerpo humano entre los principios

cósmicos del ying y el yang y como tal se asienta en el corazón. Según la cosmovisión animista del África negra, que se mantiene 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 (luego el comportamiento individual erróneo es su causa desencadenante).

En las religiones orientales, sin embargo, no está bien visto expresar el dolor como lo hacen los latinos o mediterráneos y, de hecho, por norma general, no está permitido expresar las emociones y sentimientos. Por ello en ese contexto resulta más fácil reprimir la expresión del dolor al tiempo que se dificulta su verificación desde el profesional, sin que ello signifique que no se perciba de la misma manera. Fisiológicamente se experimenta igual, sin duda, pero prácticamente no es 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 una experiencia trascendente que controle el componente psicológico del dolor (Le Breton, 2006).

Concretando algún otro aspecto, Morris (1993) nos comenta el dolor que acompaña a los ritos de paso de numerosas sociedades tradicionales. 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 mediante la circuncisión y las niñas en mujeres mediante la ablación. 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, al considerar éstos que se trata de un acto que trae la vergüenza a su familia.

Actualmente la ablación, una práctica discriminatoria que vulnera derechos protegidos por el Derecho internacional, está prohibida en muchos países, pero la tradición impone a muchas niñas esta cruel mutilación. Esto es debido a que no hacerlo sería imposible para ellas contraer matrimonio ya que consideran que no podría ser una buena esposa si sintiera placer sexual, Se trata pues de una exhaltación fanática del dolor a favor de la comunidad, y en detrimento de los más elementales derechos individuales.

Todos estos ritos de paso o iniciación 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. Según Le Breton (1999) la intensidad del dolor en los ritos de iniciación es

un aspecto central, pues se entiende que ser capaz de dominar el dolor sin perder el conocimiento ni la compostura expresa la valentía de un joven que no cede bajo el yugo del sufrimiento con lo que confirma su madurez y su pertenencia a la comunidad.

También merece ser destacado otro ejemplo, como el del rito del llanto entre los karajá (sociedad indígena brasileña), en el que expresan el dolor a través de diferentes tipologías del llanto, como el de los ritos fúnebres o de los bebés. Gracias a éstos las madres aprenden a reconocer si el llanto de sus hijos se debe a dolor, hambre, frío, miedo (Oswald y Pelltzman, 1974).

No podemos olvidar que las respuestas frente al dolor que presentan los menores, están influenciadas por el miedo, por los valores culturales, por sutiles diferencias en el lenguaje, y porque dependiendo del grupo de referencia étnica al que pertenezcan, expresarán el dolor de una manera u otra. Precisamente por esto los profesionales que los atienden deben tener en cuenta su origen, su entorno y sus costumbres (Le Breton, 2006).

#### **1.4.2. Componentes de género y clase social**

Además de la influencia religiosa otros aspectos de la vida social también repercuten en la manifestación del dolor (Atallah y Guillerrou, 2004). Le Breton (1999) analiza los componentes culturales del dolor, es decir, las formas que cada sociedad tiene para afrontarlo, soportarlo y aliviarlo. Esto está muy relacionado con factores como el género, ya que la propia cultura tiende a establecer diferencias entre los componentes del grupo.

Las manifestaciones dolorosas, de acuerdo con Bécherraz (2005), están condicionadas por el género. 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 dolorosas a los profesionales de la salud porque están influenciados por una cultura dominante según la cual los hombres “no deben sentir dolor”.

Incluso se ha tratado el tema como propio de la censura y el control social del grupo sobre los individuos; de esta forma, los sujetos se comportarían frente al dolor y las emociones de una forma que no manifestara alguna conducta o situación que pudiera no gozar del consenso o de la imagen de esa persona frente a los demás. De lo que podemos derivar, siguiendo a Lupton (1998), la conclusión de que la emoción acaba teniendo buena parte del resultado de un producto sociocultural, construido y aprendido a través de la cultura, de esa misma forma su expresión es entendida e interpretada socialmente, influyendo en las relaciones sociales y el autoconcepto. Ésta argumentación nos aproxima también a la consideración de aspectos sociales y las reacciones consecuentes, bajo criterios de creencias, suposiciones y resultado de nuestras propias evaluaciones, según la interpretación social que se dé.

Se ha podido observar como las emociones presentan rasgos manifiestos distintos según la edad y el sexo, posiblemente asociadas en parte a la madurez de los sujetos y de nuevo, en parte, a factores socioculturales, la socialización interioriza roles, papeles a desempeñar según sexo o edad. De esta forma

la expresión varía según las sociedades y los individuos -siguiendo a Escofet- y otros (Lupton, 1998) aspectos como la conducta, expresión de emociones, sentimientos manifiestos varían de unas culturas a otras. Los autores nos plantean una cuestión, se trata de afirmar que la mujer no nace mujer, sino que se hace. Es decir, en el proceso de socialización transmitiendo recibiendo, reproduciendo cultura, valores, etc. A partir de esta apreciación estaríamos hablando de género, definido como “una construcción social que va modelando la personalidad, permitiendo aptitudes y actitudes diferentes, según la sociedad de que se trate” (Lupton 1998, p. 102).

Son muchos los estudios que se han llevado a cabo entorno a la relación que existe entre dolor y género. En muchos de ellos -centrándose casi todos en las sociedades capitalistas occidentales, con formas de trabajo y división del trabajo por géneros similares- como formas de trabajo se ha llegado a la conclusión de que las mujeres padecen mayor número de enfermedades crónicas. En el género femenino predominan los dolores, de cabeza, faciales y abdominales, neuralgia del trigémino, síndrome de dolor regional complejo (Unruh, 1996; Dao y Le Resche 2000), mientras que las lumbalgias de causa laboral y otras dolencias son más frecuentes en los hombres (Von Korff, Dworkin, Le Resche y Kruger, 1988; Smith et al., 2001).

Otros estudios sostienen que la percepción y tolerancia al dolor son más bajos en las mujeres (Woodrow, Friedman, Siegelau y Collen, 1972; Otto y Dougher, 1985) aunque ello no ha sido confirmado en todos los

casos e incluso en algunos de ellos se llega a conclusiones contrarias. Estas dudas provienen de distintas variables que modifican los resultados ya que se ha constatado que los hombres tienden a expresar menos su dolor ante un investigador que sea mujer (Feine, Bushnell, Miron y Duncan, 1991) y, por otra parte, aunque las mujeres toleran mejor el dolor y se quejan menos, son capaces de expresarlo mejor.

Para evitar cuestiones culturalistas existencialistas y explicar científicamente estas diferencias de género en la percepción del dolor se han barajado diferentes hipótesis (Arendt-Nielsen, 2004). Entre estas destacan las referidas a las diferencias en el número de receptores por superficie cutánea en el espesor de la piel del hombre, en la influencia de las hormonas femeninas (Bendelow, 1993), o incluso en la tolerancia, modulación y expresión del dolor (Fillingim y 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 presentado tradicionalmente como el de proteger a su familia de cualquier agresión, proporcionar protección y obtener alimento directamente de la naturaleza; y el de la mujer el de cuidar a la prole, del cobijo y de la elaboración de los alimentos. En esta conceptualización, mientras que al hombre le correspondería mayor agudeza visual, la mujer habría ido desarrollando un mayor sentido del olfato, el gusto y el oído;

es decir que la percepción femenina sería más holística e integrada, por lo que brindaría una mayor capacidad natural para hacer frente al dolor (Bendelow, 1993).

Por lo que se refiere a la infancia, existen discrepancias en si el género tiene o no influencia a la hora de tolerar y manifestar el dolor. Algunos estudios explican que los bebés prematuros responden de forma diferente si son niños o niñas; otros, por el contrario, argumentan que tal relación no existe (Grunau y Craig, 1987; Guinsburg et al., 2000; Stevens, Johnston y Horton, 1994).

### **1.4.3. Influencias de la edad en la percepción del dolor**

También debo 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 tal vez pudiera explicarse, aunque nunca justificarse, por la dificultad en la expresión del dolor en estos dos grupos de edad (Gaffney y 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 e incluso inmunes al dolor. Evidentemente se trata de la persistencia de un mito ya que el recién nacido -incluso si es prematuro- dispone de todos los mecanismos necesarios para percibir el dolor y posiblemente más intensamente que el adulto, ya que la diferencia entre ambos estriba únicamente en la forma de modularlo que se encuentra inhibida en el niño (Grunau, 2002).

El conjunto de las evidencias disponibles apunta claramente que cada individuo es único ante la experiencia de dolor. Esto hace que su percepción, su tolerancia y la forma que tiene de expresar su dolor dependan del sentido que le dé. Todo ello nos lleva a la conclusión de que para enfrentarnos al dolor debemos tener en cuenta algo más que la fisiología del mismo pues las creencias, la edad, el género, el grupo étnico, el nivel social y el contexto cultural y económico son factores decisivos para poder lograr una atención integral de la persona que se encuentre ante un proceso doloroso.

De nuevo puede ser interesante comentar la presencia y expresión de las emociones. Podríamos afirmar que a mayor edad mayor competencia emocional o, tal vez, más habilidad para el manejo de las emociones desde el punto de vista del autocontrol. Siguiendo a Saarni (1997), la competencia emocional sería la demostración de la capacidad de autoeficacia en el manejo emocional en contextos cotidianos. Por tanto, dentro de los factores psicológicos entraría la vivencia de las emociones y su papel en la expresión, forma de afrontar y transmitir el dolor.

## **1.5. Políticas sanitarias y sistemas de salud en la atención al dolor infantil**

A lo largo de este apartado presentaré las medidas políticas que se están llevando a cabo para el manejo del dolor en general, y específicamente para el dolor infantil en el Sistema Sanitario y la percepción de los profesionales de la salud ante la complejidad del dolor infantil.

El Sistema Sanitario, denominado también Sistema de Salud, está integrado por diferentes instituciones, organismos y servicios, que a través de acciones, llevan a cabo diferentes programas de salud. Así pues podríamos decir que los sistemas de salud son estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país y que está influenciada por los valores y tradiciones culturales del contexto específico.

En la última década el dolor ha recibido atención político jurídica a nivel nacional e internacional. El dolor relacionado con la política implica leyes y directrices que no son jurídicamente vinculantes. Dichas directrices, también denominadas declaraciones de política, son desarrolladas por los organismos gubernamentales y asociaciones profesionales para así articular posiciones concretas.

Así pues, uno de los resultados útiles de la política sanitaria que se han llevado a cabo son las guías de práctica clínica, definidas como: “declaraciones de manera sistemática definidas para ayudar a las decisiones de médicos y pacientes sobre la atención médica en circunstancias clínicas específicas”, como es el caso del dolor infantil (O’Rourke, 2004).

Las guías de práctica clínica son ajustables a los profesionales responsables de proporcionar cuidados en todas las disciplinas y, a su vez, ayudan a definir los estándares de la práctica clínica. Algunas de las directrices de las guías clínicas son aplicables a personas de cualquier edad, mientras otras se centran en el tratamiento exclusivo del dolor en niños (bebés, niños y adolescentes).

En 1992 la IASP publicó una Guía práctica sobre Dolor Agudo en general, en la cual incluía capítulos específicos relacionados con el dolor postoperatorio en lactantes, niños y adolescentes. Al mismo tiempo en Estados Unidos la Agencia para el Cuidado de la Salud y la Investigación (AHCPR) abordó también una guía sobre el dolor agudo en niños, a través de la cual describía intervenciones de enfermería, intervenciones interdisciplinarias y planes para evaluar el cambio de la práctica a través de la evaluación de la calidad institucional y de programas de mejora (Schmidt, Holida, Kleiber, Petersen y Phearman, 1994).

La OMS diseñó en 1996 la Escalera Analgésica para el alivio del dolor en pacientes con cáncer, fue publicada como un manual de salud pública con el propósito de enseñar a los profesionales de la salud en varios países y en distintos entornos cómo aliviar el sufrimiento con herramientas fáciles. En 1996 se publicó la segunda edición con el objetivo de actualizarla, no se modificó su estructura básica pero sí se realizaron cambios en relación al lugar que ocupaban los fármacos. Se realizó una nueva actualización en 2006 para comprobar su eficacia, vigencia, éxitos y limitaciones, reconociéndose que a través de su difusión el manejo del dolor había mejorado (OMS, 2006). La estructura básica de la Escalera Analgésica de la OMS es la siguiente:

- Primer escalón: (dolor leve) el tratamiento de elección que se recomienda son los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, y derivados (AINEs) y derivados. Otros: paracetamol, metamizol.

- Segundo escalón: (dolor moderado) el tratamiento de elección que se recomienda son Opioides débiles (tramadol, codeína etc.), AINEs.
- Tercer escalón: (dolor grave) el tratamiento de elección son los Opioides fuertes (morfina, fentanilo etc.).

Esto son como he comentado los escalones básicos pero dicha escalera puede incrementarse en dos escalones más dependiendo de la intensidad del dolor.

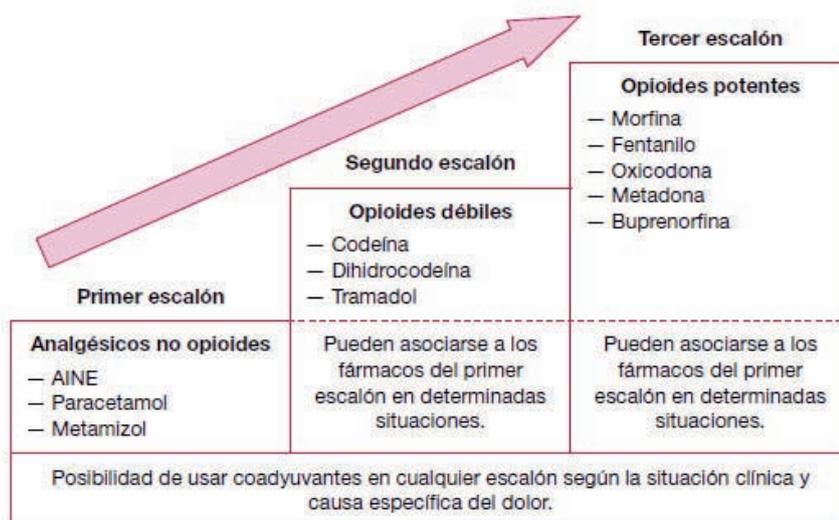


FIGURA 1. Escalera Analgésica de la OMS (modificada). Whizar-Lugo y Ochoa-Ortiz (2005).

Además de los fármacos propuestos correspondientes a los diferentes tipos de dolor expuestos, contamos con otro tipo que están autorizados para ser asociados a la medicación de cualquiera de los peldaños:

los coadyuvantes. Estos coadyuvantes ayudan a mejorar la respuesta analgésica, especialmente útil para algunos tipos de dolor como el neuropático y necesarios para mitigar o eliminar los efectos secundarios de otros medicamentos. La incorporación de nuevos fármacos o derivados de los ya existentes es constante. En este sentido los estudios del sistema cannabinoide (constituido por receptores tipo 1 CB1 localizados en el cerebro y los de tipo 2 CB2 se encuentran en el sistema inmunitario) constituyen una nueva herramienta tanto para el tratamiento del dolor como de los efectos secundarios del tratamiento con quimioterapia (Duran, Laporte, Capellà, 2004).

Para la OMS, el consumo de morfina (uso médico) es un buen indicador del control de dolor en pacientes que sufren cáncer. Es esencial que ante el dolor se disponga de un sistema de salud pública que garantice la disponibilidad general de morfina y derivados de los opioides (OMS, 2009).

En 1997 el Ejecutivo de la Sociedad Canadiense del Dolor (CPS) reconoció el derecho que tienen todos los pacientes a ver aliviado su dolor y además incidió en la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud en controlar el dolor (Watt-Watson, Clark, Finley y Watson, 1999). En el año 2000 la Academia Americana de Pediatría (AAP), junto con la Sociedad Canadiense de Pediatría, abordó el manejo del dolor en recién nacidos y prematuros. En Enero del 2001, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) inició una política general en torno al dolor a través de la cual debía ponerse en marcha la evaluación del dolor y de gestión en las organizaciones de salud acreditados.

En lo que a España se refiere, en relación al dolor cabe destacar la Sociedad Española del Dolor (SED), caracterizada por ser una asociación profesional de carácter multidisciplinar, sin ánimo de lucro, fundada en 1990. Su objetivo se centra en promover trabajos científicos relacionados con el dolor, sensibilizar a la población y ofrecer mejoras constantes en los pacientes que sufren dolor. Además esta organización forma parte de la IASP, que a su vez es referente para temas de dolor en la OMS. Por otra parte contamos con Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR) asociación sin ánimo de lucro constituida en el año 1953.

Para resumir lo expuesto anteriormente cabe decir que las organizaciones nacionales e internacionales han desarrollado guías de práctica clínica y las declaraciones de política para mejorar la identificación y el tratamiento del dolor a todos los pacientes. Las políticas de salud tienen que ver con el bienestar más que con la enfermedad, pues son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas.

### **1.5.1. Manejo del dolor infantil en el Sistema Sanitario**

A continuación se describen algunos de los conceptos que intervienen en el manejo del dolor infantil: neurofisiología, evaluación, tipos, tratamiento y por último los profesionales de la salud ante el dolor infantil.

### **1.5.1.1. Neurofisiología**

Disponemos en la actualidad de datos suficientes que demuestran que los neonatos e incluso los niños prematuros son capaces de percibir el dolor (Vidal, Calderón, Martínez, González y Torres, 2005). A través de diferentes estudios neuroanatómicos ha quedado demostrado que el desarrollo de las vías del dolor en los niños se inicia en el periodo embrionario. El grado de mielinización considerado como necesario para la percepción del dolor no es imprescindible para la neurotransmisión de éste, ya que las fibras C amielínicas y las fibras aferentes viscerales conducen los estímulos desde el momento del nacimiento (Fitzgerald y Anand, 1994).

En un estudio llevado a cabo por Anand y Hickey (1987), se hablaba de la posible existencia de una memoria en los recién nacidos. La memoria es un componente esencial del dolor. La presencia de cambios específicos en la conducta del recién nacido después de la circuncisión demuestra de manera ineludible la presencia de memoria para el dolor en esa edad (Barraza y Eduardo, 2002). Debido a ello se ha sugerido que el desarrollo nociceptivo del feto unido a los posibles daños sufridos durante el embarazo, que le hayan podido producir dolor, pueden ser suficientes para desencadenar la actuación de un recuerdo.

Poseemos en la actualidad muchos datos que evidencian que los niños perciben el dolor desde la semana veinte de gestación. En esta semana de gestación el feto tiene desarrollados los componentes anatómicos, neurofisiológicos y hormonales que necesita para percibir el dolor (Vidal, 2005). Pero presentan un problema debido a que los mecanismos de la vía

inhibitoria descendente nociceptiva no se encuentra funcionalmente madura hasta meses después de haber nacido el niño, especialmente en el prematuro (Anand y Hickey, 1987). Ello implica un estado de hipersensibilidad frente al dolor, de tal manera que ante un mismo estímulo doloroso el recién nacido y prematuro perciben el dolor con mayor intensidad que el adulto.

En los recién nacidos y prematuros se ha demostrado que presentan una respuesta fisiológica y hormonal al dolor, la mayoría de las veces superior a la de niños de mayor edad y personas adultas, siendo por ello necesario la administración de medicación para el dolor en el caso de los niños más pequeños (Anand, Schmitz y Koh, 1998).

Existen algunas diferencias entre la neurofisiología de la percepción del dolor en los niños respecto de los adultos. Los impulsos nociceptivos viajan por las fibras ascendentes espinotalámicas a través de las fibras no mielinizadas. También es posible que la concentración de receptores de sustancia P (neurotransmisor relacionado con los mecanismos dolorosos) estén presentes en el sistema nervioso fetal a las diez semanas de gestación; no obstante sus niveles postnatales son bajos (Fitzgerald y MacIntosh, 1989). Sin embargo el umbral de excitación y sensibilización es más bajo, lo que da lugar a mayores efectos centrales con los estímulos nociceptivos (Fitzgerald y Beggs, 2001). Estos factores posiblemente son los responsables de que la sensación dolorosa se encuentre aumentada en el caso de los niños y de manera especial en los más pequeños.

Fitzgerald (1994) valoró clínicamente la hiperalgesia en los recién nacidos, a través del reflejo cutáneo de retirada, anteriormente llamado reflejo nociceptivo flexor. Dicho reflejo se encuentra presente en los prematuros, pudiéndose desencadenar por simple tacto, demostrando que el umbral inicial depende de la edad y la sensibilidad disminuye con el crecimiento.

Además de lo explicado anteriormente también hay estudios que refieren que los niños que están expuestos al dolor a edades muy tempranas pueden desencadenar respuestas exageradas a estímulos dolorosos posteriores. Además los recién nacidos de bajo peso sometidos a dolor presentan graves riesgos de sufrir alteraciones en el aprendizaje y posteriormente en su desarrollo (Vidal, 2005). De todo ello es importante tener en cuenta las consecuencias que se pueden derivar del dolor, a corto plazo (hipertensión intracraneal, hemorragia intraventricular) y a largo plazo (trastornos del sueño, alimentación y comportamiento). En relación a estos últimos Wolf (1999) observó que tras la circuncisión neonatal los neonatos que habían recibido una pauta correcta de analgesia estaban más orientados y menos irritables que los que no recibían analgesia.

De todo ello podemos llegar a la conclusión de que los mecanismos básicos del dolor en lactantes y niños son parecidos a los de los adultos, pero a consecuencia de su inmadurez neurofisiológica y neurocognoscitiva, se establecen algunas diferencias comentadas anteriormente que los hacen especialmente sensibles a su intensidad y efectos posteriores para la salud del niño.

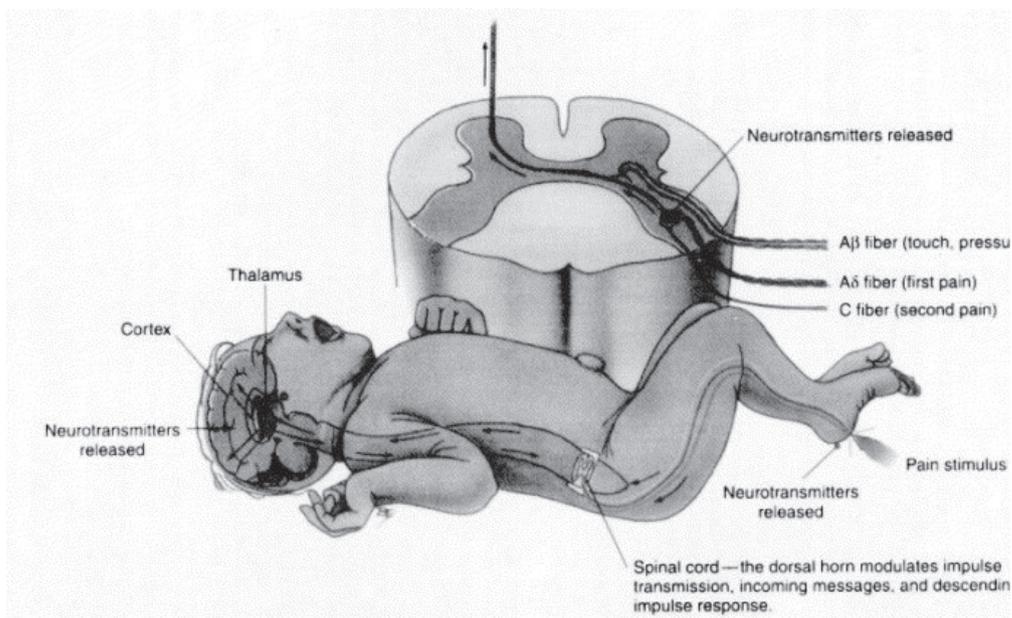


FIGURA 2. *Transmission of pain impulse in an infant.*  
(From Greenberg CS: *Pain management in children.* In Bowden V, Dickey S, Greenberg CS (eds): *Children and Their Families: The Continuum of Care.* Philadelphia, WB Saunders, 1998, p 661.)

### 1.5.1.2. Evaluación del dolor infantil

Como ya comenté en la bibliografía consultada se ha puesto de relieve que los niños no sólo sienten el dolor, sino que su percepción es más intensa, es decir, podemos dar por buena la afirmación de que incluso existe una relación inversa con el dolor, en el sentido de que cuánto menor es la edad del paciente mayor es el dolor que experimenta (Álvarez, 2000).

Una vez considerada la existencia del dolor, incluso a edades muy tempranas, se hace imprescindible la evaluación del mismo. Para ello es necesario que los diferentes profesionales de la salud sepan interpretar las expresiones de dolor según la edad del niño, su grado de desarrollo

psíquico y sus experiencias dolorosas previas además de conocer las herramientas adecuadas para la evaluación (Grunau, 1998).

Evaluar el dolor no es una tarea fácil para los profesionales de la salud, pero sin embargo conocer la intensidad del dolor que padecen los niños es el primer paso para lograr un tratamiento apropiado del mismo (Price, 1994). Además la evaluación del dolor nos servirá verificar la eficacia de los métodos farmacológicos y no farmacológicos.

A pesar de las dificultades que podemos encontrar a la hora de realizar una evaluación del dolor en los niños que todavía no poseen capacidad para comunicarse verbalmente disponemos de métodos para ello. Así pues la utilización del método de evaluación depende de la edad y desarrollo cognitivo de cada niño, la naturaleza del dolor, la cronología de la enfermedad, la terapia previa y la situación en la que ocurre (JM.,Quiles, Van der Hofstadt y Y, Quiles, 2004).

Es importante resaltar la eficacia de los métodos de evaluación de los que disponemos, tanto conductuales como fisiológicos y de autoevaluación (McGrath, Unruh y Finley, 1995) Los métodos conductuales, denominados también comportamentales, se basan en la observación de la respuesta en relación al comportamiento del niño ante el dolor. Estos métodos son los de elección en recién nacidos, lactantes y niños que no sean capaces de expresar de manera verbal su dolor, debido al grado de desarrollo o como causa de algún problema que puedan presentar (por ejemplo, neurológico). Debemos tener en cuenta que las

reacciones de los niños van cambiando a lo largo del tiempo, y como consecuencia de ello los métodos deben estar adaptados a cada edad. Observaremos especialmente el llanto, los movimientos corporales y la expresión facial (Aguilar y Ponsell, 2003).

Los métodos de autoevaluación tienen como objetivo cuantificar el dolor a través de la expresión del propio niño. Es importante mencionar que este tipo de métodos llevan asociado el grave problema del sesgo de la pregunta ya que según como se formule ésta, la respuesta puede resultar errónea. Tal es el caso de aquellos niños que niegan el dolor por miedo a ser sometidos a técnicas invasivas (Mather y Mackie, 1983).

Para poder cuantificar el dolor disponemos de diferentes escalas, visuales, analógicas o de intervalos etc. La utilización de una u otra escala vendrá determinada por la edad y capacidad cognitiva del niño.

Citaré algunas de las escalas más utilizadas en el caso de los recién nacidos y prematuros:

- PIPP (*Premature Infant Pain Profile*), escala de medida multidimensional que tiene en cuenta la edad gestacional, y ha sido validada para el dolor postoperatorio de los niños recién nacidos y prematuros (Stevens, Johnston, Petryshen y Taddio, 1996).

**PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)**

Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O <sub>2</sub> *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

\* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso  
 \* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

**Interpretación:** 0-6 dolor leve o no dolor    6-12 dolor moderado    12-18 dolor intenso

TABLA 1. *Premature Infant Pain Profile*. En Stevens (1996).

- *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*, escala desarrollada en el Children’s Hospital of Eastern Ontario, evalúa seis indicadores conductuales en respuesta al dolor de los procedimientos en recién nacidos y prematuros. Los rangos de calificación de la escala van de 0 a 1 en cada categoría, con excepción del llanto, que va de 0 a 2. La calificación total puede ser de 0 a 7.

<b>NIPS (Neonatal Infants Pain Scale). Escala para valorar el dolor en neonatos</b>				
Parámetros	0	1	2	Total
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción naso labial y/o párpados)		
LLanto	Sin llanto	Presente-consolable	Presente continuo y no consolable	
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular		
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos		
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos		
Estado de despierto	Normal	Despierto continuamente		
<b>Total</b>				

La puntuación máxima es de 7 (si la puntuación es de 0 no hay dolor, si es de 7 hay dolor grave).  
 \*Tomado y modificado de referencia 8.

TABLA 2. *Neonatal Infants Pain Scale (NIPS)*. En Lawrence, Alcock, McGrath, Kay y McMurray (1993).

- CRIES (*Crying, Requires O2 for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expressions and Sleeplessness*), es otra escala, que evalúa cinco parámetros fisiológicos y de comportamiento con una evaluación máxima de 10 puntos. El acrónimo CRIES, toma su nombre de las iniciales en inglés de los cinco parámetros que mide (C: *crying*, R: *requires increased oxygen administration*, I: *increased vital signs*, E: *expression*, S: *sleepless*) hace referencia al llanto, requerimientos de oxígeno para saturaciones del 95%, a las expresiones faciales, al incremento en las constantes vitales y a los periodos de sueño. Utilizada mayoritariamente para el dolor postquirúrgico del recién nacido. Fue desarrollada por Krechel y Bildner (1995).

Tabla 4. Escala CRIES

**Puntuación CRIES del dolor postoperatorio en el Recién Nacido (Krechel SW 1995)**

Parámetro	0	1	2
Llanto*	No llora, tranquilo	Lloriqueo consolable	Llanto intenso no consolable
Fi O <sub>2</sub> para Sat O <sub>2</sub> > 95%	0,21	≤ 0,3	> 0,3
FC y TA sistólica	≤ basal	Aumento ≤ 20% basal	Aumento > 20% basal
Expresión	Cara descansada, expresión neutra	Ceño y surco nasolabial fruncidos, boca abierta (mueca de dolor)	Mueca de dolor y gemido
Periodos de sueño	Normales	Se despierta muy frecuentemente	Constantemente despierto

\* El llanto de un RN intubado puede puntuarse por sus movimientos faciales y bucales

TABLA 3. Escala CRIES. En Krechel y Bildner (1995).

- NCF (Neonatal Facial Coding System) Sistema de Codificación Facial neonatal. Esta escala unidimensional analiza las expresiones faciales del neonato frente al dolor (Grunau y Craig, 1987; Grunau, Jonhston y Craig, 1990). Es muy utilizada y válida para evaluar procedimientos dolorosos

agudos. Es una escala sensible para analizar el dolor de los niños que todavía no poseen lenguaje verbal (Stevens y Franck, 1995; Taddio, Goldbach, Ipp, Stevens, y Koren, 1995; Guinsburg et al., 1997; Craig, 1998; Grunau, 1998; Pereira, 1999).



FIGURA 3. *Expresión facial de malestar y dolor en el niño. En Wong (1998).*

En el caso de los niños preescolares las más utilizadas son las siguientes:

- Escala de caras Wong y Baker. Consta de seis caras alineadas que muestran diferentes expresiones, ordenadas, desde la más sonriente (ausencia de dolor), hasta una que llora (grado máximo de dolor). Es la escala más utilizada y más efectiva en niños capaces de entenderlas, y puede utilizarse a partir de los 3 años. Es fácil de identificar para los niños, ya que las diferentes expresiones son bien conocidas. Ahora bien, hay que dar una serie de instrucciones al niño para que

la valoración sea lo más objetiva posible. Explicarle que las diferentes caras corresponden cada una de ellas a un niño diferente, y que unos están contentos porque no tienen dolor, mientras que otros están tristes porque sienten un poco de dolor, y aún hay otros que sufren más dolor. Así, la cara 1 está muy contenta porque no le duele nada, la cara 2 tiene una pizca de dolor, la cara 3 siente algo más, la cara 4 aún más, la cara 5 tiene mucho dolor y la cara 6 llora a causa de un dolor insoportable.

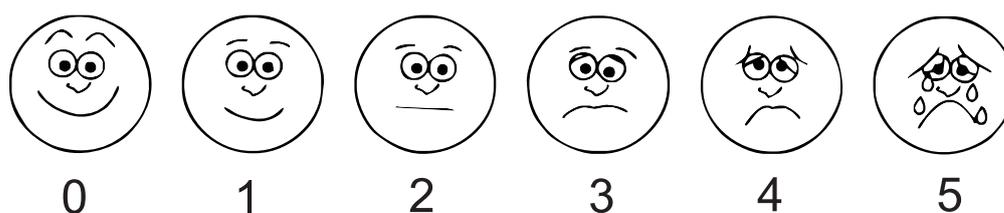


FIGURA 4. Escala de medición del dolor con caras Wong-Baker.

- Escala de dolor de caras revisada que consiste en una escala que al igual que la anterior está diseñada para medir el nivel de la intensidad de dolor que percibe el niño. A diferencia de la anterior consta de 6 caras a las cuales se les asigna un valor numérico (0-2-4-6-8-10). El niño debe elegir la que mejor refleje el dolor que siente en el momento. La intensidad 0 representa “no dolor” y la 10 “máximo dolor”. Esta escala ha sido validada a diferentes idiomas (Miró, Huguet, Nieto, Paredes y Baos, 2005).

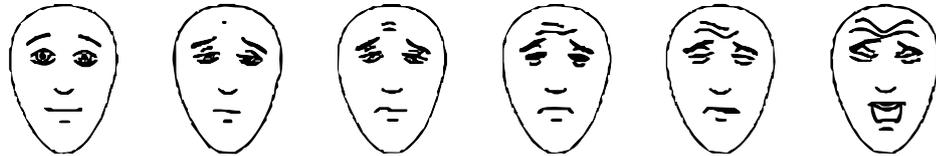


FIGURA 5. *Faces Pain Scale – Revised 2001. International Association for the Study of Pain.*

- Escala visual analógica consta de una línea vertical u horizontal de 10 cm con “nada de dolor” indicado en la parte izquierda de la línea y “peor dolor imaginable” marcado en el lado derecho (Schofield, 1995).

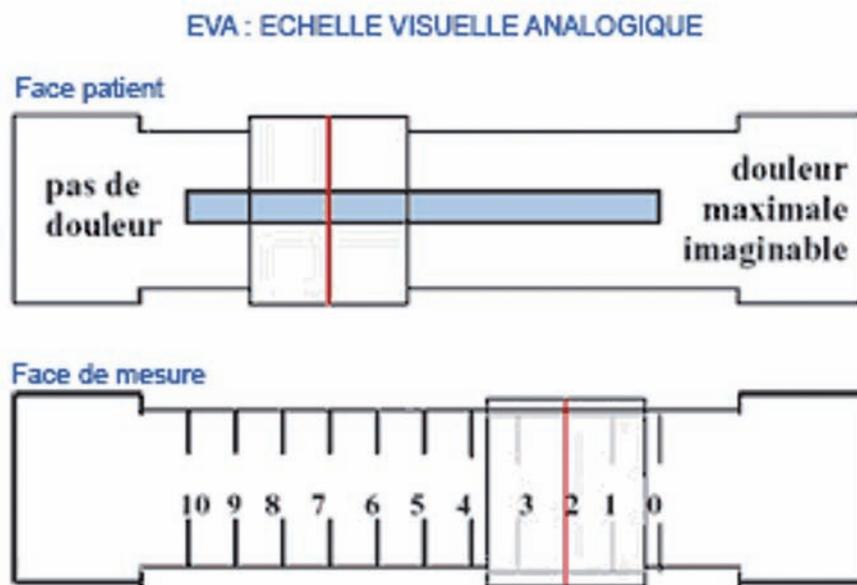


FIGURA 6. *Escala visual analógica. En Odin, Basquin, Pihan y Fies (2008).*

- Termómetro del dolor es un termómetro vertical con cifras que oscilan de 0 a 10 donde 0 representa “ausencia de dolor” y 10 “el peor dolor posible”. El niño señala la intensidad de su dolor coloreando la barra de mercurio del termómetro (Quiles, 2004).

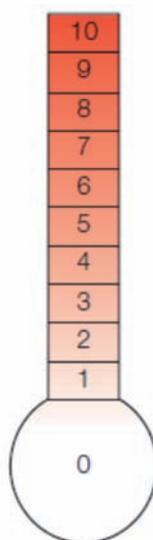


FIGURA 7. *Termómetro del dolor. En Wicks-Nelson e Israel (1997).*

- Escala de llanto, mide la intensidad del dolor en niños menores de 6 años, está considerada como un instrumento válido, reproducible y práctico de medición del dolor agudo en los niños preescolares en entorno hispanoparlante (Reinoso-Barbero, Lahoz Ramón, Durán Fuente, Campo García y Castro Parga, 2011). Se trata de la primera escala observacional de dolor agudo pediátrico específica en lengua española, en dicha escala el personal sanitario debe escoger en cada uno de los cinco parámetros cuál es la situación que se corresponde a la del paciente, asig-

nando a cada parámetro valores de 0 a 2, de tal modo que la puntuación total oscilará entre la mínima 0 (ausencia de no dolor) y la máxima 10 (dolor máximo posible) la puntuación permite distinguir tres niveles de dolor: leve (1 a 3), moderado (4 a 6), e intenso (7 a 10).

PARÁMETRO	0	1	2
LLANTO	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
ACTITUD	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
NORMORRESPIRACIÓN	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
TONO POSTURAL	Relajado	Indiferente	Contraído
OBSERVACIÓN FACIAL	Contento o dormido	Serio	Triste

TABLA 4. *Escala de llanto. En Reinoso-Barbero, Lahoz, Durán, Campo y Castro (2011).*

La validación de la escala LLANTO se hizo atendiendo a los criterios de validez (comparándola con la escala CHEOPS) y de reproducibilidad de la misma.

- Escala de colores (o de Eland). El niño debe colorear un dibujo que muestra una figura infantil de frente y de espalda, aplicando uno de ocho colores a cada parte. Antes de empezar, el niño debe ordenar los colores, construyendo con la ayuda del personal de enfermería una escala de dolor. De

manera espontánea, la mayoría de los niños utilizan el rojo y el negro para indicar el máximo dolor. Se le debe preguntar si el color aplicado refleja el dolor actual o el que ha sufrido anteriormente y anotar en qué momento y en qué condiciones se llevó a cabo la prueba. De este modo, se obtiene una valoración detallada tanto de la localización como de la intensidad del dolor. Esta escala se puede utilizar cuando los niños ya conocen los colores (alrededor de los 4 años), aunque lógicamente no sirve para los niños daltónicos.

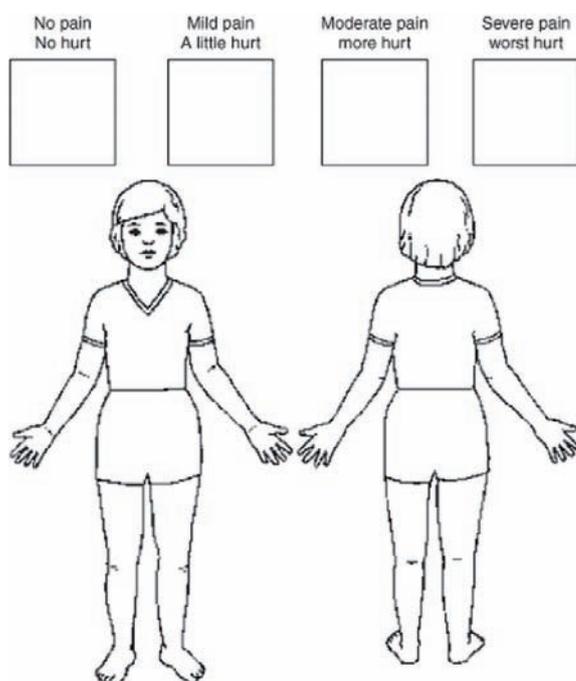


FIGURA 8. *Escala de color. McCaffery y Beebe (1989).*

- Escala de Oucher. El niño debe situar la intensidad del dolor que siente en una escala vertical, que consta de dos columnas. Una con valores numéricos y otra con seis fotogra-

fías de caras, ordenadas según el dolor que expresan, desde nulo hasta insoportable. La parte fotográfica es comprensible a partir de los 3 años de edad, mientras que la numérica lo es sólo cuando el niño ya sabe interpretar los números.

- Esta escala, a diferencias de otras, ofrece la ventaja de presentar las fotografías de los niños representadas a través de diferentes etnias, con el objetivo de evaluar de manera más eficaz el dolor.



FIGURA 9. Escala Oucher. En Pain Associates in Nursing.  
Versión hispana, afro americana y china

El segundo tipo de métodos de evaluación se refiere a los fisiológicos, considerados como aquellos a través de los cuales podemos estudiar las respuestas del organismo ante la sensación dolorosa. Los principales parámetros estudiados son la frecuencia cardiaca, la saturación de la hemoglobina; todas ellas medidas a través de oximetría, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, diversas manifestaciones neurovegetativas como la sudoración palmar y corporal, los cambios hormonales y metabólicos, y los niveles de endorfinas.

A pesar de que, como hemos visto, existe una gran variedad de instrumentos para realizar la evaluación infantil y neonatal del dolor, en la práctica clínica resulta frecuente observar que no se utilizan registros de evaluación, por lo que el objetivo de esta investigación consiste en conocer como actúan los profesionales de la salud ante la demanda de cuidados por dolor en una unidad quirúrgica infantil. Los resultados obtenidos en este trabajo a su vez nos permitirán elaborar intervenciones específicas, que redunden en la mejora del manejo del dolor infantil y en el descenso de la potencialidad de su morbilidad (Reyes, 2003).

### **1.5.1.3. Tipos y tratamiento del dolor infantil**

El tratamiento del dolor infantil ha sido a lo largo de mucho tiempo infravalorado por diversos motivos, entre ellos, por la creencia que la inmadurez del sistema nervioso conllevaba una menor percepción del dolor, por la imposibilidad de poder verbalizar el dolor, por el peligro que se podía derivar de la administración de fármacos etc. (Reinoso-Barbero,

2001). En relación a estas creencias, y de manera especial a la que hace referencia a los fármacos, no existen pruebas que confirmen que los niños sean más sensibles a los efectos adversos de los medicamentos ni que tengan mayor predisposición para la adicción a los fármacos (Tutaya, 2002). En las dos últimas décadas han surgido importantes cambios en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del dolor, aunque como he comentado con anterioridad todavía queda mucho para lograr adecuar el tratamiento al dolor de los niños.

Otro de los mitos que ha perjudicado, y en ocasiones continua perjudicando, a los niños y de manera especial a los bebés y prematuros, ha sido el desconocimiento de la farmacología en especial la de los opioides. El motivo de que este tipo de analgésicos se haya utilizado de manera escasa entre los niños, ha sido el miedo a que se produzca depresión respiratoria, dependencia a los fármacos y efectos secundarios de los mismos (Barajas, 2003).

Según Eland (1990) muchas enfermeras y médicos todavía creen que el riesgo a la adicción de los opioides puede ser muy alto y dejan de utilizar este tipo de fármacos en el tratamiento del dolor infantil. Todo ello ha derivado en una infrautilización de los mismos y en el caso de utilizarlos, las dosis aplicadas han sido inferiores a las necesarias, lo que da lugar a un fracaso terapéutico. En los últimos años se ha incrementado el uso de los opioides, demostrándose que si la utilización de los mismos es la correcta, las complicaciones que pueden derivarse de los mismos son mínimas (Barajas, 2003).

McCaffery, Ferrell, O'Neil-Page y Ferrell (1990) encontraron que menos del 25% de las enfermeras identificaban de manera correcta la dependencia psicológica que podían ocasionar los opioides. Anteriormente, en otro estudio llevado a cabo por Dilworth y MacKellar (1987), se constata la administración de más de 600 perfusiones intravenosas continuas con opioides como medicación analgésica. No se observó en ningún caso efectos secundarios atribuibles a la medicación, lo que nos lleva a pensar que tal vez los tan temidos efectos secundarios derivados de la administración de medicación opioide no se produzcan de manera habitual y, por tanto, deban ser administrados más habitualmente.

El tratamiento del dolor en general, y de los niños en particular, es en la actualidad uno de los objetivos primordiales de la política sanitaria, sobre todo por su repercusión en el bienestar de la población de un país. Siendo por tanto, necesaria la prevención o abordaje del dolor ante cualquier situación clínica lo antes posible, para evitar los efectos negativos e irreversibles que pueden derivarse.

Entre los diferentes tipos de dolor que con más frecuencia suelen presentarse en los niños podemos destacar el dolor agudo, el crónico, el músculo esquelético, el neuropático y el producido por el cáncer. Me centraré en los dos primeros por ser los más prevalentes. El primero de ellos, el dolor agudo, es secundario a un estímulo importante de los tejidos corporales que percibimos a través de los receptores nociceptivos situados en el lugar de la agresión. Habitualmente este tipo de dolores son de corta duración en el tiempo, de ahí que, como en otras patologías, lo denominemos agudo en su aparición y cese (Molina et al, 2002).

Frente al dolor agudo se deben tener en cuenta una serie de premisas antes de instaurar el tratamiento farmacológico, que son: los antecedentes de episodios de dolor, las palabras que utiliza el niño para referirse al dolor y las reacciones que presentan los niños ante el dolor.

También observaremos el tipo, duración, lugar y edad del niño. Una vez que se tiene conocimiento de la historia del dolor, el equipo multidisciplinar, junto con el niño y su familia, deben llevar a cabo una estrategia para eliminar el dolor. Dicha estrategia tendrá en cuenta la evaluación, los fármacos necesarios, los efectos secundarios que pueden derivarse, la vía de administración, etc. para eliminar este dolor.

Para el tratamiento de este tipo de dolor los fármacos más utilizados son: los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), paracetamol y opioides (sulfato de morfina, fosfato de codeína y Patient Controlled Analgesia -PCA-). Las causas más frecuentes de este tipo de dolor en los niños suele estar originada por: fracturas óseas, cefaleas, otitis, dolores postoperatorios, etc.

Además de este tipo de fármacos debo mencionar los anestésicos locales y las técnicas de anestesia regional, ambos son agentes ideales para producir una buena analgesia local a nivel de los nervios, permitiendo una analgesia completa y prolongada. Evitan la utilización de opioides y los efectos secundarios que podrían derivarse de los mismos.

El dolor crónico se caracteriza por ser persistente y atribuible a alguna causa orgánica que dura más de lo previsible. En la actualidad este tipo de dolor

en niños y adolescentes ha aumentado de manera considerable. Un estudio llevado a cabo en España, muestra que alrededor del 37,3% de estudiantes cuyas edades oscilan entre 8 y 16 años sufren dolor crónico (J. Miró, 2010).

La mayor parte de patologías que cursan con este tipo de dolor se centran en enfermedades reumáticas, como es el caso de la artritis o en enfermedades terminales, no necesariamente de causa tumoral. La diferencia del dolor crónico frente al agudo radica en aspectos psicológicos, ansiedad, miedo etc., además de producir efectos en las personas más allegadas, como es el caso de los hermanos y padres (J. Miró, 2003).

La terapéutica utilizada en estos niños para disminuir con máxima eficacia este tipo de dolor es la denominada multimodal, es decir aquella que combine: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), opiodes, anestésicos locales e intervenciones psicológicas. Además de los fármacos expuestos también se dispone de bombas de infusión de PCA o NCA (*patient controlled analgesia or nurses controlled analgesia*) son muy eficaces en el control del dolor en la edad pediátrica, de gran utilidad en aquellos casos que el dolor es severo y se necesita mantener una cantidad continua de analgésicos, también es efectiva la utilización de parches de morfina, aunque sólo pueden administrarse a partir de una edad determinada debido a las dosis del preparado (Molina et al., 2002).

Aunque sea un tipo de dolor agudo debo hacer una mención al dolor postoperatorio infantil; resulta importante para esta tesis ya que sigue siendo un reto para los profesionales de la salud. En algunas ocasiones

puede ser considerado como una situación normal después de una intervención quirúrgica. En otras, por persistencia de mitos, como es el caso de la no utilización de analgésicos, por miedo a los efectos secundarios de los mismos, o bien la asociación del llanto como algo habitual en el niño, no considerando que este pueda ser una manifestación de dolor (Álvarez, 2000).

El dolor postoperatorio infantil muchas de las veces es la primera experiencia dolorosa importante a la que se enfrenta el niño (Grunau, 1998). Se trata de un tipo de dolor agudo que precisa de un tratamiento inmediato para evitar que se vaya incrementando y altere el bienestar del niño que ha sido sometido a una intervención quirúrgica. Para ello se disponen de diferentes tipos de fármacos, cuyo principal objetivo es aliviar este dolor (McLellan, 2004).

En la actualidad todavía contamos con un número importante de niños que no presentan medicación prescrita para controlar el dolor después de las intervenciones quirúrgicas, o en el caso de presentarlas los analgésicos se prescriben con dosis terapéuticas menores a las que necesitan los niños para aliviar su dolor (Helgadóttir, 2000). Las actitudes de los profesionales de la salud y la falta de conocimientos en relación al dolor son algunos de los factores que favorecen un escaso o nulo control del dolor (Vincent y Denyes, 2004).

El dolor postoperatorio infantil tratado de forma inadecuada puede dar lugar a complicaciones irreversibles, siendo por ello fundamental que

el personal sanitario que trabaja en unidades infantiles, sea capaz de visibilizar el dolor, evaluarlo e intervenir ante el mismo, así como incorporar a los padres o cuidadores ante el manejo del dolor de sus hijos. Es de todos sabido que el dolor postoperatorio infantil continúa siendo una de las complicaciones postquirúrgicas (Nascimento, Módolo y Rodrigues, 2002).

Por último, debo mencionar el dolor producido por los procedimientos dolorosos y de manera especial en los recién nacidos o prematuros, son niños que debido a su patología están sometidos a multitud de procedimientos siendo la mayoría de ellos muy dolorosos, y en muchas de las ocasiones ignorado por los profesionales. En la actualidad se dispone de métodos tan sencillos y eficaces como es el caso de la administración de sacarosa en los más pequeños antes de realizar procedimientos dolorosos, o fármacos tópicos para administrar antes de dichos procedimientos que han demostrado gran efectividad (Schechter et al., 2007)

Hasta aquí he hecho referencia a los fármacos disponibles para eliminar el dolor infantil ante todo tipo de dolor, pero no puedo olvidar mencionar los tratamientos no farmacológicos, los cuales tienen por objeto disminuir el temor y la ansiedad que generan tanto el desconocimiento de los procedimientos a los que debe someterse el niño como las experiencias dolorosas anteriores.

De entre las muchas técnicas no farmacológicas de que disponemos cabe citar:

- La relajación. Esta técnica es de gran utilidad para disminuir la ansiedad y la tensión muscular que en la mayoría de ocasiones acompaña al dolor. La forma más habitual de ayudar a los niños a relajarse es a través de la respiración profunda rítmica y lenta para así conseguir relajar sus cuerpos.
- La distracción. El objetivo principal de esta técnica consiste en retirar la atención del punto doloroso para dirigirlo y centrarlo en otro tipo de estimulación. McGrath señala que la distracción no es una estrategia pasiva destinada a divertir al niño, sino una forma de focalizar la atención en algún tipo de tarea que sirva para alterar activamente la percepción sensorial del dolor. La distracción actúa porque atenúa los impulsos neuronales evocados por el estímulo nervioso (McGrath, 1991). Es un analgésico potente en los niños, pero no debemos confundir la distracción del dolor con el alivio del mismo. Son muchas las técnicas de distracción a las que podemos recurrir, siempre teniendo en cuenta la edad del niño. Siempre es imprescindible contar con la ayuda de los padres o tutores, ya que ellos mejor que nadie saben cuáles son sus preferencias (mirar la televisión, dibujar, colorear, escuchar música, leer, contarle cuentos, juegos de mesa o de ordenador, etc.).
- El juego. Es el mejor medio de expresión que posee el niño, pues es el mecanismo esencial para desarrollar su capacidad

emocional y conseguir bienestar. A través del juego los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de poder valorar el estado de ánimo del niño y a la vez utilizarlo como instrumento de comunicación (Aguilar y Ponsell, 2008).

- La hipnosis. Esta técnica puede definirse como un estado de consciencia alternativo que implica relajación y en el que una persona alcanza un alto grado de concentración que le permite aceptar sugerencias para que utilice estrategias de afrontamiento de forma óptima (Bragado y Fernández, 1996).
- La solución de sacarosa. Consiste en administrar una solución de sacarosa en los recién nacidos y prematuros antes de realizar procedimientos dolorosos como por ejemplo: punciones en el talón, inserción de vías venosas, pinchazos para administrar vacunas etc. ha demostrado ser de gran eficacia ante la disminución del dolor (Twycros, Moriarty y Betts, 2002).
- La estimulación cutánea. Llevada a cabo a través de caricias o masajes, éstos consisten en una terapia manual que nos permite una relajación muscular, facilita la circulación sanguínea, ayuda en la disminución del dolor y produce beneficios tanto a nivel físico como emocional (Beck, 1998). A veces puede ser suficiente tomar la mano del niño. En ocasiones puede resultar útil aplicar frío o calor en el lugar indicado.

- La estimulación transcutánea. Consiste en la aplicación de electricidad de bajo voltaje al cuerpo, a través de unos electrodos aplicados sobre la piel. Es un método bastante eficaz y que no produce efectos secundarios. Se utiliza indistintamente en dolores agudos o crónicos. La aplicación de este tratamiento siempre debe estar a cargo de personal de enfermería o fisioterapeutas.
- Técnicas alternativas. Entre éstas se encuentran la acupuntura y el yoga. Ambas se empiezan a llevar a cabo pero todavía son pocos los estudios que hablan de los resultados de las mismas frente al dolor infantil.
- Payasos de Hospital. Es importante destacar la función de Payasos de Hospital, los cuales a través de sus actuaciones consiguen disminuir el dolor y la ansiedad en situaciones muy concretas, como por ejemplo durante procedimientos dolorosos, en el prequirófano y durante la hospitalización. Actualmente el humor y la risa son estrategias conductuales muy utilizadas para reducir el miedo, el estrés y la ansiedad en el ámbito hospitalario (Meisel et al., 2009).

Estos métodos son posiblemente las estrategias de adaptación más eficaces para hacer frente al dolor, y que deberían ser siempre utilizadas aunque deban combinarse en la mayoría de ocasiones con los tratamientos farmacológicos ya que ambos tratamientos no son excluyentes.



FIGURA 10. *Los Payasos de Hospital (Sonrisa Médica)*, cortesía de la *Sonrisa Médica*.

### **1.5.2. Los profesionales de la salud y los familiares ante el dolor infantil**

El desafío y manejo del dolor es un reto al que se enfrentan diariamente los profesionales de la salud, su atención requiere la intervención de diferentes disciplinas, para poder ser abordado de manera integral.

Resulta de interés centrarse en la forma en que perciben el dolor de los niños los diferentes profesionales de la salud y los obstáculos con los que se enfrentan día a día y que dificultan un manejo eficaz del dolor infantil. Entre estos obstáculos destaca la percepción del dolor infantil que todavía tienen muchos profesionales de la salud, muy posiblemente influenciada por sus propios valores y creencias (Stevens, Hunsberger y Browne, 1987) y por

la persistencia errónea de los mitos en torno al dolor de los niños. Burokas (1985) ha demostrado que las creencias personales de las enfermeras influyen en las decisiones sobre la administración de fármacos de los niños después de una intervención quirúrgica.

Los profesionales de la salud además de poseer una serie de conocimientos técnicos y científicos van interiorizando esquemas mentales que conforman una práctica profesional; como consecuencia de ello desarrollan una manera de relacionarse ante el paciente, familia y sociedad en general.

Es muy escasa la bibliografía que hace referencia a la percepción que tienen los profesionales de la salud ante el dolor infantil y de como las actitudes de estos influyen en el manejo del dolor en la práctica clínica (Casanovas et al., 2000). Así pues podemos decir que la percepción que cada persona o profesional tiene del dolor es la interpretación que cada uno de ellos hace de los estímulos que le llegan a través de los sentidos. Según la percepción que cada profesional de la salud o individuo tiene de determinadas situaciones, influencia en la actitud que llevará a cabo ante el dolor infantil. Todo ello nos explica porque puede ser muy diferente la actitud que los profesionales lleven a cabo ante el dolor de los niños.

#### **1.5.2.1. Percepción del dolor en los médicos**

Existe poca información en relación a la percepción que tienen los médicos en torno al dolor pediátrico. Mather y Mackie (1983) realizaron una encuesta sobre el nivel de dolor que presentan los niños en el periodo postoperatorio.

A través de este estudio determinaron que el tratamiento médico es, a menudo, inadecuado. Además del déficit de tratamiento también contamos con estudios en los que se pone de manifiesto que los médicos poseen una escasa formación relacionada con el manejo adecuado del dolor infantil (Riaño Galán, Mayoral González, Solís Sánchez, Orejas Rodríguez-Arango y Málaga Guerrero, 1998).

En otros estudios como el de González-Escalada et al. (2009) se pone de manifiesto como los médicos no perciben la intensidad del dolor de la misma manera que sus pacientes. Siendo por ello necesario que tomen conciencia de cuáles son las falsas creencias en relación al dolor, que conducen a la administración de un tratamiento ineficaz frente al dolor infantil (Twycross, Moriarty y Betts, 2002).

#### **1.5.2.2. Percepción del dolor de los profesionales de enfermería**

Las enfermeras tienen la responsabilidad ética y moral de eliminar o reducir en lo posible el dolor de los niños, pero pueden encontrarse con dificultades importantes para ello, debido en gran parte a alguno de los factores que se han mencionado a lo largo de la exposición teórica, tales como los de carácter sociocultural o la propia presión de la estructura de poder y funciones dentro del equipo de profesionales. Por eso es necesario y urgente que los profesionales de la salud sean conscientes del obstáculo que dichas creencias pueden ocasionarles en el momento de tomar medidas frente a la evaluación, el tratamiento y puesta en marcha de medidas eficaces para paliar el dolor infantil.

Además, en muchas ocasiones los profesionales de enfermería se centran más en los aspectos técnicos de los cuidados, que en la propia evaluación del dolor infantil. Ello nos lleva a pensar que éstos no consideran el dolor como una tarea prioritaria, sino que la mayoría creen que el dolor forma parte del proceso hospitalario y que como tal no puede eliminarse totalmente, provocando así un sufrimiento inútil a los menores (Twycross, 2002).

Un estudio realizado por Jacob y Puntillo (1999) en el que se analizan los valores y creencias de las enfermeras de pediatría en relación al dolor infantil de los niños hospitalizados muestra unos resultados incongruentes con la realidad de la práctica clínica. Los resultados del estudio evidencian cómo los profesionales consideran que la evaluación del dolor es el primer paso a tener en cuenta, para eliminar de modo eficaz el dolor, pero al analizar los registros de enfermería no se obtuvieron datos relacionados con dicha evaluación.

Otros estudios llevados a cabo sobre la percepción del dolor por las enfermeras en unidades de hospitalización infantil ponen de manifiesto una falta de conocimientos de estas para enfrentarse al dolor postoperatorio de manera efectiva (Castanheira et al., 2010; Fernández-Galinski, Gordo, López-Galera, Pulido y Real, 2007;).

### **1.5.2.3. Relaciones interprofesionales**

En este apartado reviso la bibliografía sobre las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo en el ámbito de la salud, como un elemento que influye en la atención a los niños con dolor y sus familias.

Con el fin de adentrarme en la forma en que los diferentes profesionales de la salud ocupan sus papeles en los equipos multidisciplinares; podemos revisar algunas de las cuestiones que se plantean en la bibliografía al respecto. Para empezar podemos citar la importancia que otorga Robertson (1999) a los efectos que tienen los estereotipos entre los propios profesionales que pueden formar parte de un grupo interprofesional, en el ámbito de la salud. Éstos generan una idea prefijada del papel que puede jugar cada uno dentro del propio grupo. Siendo un factor subjetivo, una percepción de lo que puede ser, pero no tiene porqué corresponderse con la realidad. Por ejemplo, médicos y enfermeras consideran que los trabajadores sociales tienen una visión poco realista sobre las necesidades de salud y a su vez éstos piensan que aquellos tienen una posición autoritaria con los pacientes.

En el ámbito estricto de las relaciones entre los profesionales objeto del estudio, Blue y Fitzgerald (2001) identifican en la histórica división sexual y social del trabajo que ha favorecido la feminización de la profesión de enfermería, junto a sus orígenes como cuidadoras de los pacientes, en el marco de las inherentes relaciones de poder; cabe ver uno de los factores de peso que favorecen el desequilibrio a favor de los médicos, colectivo que goza de un poder simbólico que inclina la balanza en las relaciones interprofesionales. Otros autores como Coobs y Ersser (2003), centrados en la autoridad de la profesión médica, ponen de manifiesto como el grado académico y la autoridad consecuente y socialmente admitida favorecen la hegemonía en las decisiones que se adoptan en los cuidados a las personas con problemas de salud que requieren cuidados especiales. De esta forma, sus opiniones prevalecen según su voluntad sobre las del resto del equipo.

A este respecto, parece que la posición hegemónica o cerrada de ciertos colectivos puede incluso extenderse al resto del equipo en referencia a otros grupos de trabajo más multidisciplinarios. Con esto me refiero a que los equipos de salud en ocasiones obvian las opiniones o trabajo directo de otros profesionales o colectivos que pueden aportar nuevos debates, inquietudes, etc. Kvarnström y Cedersund (2005) advierten sobre esta circunstancia y la necesidad de que los equipos de trabajo sobre temas de salud se abran a una mayor multiprofesionalidad, olvidando en parte los espacios cerrados sin comunicación con otros sectores. Así se daría entrada a otras perspectivas y no únicamente las que se puedan desprender de los especialistas directos sobre el tema de salud en cuestión.

Podemos encontrar resistencias a la hora de establecer relación con otros grupos, pero también con las familias; este es un hecho que en ocasiones genera dificultades y se puede vivir con inquietud por los profesionales de enfermería. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro y Lastra (2004) identifican una serie de aspectos como condicionantes para que estos profesionales puedan informar a los familiares, dentro de unas relaciones de normalidad. Parece ser que se sienten sujetas a no informar y a mantener la rigidez normativa. Dentro de las causas podríamos encontrar el miedo a asumir el liderazgo que la institución otorga a otros profesionales, como el caso de los médicos; también otros aspectos como la salvaguarda ante el estrés que puede producirles el contacto con los familiares de pacientes en estado crítico.

Las resistencias en los profesionales de salud en general ocurren incluso en referencia a las políticas que aumentan el control sobre éstos y su práctica, incluyendo sistemas de calidad y de gestión que en ocasiones pueden ser vistos como una intromisión o pérdida de autonomía. En el estudio llevado a cabo por Gilbert (2005) se apuntan indicios de la resistencia del colectivo de profesionales, generándose una tensión permanente frente al incremento de controles directivos.

Da Costa (2007) expone los resultados de una investigación en la que analiza los roles que desempeñan los integrantes de los equipos y la visión que tienen de esa experiencia. Se considera que el trabajo en equipo es muy importante, aunque no de todas formas no esconden las dificultades que encierra, sobre todo en el terreno de las relaciones entre sus miembros, según su disciplina o categoría profesional.

Lo positivo del trabajo en equipo se refiere a la forma de dividir responsabilidades y de alcanzar de forma más rápida la salud y recuperación en general del paciente. Esto parece ser debido a que cada uno tiene una percepción distinta de la situación; siendo la unión de las diferentes perspectivas lo que favorece la eficacia resultante.

En la parte negativa, coinciden en afirmar la existencia de una serie de factores que perturban el buen funcionamiento y equilibrio del trabajo, entre estos destacan la jerarquía entre profesionales y la existencia de leyes que reglamentan las profesiones. También mencionan la disputa por cotas de poder, miedo a perder espacio o estatus profesional, así como la existencia

de lo que denominan “feudos difíciles de penetrar” (Da Costa 2007, p. 5). Así mismo, este autor señaló un distanciamiento mayor del profesional médico con el resto de profesionales del equipo, refiriendo que este comúnmente se coloca en un pedestal, lo que dificulta la aproximación.

Sirota (2007) indica una serie de aspectos que aparecen con frecuencia en la relación entre personal médico y de enfermería. Continúan existiendo actitudes negativas de los primeros hacia los segundos; de lo anterior se desprende que los profesionales de enfermería se sientan insatisfechos con la relación entre ellos y los médicos, esto repercute incluso en su actividad profesional; los últimos años algunas relaciones han mejorado, sobre todo aquellas que ocurren en espacios como quirófanos y unidades de cuidados intensivos, en los que el trabajo en equipo es imprescindible.

La autora, amparándose en una encuesta realizada a 1.100 profesionales de enfermería, identifica algunos factores que favorecen la mala relación entre médicos y enfermeras: comportamiento inapropiado, perturbador o abusivo por parte de los médicos; actitudes de menosprecio respecto a los profesionales de enfermería y, por último, aspectos como las relaciones que se establecen bajo el binomio poder/sexo. Aunque también es cierto que los resultados auguran un cambio de tendencias, en el que la progresiva equiparación social y de estatus profesional de ambos parece ser un futuro previsible; reduciéndose así los problemas existentes.

Siguiendo con las relaciones interprofesionales en los equipos de salud, R. Miró, y M. Miró (2010) señalan algunas medidas a tomar para mejorar

dichas relaciones: desarrollar estrategias educativas relacionadas la práctica colaborativa en salud, durante la etapa formativa; establecer en las instituciones modelos de trabajo interdisciplinar, como por ejemplo registros comunes de trabajo. En realidad, los profesionales de la salud no desean trabajar en un ambiente enrarecido por las diversas discrepancias; desempeñan mejor su labor cuando existe un ambiente que permite centrarse en su práctica profesional. Otros elementos facilitadores para el desarrollo de una práctica colaborativa entre personal médico y de enfermería, son: la buena comunicación, la participación de los profesionales en comités sobre la práctica, la toma de decisiones compartida, el uso de registros multidisciplinares sobre los pacientes, el uso de guías de práctica clínica, la revisión conjunta de los registros clínicos, la estructura propia de las unidades, la formación y la experiencia de los propios profesionales y la cultura organizacional.

#### **1.5.2.4. Percepción del dolor por parte de la familia**

Al contrario que ocurre con el personal sanitario, los padres son muy conscientes del dolor de sus hijos y también de su forma de expresarlo, siendo por ello una ayuda imprescindible, a la hora de valorar la gravedad del mismo, ya que pueden aportar información vital para tomar las decisiones adecuadas y proporcionar el remedio idóneo a este dolor. Por otra parte, los padres son una fuente de consuelo para sus hijos en estas experiencias dolorosas, pero algunos estudios denotan como en el pasado se pensaba que el amor que sienten por ellos podía impedirles en determinadas ocasiones evaluar con objetividad la intensidad del dolor que sentían (Woodgate y Kristjanson, 1996).

Precisamente para estudiar la percepción de los padres ante el dolor de sus hijos Watt-Watson, Evernden y Lawson (1990) realizaron un estudio del que dedujeron que los progenitores eran capaces de identificar, a través del lenguaje no verbal de sus vástagos, la intensidad del dolor que estaban padeciendo. Este estudio ratifica pues la importancia que tiene contar con la información que puede proporcionar la familia, a la hora de atender de manera más eficaz el dolor de los niños.

Los profesionales de la salud deben animar a los padres para que se impliquen ante el proceso de la evaluación del dolor de sus hijos, ya que es muy importante recopilar la máxima información posible, para evitar así el sufrimiento de los niños.

Numerosos estudios, tales como los de Ochoa y Polaino (1999); Perteguer (2003); Espezel y Canam (2003); o, más recientemente, los realizados por Velázquez González, Flores Caraballo, Picallos Conde y Albar Marín (2009); han señalado la ayuda que proporciona la presencia de los padres ante determinados procedimientos de sus hijos que cursan con dolor, ello debe conducir a un replanteamiento en la organización hospitalaria en relación a las restricciones o incluso en determinados servicios de la presencia parental.

A lo largo de este capítulo he realizado un recorrido a través de la historia del dolor en general y del dolor infantil en particular. He analizado los principales factores que influyen en el manejo del dolor con el objetivo de dar a conocer que el dolor no puede interpretarse bajo una visión única sino

que forma parte de un entramado que debe tenerse en cuenta para poder tratarlo de manera holística, y para ello el abordaje debe hacerse de forma multidisciplinar ya que el dolor como hemos dicho con anterioridad forma parte de un proceso multifactorial.

## **CAPÍTULO 2. ORIENTACIÓN TEÓRICA Y PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIO**

### **2.1. Marco teórico**

La revisión de la literatura me ha permitido ahondar en los conceptos nucleares de esta investigación que son: infancia, atención al dolor infantil, y profesionales de la salud en el contexto hospitalario de Mallorca, Europa y otros países.

Una mayor comprensión del fenómeno de estudio me ha posibilitado plantear un proyecto de investigación a través del cual trato de dar respuesta a algunas cuestiones pendientes de responder en relación a la atención al dolor infantil, y que tiene como último fin entender porque los profesionales de la salud llevan o no a cabo en su práctica clínica intervenciones para aliviar o eliminar el dolor agudo infantil ante situaciones postquirúrgicas.

En la planificación de un proyecto de investigación hay cuestiones que son fundamentales para su desarrollo. Guba y Lincoln (2005) describen que la primera de ellas se refiere a la cuestión ontológica, aquella que se pregunta por la naturaleza de la realidad, por su forma, qué se quiere conocer, cómo son las cosas y cómo funcionan; en la exploración del fenómeno, sus actores, el desarrollo del proceso y su contexto. La

segunda cuestión, la epistemológica, consiste en identificar el paradigma y las teorías de conocimiento mediante los que se puede estudiar la realidad social conectando las perspectivas teóricas con la visión del investigador. Por último, existe la cuestión metodológica; que se refiere a cómo se puede obtener información y analizarla y qué métodos deben ser fijados coherentemente según la ontología y a la epistemología del estudio.

Los modelos teóricos que nos permiten la conexión entre estas dos preguntas la cuestión ontológica y epistemológica son conocidos como paradigmas, entendidos como una “completa constelación de valores, creencias, técnicas que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de solución de problemas a una comunidad científica que actúan de marco de referencia en la interpretación de un fenómeno” (Kuhn, 1975, p. 272). Los paradigmas actúan de marco teórico de referencia en la interpretación de un fenómeno entendido como “real” por el investigador. Kuhn (1962) se refiere a esta interpretación como una actividad gobernada por un paradigma en la resolución de un enigma.

Así los paradigmas serán el sistema básico de creencias o visión del mundo que guía al investigador, ya no sólo al elegir los métodos, sino en formas que son ontológica y epistemológicamente fundamentales (Guba y Lincoln, 2005). En otras palabras, los paradigmas son como un conjunto básico de creencias que guían la acción: se refieren a los principios primarios o esenciales, definen la visión que ha de tener el investigador para trabajar, que nunca se establecen en términos de verdades últimas (Denzin y Lincoln, 2005).

Bourdieu (1997, p. 14) señala que si el “cambio de perspectiva en la investigación científica nos ayuda a entender y clarificar los hechos y las praxis sociales (...) la elección de una perspectiva y no de otra es de gran importancia desde el punto de vista de las interpretaciones y resultados que podamos hacer de un mismo hecho empírico”.

En este sentido un paradigma es como un cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que definen cómo hay que hacer ciencia; son los modelos de acción para la búsqueda del conocimiento. Según Martínez (2004) los paradigmas, se convierten en patrones, modelos o reglas a seguir por los investigadores de un campo de acción determinado.

A lo largo del proceso de toda investigación es fundamental buscar una teoría, intentar usar un argumento que refiere un fenómeno observado a sus causas fundamentales (Ratcliffe y González del Valle, 2000). En esta investigación, el paradigma crítico social de orientación postestructuralista basado en los principios filosóficos del constructivismo social es el que se adapta mejor al tipo de cuestiones planteadas.

Desde el constructivismo social se considera que la sociedad es un producto humano y que el hombre (y mujer) es un producto social (Berger y Luckmann, 1980), entendiendo que la realidad es construida por interacción entre humanos situados en un mundo social. Miller y Holstein (1993) sugieren que los investigadores que tratan con problemas sociales deberían identificar el proceso por el cual las personas expresan sus

problemas y son definidos a través de los contextos sociales y como el proceso de construcción social es contextualizado.

Analizar las percepciones, los conocimientos, las creencias, los prejuicios y las significaciones y las prácticas de los diferentes profesionales de la salud permitirá comprender cómo es posible que a pesar de las evidencias científicas en relación al abordaje y el tratamiento del dolor infantil, todavía los niños sigan de manera habitual padeciendo dolor. Por todo ello, he centrado mi mirada en las percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante este fenómeno, para entender como algunos determinantes sociales que influyen en las estrategias que llevan a término su práctica clínica ante el dolor infantil.

### **2.1.1. Paradigma crítico social**

Kincheloe y McLaren (2000) resumen las asunciones básicas que comparten los investigadores que plantean sus trabajos como una forma de crítica social y cultural.

Las asunciones fundamentales del Paradigma Crítico Social son:

- Todo pensamiento está fundamentalmente mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente.
- Las relaciones entre concepto y objeto y entre significativo y significado no son nunca estables o fijas y están a menudo mediadas por las relaciones sociales.

- Los hechos nunca pueden ser aislados del dominio de valores o separados de alguna forma de adscripción ideológica.
- El lenguaje es un eje central para la constitución de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente.
- En cualquier sociedad, ciertos grupos gozan de privilegio sobre otros y, aunque las razones para este privilegio pueden ser ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades humanas incluso las contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario, o inevitable.
- La opresión tiene muchas facetas, centrarse sólo en una, excluyendo las otras, frecuentemente elude la interconexión entre ellas.
- Las prácticas investigadoras consolidadas están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza, y opresión de género.

Según las premisas epistemológicas del paradigma crítico social, se asume que no existen grandes teorías que puedan reflejar y dar cuenta de la complejidad de la realidad. En efecto, esta perspectiva se sitúa en un relativismo escéptico, entendiendo que la realidad está moldeada por relaciones de poder y que ésta existe en tanto se construye a través del

habla, los textos y los medios de masas (Guba y Lincoln, 2005). Por ello, las investigaciones enmarcadas en este referencial teórico suelen usar una metodología que permita reconstruir. Es decir, dudar acerca de lo que sabemos y hallar nuevas formas de mirar, ya que, el propósito final de estas investigaciones es la crítica, para posteriormente plantear la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género (Dzurec, 1995; Heslop, 1997; Weedon, 1997). Este paradigma es considerado por Castel, Álvarez-Uría, Donzelot y Rendueles (2006) como la oportunidad para construir un discurso transformador que dispute el terreno de lo considerado como natural o aceptado, mediante la percepción crítica de la realidad. Trata de poner de manifiesto nuevas formas de reflexionar sobre lo que se sabe. El paradigma crítico social, permite ser sensible a las distintas voces y perspectivas más marginadas en el estudio de fenómenos sociales.

La perspectiva ontológica en este paradigma, se sitúa en un “realismo histórico”, entendido como realidad virtual moldeada por valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género; para después quedar cristalizados en una serie de estructuras que ahora se consideran (inapropiadamente) reales, es decir naturales e inmutables.

El paradigma crítico social me permite cuestionar la relación entre poder y conocimiento y analizar cómo esta relación se mantiene anclada en las prácticas de los diferentes profesionales sanitarios en relación a la valoración tratamiento y manejo del dolor infantil. Además me ayuda a interpretar el fenómeno del dolor como algo más que una mera reacción

fisiológica. En este sentido Le Breton (1999) señala que hay que ser capaces de observar que el dolor se halla sujeto a modulaciones y variaciones sociales, culturales, simbólicas e individuales. Abordar el dolor desde un 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 un significado y una intensidad regular.

### **2.1.2. Paradigma Postestructuralista: una visión polisémica**

Dentro del paradigma crítico social una de las corrientes es la perspectiva postestructuralista. Este concepto es polisémico. El elemento común a las teorías situadas en esta corriente es la presencia de una crítica, más o menos densa, al determinismo exclusivo de la estructura de las instituciones sociales o a la estructura de pensamiento.

Es una corriente del pensamiento científico que se encuentra situado dentro del paradigma crítico social. El postestructuralismo hace referencia a un rango de posiciones teóricas que desafían la idea de que el lenguaje es neutral, objetivo y libre de valores respecto a la realidad (Cheek, 2000). Enfatiza que la verdad está socialmente construida y que hay muchos discursos que compiten para producir lo que nosotros tomamos como realidad, que en palabras de Geertz “son conjeturas a partir de las cuales el investigador debe extraer conclusiones explicativas” (Geertz, 1973, p. 20).

Esta perspectiva permite generar nuevas posiciones desde las que transformar los discursos que perpetúan los estereotipos. Los discursos

son considerados formas de pensamiento y prácticas integradas dentro de una amplia estructura social. Referencian lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad. Son, como apunta Iñiguez (2006), prácticas sociales que configuran sistemáticamente los objetos de que hablan, no identifican, los construyen.

En la sociedad los discursos se pueden solapar, complementar o incluso oponer. Los dominantes, son aquellos discursos que se encuentran arraigados en la sociedad, que se consideran incuestionables y proporcionan una estructura para debatir el valor de una forma de hablar sobre la realidad por encima de otras (Parker, 1992). Estos pueden limitar otras formas de pensamiento sobre un fenómeno, definiendo los límites de las posibilidades del conocimiento (Cheek, 2000); están en continuo desafío ya que mantienen relaciones con otras posibilidades de significado y posturas, llamados discursos transformadores o resistentes; además de buscar ser instituidos y abrir alternativas de significación, comprensión y acción.

Frente a ellos, los discursos transformadores pretenden crear resistencias, cuestionando los discursos monolíticos y unitarios, buscan otras posibilidades de estar presentes (Conde, 2009). Un discurso transformador produce la aparición de un nuevo orden que supone una ruptura del límite impuesto por las prácticas discursivas que están autorizadas. Trata de construir nuevas identidades y al hacerlo buscan la transformación de la estructura social.

Esta perspectiva me permite enfatizar que las verdades actualmente hegemónicas en relación al dolor, son producto de una realidad histórica.

En este estudio, el dolor es el núcleo central, pero son los profesionales de la salud, que me van a permitir saber cómo actúan, que acciones llevan a cabo y cual es la percepción de estos profesionales ante este fenómeno tan complejo como es el dolor infantil, enmarcado en una institución, como es el hospital, uno de los lugares privilegiados para conocer la experiencia humana de la enfermedad, desde los puntos de vista del paciente, de los profesionales y de la sociedad. El hospital es un lugar donde el paciente y su familia viven el proceso de enfermedad. En muchas ocasiones este complejo proceso se acompaña de soledad, distancia y dependencia como consecuencia de la situación que acontece en un momento puntual de su vida. Las relaciones que se establecen en este ámbito tienen unas características muy peculiares, están mediatizadas por el saber científico.

## **2.2. La teoría de Bourdieu: Un autor particularmente relevante**

En este apartado expondré las principales corrientes sociológicas que han influido en el pensamiento de Bourdieu, los elementos centrales en torno a su teoría, y por último integraré sus conceptos teóricos en el fenómeno de estudio: la atención al dolor infantil.

Como referencial teórico de esta investigación me ha sido de gran utilidad el conocimiento adquirido a través de los textos de Bourdieu.

Gutiérrez (1997) lo define como uno de los teóricos más relevantes de la actualidad, describiendo su obra como una de las más imaginativas y originales de la posguerra; hasta el punto de que el autor comienza a ser considerado, ya en vida, como un clásico de las ciencias sociales.

La trayectoria de Bourdieu estuvo marcada por una serie de rupturas personales: con su formación inicial, con su medio de origen y con las corrientes intelectuales dominantes, así como por las influencias de tres corrientes sociológicas: Emile Durkheim, Max Weber, y Karl Marx. Toma de ellos ideas fundamentales pero también se distancia y elabora una teoría original de lo social y de las condiciones de posibilidad del conocimiento (Ortiz, 1994).

Este autor ha sido criticado en muchas ocasiones por utilizar un lenguaje muy difícil, e incluso hermético en sus obras, pero él está convencido de que, tanto “por razones científicas como por razones políticas, hay que suponer que el discurso puede y debe ser tan complicado como requiere el problema a tratar” (Bourdieu, 1990, p. 69).

Bourdieu se ha situado en el paradigma constructivista estructuralista. Nos advierte que la referencia al estructuralismo adquiere aquí un sentido muy diferente al de la tradición saussuriana o levi-straussiana. Bourdieu (1987) entiende por estructuralismo la afirmación de que existen -en el mundo social mismo, y no sólo en los sistemas simbólicos como el lenguaje, el mito, etc.- estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, capaces de orientar o de restringir sus prácticas

y sus representaciones. Por constructivismo Bourdieu entiende que hay una “génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que son constitutivos de lo que llama *habitus*, y por otra parte, por estructuras y en particular de lo que llama campos o grupos...” (Bourdieu, 1987a, p. 127).

Aunque la obra de Bourdieu debe ser tratada prácticamente como un paradigma específico, hay otros autores que comparten con él muchos conceptos del constructivismo social: por ejemplo Elías, Giddens, Berger, Luckman y Cicourel, los cuales afirman que este enfoque teórico está caracterizado por tres rasgos fundamentales:

- La voluntad de separar las parejas de conceptos dicotómicos que ha heredado la vieja filosofía social, como las oposiciones entre idealismo y materialismo.
- El esfuerzo por aprehender las realidades sociales como construcciones históricas y cotidianas de actores individuales y colectivos, construcciones que tienden a substraerse a la voluntad clara y al control de estos mismos actores (Corcuff, 1995).
- La afirmación de que, como resultado de este proceso de construcción histórica, las realidades sociales son a la vez objetivadas e interiorizadas, de modo que el principio de la acción social sea la relación de determinación recíproca entre lo objetivo y lo subjetivo, es decir entre las formas objetivadas de la realidad social (Giménez, 2002).

Las sociedades se presentan como estructuras de diferencias que sólo cabe comprender si se elabora el principio generador que fundamenta estas diferencias. Principio que no es más que la estructura de la distribución de las formas de poder o de las percepciones de capital eficiente en el universo social considerado, y que, por lo tanto, varía según el lugar y momento. Esta estructura no es inmutable, y permite fundamentar un análisis dinámico de la conservación y transformación de las propiedades actuantes y, con ello, del espacio social (Bourdieu, 1983, p. 48-49).

### **2.2.1. Conceptos centrales en la obra de Bourdieu**

Bourdieu, a lo largo de su obra, presenta una serie de conceptos que los considera fundamentales para el abordaje de diferentes temáticas. Dichos conceptos son: *Campo*, *Habitus* y *Capital*.

Antes de adentrarme en estos conceptos es necesario recordar la concepción que Bourdieu tiene de la sociedad, como un sistema relacional de diferencias en el cual se constituyen diversos campos con sus reglas de juego específicas, y la describe de la siguiente manera: Todas las sociedades se presentan como espacios sociales, es decir estructuras de diferencias que solo cabe comprender verdaderamente si se elabora el principio generador que fundamenta estas diferencias en la objetividad.

Principio que no es más que la estructura de distribución de las formas de poder o de las especies de capital eficientes en el universo social considerado y que por tanto varían según los lugares y momentos.

Esta estructura no es inmutable, y la tipología que describe un estado de las posiciones sociales permite fundamentar un análisis dinámico de la conservación y de la transformación de la estructura de distribución de las propiedades actuantes y con ello, del espacio social. Es lo que pretendo transmitir cuando describo el espacio social global como campo, es decir, a la vez como un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de ese modo a conservar o a transformar su estructura (Bourdieu, 1997).

#### **2.2.1.1. Concepto de Campo**

Bourdieu define el campo como “una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones”. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sean agentes o instituciones, por su situación (*situs*) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo y, de paso, por sus relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.) (Bourdieu y Waqquant, 1995, p. 64).

Es por tanto, un espacio en donde las posiciones de los agentes se encuentran fijadas *a priori* y es allí donde se da una lucha en torno a intereses que son específicos de esa área en cuestión (Ortiz, 1994). 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. Así pues, no es una entidad estática, sino que es la arena social, estructurada y estructurante, 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 y Wacquant, 1992) y la competencia entre las personas es importante para determinar la dirección futura del campo. Además, el campo se considera el espacio de lucha entre los diferentes agentes sociales que se encuentran situados en el interior del propio campo.

Los campos son muy diferentes unos de otros. Así, podemos encontrar el campo de la política, el de la religión, el de la filosofía, el hospitalario etc. En todos ellos aparece la existencia de luchas entre los agentes. La estructura del campo es un estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones implicadas en la lucha, de la distribución del capital específico (Bourdieu, 2008).

Así pues, desde los conceptos desarrollados por Bourdieu se puede ir configurando el contexto en el que ocurre la acción sobre la que pretendo conocer, captar una realidad subjetiva materializada en conductas, comportamientos, formas de hacer y valorar lo que les ocurre a los sujetos y cómo estos se van situando en diferentes espacios de poder. Me refiero con ello a los profesionales de la salud y las posiciones en las que se van ubicando respecto a cada uno de los colectivos. Mi pretensión es descubrir

las diferencias, pero también las semejanzas en las formas de actuar de cada uno, dentro del contexto objeto de estudio.

### **2.2.1.2. Concepto de *Habitus***

El concepto de *Habitus* no es original de Bourdieu, ya había sido usado anteriormente por Aristóteles, pero la incorporación a la sociología lo convierte en un término clave de la teoría del autor.

El *habitus* en palabras de Bourdieu es la historia incorporada, naturalizada y por ello olvidada como tal historia, el *habitus* es la presencia activa de todo el pasado del que es producto: es lo que proporciona a las prácticas su independencia relativa en relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato (Bourdieu, 1991, p. 98).

El *habitus* hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos. Este concepto 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 *habitus* representa el ambicioso intento de Bourdieu para incorporar a su teoría los aspectos culturales y tradicionales de la vida (Webb, Schirato y Danaher, 2002).

Este concepto 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*.

Así pues el *habitus* son aquellas disposiciones no conscientes que el individuo interioriza a través de su socialización (familia, escuela, trabajo) y que lo llevan a pensar, percibir y actuar de una manera determinada (Corcuff, 2009).

Dicho autor, por una parte, me ha permitido entender mejor un tipo determinado de realidad social (la que acontece en una unidad quirúrgica de hospitalización infantil, objeto de mi estudio) y la relación que existe entre los profesionales de la salud que se mueven en el campo (la que acontece entre médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería y los niños y sus familias), así como las luchas de poder que se van sucediendo entre ellos en la atención al dolor infantil.

El campo que ocupa esta investigación es el campo sanitario, (hospital), entendido como producto de un proceso histórico, social y cultural, que comparte elementos comunes con otras instituciones pertenecientes a la misma sociedad, pero que crean fenómenos sociales y culturales propios, que lo determinan y diferencian de las demás instituciones, donde permanecen los niños con sus familiares que presentan diferentes problemas de salud, muchos de los cuales cursan con dolor.

En el interior del campo se integran una serie de subcampos, que en el caso de este estudio están representados por las diferentes unidades del hospital, presentando cada una de ellas una lógica propia con un tipo particular de intereses relaciones y prácticas sociales pero donde cada uno de estos servicios presentan a su vez características similares. Se trata de la unidad de cirugía y quemados del Hospital Materno infantil Son Dureta.

El campo es un lugar complejo en cuyo interior se encuentran los profesionales de la salud (enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería) y otros muchos profesionales que en este caso no son objeto de estudio.

### **2.2.1.3. Concepto de Capital**

Bourdieu denomina capital a los recursos que se ponen en juego en los campos, distingue diferentes tipos de capital: social, cultural, económico y simbólico.

El término capital no se reduce al meramente económico, sino que se extiende a toda la energía susceptible de producir efectos sociales. De manera general, por capital social se entienden las reciprocidades materiales y simbólicas que existen y circulan en una red social (Schuller, Baron y Field, 2000). El capital social es definido como el conjunto de los recursos actuales o potenciales vinculados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento e interreconocimiento destinadas a la institucionalización o la reproducción

de relaciones sociales utilizables directamente, a corto o a largo plazo (Bourdieu, 1980).

Estas relaciones se manifiestan por medio de la pertenencia a grupos, que pueden ser, clubes, fundaciones, partidos, iglesias, asociaciones, entre otros, integrados por agentes que además de poseer propiedades comunes se relacionan por medio de lazos permanentes, los cuales posibilitan el intercambio de favores y servicios (Téllez Iregui, 2002).

A partir de la definición de Bourdieu, 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, el capital social se encuentra asociado a la pertenencia de un agente a un grupo social determinado, y se basa en el reconocimiento de una estructura de relaciones. Estudiar el capital social desde esta perspectiva permite identificar los mecanismos del poder y la búsqueda de alternativas para revertir la dominación (Bevort, 2007). 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.

El capital cultural puede existir bajo tres formas: el capital institucionalizado, el incorporado y el objetivado (Perdomo y Martínez, 2010). El capital

institucionalizado define la ubicación del agente en alguno de los segmentos del campo, y por consiguiente su configuración (Bourdieu, 1993). El capital incorporado es aquel que se hereda pero, a diferencia del económico, se transmite tan sólo a través de la formación. El objetivado en forma de bienes culturales, cuadros, libros, diccionarios, instrumentos o máquinas que son resultado y muestra de disputas intelectuales de teorías y de sus críticas (Bourdieu, 2006). Los diferentes tipos de capital se encuentran entrelazados de tal manera que cada uno de ellos puede convertirse en otro.

Por último el capital simbólico es “una propiedad cualquiera, fuerza física, valor guerrero, que percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten concebirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica” (Bourdieu, 1997, p. 171-172).

En el entorno hospitalario se generan relaciones de poder, que junto con el capital simbólico, (valores morales, creencias) influyen en el moldeamiento del conocimiento de los profesionales. El tipo de *habitus* que desarrollan los diferentes profesiones en el hospital, se verá reflejado en la manera de relacionarse con los niños y sus familiares en un ambiente institucionalizado concreto. Esta manera de relacionarse está determinada por la posición que ocupan más que por el capital cultural que poseen.

Los diferentes profesionales de la salud se han adentrado en el campo, con un capital social y académico determinado; sólo por el hecho de estar

en este campo específico han ido adquiriendo una serie de valores y actitudes que en principio no tenían, que van a ejercer gran influencia a la hora de proporcionar cuidados a los niños y sus familias.

Los profesionales de la salud interactúan todos juntos, pero desde posiciones muy diferentes, dado que su capital cultural es diferente (debo mencionar que el capital cultural está constituido por el capital cultural heredado de la familia y el capital escolar y/o académico), provocando que entre los mismos se establezcan relaciones de poder; desigual a la vez, la conceptualización del dolor puede ser construida de formas diferentes según la posición que ocupa cada profesional.

Además del capital cultural también deberemos tener en cuenta el capital simbólico, es decir los valores y creencias de cada uno de los profesionales que llevan incorporados desde la infancia a través de la cultura o grupo al que pertenecen. El rol que juegan los valores y creencias sobre las decisiones, actuaciones y actitudes de los profesionales de la salud son determinantes para la aplicación de los cuidados y la atención al dolor infantil de los niños hospitalizados.

Los papeles desarrollados por los distintos profesionales de la salud, son susceptibles de considerarse ubicados en un espacio simbólico, separados por sus prácticas, capital, biografía, *habitus* consecuente y toda una serie de características que les adscriben subjetivamente en una estructura diferenciada. Aparece así una forma de visualizar el papel que desempeña cada uno y la justificación de las relaciones

entre ellos, e incluso el tipo de acercamiento que tienen hacia los niños y su familia.

En este capítulo he profundizado en el Paradigma crítico social; como desde la perspectiva teórica de Bourdieu, los conceptos de campo, *habitus* y capital me pueden ayudar a comprender en más profundidad la atención al dolor infantil que se realizan en las unidades hospitalarias.



## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

Este capítulo incluye aspectos referentes a la cuestión metodológica; mi propuesta responde por un lado, a la reflexividad fruto de la revisión de la literatura y, por otro, a mi posicionamiento teórico ante el fenómeno como investigadora. Ambos han sido determinantes en el planteamiento de los objetivos y la metodología del estudio. Intento, en definitiva, exponer el camino que he empleado para producir conocimientos a partir de la obtención de información.

A lo largo de este apartado pretendo exponer la metodología, el método y la técnica usada en el estudio i comentar aspectos tales como a qué se pretende dar respuesta con esta investigación. Para ello he marcado unos objetivos a los que pretendo llegar: el desarrollo del trabajo considerado como fases de desarrollo (preparatoria, de análisis y de difusión); la presentación de la muestra objeto de estudio; el procedimiento de recogida de la información y la explotación de ésta. Finalmente acabaré con algunas consideraciones tales como la ética profesional de quien investiga y el rigor metodológico que se pretende.

### **3.1. ¿A qué trato de responder?**

En virtud de lo expuesto anteriormente, mi interés se centra en explorar, desde una perspectiva antropológica y social a través de los discursos de

los diferentes profesionales de la salud, las percepciones que tienen sobre el dolor infantil y como sus relaciones interprofesionales y sus prácticas clínicas influyen en su manejo y tratamiento. Es decir, cómo aparece configurada la representación social de este padecimiento en los niños y su familia por parte de los profesionales de la salud. Parto, pues, de considerar, que esta apreciación subjetiva influye en su propia práctica profesional y el abordaje consecuente.

A partir de la revisión de la literatura, de mi propia inquietud, reflexión y experiencia profesional me planteo las siguientes cuestiones que me han llevado a afrontar la investigación sobre un fenómeno tan complejo como es el dolor infantil: ¿Por qué, sabiendo lo que sabemos sobre el control y el manejo del dolor infantil, los niños siguen sufriendo dolor en los hospitales? ¿Por qué el manejo del dolor infantil es un tema que, a pesar de aparecer con frecuencia en la literatura, tiene tan escasa repercusión en la práctica diaria de los profesionales? ¿Por qué los profesionales siguen reproduciendo en su cotidianidad, prácticas que la literatura evidencia que no son efectivas en el manejo del dolor infantil? ¿Cuáles son los problemas a los que se enfrentan los profesionales de la salud que les impiden manejar eficazmente el dolor infantil? ¿Por qué existe tanta resistencia por parte de los profesionales de la salud a la hora de administrar analgésicos a los niños? ¿Los profesionales de la salud conocen el manejo de los fármacos pediátricos?

Así pues la pregunta que guía la investigación es: ¿Cuáles son las percepciones de los diferentes profesionales de la salud que influyen en el manejo del dolor infantil y su familia en el ámbito de la atención especializada?

### **3.1.1. Objetivo general**

Analizar las percepciones de los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) sobre el manejo del dolor infantil y el cuidado a las familias en el ámbito de la atención infantil especializada.

### **3.1.2. Objetivos específicos**

Los objetivos específicos del estudio son:

- Analizar las concepciones del dolor infantil que tienen los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería).
- Identificar las prácticas descritas por los profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) relacionadas con el tema de investigación.
- Identificar las percepciones de como las relaciones interdisciplinarias de los profesionales de la salud afectan al manejo del dolor infantil.
- Analizar las percepciones de cómo afecta el dolor infantil a la interrelación entre la familia y profesionales de la salud.

### **3.2. Diseño y tipo de estudio**

A lo largo del diseño, las diferentes etapas de planteamiento teórico, formulación de las preguntas, objetivos del estudio, la recolección y análisis de datos se han retroalimentado y, a veces se han llevado a cabo de forma simultánea. Sin embargo, sería incoherente pensar que no existe un presupuesto teórico previo y, por tanto una mínima estructura organizativa que guíe el trabajo de campo acorde con los presupuestos y las premisas.

Aunque somos conscientes de que la mente humana difícilmente trabaja con una ausencia total de hipótesis, según la mayoría de autores (Martínez Miguélez, 2006; Vallés, 2002; Conde, 2009) no se debe formular una única hipótesis fija a verificar, ya que se está abierto a todas las hipótesis plausibles y se espera que la mejor emerja del estudio de los datos y se imponga por su fuerza convincente. Por ello, es necesaria una gran apertura hacia todas las hipótesis que se vayan revelando consistentes aunque se parta de una serie de premisas iniciales que como en el estudio propuesto, han sido extraídas de la revisión de la literatura. Las hipótesis son, y deben ser, pues, provisionales, y se van modificando durante el proceso para no estrechar nuestra perspectiva y visión de la realidad.

El punto de partida de esta investigación depende de la formulación de la pregunta y de los objetivos propuestos, aunque estos también pueden ser reestructurados a lo largo del proceso (Morse, 2005). Por lo que suponemos, como respuesta tentativa o premisa como tentativa a nuestra forma de pensar, como investigadores o agentes intervinientes y no al

objeto de estudio en sí mismo. Por esta razón, se incluyen una serie de premisas que eviten limitar y preconcebir el análisis del fenómeno.

Este aspecto me parece de suma importancia para el desarrollo de esta investigación ya que, como defiende Gallardo (2006), se pueden incluir hipótesis de investigación, siempre que éstas, no condicionen/induzcan el trabajo de investigación; pues no siempre los resultados esperados coinciden con los resultados reales. Debe entenderse, desde una perspectiva críticosocial y fenomenológica, que la realidad es una entidad viva y tiene voz propia.

La metodología no es una sucesión de pasos lineales y asépticos, sino el proceso complejo que vuelve inteligible las prácticas, las representaciones, los conflictos, los procesos, en una palabra, la vida social. Ésta cobra sentido cuando se vuelve reflexiva, es decir, cuando “se pone en tela de juicio el privilegio del sujeto conocedor, al que se exenta de manera totalmente arbitraria del trabajo de objetivación” (Bourdieu y Waqquant, 1995).

La revisión de la literatura sobre el fenómeno de estudio me aportó algunos de los argumentos para plantear la opción metodológica más idónea. De lo que precede y de las características de los campos de estudio y de la intencionalidad de mi investigación, es lógico inferir que mi opción metodológica sea aproximaciones cualitativas.

A partir de esta consideración, planteo un estudio de análisis de discurso mediante el uso de entrevistas semiestructuradas.

La investigación cualitativa tiene 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, Gastaldo y Calderón, 2002; Denzin y Lincoln, 2000). Este tipo de métodos se adaptan perfectamente a la búsqueda de la comprensión, más que la predicción -aunque nos ayuda a veces de forma sorprendentemente certera a acercarnos a ella- de una determinada realidad social (Iñiguez, 1999).

La investigación cualitativa se introduce cada vez más en el campo de la salud y son muchos los académicos que optan por la utilización de esta metodología. En este sentido destacan las aportaciones de teóricos como Derrida, Vygotsky, Bathkin, Habermas, Merleau-Ponti, y Bourdieu (Mercado, Gastaldo y Calderón, 2002). Estos autores se sitúan en paradigmas cercanos al postmodernismo, el postestructuralismo (Gastaldo, 1997), el feminismo (Szasz, 1997; da Silva, Lago y Ramos, 1999), los estudios culturales (Meyer, 2000), el modelo social cognitivo (Alves, 1993), el abordaje hermenéutico (Castro, 2000), el crítico interpretativo (Mercado, Gastaldo y Calderón, 2002), la postura hermenéutica dialéctica (Minayo, 1997) y el construccionismo social (Amuchástegui, 2000).

Según Taylor y Bogdan (2000) la investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores deben desarrollar conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En la metodología cualitativa las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados

como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan. Denzin y Lincoln (2005) consideran ésta una de las principales cuestiones de la metodología cualitativa ya que se establece una interacción dialéctica para determinar la naturaleza del fenómeno.

El abordaje de tipo cualitativo me ha permitido analizar el fenómeno con mayor amplitud y riqueza, ofreciéndome una mayor comprensión de los aspectos subjetivos de los profesionales y a la vez entender el por qué de la permanencia y transformación de sus prácticas (Conde, 2002).

En el diseño metodológico de esta investigación se hacen patentes las particularidades subyacentes en todo trabajo cualitativo (Denzin y Lincoln, 2000). Se trata de una aproximación que transcurre por planteamientos abiertos y flexibles, una planificación inicial que ha podido verse en cierto grado modificada a lo largo del proceso, aportando mayor riqueza analítica. Ya que, la realidad subjetiva precisa de algo más que un modelo cerrado, sin posibilidades de captar el discurso espontáneo, o simplemente lo que las personas dicen, piensan o interpretan en un momento dado. Finalmente, no he partido de hipótesis cerradas con la intención de ser aprobadas o rechazadas, sino de premisas o preguntas abiertas y objetivos que guían el estudio. Estas preguntas no pretenden convertir la investigación en un proceso cerrado de refutación, sino más bien un trabajo abierto, flexible y reflexivo; capaz de regenerarse a lo largo de su propia configuración (Lincoln y Guba, 1985; Marshall y Rossman, 1989).

La literatura que recomienda esta metodología en investigaciones sobre contextos similares es bastante amplia. Podemos citar como ejemplo a De la Cuesta (1997) cuando apunta que los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud, que investigan los diferentes aspectos del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas. En este mismo sentido, otros autores también recalcan la importancia de esta metodología en el campo de la salud cuando se investigan las respuestas humanas y cómo proporcionar cuidados empáticos a personas dentro de subculturas y contextos psicosociales específicos (Zoucha,1999).

De todo ello se puede deducir que la investigación cualitativa se muestra, tanto conceptual como instrumentalmente, como un método idóneo para explorar cuestiones de salud, y de manera especial en las cuestiones que son inherentes al estudio que planteo. Es decir, aquellas relacionadas con las percepciones de los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que influyen en el manejo del dolor infantil y su familia, en el ámbito de la atención especializada.

Esta metodología me ha permitido una aproximación interesante, profunda y rica en la exploración de los matices discursivos, favoreciendo la comprensión de los aspectos que están en el mundo subjetivo de los profesionales de la salud, y permite entender el cómo de la permanencia y la transformación de muchas prácticas (Conde, 2002), entre éstas las relacionadas con la forma en que se afronta e interviene ante la percepción del dolor de los niños.

La elección metodológica es fruto de un trabajo e inquietudes previas, derivado por una parte de la revisión bibliográfica y por otra de mi posición como investigadora ante el fenómeno de estudio. Todo ello me ha incitado a buscar respuestas desde una aproximación de la comprensión de la realidad, por parte de los actores participantes en el estudio.

Por tanto, de forma general mi interés se centra en explorar cómo es percibido el dolor de los niños y su familia por los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y como estas influyen en el manejo del mismo en el ámbito de la atención especializada.

El método utilizado en esta investigación es el análisis de discurso, ya que este y su análisis puede funcionar como medio para acceder a aquello que encierran las palabras, captar la subjetividad de cada actor cuando transmite lo que piensa. El análisis de discurso se hace necesario para desvelar el entramado de intereses y valores a que da lugar el sistema de comportamientos (Ballester, 2006). Tal y cómo se explica en el apartado dedicado a la metodología de esta investigación, considero el análisis del discurso como un factor de notable importancia para acceder a la información que de luz sobre la práctica de los diferentes profesionales, respecto a su apreciación del dolor en los niños.

Según Cortés y Camacho (2003) el objetivo principal que persigue el análisis crítico del discurso consiste en sacar a la luz las estructuras de poder que se ocultan tras el lenguaje. La subjetividad del emisor aparece impresa en su propio mensaje, ya sea explícita o implícitamente.

El resultado es un determinado discurso, muy posiblemente influenciado por las relaciones sociales de poder vinculadas con la institución en la que se enmarcan los sujetos objeto de estudio y por lo que se espera en la sociedad de la respuesta de cada uno de los profesionales. Existen distintas escuelas, corrientes y variantes en el análisis del discurso, unas más centradas en las condiciones sociales, otras más semánticas, pero una característica común entre ellas es la de contextualizar el poder (Cortés y Camacho, 2003).

El discurso es un fenómeno práctico, social y cultural. De modo que las personas empleamos los discursos en los actos sociales y en la interacción social, en las conversaciones y en otras formas de diálogo (Van Dijk, 2000).

En este sentido, esta metodología no cuenta con una técnica fija y prescriptiva que se pueda seguir paso a paso (Powers, 1996; Fairclough, 2001). Es más bien una aproximación para determinar las relaciones entre el texto, las prácticas discursivas y el contexto social.

El análisis crítico del discurso como método para analizar aquello que manifiesten los profesionales de la salud en las entrevistas, puede resultar de gran utilidad para desentrañar las estructuras de poder, valores, inquietudes y, en definitiva la, posición que cada uno adopta frente al dolor de los niños. Para Van Dijk (1997) aquellos que dominan el discurso que se difunde, o que tienen acceso a éste, tienen la posibilidad de difundir valores, creencias, ideologías. Esto es importante, pues quién ostenta el poder de la relación interprofesional puede tener un discurso

dominante sobre el resto, aunque esto no quita que ocurra algo similar en el interior de cada grupo.

Mi intención es dar importancia al dato descriptivo e interpretativo de los profesionales, ya que interesa conocer cómo son los cuidados que llevan a cabo dichos profesionales, captando de su discurso, cómo perciben el dolor de los niños. En definitiva qué representación de éste tienen aquellos que en su práctica diaria se encuentran junto a los niños y familiares ingresados en una unidad quirúrgica.

El estudio que nos ocupa pretende adentrarse en aquello que encierran los discursos, identificar ideologías latentes o manifiestas como un componente más de la subjetividad, la forma en que ocurre la interacción con el resto de agentes que forman parte del contexto y, naturalmente, cómo perciben situaciones ajenas. En el caso de este estudio el padecimiento del dolor en los niños, incluyendo esa vivencia en sus familias. De ahí la importancia de tratar el discurso, la ideología y la visión crítica de los textos que salgan de la transcripción de entrevistas a los sujetos participantes en esta investigación.

### **3.3. Participantes y muestreo**

El trabajo de campo se desarrolló en la tercera planta del Hospital Maternoinfantil del Hospital Universitario de Son Dureta (en la actualidad Son Espases), hospital de tercer nivel, centro que cuenta con el mayor número de consultas especializadas de toda la comunidad autónoma, además de tener instalaciones para la investigación, poseer la más alta

tecnología para la aplicación de tratamientos especiales y, a su vez, ser el hospital de referencia para toda la Comunidad de las islas Baleares. Son Dureta, durante 40 años, ha sido este hospital de referencia y el único centro de las Islas que contaba en el mismo recinto con un pabellón Maternoinfantil, que se inauguró a finales del año 1977. El área de pediatría estaba formada por servicios especiales como, urgencias infantil, unidades de cuidados intensivos neonatal y pediátrico, urgencias y hospital de día, cuidados neonatales y unidades destinadas a patologías específicas (oncología, infecciosos, neurología, cirugía, traumatología, quemados etc.), además del área de consultas externas y el servicio de quirófanos.

La población estudiada está formada por 22 profesionales de la salud, en concreto por 10 médicos, de los cuales 6 pertenecen a la especialidad de cirugía y 4 a la de traumatología, 6 enfermeras de la unidad de cirugía y traumatología infantil y 6 auxiliares de enfermería todos ellos se encuentran trabajando en la unidad de estudio.

Los profesionales tienen edades comprendidas entre 27 y 63 años situándose la media de edad de estos profesionales en 50,4 años. Respecto al género, de los 10 médicos, 2 son mujeres y 8 hombres, de las 6 enfermeras y de las 6 auxiliares de enfermería el 100% son mujeres.

En el pabellón Maternoinfantil, en el año 2008 trabajaban 130 enfermeras, 99 auxiliares de clínica y un número indeterminado de médicos que no ha sido posible contabilizar por falta de datos. El número total de camas incluidas las de los servicios especiales era de 108, cada una de las

unidades de hospitalización tenía una capacidad entre 22 y 24 camas, el resto correspondía a los servicios especiales.

La unidad de estudio, ubicada en la tercera planta del hospital materno infantil, está formada por 22 camas, cuenta con una plantilla de 9 enfermeras, 9 auxiliares de clínica, 8 cirujanos pediátricos, 7 traumatólogos pediátricos. A esta unidad están adscritos pacientes infantiles con problemas de cirugía o quemaduras cuyas edades oscilan entre 0 y 12 años. Los niños durante la hospitalización permanecen ingresados junto a sus familiares.

El tipo de muestreo realizado ha sido intencional, en base a determinados criterios que permiten seleccionar a aquellas personas que puedan aportar mayor calidad de información sobre el tema de estudio.

Los criterios de selección de los participantes han sido enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería con un mínimo de permanencia en la unidad de estudio de cinco años y que en el momento de estudio sigan trabajando. Se considera que este es el período mínimo para una familiarización adecuada con el servicio y la atención infantil.

La selección de los participantes no ha sido determinada por ideales de representatividad, sino por la potencialidad en la riqueza de sus discursos (M. Miró, 2008). Se ha seguido un procedimiento que ha permitido un proceso acumulativo y de secuencia hasta llegar a la saturación de la información. Es decir, se ha dejado de recoger información cuando se ha

considerado que ya no se añadía nada más relevante a lo ya conocido (Vallés, 2002). También se ha considerado la flexibilidad y la reflexión, en el sentido que ha sido un proceso abierto a las modificaciones que ha ido exigiendo el desarrollo de la investigación.

Para la recogida de datos de los participantes se han usado varias estrategias. Por un lado, convoqué a una reunión a todos los profesionales de la salud de la unidad de cirugía infantil y quemados del hospital, con el objetivo de informar sobre el proyecto. Por otro lado, debido a los diferentes horarios de los profesionales y la dificultad para asistir a la reunión informativa, decidí consultar a informantes clave, expertos en la profesión de enfermería y medicina, y de prestigio reconocido dentro del área de cirugía del hospital, con la finalidad de hacer un listado de los posibles participantes. Posteriormente contacté personalmente con cada uno de ellos para explicarles de nuevo el objetivo del estudio, presentarme como investigadora y solicitarles su participación en el estudio. Cuando el profesional aceptaba participar concretábamos un día y lugar para llevar a cabo la entrevista.

### **3.4. Técnicas de recogida de datos**

Para dar respuesta a los objetivos propuestos he utilizado para la recogida de datos la técnica de la entrevista semiestructurada, además del diario de campo.

Anteriormente al inicio de las entrevistas piloté el guión de las mismas con cinco personas conocedoras del contexto en el que luego iba a actuar, para

así evitar dobles interpretaciones, significados erróneos, u otros posibles sesgos en el terreno.

Mediante el uso de entrevistas semiestructuradas se pretende captar aquello que las personas dicen que hacen y por qué lo hacen, aplicadas según convenga en las diferentes situaciones; se consideran un recurso fundamental para llegar a conocer las actuaciones y cuidados que llevan a cabo los profesionales de la salud ante el dolor infantil. A través de la entrevista me propuse conocer las prácticas que dicen que hacen los entrevistados ante las situaciones de cuidado de los niños y sus familias con dolor.

Este tipo de técnica conversacional pretende recopilar información relevante de los informantes o participantes en el estudio, para que de una forma contextualizada y profunda, se visualicen los significados que emergen del diálogo (Vallés, 1997). La entrevista semiestructurada es el instrumento flexible que permite descubrir y analizar el mundo social y obviado en la vida cotidiana (Galindo, 1993).

Un aspecto importante en este tipo de técnica es que el entrevistador juega un papel fundamental en la recopilación de los datos y, por tanto, debe desarrollar algunas habilidades como la neutralidad, el interés y la comprensión, la cooperación con el entrevistado, la creación de un ambiente cómodo, el combinar flexibilidad con control de la entrevista, ser sensible, conocer el objetivo de la investigación y el fenómeno de estudio que se pretende explorar, dominar la guía de la

entrevista y los condicionantes que influyen en la entrevista (Patton, 1987). Por lo tanto la aptitud que muestre el entrevistador es muy importante para favorecer un clima de diálogo, en el que se produzca un *raport* adecuado. El entrevistador guía hábilmente la conversación, pero estimula al entrevistado a hablar libre y largamente sobre temas pertinentes. “El entrevistador retiene el control de manera que se cubran sistemáticamente todos los aspectos a revelar, pero la información se obtiene de manera no directiva” (Fear, 1979).

Bourdieu (1999) plantea esta técnica como una forma de escucha activa, que además resulta curiosa por la relación que se establece entre entrevistador y entrevistado, creando un espacio de interacción en el que el segundo experimenta todo un proceso de reflexión, el cual puede conducirla a adoptar su lenguaje y a entrar en sus puntos de vista, en sus sentimientos y en sus pensamientos. Denzin y Lincoln (2003a) señalan la entrevista semiestructurada como, una de las técnicas de generación de información que permite descubrir y analizar el mundo social de una manera flexible y estructurada a partir de la libre expresión de las ideas de los participantes.

Quiero destacar un aspecto muy importante a tener en cuenta al realizar las entrevistas: la relación que se establece entre la persona que entrevista y el entrevistado. Dicha relación fue descrita por Bleger (1993) como una relación de interdependencia y condicionamiento. En el vínculo que se establece entre el entrevistador y la persona entrevistada, también es muy importante tener en cuenta la actitud del que entrevista, debe expresarse en términos sencillos que faciliten la comprensión de la persona entrevistada.

Teniendo en cuenta los aspectos detallados anteriormente y respecto a mi posición como entrevistadora en algunas ocasiones, me costó distanciarme totalmente de los profesionales a lo largo de las entrevistas, debido a mi condición de enfermera y por mi relación con los entrevistados, ya que a lo largo de muchos años he compartido el trabajo con algunos de los profesionales sin embargo esta posición también me ha ayudado a pasar desapercibida, ya que no suponía para ellos un elemento extraño, permitiéndome plena libertad de movimientos en el campo, reafirmando así, la tesis de Bourdieu que plantea que la familiaridad con la persona entrevistada puede traer aparejada beneficios, entre ellos la disminución de preguntas que resultan amenazantes o agresivas para el entrevistado (Rosa, 2009).

Las personas entrevistadas demostraron sentirse cómodas, ya que para muchas de ellas supuso un espacio donde poder expresar sus opiniones en relación al manejo y el control del dolor infantil. En este sentido, cabe advertir que la entrevista como técnica de recogida de datos tiene implicaciones éticas porque la intimidad que se crea entre el entrevistador y el entrevistado se termina abruptamente al final de la misma (Gastaldo y McKeever, 2000). En todo momento ese “riesgo” ético estuvo totalmente controlado y tenido en cuenta.

Considerando que la calidad de la información depende de la técnica utilizada durante la entrevista he tenido en cuenta la interferencia de múltiples factores, como el género del entrevistador y del entrevistado, la generación, nivel educacional y el tema de la entrevista, entre otros (Fontana y Frey, 2000). A través de mi experiencia profesional como enfermera en el ámbito hospitalario,

pude, tomar en cuenta estos posibles elementos distorsionadores y paliar su efecto. En este sentido, por ejemplo, me adapté a la realidad bilingüe de la isla ofreciendo documentación y realizando las preguntas en el lenguaje (castellano o catalán) de los participantes. De ahí que haya mantenido el idioma y las características del mismo -errores y barbarismos incluidos- de las respuestas, procediendo a su traducción al castellano cuando estas eran en catalán a fin de facilitar la comprensión de este Tribunal.

### **3.4.1. Entrevistas a médicos, enfermeras y auxiliares de clínica**

Antes de iniciar la entrevista, expliqué a los participantes, de forma resumida, el propósito del estudio, les entregué el documento del consentimiento informado y una vez leído el mismo y haber aceptado su participación en el estudio, se les entregó una copia a cada uno de los participantes. Estas estrategias me han permitido crear un clima de confianza antes de empezar la entrevista.

Las entrevistas han tenido una duración aproximada entre cincuenta y ochenta minutos. Se ha realizado audiograbación mediante dos grabadoras para evitar la posible pérdida de datos. Una vez obtenido el audio de la entrevista, procedí a realizar la transcripción literal, respetando las recomendaciones planteadas por Poland (1995) en relación al uso de signos para explicitar los matices del lenguaje utilizado, silencios, expresiones y tonos. Posteriormente, volví a revisar las transcripciones, junto con las audiograbaciones y las notas de campo tomadas inmediatamente tras la entrevista.

Previamente a la realización de la entrevista, elaboré una guía, en catalán y castellano, para así adaptarme a la lengua de preferencia de los entrevistados. El guión constaba de 13 preguntas que me ayudaron a conducir la entrevista sobre las cuestiones específicas de la investigación (Anexo I).

Cabe advertir que la función principal del guión de las entrevistas fue la de aportar una ayuda para vehicular la entrevista y el desarrollo de ésta. En esa línea se intentó que la configuración de las preguntas siguieran un orden lógico, respondiendo al mismo tiempo a los objetivos del trabajo, aunque respetando los espacios en la conversación a aquellos temas colaterales que podían emerger de forma natural.

El guión de la entrevista se organizó en torno a una serie de grandes categorías de análisis o puntos clave:

- Tipo de cuidados.
- Concepto de dolor.
- Prácticas profesionales e inquietudes profesionales en torno al tema.
- El trabajo en equipo y las relaciones profesionales.
- La presencia de la familia en el proceso de tratamiento de los niños.

- Para acabar se dejaba un espacio para poder añadir aspectos dentro de una reflexión personal que permitiera ampliar la información y posibles aspectos no tratados en el transcurso de la entrevista.

Mi rol como investigadora ha consistido esencialmente en comprender los procesos vividos como significativos por los entrevistados. Me he centrado en guiar la conversación, mantener fluidez del discurso, intentando a la vez realizar pocas anotaciones para así no desvirtuar la espontaneidad del entrevistado. Al finalizar la misma he ido anotando en el diario de campo la comunicación no verbal, los temas que han generado conflicto o entusiasmo y reflexiones que han ido surgiendo durante la entrevista.

Para acabar, debo mencionar el hecho que las entrevistas se realizaron en el Hospital Materno-infantil, previa decisión de los entrevistados, en un despacho ubicado en la tercera planta del Hospital. Este despacho fue elegido por su ubicación ya que permitió una gran confidencialidad de los participantes y las condiciones del mismo eran de gran comodidad.

### **3.4.2. Diario de campo**

El diario de campo del investigador registra la manera en que éste se implica en el proyecto, cuáles son sus decisiones y reflexiones y cómo ha sido el proceso investigador; mostrarlo, ayuda a identificar desde donde hablan los textos. Es importante incorporar al *habitus* científico la reflexión de la posición del autor y abandonar de esa manera, la visión de que todos

los científicos escriben desde la misma posición (Miquel, 2001; Robles, 2000). Esta autora considera los prólogos, prefacios, agradecimientos y notas, medios para forjar una idea de la posición desde la que habla el autor. El registro, como apunta Geertz (1989) en su obra *El antropólogo como autor*, documenta el proceso de investigación y no el producto. En este trabajo, se ha mantenido un diario de campo para registrar en primer lugar el proceso reflexivo surgido durante la revisión de la literatura. Queda reflejado en él que, como planteó Goffman (1976) y posteriormente otros autores, mi trabajo está permeado de mi experiencia personal con los niños y familiares ante situaciones de dolor. Después de cada entrevista he tomado algunas notas, y me gustaría comentar una de ellas, en particular, por el impacto emocional que me produjo. Durante la entrevista a una de las enfermeras noté como se ponía muy nerviosa y empezaba a llorar: tras unos minutos de silencio, me comentó que durante su infancia había estado ingresada tras sufrir una intervención quirúrgica. Durante el proceso había sufrido mucho dolor, y en uno de los pases de visita médica, sacaron a sus padres fuera y el médico le comentó que era una niña muy exagerada y le prohibió taxativamente que se volviera a quejar de dolor. En relación al clima creado durante la entrevista percibí preocupación en alguno de los profesionales, relacionada con la confidencialidad de los datos por lo que tuve que reconfirmar el anonimato de su información y la entrevista continuó en un clima de total confianza. Anoté también en el diario de campo, además de silencios y apasionamientos al abordar algunos temas, mi percepción sobre si se estaban cansando o tenían prisa por acabar; dichas anotaciones me ayudaron mucho a la hora de ponderar la intensidad de las respuestas, a considerar el grado de veracidad.

### **3.5. Análisis de los datos**

El análisis del discurso, es un método de investigación que puede ser usado desde diferentes paradigmas con diversas orientaciones teóricas y metodológicas (Crowe, 2002; Hammersley, 1997; Harper, 1994; Horsfall y Cleary, 2000).

Una vez clarificada la perspectiva teórica que sustenta el análisis de los datos, apunto algunas claves que han guiado el análisis de esta investigación (Amezcuca y Gálvez, 2002; Cheek, 2004; Parker, 1992). Estas etapas no han sido lineales sino que se ha producido un entrelazamiento de las siguientes operaciones a lo largo del proceso de análisis, lo cual refleja el carácter holístico y flexible característico de una aproximación cualitativa en la investigación (De Andrés, 2000).

Así pues las etapas han sido:

#### **a) Selección y codificación**

Tras la transcripción de las entrevistas he procedido a la selección y codificación de los datos para hacer más abarcable y manejable el corpus textual.

Esta es una etapa básicamente descriptiva y clasificatoria sobre lo que dicen las personas entrevistadas.

Para la construcción de las categorías, subcategorías y códigos he seguido un proceso mixto deductivo e inductivo (Miles y Huberman, 1994; Cisterna, 2005).

Este proceso mixto me ha ayudado a que el análisis sea lo suficientemente amplio para producir nuevos conocimientos contextualizados. He propuesto categorías y subcategorías a partir de los objetivos del estudio y de la teoría.

Los códigos son las unidades mínimas de análisis compuestas por varias líneas o frases que exponen una idea central (Creswell, 1998). Algunas veces códigos diferentes pueden recoger una misma cita textual ya que pueden contener más de una idea central, denominándose codificación doble. Las subcategorías contemplaban aspectos diferenciadores y que surgen al integrar la perspectiva teórica y las cuestiones generales de los objetivos propuestos. Cada categoría se refiere a contextos, actividades, acontecimientos, interacciones, estrategias, procesos, opiniones y perspectivas que he considerado conceptualmente similares en su naturaleza o relacionadas con el significado (De Andrés 2000; Strauss y Corbin 1990). Este proceso de codificación gira en torno a la decisión sobre las asociaciones de cada unidad a una determinada subcategoría o categoría (Vallés, 1997).

Con el objetivo de ser lo más fiel posible a las significaciones del material analizado, he procurado respetar y dar valor a cómo las personas participantes organizaban sus conocimientos y experiencias, sin encorsetarlo ni utilizar categorías previas restrictivas. Por ello, he evitado al máximo las reducciones en el texto original con el fin de distanciarme lo menos posible del fenómeno original.

## **b) Obtención de resultados**

En relación a la exposición de los resultados, presentaré una serie de cuestiones que considero relevantes.

En una primera lectura del texto original transcrito de cada entrevista individual agrupé las citas y párrafos que capturarán una idea específica sobre las cuestiones de la investigación. Cada una de estas ideas fue identificada con un código numérico y alfabético que describía el número correlativo de cita en el texto y la letra y número que correspondía a la entrevista individual.

Seguidamente a ésta primera aproximación, llevé a cabo diferentes niveles de análisis: el preliminar, a través del cual realicé las lecturas del material y fragmentos del texto a través de grandes ideas, en un segundo nivel procedí a la identificación de los códigos, subcategorías y categorías, y, por último, el tercer nivel donde llevé a cabo una interrelación entre la codificación y la detección de los discursos de los profesionales de la salud.

## **c) Análisis e interpretaciones**

A partir de este esquema general se realizó un análisis de los datos desde varias perspectivas o secciones que guiaron la exposición de resultados y la discusión posterior, indagando en aspectos comunes y diferencias entre cuidados de los diferentes profesionales de la salud, así como los silencios aparecidos en el discurso y los aspectos que provocaron mayor emoción o respuesta en los participantes.

En este estudio se ha utilizado el programa de análisis de datos cualitativo, "Atlas ti", para almacenar las transcripciones, organizar los datos cualitativos y hacer consultas de relación, y a la vez se ha usado un procesador de texto a lo largo del análisis. Las categorías obtenidas y sus códigos fueron contrastadas con el marco teórico del estudio, asegurando que el análisis fuese lo suficientemente amplio para producir nuevo conocimiento contextualizado.

### **3.6. Rigor metodológico**

Durante el transcurso de toda la investigación he llevado a cabo varias estrategias de rigor metodológico, este hecho me ha permitido replantear y refinar el proceso de investigación en su conjunto, siguiendo así las recomendaciones de autores destacados (Castillo y Vásquez, 2003; Ratcliffe y González Del Valle, 2000).

A lo largo de la investigación he ido cuestionando mi propia posición como investigadora, y a la vez he contrastado mi trabajo con otros investigadores, que han colaborado como expertos, en la perspectiva teórica y en relación al fenómeno de estudio. En este mismo sentido, he tenido muy presente durante toda la investigación el proceso de reflexividad, ya que es una condición para una práctica científica rigurosa (Noya, 2003) y, en palabras de Bourdieu, es un instrumento para producir más ciencia, no para destruir la posibilidad de la ciencia (Bourdieu, 1992).

Otra de las estrategias, realizada principalmente durante el trabajo empírico, ha consistido como me he referido en el apartado de técnicas de recogida de datos, en elaborar un diario de campo en el que realicé todas aquellas anotaciones que a lo largo del proceso consideré podían ser de ayuda para el posterior análisis de los datos.

A la hora de analizar los datos recogidos, he llevado a cabo estrategias de triangulación que han contribuido a la confiabilidad del análisis. La triangulación ha consistido en la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular (Kimchi, Polivka y Stevenson, 1991; Arias, 2002; Denzin y Lincoln, 2003a). En el caso que nos ocupa he optado por una triangulación de investigadores, definida por Cea (2001) como la realizada en una misma investigación por diversos investigadores que observan un mismo objeto de estudio. Esta estrategia me ha permitido depurar las diferentes categorías de la investigación, unificando criterios de selección a partir de la lectura de los textos analizados. La mayor meta de la triangulación es controlar el sesgo personal de los investigadores y cubrir las deficiencias intrínsecas de una teoría única, un mismo método de estudio, etc. y así incrementar la validez de los resultados (Amezcuca y Gálvez, 2002; Arias, 2002; Denzin y Lincoln, 2003b).

La triangulación de investigadores se ha realizado una vez planteada por mi parte una primera propuesta de árbol de codificación. Junto con los directores de esta tesis doctoral he revisado la codificación preliminar de categorías y códigos de análisis previo a la obtención de los resultados e interpretaciones. La idea era obtener una opinión de otras personas

especialistas en investigación, a modo de consultores externos. Realicé conjuntamente con los directores de la tesis una lectura independiente de los árboles de codificación preliminares y de los datos descriptivos.

Posteriormente debatimos las primeras impresiones analíticas, en el caso de no haber acuerdo entre investigadores y tras un proceso de reflexión y diálogo, acordamos un punto de acuerdo y depuramos las categorías o códigos, ya sea cambiando su denominación, unificando códigos, o estableciendo de nuevos. Todas las categorías y los códigos han sido definidos para concretar el significado de cada una de ellas.

Se debe destacar que en la codificación conjunta se modificaron pocos de los códigos pertenecientes a categorías diferentes; más bien la mayoría de la fusiones de códigos se han producido dentro de las mismas categorías, lo que apunta a la consistencia de la codificación.

Las técnicas de recolección de datos, en mi caso la entrevista, se necesita que sea constantemente vigilada, ya que la idea principal es conocer los límites del instrumento que se utiliza y tener en cuenta que este puede necesitar refinarse a partir de su aplicación (Rosa, 2009).

### **3.7. Consideraciones éticas**

Las cuestiones éticas son fundamentales para cualquier investigación. Gastaldo y McKeever (2000) señalan que en las últimas décadas se ha creado una cierta imagen de que la investigación cualitativa es más ética

que la cuantitativa, por un menor intrusismo y un mayor control de los participantes. Aunque estas mismas autoras afirman que la utilización de métodos cualitativos no garantiza su propiedad ética.

En relación a la ética en la investigación, cabe citar algún autor como Santos (1990) quién trata el tema de la importancia que tiene en la investigación cualitativa la responsabilidad ética y el consentimiento de los informantes. Se trata de un proceso de negociación en el que se pactan una serie de acuerdos tácitos, éstos marcan una serie de consideraciones entre las que se suponen las concesiones de cada uno de los actores.

Esta investigación contó con fuentes y datos completamente anónimos, de los profesionales entrevistados. Los datos recogidos a través de las entrevistas se enumeraron con un código que únicamente la investigadora conocía. Además, los participantes del estudio recibieron información sobre la investigación y firmaron el Consentimiento Informado elaborado para dicho estudio (Anexo II). Se aseguró, en materia de Protección de Datos, la legislación vigente, tanto la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Por tanto, los participantes pudieron solicitar el acceso, cese y cancelación de la información hasta el momento de la recogida de datos y anterior a la anonimización completa. Los resultados de este estudio no vinculan a participantes de forma directa y serán publicados, tanto los positivos como los de carácter negativo. No existe ningún

conflicto de intereses entre los participantes e investigadores en el estudio. No se creó una base de datos con información personal de los participantes; sí, únicamente, una hoja electrónica de recogida de datos para la organización sistemática de los mismos. Por esta razón no se precisó de la comunicación a la Agencia de Protección de Datos Española.

Se respetaron los Códigos de Buena Práctica Ética para investigaciones en salud así como los Principios de la Bioética y la declaración de Helsinki. El estudio de investigación fue sometido a la evaluación de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Maternoinfantil Son Dureta, obteniendo su aprobación para la entrada en el campo.

En este capítulo se ha descrito la propuesta metodológica desarrollada para dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos propuestos.



## **CAPÍTULO 4. RESULTADOS**

He dividido este capítulo en tres apartados en función del análisis de los resultados, para cada uno de los profesionales sanitarios del estudio (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de la unidad de cirugía infantil (engloba patologías de traumatología cirugía y quemados) del Hospital Universitario Materno-infantil de Son Dureta, a la vez que he ido relacionándolos con los objetivos del estudio.

Para comprender mejor los resultados es importante comentar algunas consideraciones generales en relación a las entrevistas realizadas. Todas ellas se efectuaron en un ambiente relajado, en las que las personas entrevistadas compartieron de manera generosa comentarios sobre su trayectoria profesional, y más concretamente sobre determinados aspectos del dolor infantil, proceso complejo con el que se encuentran diariamente. Al finalizar las entrevistas algunas de las personas agradecieron que se realizara este trabajo, considerando que una vez obtenidos los resultados podría ser de ayuda el conocimiento de los mismos para su trabajo.

Defino las categorías del análisis en relación a los objetivos propuestos para el estudio y la información extraída de las entrevistas, ya que de alguna forma también me permitieron identificar puntos clave y revisar aquellos principios que pudiera considerar en un momento inicial como

pragmáticos. El análisis se llevó a cabo alrededor de cuatro grandes categorías -rol profesional, práctica asistencial, ética, valores y creencias, e interrelaciones profesionales-, bajo cada una de las cuales se han ido configurando diferentes subcategorías y códigos. Las categorías y las definiciones de cada una de ellas se describen a continuación, para cada una de las categorías profesionales (tabla 5):

- Rol profesional, conceptualizado como aquellas nociones que deben poseer cada uno de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería) para ejercer su profesión desde dos vertientes: la primera de ellas definida como el cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos, y la otra vertiente es la que hace referencia a la conducta correcta que deben ejercer con su saber, es decir la ética profesional, que queda definida a través del código deontológico de cada profesión.
- Práctica asistencial, definido como el conjunto de actividades o intervenciones que dicen que llevan a cabo las tres categorías profesionales para eliminar disminuir o paliar el dolor de los niños.
- Ética, valores y creencias, son aquellos que son asumidos por los profesionales de una disciplina como moralmente correctos. Estos valores se recogen en los códigos deontológicos. Son aquellas atribuciones positivas o negativas que pueden producir en los profesionales una modificación en su comportamiento y actitudes hacia los niños o situaciones.

- Interrelaciones en el ámbito profesional, lo describo como aquellas manifestaciones referidas a las interacciones que hay entre los profesionales de las diferentes disciplinas, y entre los profesionales y la familia en relación a la atención del niño con dolor, y sus diferentes implicaciones.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
4.1.1. Rol Profesional	4.1.1.1. Conocimientos
	4.1.1.2. Competencias
	4.1.1.3. Ética Profesional. Valores y creencias
4.1.2. Práctica Asistencial	4.1.2.1. Evaluación del dolor infantil
	4.1.2.2. Tratamiento Farmacológico
	4.1.2.3. Estrategias no farmacológicas frente al dolor infantil
4.1.3. Interrelaciones en el ámbito profesional	4.1.3.1. Interrelaciones Profesionales
	4.1.3.2. Concepto de trabajo en equipo
4.1.4. Interrelaciones Familia-Profesional	4.1.4.1. Familia como elemento favorecedor
	4.1.4.2. Familia como elemento entorpecedor

TABLA 5. Profesionales de la Salud (Médicos, Personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería)

## 4.1. Resultados del perfil profesional: Médicos

En este apartado expondré las diferentes categorías y subcategorías de análisis surgidas a lo largo de las entrevistas realizadas a los médicos, conceptualizando cada una de ellas y nombrando los códigos que se han ido derivando de las mismas. Cada código será ilustrado con las citas más relevantes (tabla 6).

PERFIL PROFESIONAL MÉDICOS	
CATEGORÍA 4.1.1. ROL PROFESIONAL	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.1.1.1. Conocimientos	4.1.1.1.1. Dolor como prioridad
	4.1.1.1.2. Importante adelantarse al dolor y administrar fármacos
	4.1.1.1.3. Subjetividad del dolor
4.1.1.2. Competencias	4.1.1.2.1. Desconocimiento a ciertos tratamientos farmacológicos para el dolor de los niños
	4.1.1.2.2. Especificidad y tratamiento del dolor en niños con quemaduras
4.1.1.3. Ética Profesional/Valores y creencias	4.1.1.3.1. Priorización diagnóstico versus dolor
	4.1.1.3.2. Creencias dolor
	4.1.1.3.3. Normalidad y falso control del dolor preoperatorio

TABLA 6. Rol profesional médicos

### 4.1.1. Rol Profesional

Por rol profesional conceptualizo aquellos conocimientos que deben poseer cada uno de los profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para ejercer su profesión, aquellas competencias que se espera que usen en su práctica, y la ética, los valores y creencias profesionales, que integra aquellas conductas consideradas adecuadas desde el código deontológico de su profesión.

#### 4.1.1.1. Conocimientos

En esta subcategoría se engloban los conocimientos teórico científicos y prácticos de cada una de las profesiones de las personas entrevistadas

(médicos, enfermeras y auxiliares de clínica). Estos conocimientos, y de manera muy especial en el caso de los médicos, es necesario actualizarlos de manera continua para seguir el paso del progreso científico y tecnológico, es decir, estar informados de los avances de la evolución actualizada de la medicina.

A continuación expongo los códigos surgidos para cada una de las subcategorías emergidas del análisis.

#### **4.1.1.1.1. El dolor como prioridad**

Consideración acerca del dolor que presentan los niños ante un proceso postquirúrgico que debe tenerse en cuenta como una prioridad en su atención, para poder ser eliminado o en su defecto disminuirlo.

Un grupo importante de profesionales médicos considera que la disminución del dolor en los niños hospitalizados es un problema que precisa de un abordaje lo más rápido posible, debido a las consecuencias que pueden derivarse del mismo, pudiendo desencadenar un retraso en el proceso de curación. Dichos profesionales también se refieren a la poca atención que se ha prestado al dolor de los niños y de manera especial en el caso de los lactantes, ya que en este grupo es más difícil de detectar que en el resto como consecuencia de su desarrollo madurativo. Una de las mayores dificultades con las que se encuentran los profesionales es con la ausencia de lenguaje, lo que provoca una mayor dificultad para atender el dolor en este grupo de niños si los profesionales no presentan la debida formación para ello.

–En primer lugar resolverle la situación del dolor, para mí es el tema prioritario porque absolutamente nada más, ni va a querer comer, ni va a querer hacer nada y ni va a querer que yo le toque tampoco, en el momento en que yo ya le tengo controlado el dolor, pues ya podemos empezar a hacerle exploraciones si yo no controlo el dolor no me lo voy a ganar para hacer (M1 p6).

–Pues lo primero mejorar el dolor del paciente (M19 p3).

–El dolor hoy no debe existir, por lo tanto me preocupa mucho, me afecta mucho y creo que me estoy rompiendo los cuernos para que no sufran porque ya hemos pasado muchos años, de no poner morfina a un terminal oncológico que sufría como un animal tienen “miedo a que tuviera adicción”.  
[*El dolor avui no ha d'existir, per lo tant me preocupa molt, m'afecta molt i crec que som dels que m'estic trencant les banyes perquè no pateixin perquè ja hem passat molts d'anys, de no posar morfina a un terminal oncològic que patia com un animal “por miedo a que tuviera adicción”*] (M20 p8-9).

#### **4.1.1.1.2. La importancia de adelantarse al dolor y administrar fármacos**

Bajo este código entiendo la importancia de aplicar fármacos para el dolor en el momento en que este se inicia.

Un grupo de profesionales médicos reflexionan acerca de la importancia de atender el dolor en los pacientes postoperados, mediante una pauta farmacológica que permita que el dolor que perciban éstos sea mínimo

o incluso nulo, ya que se dispone de medicación que se ajusta a estas necesidades si se administra con una pauta adecuada para ello.

–Yo creo que si tenemos medios para quitar el dolor, se debe quitar, y después, pues, con la medicación quitar el dolor. Directamente. Si tengo medios para quitar el dolor, se lo quito, y además le añado un ansiolítico, porqué el dolor afecta, produce ansiedad. [*Jo crec que si tenim medis per privar es mal, s'ha de llevar, i llavors pues, amb sa medicació pues llevar es mal. Directament. Tinc medis per llevar el mal, li llevo, i a més a més li afegeix un ansiolític, perquè es mal afecta, crea ansietat*] (M5 p4).

–Yo creo que nos tenemos que adelantar a que el enfermo tenga dolor. Porqué en la nuestra especialidad al menos, es importante. Si nosotros esperamos a que el enfermo tenga dolor para ponerle un analgésico, el dolor se hace más grande i el estado de ansiedad aumenta. [*Jo crec que nos hem d'avançar a que es malalt tingui dolor. Perquè en sa nostra especialitat al manco, és important. Si noltros esperam a que el malalt tingui dolor per posar un analgèsic, es dolor se fa més gran i l'estat d'ansietat augmenta*] (M5 p5).

–El dolor es un síntoma, vale?, y es importante. Es dolor es un síntoma, y es importante. Pero solo es importante porqué en aquel momento tenga dolor, esto definitivamente es un cosa que le pasará. [*Es dolor és un símptoma. Vale? Es dolor és un símptoma, i és important. Però només és important perquè en aquell moment li faci mal, això en definitiva és una cosa que li passarà*] (M8 p11).

A medida que van transcurriendo las entrevistas, los profesionales de la salud se sinceran afirmando que a lo largo de la historia ha sido habitual que los médicos no consideren el dolor como importante y, que requiere atención en muchas ocasiones inmediata. Mencionan también, que en el caso de los lactantes o niños pequeños deberían avanzar en los conocimientos y tratamientos que deben ofrecer a estos niños.

– Hombre, en general los médicos, creo eh... históricamente se ha... no le han hecho ni puto caso al dolor ¿no?, y yo creo que eso va cambiando y que cada vez somos más sensibles a eso. Y normalmente se pauta... se hace una pauta analgésica, tenemos siempre... en todo el postoperado se hace una pauta de tanto en tanto, en el quirófano se infiltra mucho la herida intraoperatoria y antes no se hacía. Y... cada vez se piensa más en el dolor (M3 p6).

– El niño pequeño... el niño pequeño, el niño pequeño lactante, el recién nacido... yo creo que habría que progresar un poco en los conceptos de dolor. Se piensa que no le duele porque no se queja o porque lo expresa diferente, pero yo creo que el lactante o recién nacido tiene dolor (M3 p6).

#### **4.1.1.1.3. Subjetividad del dolor**

La subjetividad ante el dolor está presente, pero ello no significa que no deba atenderse, sino que éste puede manifestarse de manera muy diferente ante cada niño, siendo necesario atender, valorar y observar como es el dolor que perciben cada uno de los niños.

–El dolor es subjetivo. Esto está... está clarísimo. Quiero decir, nosotros lo vemos cada día. Enfermos que tienen exactamente lo mismo, unos se quejan mucho y otros no. [*El dolor és subjectiu. Això està... està claríssim. Vull dir, noltros ho veim cada dia. Malalts que tenen exactament lo mateix, uns se queixen molt i els altres no*] (M3 p6).

–No se quejan casi nada. Entonces como el dolor es subjetivo, pues si tiene molestias a pesar de esta medicación, le puedes poner más medicación. [*No se queixen casi gens. Entonces, com que es dolor és subjectiu, pues si té molèsties a pesar d'aquesta medicació, li pots posar més medicació*] (M4 p5).

–Tu te encuentras ante una criatura que operado de fimosis con un paracetamol está tranquilo y otro que necesita metamizol, y alguna vez otro que le has tenido que poner dolantina. [*Tu te trobes amb una criatura que amb un paracetamol operat de fimosi està tranquil·lament i n'hi ha un altre que li has de posar metamizol i n'hi ha qualqun altre qualque vegada que li has hagut de posar dolantina*] (M20 p9).

#### **4.1.1.2. Competencias**

Conceptualizo esta subcategoría como aquel agrupamiento de actuaciones profesionales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer. También podemos definirlo como un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados coordinados e integrados, que el individuo ha de saber hacer y saber estar para desarrollar su ejercicio profesional.

#### **4.1.1.2.1. Desconocimiento de ciertos tratamientos farmacológicos y técnicas para el dolor de los niños**

Expresan falta de conocimientos suficientes de los profesionales médicos para atender pacientes que necesitan de una tecnología y tratamientos farmacológicos diferentes de los que se utilizan habitualmente en su unidad.

–Nosotros manejamos la pauta del dolor salvo lo que son bombas de postoperados epidurales que ahora se ponen bastante y eso lo lleva anestesia (M22 p5).

–Ellos pues ya les pondrán una... una ... quiero decir, en el caso de un quemado, pues le hacen un tipo diferente de pauta porqué ellos conocen más estos tipos no? [*Ells pues ja els hi posaran una... una... vull dir, si és el cas d'un cremat, pues li fan un tipus diferent de pauta perquè ells coneixen més aquests tipus ¿no?*] (M5 p10).

El médico vivencia el dolor esperado como una experiencia controlable. Sin embargo, cuando éste es fruto de una serie de circunstancias indefinibles, le produce una sensación de angustia que puede llevarlo a desentenderse del proceso doloroso, derivando al paciente a otros servicios, generalmente a la unidad de dolor, dotada de anestelistas, generalmente considerados los profesionales más adecuados para atender dicho dolor. La unidad del dolor es un servicio integrado en el hospital cuyo objetivo principal es proporcionar ayuda para la eliminación o disminución del dolor agudo. En dicha unidad es habitual

la pauta y control de analgésicos mayores, así como la aplicación de la tecnología relacionada con la administración de los mismos, tales como las bombas de perfusión analgésica autorregulables.

– Y el dolor que es más difícil es el que no depende de nosotros, depende de la Unidad de Dolor, de la anestesia, de si el niño le duele, de si está con una bomba... en este caso nosotros no sabemos como ajustarlo. Ese sí que es un dolor que lo sufres más, porque no lo controlas (M15 p1).

– Se llama mucho a la unidad del dolor, ellos vienen y les ponen morfina (M1p 10).

– Está todo el tema de los mórficos que nosotros no trabajamos con ellos. [*Està tot el tema dels mòrfics que noltros no treballem amb ells*] (M17 p6).

– Es más fácil para mi la traumatología en ese sentido, es muy pragmática no es como un dolor oncológico y en la mayoría de los dolores sé que les puedo dejar con muy poco dolor, o bien poniendo una medicación básica o incluso con un bloqueo anestésico o lo que sea, entonces el dolor que sabes de que viene y porque lo puedes tratar es un dolor muy fácil de asumir (M15 p6).

– Hay un dolor admisible en un postoperatorio, es tratado con fármacos normales vía oral. Hay otro tipo de dolor más intenso que necesita la colaboración de anestesia y empleo de drogas mucho más importantes que exigen controles mucho más importantes (M3 p3).

#### **4.1.1.2.2. Especificidad y tratamiento del dolor en los niños con quemaduras**

Entiendo bajo este código la manera en la que los médicos reconocen la existencia de dolor en los niños con quemaduras.

Los médicos, coinciden en afirmar que los niños ingresados por quemaduras manifiestan dolor durante la hospitalización y que éste se ve incrementado sustancialmente durante las curas. Por otra parte se considera el dolor de las curas de los quemados como una situación muy compleja y que se escapa del control de los médicos de cirugía, implicando por tanto un terreno desconocido que autorrevela un déficit en el manejo del dolor.

También manifiestan que las encargadas del cuidado de estos niños son las enfermeras, aludiendo a que a ellos no les gusta esta patología ya que cirugía no debería ser la especialidad responsable del cuidado de estos pacientes. Consideran que estos niños deberían ser atendidos por otro grupo de profesionales como pueden ser los anestesiólogos, o especialistas en cirugía plástica, lo que facilitaría que se les administrara medicación adecuada a los niños con quemaduras.

–A veces los quemados, grandes quemados o curas de quemados sí que está un poco, si se hace en la planta duele mucho y entonces, ¿sabes?, si se baja a quirófano se está bien pero bajar a quirófano cada dos días un niño... aquí hemos puesto también bombas de epidural pero como es muy, un dolor muy subjetivo el dolor del quemado pues no terminan de... yo creo que ahí hay un poco de... ¿sabes? De, de... un campo sin cubrir del todo. El dolor del quemado en lo que se refiere a las curas (M22 p5).

–Yo creo que sí. Hay un poco... No me refiero al día a día del quemado, ahí están bien, ¿eh? Yo, cuando hay que hacer una cura aquí en la planta, pues las curas del quemado en la planta son un poco de aguantaformo ¿sabes? De, venga a la ducha y el niño gritando y tal... Ahí hay un poco... Claro, porque en el quemado es o lo sedo o no lo sedo ¿sabes? Entonces sedarlo también te da un poco de pereza, en el sentido pues de bajarlo a quirófano, bajarlo cada dos días para el niño no es bueno, ¿sabes? dormirlo cada dos días... y no sé, eso está un poco. Como no tenemos una unidad de grandes quemados, me imagino que las unidades específicas de quemados sí que lo tendrán como muy... ¿Sabes?, las sedaciones y todo eso (M22 p6).

#### **4.1.1.3. Ética profesional y valores y creencias**

Son aquellos que son asumidos por los profesionales de una disciplina como moralmente correctos. Estos valores se recogen en los códigos deontológicos. También he querido incluir en esta definición aquellas atribuciones positivas o negativas que puede producir en los profesionales una modificación en su comportamiento y actitudes hacia la persona o situación.

##### ***4.1.1.3.1. Priorización del diagnóstico de la patología versus el síntoma del dolor***

En este código se incluyen las manifestaciones que ante dos situaciones conjuntas eligen actuar primero ante el diagnóstico de la enfermedad y posteriormente abordar el dolor.

Los médicos coinciden en centrar su práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la patología, siendo para ellos lo más prioritario a resolver en los niños. En general, los médicos no consideran el dolor como un problema médico que necesita ser abordado de forma prioritaria si no, como una experiencia transitoria que no forma parte de su objetivo principal, en relación a su atención y actuación clínica.

–El dolor no es prioritario... quizás sea prioritario saber porqué duele e intentar curar o sanar... (M3 p2).

–Lo que más me preocupa es el problema médico. Quiero decir si se debe operar, el que la intervención salga bien y se resuelva el problema. Si está ingresado para estudio resolver el diagnóstico y ponerle el tratamiento adecuado, quiero decir... a mi como médico lo que más me preocupa la patología del enfermo. [*Lo que més me preocupa, és el problema mèdic. Vull dir. Si s'ha d'operar, el que s'operació surti bé i es resolgui es problema. Si està ingressat per un estudi, resoldre es diagnòstic i posar-li es tractament apropiat... vull dir... a mi, com a metge, lo que més me preocupa és sa patologia del malalt*] (M6 p1).

–Lo que me importa es que el niño salga bien, y que el dolor que tiene en definitiva va a ser transitorio por tal cosa (M3 p6).

–Lo primero es sacar la patología adelante, eso es lo más importante, lo prioritario. O sea, curarlo ¿no?, eso es lo más importante y luego si dentro de curarlo le puedes hacer la vida más agradable dentro del hospital mejor

¿eh?, pero lo prioritario... hombre para todos los médicos es curar porque si tú no curas, o sea, le tratas súper bien pero no le curas yo creo que tampoco es... (M22 p2).

–El dolor en definitiva le pasará. [*El mal en definitiva li passarà*] (M8 p4).

–Lo prioritario es diagnosticar el paciente y ver de donde procede el dolor. Si este se puede calmar se debe calmar mientras no pueda enmascarar la patología. [*Lo prioritari és diagnosticar el malalt i veure d'on ve el dolor. Si aquest se pot calmar, s'ha de calmar mentres no pugui fer desemmascar la patologia*] (M4 p3).

#### **4.1.1.3.2. Creencias propias en torno al dolor**

Este código comprende todas aquellas creencias y valores expresados por los propios profesionales respecto al dolor.

La mayoría de los médicos atribuyen alguna causa ajena a la patología como responsable del dolor que acontece en algunos de los niños ingresados. Consideran que el dolor producido por el tipo de intervenciones quirúrgicas que se llevan a cabo en la unidad de estudio es en la mayoría de ocasiones de baja intensidad, e incluso refieren no disponer de fármacos con una potencia adecuada para poder eliminar este dolor.

Muchos de los entrevistados insisten en considerar que en la unidad de estudio los niños no sufren dolor, o que en muchas de las ocasiones este se confunde

con otros factores como son el miedo y la ansiedad, llegando incluso a justificar el dolor percibido por los niños como una consecuencia de la soledad que viven en el hospital. En ocasiones, administran placebos como medicación analgésica, justificando la administración de los mismos a pacientes que presentan dolores que no son agudos, o que no han detectado su etiología.

–Yo personalmente creo que en general los niños no sufren especialmente dolor, en nuestro servicio, creo, por lo menos es la impresión que tengo. De todas maneras ya lo he dicho al principio, todo es mejorable y si de este estudio llegamos a la conclusión de que se puede mejorar, pues lo mejoraremos. Pero creo que en principio en general los niños tienen momentos puntuales de dolor que yo creo que ya se pauta de entrada un tratamiento para la analgesia, ahora que puede haber momentos que se baraje un poco la angustia con el miedo y el dolor, que es algo que va todo muy junto, puede ser (M19 p6).

–A media tarde si tienen una molestia, es porque se han quedado solos, porque no sé cuantos, porque no sé menos, porque se han aburrido, no es porque tengan un dolor fuertísimo... (M5 p6).

–Sólo usamos placebos en los que tenemos buena constancia de que es imposible o queremos valorar... son pacientes habitualmente no quirúrgicos, niñas pre o post adolescentes, menárquicas con dolores difusos, absurdos que no sabes por qué y tal. Y lo probamos (M5 p7).

–El dolor postoperatorio es un dolor controlable y que no siempre lo podemos hacer desaparecer... los fármacos que se tienen disponibles en

una planta de cirugía o que maneja un cirujano, muchas veces no borran el dolor (M3 p2).

–El dolor es un síntoma, un síntoma importante. Si te han operado y tienes un poco de dolor, pues entra dentro de lo normal. La gente ha de ser capaz de asumirlo. [*Es dolor és un símptoma, un símptoma important. Si t'han operat i tens una mica de mal, pues entra dins de lo normal. I sa gent ha de ser capaç d'assumir això*] (M8 p9).

–Por ejemplo yo he estado en Inglaterra comparando con hospitales ingleses utilizamos menos mórficos que ellos. Ellos son un poco obsesivos del dolor, están en el otro extremo yo no sé si lo suyo está bien, tampoco estoy convencido pero bueno... [*Per exemple jo he estat a Anglaterra, comparativament als hospitals anglesos en feim servir molt menys mòrfics que ells. Ells són una mica obsessius del dolor, estan a s'altre extrem jo no sé si lo seu és lo bo, tampoc estic convençut, però bueno...*] (M4 p6).

#### **4.1.1.3.3. Normalidad y falso control del dolor postoperatorio**

Este código aglutina las percepciones de los profesionales médicos en relación a la no presencia de dolor en los niños postoperados de esta unidad, o consideración que la percepción del dolor forma parte de la normalidad después de una intervención quirúrgica.

Para un grupo de profesionales médicos el dolor agudo que se produce durante el periodo postoperatorio es un componente habitual más del

proceso y por tanto no merece una atención especial dado que se autolimitará por sí mismo en el tiempo. Para estos profesionales el dolor no constituye una entidad nociva en sí misma, sino que es un producto derivado de la propia intervención. Ello implica que la administración de analgésicos no sea en muchas ocasiones la deseada para disminuir el dolor o que la administración de los mismos sea de baja potencia para el dolor que presentan los pacientes. Los médicos creen que el dolor es pasajero, forma parte de la cultura hospitalaria, es habitual tener dolor tras sufrir una intervención quirúrgica.

–¿Qué dolor vemos nosotros aquí? Nada. Un dolor postoperatorio. Un dolor así como... como... como muy inmediato y que sabemos que va a durar poco. Es que no vemos muchos dolores, nosotros (M3 p7).

–En general bien porque lo que operamos yo creo que no, no son grandes patologías de dolor ¿no? y el niño lo lleva bastante bien. Lo único a veces los quemados, grandes quemados o curas de quemados sí que está un poco, si se hace en la planta duele mucho y entonces, ¿sabes?, si se baja a quirófano se está bien pero bajar a quirófano cada dos días a un niño... aquí hemos puesto también bombas de epidural pero como es muy, un dolor muy subjetivo el dolor del quemado pues no terminan de... yo creo que ahí hay un poco de... ¿sabes? De, de... un campo sin cubrir del todo. El dolor del quemado en lo que se refiere a las curas (M22 p5).

–El dolor es un síntoma, un síntoma importante. Si te han operado y tienes un poco de dolor, pues entra dentro de lo normal. La gente ha de

ser capaz de asumirlo. [El dolor és un símptoma, un símptoma important si t'han operat i tens un poc de mal entra dins lo normal i sa gent ha de ser capaç d'assumir això] (M22 p5).

#### 4.1.2. Práctica asistencial

Esta categoría la defino como el conjunto de actividades que dicen que llevan a cabo los profesionales para eliminar disminuir o paliar el dolor de los niños (tabla 7).

PERFIL PROFESIONAL MÉDICOS 4.1.	
CATEGORÍA 4.1.2. PRÁCTICA ASISTENCIAL	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.1.2.1. Evaluación del dolor	4.1.2.1.1. Falta de confianza en las escalas de evaluación
	4.1.2.1.2. No utilización de métodos de evaluación del dolor
4.1.2.2. Tratamiento farmacológico	4.1.2.2.1. Utilización de analgésicos menores
	4.1.2.2.2. No utilización de analgésicos mayores
	4.1.2.2.3. Derivación de niños a la unidad del dolor
	4.1.2.2.4. Falta de unificación de criterios en las pautas de tratamiento farmacológico
	4.1.2.2.5. Pauta de analgésicos vía telefónica
4.1.2.3. Estrategias no farmacológicas frente al dolor infantil	4.1.2.3.1. Reconocimiento del dolor en los niños con quemaduras y falta de atención adecuada
	4.1.2.3.2. No pertenencia de los pacientes quemados al área de cirugía e insatisfacción en este tipo de pacientes
	4.1.2.3.3. El manejo y sufrimiento del dolor ante los niños con quemaduras es asumido por la enfermera

TABLA 7. Práctica Asistencial en médicos

Los médicos prescriben medicación ante el dolor que debe ser administrado por otros profesionales como es el caso de las enfermeras. El estamento médico define una serie de características que consideran las idóneas para estos profesionales, incidiendo en cualidades específicas para atender a los niños que han sufrido quemaduras, un tipo de pacientes que consideran no deberían pertenecer a su especialidad.

#### **4.1.2.1. Evaluación del dolor**

Subcategoría referida a las herramientas utilizadas por los médicos para cuantificar el dolor.

##### **4.1.2.1.1. Falta de confianza en las escalas de evaluación**

A través de las entrevistas los médicos manifiestan escepticismo ante la evaluación del dolor infantil. Las escalas de evaluación son métodos para evaluar el dolor infantil de manera cuantitativa. La mayoría de los médicos no conocen los métodos que existen para la evaluación del dolor en los niños.

–La valoración del dolor debería realizarla la enfermera. [*La valoració del dolor l'hauria de fer la infermera*] (M6 p7).

–En los niños no me creo las escalas de valoración del dolor. Por ejemplo estamos realizando un estudio en urgencias sobre escalas visuales de dolor. Entra un niño sentado en un silla de ruedas tan tranquilo y le dices ¿Cuánto

dolor tienes de ocho a diez? Diez es el máximo dolor y dice “ufff” me duele un montón. Ocho. Esto no tiene ningún sentido. *[Amb els nins ses escales de valoració de dolor no me les crec Per exemple, estam fent un estudi a urgències sobre escales visuals de dolor. I entra un nin que ve assegut a sa cadira tan tranquil i diu “¿quan de mal té de vuit a deu? Deu és el màxim dolor i diu “uffff, me fa molt de mal. Vuit”. És que no té cap sentit] (M4p 69).*

Otros médicos manifiestan que la evaluación del dolor a través de métodos para su cuantificación no se utilizan en su unidad, pero sin embargo consideran que es una actuación importante y sencilla que podría llevarse a cabo, aunque algunos opinan que no es necesaria ya que los niños o sus familiares pueden expresar sus signos y síntomas.

–Por ejemplo, no se lleva a cabo la valoración del dolor que es una cosa muy interesante pero no se utiliza. Además en niños es muy sencillo. No sé si tu las conoces las caras... no se hace. *[Per exemple, no es fa la valoració del dolor que és una cosa molt interessant però no es fa servir. A més en nins és molt senzill. No sé si les coneixes que van en les cares... no es fa] (M3p 12).*

–Por la manera de expresarse la criatura... es decir, no utilizan lo que todos sabemos de la cara, aquello de los dibujos i estas y aquellas cosas que existen y que van muy bien pero que llega un momento que ya no has de ir mirando con la foto a mirar el niño y mirar la cara. Lo ves que esta criatura está sufriendo y le pones... O la criatura te lo dice o la mamá te dice ha estado intranquilo. *[Per la manera d'expressar la criatura... és a dir, no empleam per pràctic lo que tots sabem de la cara, allò dels dibuixets i aquests deixons, que*

*existeixen i que van molt bé però que arriba un moment que ja no has d'anar amb la foto a mirar el nin i mirar la cara. Ho veus que aquesta criatura està patint i li poses. O la criatura t'ho diu, o la mamà te diu ha estat intranquil i demás] (M20 p10).*

#### **4.1.2.2. Tratamiento farmacológico**

Este código comprende aquellas manifestaciones sobre la prescripción llevada a cabo por los médicos en relación a los fármacos para la disminución o eliminación del dolor.

En la mayoría de los casos ante el dolor agudo ocasionado por una intervención quirúrgica el tratamiento de elección para paliar este dolor es el farmacológico. Dicha estrategia farmacológica utilizada abarca dos niveles, el primero de ellos está referido a los analgésicos habituales de la unidad y el otro corresponde a analgésicos cuando precise. Las pautas de medicación son diferentes según la patología que presentan los niños, la edad, e incluso según el profesional que atiende al paciente.

##### **4.1.2.2.1. Utilización de analgésicos menores**

El tipo de fármacos mayoritariamente utilizado son los analgésicos menores, ya que en el caso de optar por otro tipo de analgésicos de mayor potencia, las pautas suelen ser prescritas por otros profesionales, los anestesiólogos, adscritos a la unidad del dolor (unidad externa al servicio de cirugía) .

–Pues no sé, aquello típico Ibuprofeno, Dalsi, Paracetamol o Apiretal vía rectal (M17 p5).

–Hay un dolor admisible en el postoperatorio, es tratable con fármacos orales, hay otro tipo de dolor más intenso y más intenso necesita de un médico anestesista y empleo de drogas más importantes que exigen controles más importantes (M4 p2).

Las pautas de medicación farmacológica que prescriben los médicos son diferentes según el facultativo que las lleva a cabo, lo que en muchas ocasiones acaba, como veremos más adelante, resultando un problema para las enfermeras, responsables de ejecutar dichas prescripciones.

–Habitualmente ponemos dos escalones de medicación uno pautado y uno si precisa, si este enfermo tiene dolor y necesita el segundo escalón lo hace la enfermera. [*Habitualment posam dos escalons de medicació un pautat i l'altre si precisa, si aquest malalt té dolor i necessita el segon escaló ho fa la infermera*] (M4 p5).

–Tenemos unas pautas del servicio para las situaciones de dolor que ya están tipificadas y a veces no especificamos un producto concreto ni una dosis, ponemos pauta servicio (M2 p4).

#### **4.1.2.2.2. No utilización de analgésicos mayores**

Bajo este código se entiende la escasa o nula utilización de analgésicos mayores por parte de los médicos en los pacientes que tienen a su cargo.

Consideran que ante la administración de fármacos, como por ejemplo la morfina, se requiere una vigilancia específica, diferente a la de los analgésicos menores que son el tipo de fármacos que utilizan habitualmente y comentan a través de su discurso que ellos no pueden garantizar que estos cuidados se puedan cumplir, aludiendo a que el dolor producido por una intervención quirúrgica está controlado

– En parte es porque son medicaciones que están poco acostumbrados a usarlas y que tienen... y que luego requieren una serie de controles que no estás seguro de que se les podrá dar. A un niño que le ponen morfina, pues uno siempre tiene la impresión de que debe estar más monitorizado, que le deberíamos controlar más... y si puedes pasar con una medicación menor, pues también pasas. Y de todos modos yo... yo creo que no es un tema que tengamos descontrolado ni mucho menos, se del dolor. El dolor postoperatorio, por ejemplo, el dolor del niño lo tenemos bastante controlado con estas medicaciones que utilizamos. [*En part és perquè són medicacions que estan poc acostumats a fer-les servir i que tenen... i que després requereixen una sèrie de controls que no estàs segur que se'ls hi podrà donar. A un nin que li posen morfina, pues un sempre té la impressió que ha d'estar més monitoritzat, que li hauríem de controlar més... i si pots passar amb una medicació menor, pues també hi passes. I... de totes maneres jo... jo crec que no és un tema que tinguem descontrolat ni molt menos, es del dolor. El dolor postoperatori, per exemple, el dolor del nin el tenim bastant controlat amb ses medicacions que feim servir*] (M4 p7).

**4.1.2.2.3. Derivación de los niños a la unidad del dolor**

Este código aglutina la necesidad de derivar los niños que presentan un grado importante de dolor a una unidad específica, (unidad del dolor) donde se les puedan administrar analgésicos mayores.

Relatan que ante una pauta de dolor que precise de la utilización de bombas de infusión, anestesia epidural, o ante intervenciones quirúrgicas que puedan preveer que van a sufrir dolores muy intensos, este tipo de pacientes deben controlarse en la unidad del dolor; dicha unidad no existe en todas las unidades del hospital. Los médicos opinan que dependiendo de la complejidad de las intervenciones quirúrgicas a las que deban someterse los niños, deberían ser siempre atendidos por esta unidad.

–Hay un tipo de dolor postoperatorio intenso y fuerte que necesita la colaboración de anestesia, de un médico anestesista y empleo de drogas mucho más importantes que exigen controles más importantes (M3 p2).

–Nosotros manejamos la pauta del dolor, salvo, bueno, lo que son bombas del dolor, que eso lo lleva anestesia, las bombas de postoperados epidurales, que ahora se ponen bastantes y eso lo lleva anestesia (M22 p5).

–Para realizar las curas se llama mucho a la unidad del dolor. Entonces ellos vienen, según lo que tiene el niño... bueno le ponemos morfina o no sé qué En otros casos ellos mismos dicen no, no mejor lo llevamos a quirófano y... le hacemos una mascarilla laríngea, pero digo sí se piensa más en el dolor (M3 p20).

– La unidad del dolor debería ser la que siempre atiende a los niños con dolor.

(M15 p6).

#### **4.1.2.2.4. Falta de unificación de criterios en las pautas de tratamiento farmacológico**

Este código recoge las diferentes pautas de tratamiento farmacológico que registran los médicos en las órdenes de tratamiento.

Los médicos no tienen estandarizadas las pautas de tratamiento farmacológico. Cada uno de los ellos pauta la medicación según su criterio.

Las pautas de medicación farmacológica, al no cumplir un protocolo provocan descontento entre los mismos profesionales médicos y de manera especial en las enfermeras, lo que en ocasiones provoca que la pauta para poder aliviar el dolor de los niños, no sea la más eficaz

– Esto es algo, que a mí no me gusta realmente esta situación, además hemos tenido ciertos problemas en este sentido, porque claro, la enfermera dice: yo se cual es, pero tal vez tiene que calcular la dosis igualmente, porque tenemos anotado a lo mejor la dosis de este producto, pero un enfermo según el peso, pero no está realmente anotado en este sentido, y bueno, a mí normalmente me gusta calcular la dosis y no poner pautas del Servicio de acuerdo para el dolor tal... Es una pauta que ha realizado nuestro Jefe y que con algunos enfermos que suben de quirófano, sobre todo para este tipo de enfermos, de

la cirugía esta pequeña, ambulatoria, ponemos: pauta de dolor leve o pauta de dolor moderado. *[Això és una cosa, a mi no m'agrada realment aquesta situació, a més hem tingut certs problemes en aquest sentit, perquè clar, la infermera diu: jo se quin és, però tal vegada hem de calcular la dosi igualment, perquè tenim anotat a lo millor dosis d'aquest producte, però un malalt segons el pes, però no està realment anotat en aquest sentit, i bueno, a mi normalment m'agrada calcular la dosi i no posar pautes del Servei d'acord per el dolor tal... És una pauta que va fer el nostre cap i que amb alguns malalts que puguen de quiròfan, sobretot per a aquest tipus de malalts, de la cirurgia aquesta petita, ambulatòria, posem: pauta de dolor lleu o pauta de dolor moderat]* (M17 P4).

–Y soy el primero que lo pongo alguna vez porque no me acuerdo o me equivoco es decir el “si precisa” debería ser a partir de decir yo empiezo con una pauta que tenemos protocolizada, que tenemos marcada. Si vemos que le sobra, porque el paciente te lo dice , te lo demuestra, le retiro aquella porque yo creo que le debemos poner la analgesia antes de que llegue a la fase máxima de dolor, y lo procuramos hacer así, lo que pasa, que ya te digo si tuviésemos que mirar las veces que fallamos, seguro que muchas todavía porque somos viejos y utilizamos el estilo antiguo y cuesta cambiar. La suerte, y esto también se debe decir, es que la enfermera el “si precisa” lo aplica a la más mínima circunstancia con lo que entramos casi en lo correcto. *[I soc el primer que ho pos qualche vegada perquè no m'en record o m'equivoc, és a dir, el “si precisa” hauria de ser a partir de dir jo li començ amb una pauta que tenim protocolitzada, que tenim marcada. Que veim que li sobra, perquè el malalt t'ho diu, t'ho demostra, li retir aquella perquè jo crec que li hem de posar l'analgesia abans de que arribi a la fase màxima de dolor, i ho procuram fer així, el que*

*passa que ja t'he dic si haguéssim de mirar les vegades que fallam, segur que moltes encara perquè som vells i duim l'estil antic i costa canviar. La sort, i aquí també s'ha de dir, és que infermeria el "si precisa" l'aplica a la més mínima circumstància amb lo qual entram quasi a lo correcte] (M20 p10).*

En muchas de las ocasiones el tipo de fármaco a administrar se lleva a cabo priorizando en la vía de administración más que en la necesidad requerida para el mismo.

–Mientras lleve suero aprovecho para ponerle medicación endovenosa i cuando no lleva suero pues no sé, aquello típico Ibuprofeno, Dalsi, Paracetamol o Apiretal vía rectal. *[Mentres du sèrum aprofit per posar-li medicació endovenosa i quan no du sèrum doncs no sé, allò típic Ibuprofeno, Dalsy, Paracetamol o Apiretal, Quan el dolor és més important hem de fer ús de la unitat del dolor] (M17 p5).*

#### **4.1.2.2.5. Control telefónico de la analgesia**

A través de este código se recogen las actuaciones realizadas en determinadas ocasiones en que los médicos consideran que no es necesario subir a la unidad para observar a los pacientes que presentan dolor, pautan la medicación a través de vía telefónica, argumentando que posteriormente escribirán en las ordenes de tratamiento.

–Si puedo dar una solución por vía telefónica yo la doy, después subo a la unidad y lo dejo anotado, porque esto es una cosa que debe

quedar registrada. Pero enseguida le digo a la enfermera lo que debe hacer, preguntando las características del paciente para así ponerle la medicación adecuada. *[Si puc donar ja una solució per via telefònica, ja la dono, després pujo a la Unitat i ho deixo anotat, perquè això és una cosa que ha de quedar constància. Però de seguida ja li dic a la infermera el que ha de fer, demanant ses característiques del malalt per posar-li la medicació adequada]* (M17 p4).

#### **4.1.2.3. Estrategias no farmacológicas frente al dolor**

A través de esta subcategoría se explica la aplicación de tratamientos no farmacológicos para ayudar a disminuir o eliminar el dolor.

A lo largo de las entrevistas se hace muy poca alusión a las pautas de tratamiento no farmacológicas, tales como los masajes, distracción, relajación etc. Sin embargo se hace mención a las actuaciones que realizan los “Payasos de la Sonrisa Médica”, los cuales a través de la música, juegos, marionetas, burbujas etc. intentan reducir el malestar de los niños ante situaciones difíciles en un medio hostil como es el hospital.

–De distracción, todo esto por ejemplo en este sentido, los payasos que vienen pues son una gozada y ahora en Navidades se ha notado un montón porque todas las tardes había algo. Lo que pasa es que el problema en la planta de trauma es que muchos niños no pueden abandonar su habitación porque están encamados, entonces a veces se enfadan más cuando oyen que fuera hay... (M15 p8).

#### **4.1.2.3.1. Reconocimiento del dolor en los niños con quemaduras y falta de atención adecuada**

En este código se recoge el dolor que presentan los niños hospitalizados por quemaduras.

La totalidad de los médicos entrevistados refieren que el dolor que perciben los niños que sufren quemaduras es real y diferente, manifestando su preocupación por ellos, califican este tipo de pacientes como aquellos que presentan unas connotaciones especiales cuya patología es de larga duración. Refieren desconocimiento sobre las actuaciones profesionales que deben realizar ante este tipo de patología.

A lo largo de las entrevistas casi la totalidad de los médicos manifiestan, que los pacientes quemados presentan resultados poco visibles a corto plazo y resaltan que para este tipo de patología debería existir una unidad específica que le atendiera. Los médicos reconocen que el dolor ocasionado por las quemaduras no ha sido atendido de la manera que se merece e incluso ha sido ignorado en muchas de las ocasiones.

–El caso de los quemados, los quemados es una situación diferente y complicada. Yo creo que a los quemados se les debería estudiar mucho, porque yo creo que los quemados por lo menos se debería partir de un consenso y puede ser que estuviera la Unidad del Dolor siempre dentro de esta situación. *[El cas dels cremats, els cremats és una situació un poc diferent i complicada. Jo crec que als cremats se'ls hi hauria d'estudiar molt, perquè jo crec que els cremats al menys s'hauria de partir d'un*

*consens i potser que estigués la Unitat del Dolor sempre dins aquesta situació] (M17 p5).*

– En los quemados es otra cosa... se ha abusado mucho de... de... ignorar el dolor del quemado... ese si que es un dolor muy influido psíquicamente porque el desgaste mental que tiene el quemado... (M3 p9).

#### **4.1.2.3.2. No pertenencia de los pacientes quemados al área de cirugía e insatisfacción en este tipo de pacientes**

Este código comprende las manifestaciones de los médicos en cuanto a que los quemados a pesar de ser pacientes que están a su cargo, consideran que deberían ser atendidos por otro tipo de especialistas.

– Los quemados se nos van de las manos, nosotros no los consideramos una enfermedad de cirugía infantil, a nosotros nos gusta el reflujo, la hernia, y el quemado queda en el aire (M22 p6).

– No nos gusta, entre comillas, es un paciente que no se sabe si es de cirugía plástica o de cirugía infantil. Es un coñazo de paciente porque hay muchas curas, muy, muy crónico, ¿sabes? Es un paciente que no gusta en general (M3 p6).

– Los quemados se han convertido en un caos. A mí me llaman por un quemado y yo no quiero saber nada (M3 p6).

#### **4.1.2.3.3. El manejo y sufrimiento del dolor ante los niños con quemaduras es asumido por la enfermera**

A través de este código los médicos reconocen de manera explícita que la casi totalidad de los cuidados que deben proporcionarse a los niños hospitalizados por quemaduras son efectuados por las enfermeras.

Las enfermeras comentan que habitualmente realizan diariamente las curas de los niños quemados e informan de la evolución de las quemaduras, solicitan al médico que prescriba aquellos fármacos que ellas consideran son los que producen más mejoría y además solicitan que prescriban analgésicos antes de las curas y/o tranquilizantes. También señalan como al ser estas curas muy dolorosas producen en los niños un gran estrés que acaba influyendo sobre éste y la enfermera que lleva a cabo dichos cuidados.

–La más torturada para hacer una cura de quemados es la enfermera, lo padece la enfermera... quien padece el sufrimiento del niño es la enfermera (M3 p10).

–El quemado es aquel paciente que no le gusta a nadie. Me refiero a que es un paciente de larga duración y que tal vez realmente no ves unos resultados...  
[*El cremat és el malalt que no agrada a ningú. No, si, em refereixo, és un malalt que és llarg, que tal vegada no veus realment uns resultats...*] (M17 p7).

–Yo creo que el quemado necesitaría como una pequeña unidad de quemados, con un equipo fijo de anestesia para controlar el dolor, curas... y una enfermería especializada... (M3 p5).

### 4.1.3. Interrelaciones

Entiendo dentro de esta categoría la manera en la que interactúa cada uno de los profesionales de la salud categoría profesional, como se relacionan unos con otros y estos a su vez con los familiares de los niños ingresados.

Dentro de dicha categoría han surgido las siguientes subcategorías y códigos (tabla 8).

PERFIL PROFESIONAL MÉDICOS 4.1	
CATEGORÍA 4.1.3. INTERRELACIONES	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.1.3.1. Interrelaciones Profesionales	4.1.3.1.1. Concepto del trabajo de enfermería por parte de los médicos
	4.1.3.1.2. Confianza versus conocimientos
	4.1.3.1.3. La enfermera como puente entre el médico, el niño y la familia
4.1.3.2. Concepto de trabajo en equipo	4.1.3.2.1. Trabajo en equipo entendido sólo como profesionales de la misma categoría
	4.1.3.2.2. El trabajo en equipo es importante y difícil
	4.1.3.2.3. Rotación en las enfermeras
	4.1.3.2.4. La enfermera como colaboradora del médico pero no viceversa
	4.1.3.2.5. Falta de comunicación entre las categorías profesionales

TABLA 8. Interrelaciones en médicos.

#### 4.1.3.1. Interrelaciones profesionales

Esta subcategoría hace referencia a la interacción entre los profesionales, en relación con la práctica profesional, y al trabajo en

equipo entre todos los profesionales de la unidad de estudio (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería).

#### **4.1.3.1.1. Concepto del trabajo de enfermería por parte de los médicos**

Este código aglutina la consideración que tienen los médicos del trabajo que realizan las enfermeras.

A lo largo de las entrevistas, los médicos hacen referencia al trabajo de la enfermera como aquellas actuaciones que consideran poco relevantes o que precisan de un tiempo mayor para atender al paciente y familia, como es el caso de la educación, distracción o actividades meramente asistenciales. Algunos médicos definen el perfil del profesional de enfermería como una persona con capacidad para resolver problemas, cuidar a los niños hospitalizados por quemaduras, gestionar recursos y *ser técnicamente buena*.

–A veces charlas un poco con el niño, lo distraes hablando de fútbol y no sé que y al niño se le ha pasado el dolor, y este trabajo claro lo puede hacer la enfermera (M3 p7).

–La enfermera, con las armas que tiene y tal como están las cosas ahora mismo, la enfermera, salvo poner la medicación que le indica el médico y después no sé... calmar al niño, o en todo caso calmar a una madre (M3p15).

#### **4.1.3.1.2. Confianza versus conocimientos**

En este código, los médicos consideran que la responsabilidad que puede ejercer la enfermera se ajusta en la mayoría de ocasiones a la percepción y confianza que deposita el médico en la misma, no en los conocimientos que ella posee.

– Los cuidados técnicos los hace enfermería, sondas, vendas y todo eso...

(M1 p5).

– La más torturada para hacer una cura de quemados es la enfermera, lo padece la enfermera... quien padece el sufrimiento del niño es la enfermera” (M3p 10).

– Y si es una tontería pues la resolverán ellas. Esto funciona bastante bien. [*I si és una tonteria pues la resoldran elles. Això funciona bastant bé*] (M8 p3).

– La suerte, esto se debe decir, es que enfermería el “si precisa” lo aplica a la más mínima circunstancia con lo que casi estamos en lo correcto. [*La sort, i aquí també s’ha de dir, és que infermeria el “si precisa” l’aplica a la més mínima circumstància amb lo qual entram quasi a lo correcte*] (M20 p10).

Los médicos reiteran la responsabilidad exclusiva que tienen en relación a la prescripción de los tratamientos farmacológicos en los niños, sin embargo manifiestan que si la relación que ellos establecen con la

enfermera y el tiempo que esta lleva en la unidad es el suficiente para conocer las características de los pacientes ingresados en la unidad, ésta puede incluso administrar medicación sin que esté prescrita.

–Teóricamente la enfermera no debe poner ningún tratamiento sin ninguna orden médica, de cualquier manera, en un momento puntual si es una enfermera profesional habituada a nuestros pacientes y con una buena relación con nosotros, si hay un momento puntual de dolor simplemente comentándolo, aunque solo sea por teléfono, puede solucionar el problema del niño, aunque no lo tenga por escrito, y yo creo que en este caso ella puede, como universitaria y como profesional que es, tiene, puede hacerlo perfectamente (M19 p5).

#### ***4.1.3.1.3. La enfermera como puente entre el médico, el niño y la familia***

Bajo este código se entiende al profesional de enfermería como aquel profesional que ejerce de intermediario entre el médico, el niño y la familia.

Las enfermeras actúan como enlace entre los médicos, los niños ingresados y sus familiares. Ellas permanecen durante las 24 h a pie de cama de los pacientes, son conocedoras de cualquier cambio que se sucede en los niños. Además son las primeras en conocer la presencia de dolor, por tanto son las que avisan a los médicos ante cualquier incidencia que suceda en alguno de los pacientes que tienen a su cargo y los familiares del mismo.

–La enfermera transmite porque convive muchas horas en la unidad, te avisa si tiene dolor o si tiene problemas. [*La infermera transmet perquè conviu moltes hores a la planta, t'avisava si té dolor o hi ha problemes*] (M6 p9).

–Lo normal es que un médico pase visita con la enfermera. [*Lo normal és que un metge passi visita amb la infermera*] (M4 p3).

–Cada cual tiene su parcela y está muy automatizado yo creo ya (M22 p3).

–Por ejemplo una de las cosas que más valoramos como médicos es que sepas que la enfermera te avisará cuando te debe avisar y no te avisará si no es necesario. Esto es un síntoma de que las cosas funcionan. Sabes que cuando te llaman de la unidad i te dicen: “ven hay un problema”, pues es que hay un problema. Y... esto pues te da mucha seguridad como médico ¿no? [*Per exemple, una de ses coses que més valorem com a metges és que sàpigues que sa infermeria t'avisarà quan t'ha d'avisar i no t'avisarà quan no faci falta. Això és un símptoma de que ses coses funcionen. Saps que quan te telefonen de sa planta i diuen “vine, que hi ha un problema”, pues és que hi ha un problema. I... això, pues te dóna molta seguretat com a metge, ¿no?*] (M4 p2).

#### **4.1.3.2. Concepto de trabajo en equipo**

Este código engloba aquellas manifestaciones que los médicos realizan sobre su concepción acerca del trabajo llevado a cabo conjuntamente entre los diferentes profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) del equipo de salud.

#### **4.1.3.2.1. Trabajo en equipo entendido sólo como profesionales de la misma categoría**

Este código expresa como conceptualizan los médicos el trabajar en equipo.

La mayoría de los médicos entrevistados entiende el trabajo en equipo como aquel que llevan a cabo en relación sólo con otros médicos, no con otros profesionales de distintos colectivos. En caso de existir relación con otros profesionales esta no es biunívoca, de igual a igual, sino que la colaboración ocurre en sentido jerárquico, donde el médico se sitúa en la cúspide de la pirámide.

–Dentro de nuestro equipo médico hablamos de médicos hay bastante equipo porque... pues sí, porque compartimos todos los pacientes, porque intentamos consensuar los tratamientos y todas estas cosas, luego creo que la unidad funciona bastante como un equipo en cuanto a los cuidados de los pacientes. Y nuestra relación con ellas pues es ... no sé. Hay una relación bastante fluida, vamos. Que... claro... que... sobre todo hablar de unidad con enfermería es hablar de muchísima gente. Nosotros somos seis pero... [*Dins el nostre equip mèdic, parlam de metges, hi ha bastant d'equip perquè... pues sí, perquè compartim tots els malalts, perquè tots coneixem els malalts, perquè intentam consensuar els tractaments i totes aquestes coses, llavors jo crec que a sa planta també se funciona bastant com un equip amb els cuidats dels malalts. I sa nostra relació amb elles pues és... no sé. Hi ha una relació bastant fluida, vamos. Que... que... sobre tot, clar... parlar de sa unitat d'infermeria és parlar de moltíssima gent. Noltros som sis però...*] (M4 p2).

Los médicos cuando hacen referencia a su trabajo en equipo, lo hacen principalmente refiriéndose al trabajo llevado a cabo entre médicos de diferentes especialidades o incluso entre la propia especialidad.

–Yo veo que aquí hay buen equipo... si hay algo muy difícil la gente se vuelca, va a quirófano, en un caso muy difícil aparecen cuatro o cinco cirujanos del equipo (M22 p2).

#### **4.1.3.2.2. El trabajo en equipo es importante, y difícil**

Este código recoge lo que representa el trabajar en equipo para los médicos.

La casi totalidad de los médicos perciben el trabajo en equipo como una mejora en la atención de los pacientes, recuperación más rápida del paciente y satisfacción de la familia

También hacen alusión a la importancia que tiene la buena relación entre los profesionales, como base para la construcción del trabajo en equipo. A pesar de ello reconocen que para ellos es dificultoso el compartir el trabajo con el resto del equipo, por considerar que cada categoría tiene un trabajo y un espacio diferente.

–Creo que el trabajo en equipo es mucho más gratificante para todos.  
[Crec que la feina amb equip és molt més gratificant per tothom] (M2 p1).

–Debe haber una comunicación mutua y un trabajo coordinado. Quiero decir, se debe intentar que cada uno haga su parte de trabajo dentro de una estructura. *[Hi ha d'haver una comunicació mútua i un treball coordinat. Vull dir, s'ha d'intentar que cadascú faci sa seva part de feina dins una estructura]* (M2 p8).

–Bueno, ellas tienen su trabajo y eso es distinto del nuestro, pero luego el trato diario... Bueno, con sus más y sus menos, hay gente de peor carácter que... Bueno, ya sabes tú como va. Cada uno tiene su parcela todo está muy automatizado (M22 p3).

–Se trabaja en equipo médico, también se trabaja en equipo con enfermería pero sería mejorable (M3 p4).

–Determinada gente no trabaja en equipo. A veces somos los médicos que no contamos suficientemente con las enfermeras, a veces no nos fiamos demasiado porque cambia mucho el equipo de enfermería llega un momento que cuando quieres trabajar en equipo, te pasas todo el tiempo pidiendo las cosas que necesitas y la enfermera tiene que ir a buscar las cosas que necesitas y por tanto no hay manera de que colabore. *[Determinada gent no fa feina amb equip. De vegades som els metges que no comptem abastament amb ses infermers, a vegades perquè no ens fiam massa, perquè canvia molt s'equip d'infermeria... Arriba un punt que quan vols fer feina amb equip te passes tot el temps demanant les coses que has de menester i s'infermera ha d'anar a cercar coses amb lo qual no hi ha manera de col·laborar]* (M5 p1).

–Buena relación, mala relación, es más fácil que realice el trabajo entre enfermera, enfermera o enfermera auxiliar porque están más horas juntas. *[Bona relació, mala relació, és més fàcil que se dugui a terme entre infermera, infermera o infermera auxiliar perquè estan més hores junts]* (M20 p7).

–Yo diría... Si me lo permites en lugar de decir no hay equipo yo diría que son unos equipos insuficientemente motivados o formados o conjuntados. *[Jo diria... Si m'ho permetes en lloc de dir no hi ha equip jo diria que són uns equips insuficientment motivats o formats o conjuntats]* (M20 p4).

#### **4.1.3.2.3. Rotación en las enfermeras**

En este código se expresa la dificultad que consideran algunos médicos, que ocasionan los turnos rotatorios para poder realizar el trabajo en equipo multidisciplinar.

–Porqué enfermería tiene un horario y cuando lo hemos propuesto y lo hemos querido hacer solo vienen los que tienen horario y esto lo tienes que hacer en un momento concreto... Claro no puedes repetir una sesión cinco veces. Y por parte de los médicos no lo debemos negar, porqué sería un absurdo, en mi servicio en concreto quien se puede escapar a la una se escapa y pasa olímpicamente de aprender o de enseñar. Siempre hay excepciones pero el perfil del servicio es que la gente “que debo ir yo a perder tiempo enseñando cosas”... “no lo hago con los propios médicos menos lo queremos hacer con enfermería”. *[Perquè infermeria té un horari i quan ho hem proposat i ho hem volgut fer només venien els que tenien l'horari. Clar no pots repetir una*

*sessió cinc vegades. I per part dels metges, no ho hem de negar, perquè seria un absurd, a dins el meu servei en concret qui se pot escapar a la una s'escapa i passa olímpicament d'aprendre o d'ensenyar. Amb les excepcions, perquè sempre hi són, però el perfil del servei és que la gent "que he d'anar jo a perdre temps ensenyant coses..." No ho fan a dintre els propis metges, menys ho volen fer amb infermeria] (M20 p5).*

#### **4.1.3.2.4. La enfermera como colaboradora del médico pero no viceversa**

En este código se recoge la conceptualización que tienen algunos médicos en cuanto a cuáles son las funciones de la enfermera. Las consideran como colaboradoras ante aquellas situaciones en que ellos necesitan ayuda, pero ante actuaciones que son percibidas como exclusivas opinan que la colaboración entre profesionales no es necesaria.

–Los trabajos que requieren la ayuda de la enfermera, no hay ningún problema y la enfermeras colaboran sin ningún problema con nosotros, y si es una cosa estrictamente nuestra pues no hay colaboración porque no hace falta, pero comunicación si que la hay. Información hacia las enfermeras de los problemas de los niños yo creo que si que la hay (M19 p2).

–En el tratamiento del niño quirúrgico es muy importante el equipo de enfermería, entonces muchas veces la enfermera nos va a ayudar, en el sentido de que nosotros sabremos si el dolor, si es un dolor muy exagerado o el niño refleja o es muy quejita o realmente tiene un dolor intenso, para que el cirujano ponga medidas, o las normales, un tratamiento médico

normal o poner en marchas controles con la unidad del dolor o con anestesia con los anestesiistas (M3 p3).

#### **4.1.3.2.5. Falta de comunicación entre las categorías profesionales**

Bajo este código recojo los problemas que se derivan de la falta de comunicación entre las diferentes categorías profesionales.

La mayoría de médicos entrevistados perciben que la comunicación entre las enfermeras y ellos, debería ser mucho mejor ya que ello facilitaría una comunicación efectiva repercute positivamente en los niños y familiares.

Consideran que hay una serie de factores que inciden de manera notoria para que se produzca este fenómeno, entre ellos aluden a la falta de realización de sesiones de manera conjunta, y a la estandarización de tareas.

–Es decir no hay comunicación que la debería de haber. Ni siquiera enfermeras con enfermeras ni médicos con médicos. [*És a dir, no hi ha la comunicació que hi hauria d'haver. Ni siquiera infermeria amb infermeria ni metges entre metges*] (M6 p3).

–Cada cual tiene su parcela y está muy automatizado yo creo ya (M5 p3).

–No hay sesiones como tal, cosa que hecho de menos porque donde yo me forme si que había sesiones, al menos una vez por semana, con la

enfermería en la que se hablaba pues no todos los niños, pero los que pudieran ser un pelín más complejos y tal para que sobre todo las ordenes terapéuticas se entendieran (M15 p3).

#### 4.1.4. Interrelaciones familia médicos

Entiendo esta subcategoría como la ayuda que puede proporcionar la familia ante situaciones de dolor de sus hijos y también como esta puede ayudar u obstaculizar el trabajo de los médicos (tabla 9).

PERFIL PROFESIONAL MÉDICOS 4.1	
CATEGORÍA 4.1.4. INTERRELACIONES FAMILIA MÉDICOS	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.1.4.1. Familia como elemento favorecedor	4.1.4.1.1. Derecho de los padres
	4.1.4.1.2. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres
4.1.4.2. Familia como elemento entorpecedor	4.1.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor

TABLA 9. Interrelaciones familia médicos.

Dentro de esta subcategoría encontramos los códigos siguientes:

##### 4.1.4.1. Familia como elemento favorecedor

Defino esta subcategoría como la permanencia de los padres y/o familiares junto a sus hijos, como una ayuda ante el proceso doloroso de sus hijos y para los profesionales de la salud.

Los médicos manifiestan que la presencia de los padres en la mayoría de ocasiones proporciona ayuda y seguridad a los niños que se encuentran ante situaciones dolorosas, y a la vez colaboran con los profesionales facilitándoles la interpretación de las manifestaciones de dolor que presentan sus hijos.

#### **4.1.4.1.1. Derecho de los padres**

A través de este código expreso la legitimización que tienen los padres de permanecer junto a sus hijos durante la hospitalización.

La figura de los padres es imprescindible en los niños y de manera especial en los lactantes, debido al momento de desarrollo en que se encuentran, por una parte necesidad de los padres debido a que la separación de estos provoca gran ansiedad en estas franjas de edad y por otra debido a la falta de lenguaje verbal, propio de la edad, lo que todavía agrava más la situación.

–Si tienen el padre o la madre es mejor sobretodo en los lactantes. [*Si tenen el pare o la mare és millor sobretot en els lactants*] (M4 p6).

–El hecho de que los papás estén con los niños esto ya los tranquiliza, les da un soporte muy importante y les ayuda a que tengan menos dolor. [*El fet que els papàs estiguin amb els nins això ja els tranquil·litza, els hi dona suport important, i ajuda a que tinguin menys mal*] (M5 p6).

–La familia es muy importante, está 24h con el niño, conoce al niño puede saber cuál es su umbral de dolor y cuál es la intensidad del sufrimiento del niño (M3 p3).

Los entrevistados recuerdan que la presencia de los padres es un derecho de los mismos, importante a tener en cuenta en el caso de no ser partidarios de la permanencia de los mismos.

Aunque refieren que a pesar de ser un derecho en ocasiones pueden dificultar el trabajo de los profesionales.

–Los familiares no facilitan ni entorpecen, tienen todo el derecho de estar con su hijo, pero en algún momento pueden entorpecer (M7 p11).

#### ***4.1.4.1.2. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres***

Este código hace referencia a las opiniones contradictorias que presentan los médicos, relacionadas con la permanencia de los padres durante la hospitalización de sus hijos.

Las opiniones manifestadas por los médicos entrevistados difieren entre unos y otros. La mayoría manifiestan que la presencia de los padres es necesaria ante una situación tan hostil como es la hospitalización infantil, y además enfatizan que ante situaciones dolorosas los padres pueden ser de gran ayuda no sólo para los niños si no también para los profesionales.

– Los padres son los que están a la cabecera del paciente y los que verán mejor si con este tratamiento está evolucionando. [*Els pares són els que estan allà a la capçalera del pacient i que veuran millor si amb aquest tractament està evolucionant*] (M6 p9).

– La familia siempre debe estar de acuerdo contigo, lo que tu no puedes hacer es ir hacia un lado y la familia por el otro. [*Sa família sempre ha d'estar d'acord amb tu, lo que no pots fer és tu tirar per una banda i la família per un altra...*] (M5 p5).

– Hombre, yo creo que tienen que estar ¿no?, porque una madre con su hijo tiene, tiene que estar. ¿Qué a veces iría mejor sin padres? Sí. Y a veces iría peor. No sé, es que eso es muy individual de cada tipo de padre (M22 p7).

#### **4.1.4.2. Familia como elemento entorpecedor**

Consideración por parte de los profesionales que los padres entorpecen o dificultan el trabajo del equipo de salud.

##### **4.1.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor**

Opinión acerca de los familiares como un obstáculo para el trabajo de los profesionales médicos.

La opinión de los entrevistados en relación a la dificultad que les ocasiona para su trabajo la presencia de los padres, es múltiple. Algunos profesionales los consideran como un estorbo y tienen claro que no deberían permanecer junto a sus hijos durante los procedimientos médicos o ante situaciones dolorosas, por considerarlos transmisores de ansiedad, aludiendo que si ellos presentan angustia esta se reflejará en sus hijos, e incluso puede que los padres o familiares que se mareen y entorpezcan todavía más su trabajo.

–A veces a mí la familia me molesta mucho. Tengo que llegar, mi paciente es el niño. *[A vegades a jo sa família me fa molta nosa. Hi he d'arribar, però el meu pacient és el nin]* (M5 p8).

–Bueno, pero te quiero decir que es como cuando vas a actuar en urgencias o coser o algo, hay padres que están muy enteros y que van a dar aplomo y que van a dar tranquilidad al niño y hay padres que los ves angustiados que incluso dices, joder mejor que no venga porque todavía se me va a marear y voy a tener aquí follón o el crío... Hay críos que se portan peor con los padres, eso depende del tipo de educación (M22 p8).

## **4.2. Resultados del perfil profesional: Enfermeras**

En este apartado expondré las diferentes categorías y subcategorías de análisis surgidas a lo largo de las entrevistas realizadas a las enfermeras, conceptualizando cada una de ellas y nombrando los códigos que se han ido derivando de las mismas, ilustrándolas con las citas más relevantes (tabla 10).

<b>PERFIL PROFESIONAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA 4.2.</b>	
<b>CATEGORÍA 4.2.1. ROL PROFESIONAL</b>	
<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>CÓDIGOS</b>
4.2.1.1. Conocimientos	4.2.1.1.1. Actitudes del niño ante el dolor
	4.2.1.1.2. Dolor como prioridad
	4.2.1.1.3. Nociones sobre los cuidados ante el dolor infantil
	4.2.1.1.4. Controles tras la administración de un fármaco
4.2.1.2. Competencias	4.2.1.2.1. Falta de control ante el dolor de los niños quemados
4.2.1.3. Ética Profesional/Valores y creencias	4.2.1.3.1. Las enfermeras presentan dudas ante las manifestaciones de dolor de los niños

TABLA 10. Rol profesional en Personal de Enfermería

### 4.2.1. Rol Profesional

A través de esta categoría se expresa el rol de la enfermera destacando la diferencia que existe con el de las otras categorías profesionales (médicos, auxiliares de enfermería).

A través de las entrevistas las enfermeras en muchas ocasiones se definen como las personas que se ocupan de los cuidados a los niños y familiares.

Al preguntarles sobre cuál es su rol ante el dolor de los niños se reflejan actitudes diferentes, algunas de ellas consultan las ordenes de tratamiento y administran la medicación pautada, otras acuden en primer lugar a la habitación con el objetivo de observar y hablar con el niño y la familia y

otras avisan al médico, siempre dependiendo del criterio de la enfermera y de la complejidad del dolor que las mismas consideren.

–No, no. Bueno no me afecta a los cuidados de enfermería que yo le tengo que prestar al enfermo, si que me produce ciertos problemas a veces de comunicación, pero no de atención al paciente. La atención al paciente la recibe esté yo informada o no esté informada de según que cosas (E7 p3).

–Que reciban todas las atenciones que necesitan y que se les haga todo aquello para agilizar, pues que se pongan bien pronto, que se le realicen todas las pruebas que sean necesarias lo más pronto posible, acortar la estancia, que se sientan cómodos, y bien, no sé (E7 p4).

#### **4.2.1.1. Conocimientos**

En esta subcategoría se engloban los conocimientos teórico científicos y prácticos de los profesionales de enfermería. Estos conocimientos, deben ser actualizados de manera continuada para seguir el paso del progreso científico y tecnológico, es decir estar informados de los avances de la evolución en los cuidados enfermeros ante el dolor infantil.

##### **4.2.1.1.1. Actitudes del niño ante el dolor**

A través de este código se recogen las manifestaciones que reconocen las enfermeras que presentan los niños ante el dolor.

Las enfermeras manifiestan que los niños que presentan dolor lo demuestran con una serie de signos específicos (llanto, posturas, expresiones verbales, alteración de las constantes vitales, anorexia etc.), los cuales guardan relación con su edad. Ponen énfasis en la presencia del llanto y gestos específicos ante las situaciones de dolor en los niños.

–Pues hombre, el niño está mucho más irritable, no colabora. Si son niños grandes sobre todo, tienen un... o sea, no te miran, tiene un aspecto pues eso, de dolor, están contraídos, y sin son pequeños pues lloran y se les nota, están bastante más irritables (E18 p3).

–Los niños de trauma tienen más dolor que los de cirugía (E18 p3).

–Observar al niño, porque una cosa es que te digan, el niño tiene dolor!, lo primero tienes que verle porqué los niños tienen una expresión para... ehh, gesticular el dolor de una forma, en un tipo de llanto... pero si los niños cuando lloran por dolor tienen dolor (E8 p5).

#### **4.2.1.1.2. El dolor como prioridad**

Los conocimientos que poseen las enfermeras refieren que el dolor debe ser atendido de manera prioritaria ante otros problemas que se manifiesten durante el proceso de la enfermedad.

Para la mayoría de enfermeras entrevistadas la presencia del dolor en los niños debe ser atendido por encima de cualquier otro tipo de síntoma,

ya que ante la presencia del dolor es imposible obtener colaboración del niño, además de incrementar su ansiedad, agitación, inquietud, o angustia que habitualmente acompaña al niño y familia antes y después de una intervención quirúrgica o ante las curas de quemaduras.

Las enfermeras consideran que la presencia de ansiedad, miedo o angustia que presentan los niños debe ser atendida de modo diferente al dolor, y sin que ambos sean excluyentes.

–Intento solucionar el problema para que éste niño no sufra, si tiene dolor voy a ver las órdenes de tratamiento para mirar si le han puesto analgesia y si hace poco avisar al médico que le corresponda para que lo solucione. [*Intent solucionar el problema perquè aquest infant no pateixi, si té mal, vaig a veure les ordres de tractament per mirar si li han posat analgèsia, i si fa poc avisar al metge que li correspon per posar remei*] (E11 p2).

–La ansiedad también es prioritaria para mí. [*S'angoixa també és prioritària per mi*] (E11 p3).

–Un niño con dolor, es que no deberían tener ni dolor (E8 p2).

–En un postoperado, para mí el dolor es importantísimo, lo situaría en primer lugar, superado el dolor se pueden ir superando el resto de las cosas con más facilidad (E7 p5).

**4.2.1.1.3. Nociones sobre los cuidados ante el dolor infantil**

Este código se refiere a las nociones que deben tener las enfermeras para ofrecer cuidados adecuados ante el dolor de los niños.

– Imprescindible que tienes que tener, tienes que saber tratar a un niño, saber no llegar allí ponerle el suero ni mirarle a la cara ni decirle nada, ni ese trato que hay de no sé, esa cosilla de la sensibilidad esa que hay de los niños de toquetearle la cara, de decirle cualquier cosa, para que vean los niños que tienen confianza, no sé crear a los niños confianza (E8 p4).

**4.2.1.1.4. Controles tras la administración de un fármaco**

Bajo este código entiendo las actuaciones que deben llevar a cabo las enfermeras después de haber administrado la medicación.

Las enfermeras deben poseer conocimientos suficientes en relación a los controles que deben realizarse después de la administración de una determinada medicación farmacológica, bien sea analgésicos de tipo menor o mayor, como puede ser el caso de la morfina. La prescripción de un determinado fármaco, no debe estar sujeto al tipo de personal que se encuentre en la unidad sino a las necesidades que presente el niño, para poder aliviar el dolor lo antes posible.

– El personal de enfermería tiene que estar preparado para saber: si administras esto, sabes que tienes que actuar. Por si estás con una bomba PCA de morfina o con una epidural con Fentanilo y Bupivacaína tienes

que estar pendiente de la saturación, también de si la medicación provoca estreñimiento... (E8 p7).

#### **4.2.1.2. Competencias**

Las competencias se entienden como actuaciones integrales de las enfermeras para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer. También podemos definirlo como un conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados coordinados e integrados, que las enfermeras han de saber hacer y saber estar para desarrollar su ejercicio profesional.

##### ***4.2.1.2.1 Falta de control ante el dolor de los niños quemados***

Presencia de dolor en los niños quemados durante la hospitalización y ante la realización de las curas.

Las enfermeras entrevistadas, manifiestan gran preocupación ante el dolor que presentan los niños con quemaduras durante la realización de las curas. Refieren que ante este tipo de patologías es necesario contar con unas órdenes de tratamiento que contemplen algún tipo de fármacos adecuados para poder realizar las curas sin dolor, ya que la situación llega a ser traumática no sólo para los niños sino también para los profesionales de enfermería que llevan a cabo dichas curas.

–Los quemados no están nada controlados, no hay pauta analgésica, solo “si precisa”. [*Els cremats no estan gens controlats, no hi ha pauta analgèsica, només “si precisa”*] (E11 p3).

–Aquí tenemos quemados y para mí es muy doloroso muy traumático para los niños y de analgesia poca, insuficiente (E8 p19).

–Ven que el niño está mal que llora que... muchas veces vienen con unas órdenes analgesia “si precisa”, es muy difícil de cualificar esto de analgesia “si precisa”, pues yo me creo que tiene! [*Veuen que s'al·lot està malament que plora, que... moltes vegades venen amb unes ordres analgèsia “si precisa”, es molt mal de quantificar això de analgèsia “si precisa”, doncs jo m'ho crec que en té!*](E2 p4).

–Pues me da una rabia que no te lo puedes imaginar porque pienso que está en un sitio donde no tiene porqué pasar ningún tipo de dolor, que tiene que llevar una pauta de analgesia que sea suficiente para superar el momento que está pasando (E7p5).

#### **4.2.1.3. Ética profesional**

Valores y creencias asumidos por los profesionales de enfermería como moralmente correctos. Estos valores se recogen en los códigos deontológicos. También he querido incluir en esta definición aquellas cualidades positivas o negativas atribuidas por los profesionales enfermeros, que modifican su comportamiento y actitudes hacia la persona o situación.

#### **4.2.1.3.1. Las enfermeras presentan dudas ante las manifestaciones de dolor de los niños**

Ante la demanda de cuidados por dolor en el niño, algunas de las enfermeras manifiestan tener dudas de la presencia de este dolor, creyendo que pueda confundirse con miedo, o ansiedad.

A pesar de ello dicen que ellas son las responsables de la analgesia que deba proporcionarse a los niños, ya que son las que atienden diariamente sus demandas y las de sus padres, además de ser las responsables de avisar a los médicos en caso de comprobar que la medicación prescrita no es suficiente para aliviar el dolor de los niños.

–La enfermera es la que ejerce el control del dolor, nosotras nos ocupamos del control de las analgesias, de su administración, de valorar si son suficientes o no y luego hay que perseguir a los médicos para que te pauten otras dosis (E7 p6).

–Hay un poco en que no sabes que es mejor: si quitar el dolor o que tengan menos las consecuencias de el quitarle el dolor (E8 p7).

–Lo primero mirar al enfermo a ver si tiene manifestaciones de que este dolor es cierto, porque a veces nos hemos encontrado casos que han sido un poco, comportamientos un poco extraños para llamar la atención. Entonces si yo valoro que ese niño tiene realmente dolor, le administro analgesia y punto (E7 p6).

## 4.2.2. Práctica Asistencial

Definido como el conjunto de actividades que dicen que llevan a cabo los profesionales de enfermería para eliminar disminuir o paliar el dolor de los niños (tabla 11).

PERFIL PROFESIONAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA 4.2.	
CATEGORÍA 4.2.2. PRÁCTICA ASISTENCIAL	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.2.2.1. Evaluación del dolor	4.2.2.1.1. Actuaciones de las enfermeras ante el dolor
	4.2.2.1.2. Estrategias prioritarias para el dolor
	4.2.2.1.3. Falta de unificación de criterios ante las pautas de tratamiento farmacológico
4.2.2.2. Pautas de tratamiento	4.2.2.2.1. Órdenes de tratamiento denominadas “si precisa”
	4.2.2.2.2. Discrepancias con las pautas de tratamiento leve, moderada y grave para el dolor infantil
	4.2.2.2.3. Prescripción de fármacos a través de vía telefónica
	4.2.2.2.4. Déficit de analgésicos mayores en las pautas de tratamiento para el dolor infantil
	4.2.2.2.5. Críticas a las órdenes de tratamiento médico en las que sólo aparecen analgésicos menores
	4.2.2.2.6. Satisfacción ante la anestesia controlada por el propio paciente

TABLA 11. Práctica Asistencial en Personal de Enfermería

### 4.2.2.1. Evaluación del dolor

Código entendido como la utilización de herramientas para cuantificar el dolor. Una vez cuantificado debe ser registrado en la gráfica pertinente.

#### **4.2.2.1.1. Actuaciones de las enfermeras ante el dolor**

Acciones inmediatas que desempeña la enfermera ante el dolor infantil.

La mayoría de enfermeras ante la demanda de cuidados de los familiares por dolor de sus hijos, observan al niño, administran medicación analgésica que se encuentre pautada en las órdenes de tratamiento o avisan al médico para que acuda a evaluar el dolor del niño.

Ninguna de las enfermeras entrevistadas refiere realizar una evaluación del dolor a través de registros específicos como son las escalas de dolor, registros que permiten asignar una puntuación que corresponde al grado de dolor que presenta en un momento puntual el niño, además de facilitar con mayor exactitud el fármaco que debe administrarse, y posteriormente comprobar si el dolor ha disminuido.

– Observar al niño, como gesticula, el llanto, verlo, después mirar la analgesia, llamar al médico (E8 p5).

– Valorar expresiones, situación corporal, palpación de la zona que le duele (E7 p6).

– La valoración del dolor de los niños es considerada por gran parte de las enfermeras como una tarea difícil (E7 p4).

– Siempre ver al niño, verlo porque los niños tienen una expresión para gesticular el dolor de una forma, tipo de llanto, pero sí los niños cuando lloran por dolor, tienen dolor (E8 p5).

#### **4.2.2.1.2. Estrategias prioritarias para el dolor**

Actividades que realiza la enfermera ante situaciones de dolor de los niños.

En las entrevistas las enfermeras refieren la importancia de observar al niño siempre que este diga que tiene dolor, hablar con la familia y además proporcionar información, ya sea del proceso quirúrgico al que se ha visto sometido el niño o de las actuaciones que a partir de este momento emprenderá la enfermera para intentar solucionar el dolor.

Las enfermeras permanecen las 24h junto a los pacientes ingresados, lo que hace que conozcan de manera muy exhaustiva la situación por la que pasa en cada momento el paciente, y por tanto la manera en la que deben actuar ante situaciones no previstas que puedan transcurrir durante el proceso de hospitalización.

–Pues hombre, el niño está mucho más irritable, no colabora. Si son niños grandes sobre todo, tienen un... o sea, no te miran, tiene un aspecto pues eso, de dolor, están contraídos, y sin son pequeños pues lloran y se les nota, están bastante mas irritables (E18 p3).

#### **4.2.2.1.3. Falta de unificación de criterios ante las pautas de tratamiento farmacológico**

Las enfermeras manifiestan la dificultad que les supone no tener unas pautas de medicación farmacológica estandarizadas para poder atender

con la máxima eficacia y rapidez a los niños que presentan dolor. Esto hace que les surjan dudas, se demore la administración de analgésicos e incluso que a veces no se pauté la medicación adecuada para el nivel de dolor que presentan los niños, en algunas ocasiones por considerar que determinadas medicaciones necesitan controles específicos una vez administradas.

–Los médicos deben tener unidad de criterio. Porque muchas veces viene y te dice de una manera y viene otro y te dice de otra manera y resulta que uno lo hace de una manera y otro de otra (E11 p1). [*Els metges han de tenir unitat de criteri. Perquè moltes vegades et ve un i te diu d'una manera, et ve un altra i te diu d'un altra manera i resulta que cadascun ho fa d'una manera i no és que nosaltres no estiguem d'acord, sinó que ells a lo millor no tenen el mateix criteri per curar, i llavors un ho fa d'una manera i s'altra de s'altra*] (E11 p1).

–*El protocolo del dolor está muy mal especificado, y además tengo que ir a buscar el dolor leve que yo pienso que no es leve porque es un recién operado y es más bien dolor intenso y tengo que darle lo que está pautado (M2 p6).*

–Lo que no puede ser es que pase un equipo y te diga debes trabajar de esta manera, pase otro, has de trabajar de esta otra manera y después lo que sucede no le gusta y la que recibe es la enfermera y la auxiliar. Yo creo que esto si que debe estar unificado. En relación a nosotras a la enfermera y a la auxiliar yo creo que esto si que debe estar unificado. En cuanto a nosotros la enfermera y la auxiliar, yo creo que si que trabajamos más o menos en equipo.

*[El que no pot ésser és que passi un equip i te digui has de fer feina d'aquesta manera, passi l'altre, has de fer feina d'aquesta altre manera i després el que passa no li agrada com aquesta i qui rep és la infermera i l'auxiliar. Jo crec que això si que ha d'estar unificat. Quant a nosaltres infermera i auxiliar, jo crec que si que estem més menys en equip]* (E11 p6).

–Pues nosotras calculamos cada 6 horas una dosis media o cada 4 horas una dosis frecuente si el dolor no cede, pero no creo que esto sea lo oportuno ¿no? Ellos tienen que pautar dosis y horarios que es lo que se ha hecho siempre. Yo soy la encargada de administrarlo. Pero son ellos los que pautan los tratamientos (E7 p8).

#### **4.2.2.2. Pautas de tratamiento**

Administración de medicación por parte de la enfermera, registrada en las órdenes de tratamiento del paciente, según cada uno de los profesionales médicos.

Las enfermeras entrevistadas coinciden en afirmar que determinados tipos de pautas de tratamiento no son los más idóneos para los niños que acaban de ser intervenidos, porque como ya hemos comentado anteriormente, al escribir en las órdenes de medicación “analgesia si precisa”, presta confusión debido a las interpretaciones diferentes que pueden derivarse de la misma. Las enfermeras consideran que las pautas de tratamiento farmacológico presentan gran disparidad entre los médicos, lo que repercute de manera negativa sobre los niños.

–Tu puedes tener un criterio pero estás sometido a unas órdenes de tratamiento. [*Tu pots tenir un criteri però estàs sotmesa a unes ordres de tractament*] (E11 p9).

#### **4.2.2.2.1. Órdenes de tratamiento denominadas “si precisa”**

Bajo este código entiendo una de las pautas de medicación que aparece en las órdenes de tratamiento médico, se trata de un tipo de órdenes sin pauta horaria (si precisa).

Las enfermeras califican este tipo de pauta como poco eficaces, no claras y que pueden dar lugar a confusión ya que al no estar sometidas a un horario concreto, el criterio de una enfermera puede ser diferente al de otra, y en consecuencia no proporcionar el tipo de alivio deseado para el paciente.

–Una cosa... una cosa es que la tendría que hacer o no, pero es que aquí muchas veces la “analgesia si precisa” y después resulta que... el cirujano está en casa (E2 p6).

–Muchas veces vienen con unas órdenes “analgesia si precisa”, muy malo de cuantificar esto de “analgesia si precisa”. Pues yo creo que tiene. Sobre todo los tres primeros días de una intervención, de una fractura... yo no te quiero decir que cuando pasen cuatro o cinco días que esté operado, el dolor no sea más leve. Pero un dolor reciente una apendicitis misma “analgesia si precisa”, yo encuentro que toda persona quirúrgica los tres primeros días estoy segura que tiene dolor. [*Moltes vegades venen amb unes ordres “analgèsia si precisa”, és molt mal de quantificar això de “analgesia si precisa”. Doncs jo m’ho crec*

*que en té. Sobre tot es tres primers dies d'una intervenció, d'una fractura... jo no te vull dir que quan passin quatre o cinc dies que estigui operat, es dolor no sigui més lleu. Però un dolor recent una apendicitis mateixa "analgesia si precisa", jo trob que tota persona quirúrgica es tres primers dies estic segur que té dolor]* (E2 p4).

–Ante la pauta si precisa ponemos la que nosotras consideramos (E7 p9).

–¡El niño! o los padres, si el niño no te lo puede comunicar, ven que el niño está mal que llora, que... muchas veces vienen con unas órdenes "analgesia si precisa", es muy malo de cuantificar esto de "analgesia si precisa" pues yo me creo que tiene. Sobre todo los tres primeros días de una intervención, de una fractura, de una... no te quiero decir que cuando pasen cuatro o cinco días o seis días que esté operado, el dolor no sea más leve. Eh? Pero uno reciente una apendicitis después de sufrir una intervención... hombre misma "analgesia si precisa", yo encuentro que toda persona quirúrgica los tres primeros días después de sufrir una intervención... hombre! Creo, o estoy seguro que tiene! Tu te pones en su lugar! [*S'infant! O els pares, si s'infant no t'ho pot comunicar, veuen que s'al·lot està malament, que plora, que... moltes vegades venen amb unes ordres "analgèsia si precisa", és molt mal de quantificar això d'analgèsia si precisa" doncs jo m'ho crec que en té! Sobre tot es tres primers dies d'una intervenció, d'una fractura, d'una... jo no te vull dir que quant passi quatre o cinc dies o sis que estigui operat, es dolor no sigui més lleu! Eh? Però un recient... una apendicitis mateixa "analgèsia si precisa"! jo trob, jo trob, que tota persona quirúrgica es tres primers dies després d'haver sofert una intervenció... home! crec, o estic segur que en té! Tu te poses en el seu lloc!]* (E11 p3).

– Hombre, pues dependiendo también, es que... a parte que el dolor es subjetivo, luego también el dolor cada persona lo tiene de un punto de vista diferente. Por ejemplo, hay algunos que pautan un Nolotil si precisa y a lo mejor, la misma intervención a otro niño, pues con eso es insuficiente. Entonces, claro, si al niño ya se le ha administrado lo que tiene pautado y sigue con dolor, es insuficiente. O ves que cada vez, en vez de administrar medicación, si lo tiene Nolotil y Paracetamol alternos, eh..., cada seis, bueno... por seis horas, que sería cada tres horas y ves tu que cada media hora tienes que adelantarla, ya te estas dando mmm... o que el niño es la expresión de la cara, que se mueve y está un poquillo agitado, nerviosillo (E8 p6).

#### ***4.2.2.2.2. Discrepancias con las pautas de tratamiento leve, moderada y grave para el dolor infantil***

A través de este código se engloba un tipo de pautas de tratamientos utilizado por determinados médicos.

Las enfermeras son las responsables de administrar la medicación pautada por los facultativos. Ellas consideran que este tipo de órdenes resulta de gran dificultad ya que no tienen ningún tipo de indicadores para valorar cuando se trata de un dolor de intensidad leve, moderada o grave. También refieren que al no anotar en las órdenes de tratamiento la dosis correspondiente al fármaco a administrar, puede inducir a errores.

– Cada seis horas. Porqué aquí hay unas normas de mmm... dolor leve del servicio! Dolor grave, grave, leve... i según esta pauta aquí, hay unas pautas

a seguir. Pero tu como cuantificas que aquel dolor es leve o severo? No tengo unos criterios! El niño me puede decir “me duele mucho” pero, para el su grado de dolor puede ser muy diferente al de otro que a lo mejor lo está sufriendo... *[Cada sis hores. Perquè aquí hi ha unes normes de mmm... dolor lleu del servei! Dolor greu, greu, lleu... i segons aquestes pautes... aquí, hi ha unes pautes a seguir. Però tu com quantifiques que aquell dolor es lleu o sever? No tinc uns criteris! s'al·lot me pot dir “me fa molt de mal” però, per ell el seu grau de dolor pot ser molt diferent a un altre que a lo millor ho sofrirà...]* (E11 p4).

#### **4.2.2.2.3. Control telefónico de fármacos**

Bajo este código entiendo cuando los médicos pautan medicación a través de vía telefónica, en lugar de hacerlo directamente en las órdenes de tratamiento ubicadas en la unidad.

Esta pauta en muchas ocasiones crea malestar a las enfermeras, ya que esto supone administrar medicación sin que ésta aparezca en las órdenes de tratamiento, aunque el médico lo haga más tarde. Las enfermeras recuerdan que ellas deben tener la medicación pautada en las órdenes de tratamiento para poder administrarla.

–Según quien esté, pues te viene a ver al enfermo y según quien esté, te pauta algo por teléfono (E7 p7).

#### **4.2.2.2.4. Déficit de analgésicos mayores en las pautas de tratamiento para el dolor infantil**

En este código se recogen aquellos analgésicos de mayor potencia para disminuir el dolor de los niños.

A través de las entrevistas las enfermeras presentan opiniones diferentes a las de los médicos en relación a la medicación que debería prescribirse a los niños con dolor, considerando que los médicos en muchas ocasiones tienen miedo o desconocimiento para pautar fármacos, como por ejemplo los mórficos o derivados.

–Ellos piensan que con otras medicaciones puede haber unos efectos secundarios con los que yo no pienso. Ellos no están tanto tiempo con el enfermo como yo (E7 p10).

–Los médicos tienen un poquillo de miedo, por el estreñimiento, los vómitos, entonces no sabes que es mejor si quitar el dolor, o las consecuencias de quitar el dolor (E7 p10).

–Creo que los médicos tienen miedo no quieren mojarse, a veces no saben como van a actuar por el manejo o no manejo de esta medicación (E7 p9).

–A mí me dijo hombre ya sería ponerle morfina... yo no soy quien para decirle páteme morfina. Tuve a este niño hasta las 5 de la mañana chillando como un loco (E8 p9).

#### **4.2.2.2.5. Críticas a las órdenes de tratamiento médico en las que sólo aparecen analgésicos menores**

Código conceptualizado como la administración de fármacos de baja potencia para el dolor postoperatorio, considerados en muchas ocasiones como no suficientes para eliminar el dolor de los niños.

El dolor es habitual después de haber sufrido una intervención quirúrgica cualquiera que haya sido la causa, dependiendo de la misma este dolor se verá más o menos incrementado, siendo por ello necesaria la administración de uno u otro fármaco. Las enfermeras entrevistadas refieren que es habitual en la unidad de estudio la utilización de analgésicos de baja potencia, considerando que en muchas de las ocasiones este tipo de fármacos no son suficientes para aliviar el dolor de los niños.

–Solo utilizan Nolotil a lo mejor piensan que les basta. [*Només utilitzen Nolotil a lo millor pensen que els hi basta*] (E11 P7).

–Antes a lo mejor le ponían un Nolotil, o la cantidad que le correspondía de Nolotil para el peso que tenía o le hacías unas curas de... bastante severas! Y aquel niño lo pasaba... y yo también! [*Abans a lo millor li posàvem un Nolotil, o la quantitat que li corresponia de Nolotil per el pes que tenia o li feies unes cures de... de bastant severes! I aquell al·lot ho passava... i jo també!*] (E2 p5).

–No sé si es porqué no quieren mojarse, que les da miedo. Tuve a este niño chillando hasta las 5 de la mañana chillando como un loco (E8 p9).

–Pues depende, pues, mmm... hay algunas veces, que a mi me ha ocurrido, pues que he llamado por dolor, ¡ tiene Nolotil y Proefferalgan alterno y ya no se puede poner más no! y el niño con un dolor rabiando, pff... y como no vienen, pues mira, llamo al pediatra de guardia. Llamo al pediatra de guardia, un día me cogió un Enantyum y me dice voy a ver el Enantyum que tal y luego me llevo otro pediatra y me llevo y dice: toma el Enantyum “un chupito pa ti”. Y me dice, dale Dalsy (E8 p6).

#### ***4.2.2.2.6. Satisfacción ante la anestesia controlada por el propio paciente***

A través de este código se aglutina la utilización de una tecnología a través de la cual el niño o en su defecto los padres pueden manejar la medicación a través de una bomba de infusión (PCA).

Las enfermeras perciben que los niños portadores de bombas de infusión para controlar el dolor, regulables por el propio paciente, son de gran eficacia, y de fácil manejo para los pacientes.

–Los niños de trauma son los que suelen tener más dolor, más que los de cirugía, pero con la bomba de PCA, está más controlado. Le pongo la PCA, se la mantengo y es fantástico. El niño está tranquilo, lleva un montón de tutores, de tubos, está super tranquilo, no hay agitación (E18 p3).

### 4.2.3. Interrelaciones

Entiendo dentro de esta categoría como se relacionan las enfermeras con el resto de profesionales de la salud, con los niños y sus familiares (tabla 12).

PERFIL PROFESIONAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA 4.2.	
CATEGORÍA 4.2.3. INTERRELACIONES	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.2.3.1. Interrelaciones Profesionales	4.2.3.1.1 Concepto de trabajo en equipo
	4.2.3.1.2 Repercusiones y consecuencias para el niño y familia sobre el trabajo en equipo
4.2.3.2. Concepto de Trabajo en equipo	4.2.3.2.1 Repercusiones y consecuencias para el niño y la familia sobre el trabajo en equipo

TABLA 12. Interrelaciones en el Personal de Enfermería

Dentro de dicha categoría han surgido las siguientes subcategorías:

#### 4.2.3.1. Interrelaciones profesionales

Esta subcategoría hace referencia a las percepciones de las enfermeras para llevar a cabo el trabajo de forma multidisciplinar.

Los profesionales de enfermería hacen alusión a los médicos, como profesionales que se encuentran ocupando la primera posición, dentro del equipo de salud, hecho que queda reflejado en el discurso de las enfermeras como un distanciamiento hacia el resto de profesionales, o también con manifestaciones de individualismo a la hora de trabajar.

#### **4.2.3.2. Concepto de trabajo en equipo**

Código que expresa que las enfermeras entienden que la manera de trabajar en las unidades debería ser entre todos los profesionales de la salud.

En la mayoría de ocasiones no se realiza el trabajo en equipo, sino por categorías profesionales, ya que las enfermeras manifiestan que existe escasa relación entre los médicos y en relación a las auxiliares en muchas ocasiones no es posible debido a la organización de la unidad.

–Aquí los médicos mmm, si hay algunos que sean más mejor, o sea que puedes trabajar, que trabajo en equipo mejor. Pero dependiendo de quien sea pues no (E8 p4).

–Enfermera auxiliar, nada. No tienen nada de relación. También depende hay algunas enfermeras que sí hay un poco más de trabajo en equipo, pero tampoco mucho (E8 p2).

##### ***4.2.3.2.1. Repercusiones y consecuencias del trabajo en equipo para el niño y la familia***

En este código se recogen los beneficios que provoca el trabajar en equipo según los profesionales de enfermería.

En relación al trabajo en equipo la mayoría de las enfermeras consideran que este repercute de manera positiva, en el niño y en su familia,

---

produciendo una mejora en la calidad de los cuidados, unificación de criterios entre los profesionales, menor estancia hospitalaria y permite cuidar al niño de manera integral.

– Si se realiza el trabajo en equipo a la hora de prestar cuidados se hace de forma continuada (E7 p3).

– Lo mejor es trabajar los tres, para que todas las necesidades del niño estén cubiertas (E8 p3).

Cuando la forma de trabajar en el equipo de profesionales de la salud no se realiza de manera conjunta se puede producir descoordinación entre los miembros del equipo, que puede repercutir en los pacientes, situación que se puede evitar si hay trabajo conjunto entre los profesionales sanitarios.

– Pues a veces hay una descoordinación, que hay una información que no la recibimos el resto de profesionales, que es en beneficio del enfermo y que luego hay interferencias y hay problemas que no tendría porqué haberlos si trabajáramos todos juntos.... (E7 p4).

– A nivel tanto de auxiliares como de enfermeras yo creo que muy bien. Solo se trabaja en equipo entre auxiliares y enfermeras. [*A nivell tant d'auxiliars com d'infermeres jo crec que molt bé. Només es fa feina amb equip entre auxiliars i infermeres*] (E12 p2).

#### 4.2.4. Interrelaciones familia personal de enfermería

Entendido como la percepción que tienen las enfermeras de la presencia de la familia durante procesos dolorosos de los niños (tabla 13).

PERFIL PROFESIONAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA 4.2.	
CATEGORÍA 4.2.4. INTERRELACIONES FAMILIA PERSONAL DE ENFERMERÍA	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.2.4.1. Familia como elemento favorecedor	4.2.4.1.1. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres
4.2.4.2. Familia como elemento entorpecedor	4.2.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor

TABLA 13. Interrelaciones Familia Personal de Enfermería

##### 4.2.4.1. Familia como elemento favorecedor

Esta subcategoría se refiere a la opinión que manifiestan tener las enfermeras de la familia ante procesos dolorosos de los niños hospitalizados.

##### ***4.2.4.1.1. Diferencias de opinión en relación a la presencia de los padres***

En este código se recogen las percepciones de las enfermeras referidas a la presencia de los familiares durante situaciones que cursen con dolor

Al igual que sucede con los médicos las enfermeras se encuentran divididas en relación a la opinión que manifiestan sobre la presencia de la familia ante procesos dolorosos de los niños. Algunas consideran que son muy beneficiosos e incluso les proporcionan ayuda puesto que

conocen las manifestaciones de dolor que suelen acompañar a sus hijos.

–Hombre, muchas veces nosotros somos los primeros que decimos a la familia, si se quejan nos lo dicen y le pondremos anestesia. Yo creo que te transmiten el estado del niño. Ahora tiene dolor no... porque sobretodo los crónicos ellos conocen el dolor más que nadie. Muchas veces casi, casi la madre domina más el asunto que la enfermera ¿eh? Porque conoce la manera de llorar y te dice no, este llanto no es de hambre, este llanto es de dolor y yo, sobre todo a los crónicos a mi la madre me transmite mucha cosa.

*[Home, moltes vegades nosaltres som els primers que diem a la família, si es queixen ens ho diran i posarem una analgèsia. Jo crec que et transmet l'estat del nen. Ara té mal no... perquè sobre tot els crònics el mal el coneix més que ningú. Moltes vegades quasi domina més l'assumpte sa mare que s'infermeria eh? Perquè sap sa manera de plorar, sa manera de no plorar i et diu no, aquest plorar no és de gana, aquest plora és de mal i jo, sobretot als crònics, a mi sa mare me transmet molta cosa]* (E11 p6).

–La familia conoce al enfermo y entonces saben si realmente el dolor que tienen es intenso, o son niños que habitualmente el dolor es una excusa para para conseguir cosas, ellos conocen a los niños mejor que nosotras (E7 p10).

–Yo creo que es bueno que haya familia en contacto directo con los niños porque en general tanto la familia como el niño se siente como protegido porque claro, el hecho de estar en una unidad hospitalaria pues es una

situación estresante para el niño. [*Jo crec que és bo que hi hagi la família en contacte directe amb els nens perquè en general tant la família com el nen se sent com protegit perquè clar, el fet d'estar en una unitat hospitalària doncs és una situació estressant per al nen*] (E12 p6).

#### **4.2.4.2. Familia como elemento entorpecedor**

A lo largo de las entrevistas las enfermeras hacen referencia a los padres como sujetos que ante procedimientos dolorosos, patologías que cursan con dolor, situaciones desagradables para el niño, pueden actuar como mecanismos negativos para ellos de manera especial si los padres demuestran angustia ante sus hijos. Por otra parte las enfermeras refieren sentirse con mayor libertad para realizar procedimientos, atender el dolor de sus hijos o administrar medicación si los padres no están presentes.

##### **4.2.4.2.1. Los familiares no deberían permanecer junto a los niños en determinadas situaciones de dolor**

Para otras enfermeras la presencia de los padres resulta molesta para ejercer su trabajo manifestando a través de su discurso que en determinadas ocasiones las manifestaciones de dolor de los niños, si están presentes los padres o familiares puedan no ser reales.

–Hay familias que cooperan pero hay otras que también los ponen más nerviosos y no te dejan explicar a ti muchas veces, quieren explicar ellos una cosa que no saben o no han visto. Y muchas veces lo que hacen es

superproteger al niño y tu no tienes opción para explicarles lo que tienes que hacer y claro si los padres cogen al niño tu te ves... por ejemplo un quemado, no pases pena y no llores y ahora te harán, y no te harán. Yo creo que los padres hasta un cierto punto, y después cada uno debe tener su papel, después la enfermera debe tener su papel para coger al niño si le ha de hacer una extracción o una cura... lo que molesta es que no te dejen trabajar a ti, quieren estar abrazados al niño. *[Hi ha famílies que cooperen però n'hi ha d'altres que també els posen més nerviosos i no et deixen explicar a tu moltes vegades, volen explicar ells una cosa que no saben o no han vist. I moltes vegades el que fan és superprotegir al nen i tu és que no tens opció a explicar-los el que has de fer i clar si els pares aferren al nin tu te veus... per exemple un cremat, no passis pena i no ploris i ara et faran, i ara no et faran. Jo crec que els pares fins un cert punt, i després cadascú ha de tenir el seu paper, després l'infermera ha de tenir el seu paper per agafar al nen si se li ha de fer una extracció o una cura... el que me molesta és que no te deixen fer feina a tu, volen estar aferrats a s'al·lot...]* (E11 p5).

–Si es una familia entre comillas normal y colaboradora creo que es el cien por cien de sentirte ayudado por la familia, porque yo pienso que cualquier persona, sobre todo los niños, cuando tu no te encuentras bien a quien necesitas son los que tu conoces diariamente y están más unidos. *[Si és una família entre cometes normal i col·laboradora crec que és el cent per cent de trobar-se ajudat per sa família, perquè jo pens que qualsevol persona, sobretot els nins, quan tu no estàs bé a qui necessites són els que tu coneixes diàriament i tens més unió]* (E18 p5).

–Hombre, la familia yo creo que si, que también juega un papel importante, porque si un niño tiene dolor la madre está muy nerviosa, esa ansiedad se la pega al niño, no lo relaja, si una madre está mas tranquila ayuda al niño a relajarse y al mismo tiempo también tendrá menos dolor (E18 p5).

–Bueno, a veces, es que depende del tipo de familia. Hay familias que colaboran y familias que a veces no colaboran tanto con el personal de enfermería. Sabes son un poco negativos, ¿no? (E7 p7).

### **4.3. Resultados del perfil profesional: Auxiliares de enfermería**

Las competencias de esta categoría profesional están destinadas a proporcionar cuidados auxiliares al paciente/cliente y actuar sobre las condiciones sanitarias de su entorno como: miembro de un equipo de enfermería en los centros sanitarios de atención especializada y de atención primaria, bajo la dependencia del diplomado de enfermería o, en su caso, como miembro de un equipo de salud en la asistencia sanitaria derivada de la práctica del ejercicio liberal, bajo la supervisión correspondiente.

#### **4.3.1. Rol Profesional**

Defino esta subcategoría como aquellas nociones que deben poseer las auxiliares de enfermería para ejercer su profesión. Aunque como he comentado antes los profesionales de esta categoría se encuentran bajo la supervisión directa o indirecta de las enfermeras de la unidad (tabla 14).

PERFIL PROFESIONAL AUXILIARES DE ENFERMERÍA 4.3.	
CATEGORÍA 4.3.1. ROL PROFESIONAL	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.3.1.1. Conocimientos	4.3.1.1.1. Conocimientos relacionados con el dolor infantil
4.3.1.2. Competencias	4.3.1.2.1. Falta de autonomía
4.3.1.3. Ética Profesional. Valores y creencias	4.3.1.3.1. Valores y creencias en torno al dolor infantil
	4.3.1.3.2. Prioridad ante el dolor infantil

TABLA 14. Rol profesional en Auxiliares de Enfermería

#### 4.3.1.1. Conocimientos

Subcategoría entendida como las nociones que deben tener las auxiliares de enfermería para ofrecer cuidados en las unidades de hospitalización infantil.

##### 4.3.1.1.2. Conocimientos relacionados con el dolor infantil

Código a través del que se conceptualizan las manifestaciones que presentan los niños ante el dolor infantil.

– Cuando un niño tiene dolor y llora los padres se ponen nerviosos. [*Quan un al·lot té mal plora i els pares se posen nerviosos*] (A2 p7).

– Los niños de trauma y quemados pasan dolor (A6p10).

– Antes de realizar la cura a los niños, si son quemados para realizar la cura le deben dar una sedación, que el niño esté lo más tranquilo posible. [*Abans de*

*fer la cura als infants, si són cremats per fer la cura com toca li han de donar una sedació, que el nin estigui lo més tranquil possible] (A4 p7).*

–El dolor debería ser un tema prioritario. *[El dolor hauria de ser un tema prioritari] (A3 p4).*

–Los quemados a veces pasan dolor, se podría hacer algo más. *[Els cremats de vegades passen dolor, es podria fer algo més] (A2 p3).*

#### **4.3.1.2. Competencias**

Las competencias de este colectivo profesional vienen definidas en los Art. 74 al 84 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social. Las competencias de este grupo de profesionales están definidas según la ubicación de su puesto de trabajo.

##### **4.3.1.2.1. Falta de autonomía**

A través de este código las auxiliares de enfermería coinciden en señalar la falta de autonomía para desempeñar su trabajo. Ellas actúan siempre bajo la supervisión de las enfermeras, y se consideran comunicadoras de la misma.

–La auxiliar es más bien una comunicadora, excepto que en un momento dado la enfermera esté muy ocupada. *[L'auxiliar és més bé de comunicador, a no ser que en un moment donat la infermera estigui molt ocupada] (A5 p5).*

– Siempre quien avisa o habla con los médicos es la enfermera. [*Sempre qui avisa o xerra amb els metges és la infermera* (A5 p4).

#### **4.3.1.3. Ética profesional / valores y creencias**

En este código se recogen los conocimientos asumidos por los profesionales de una disciplina como moralmente correctos. El problema que se presenta en este colectivo profesional es la falta de un código deontológico propio.

##### **4.3.1.3.1. Valores y creencias en torno al dolor**

Bajo este código entiendo la interpretación que hacen las auxiliares del dolor de los niños.

##### **4.3.1.3.2. Prioridad ante el dolor**

A través de este código se recoge la consideración del dolor como una situación que debe tener preferencia sobre otra que pueda acontecer en el paciente.

El colectivo de auxiliares de enfermería señala de forma taxativa la existencia de dolor en lo niños ingresados en la unidad de estudio, consideran que debería ser tratado y además manifiestan que ante situaciones de dolor existen más métodos de los utilizados.

– Ante el dolor de los niños no hacen nada piensan que los niños son exagerados (A4 p6).

–El dolor debería ser prioritario, porque es que su calidad de vida se empeora un montón, o sea para mí es importante eso, que no tengan dolor, luego ya actúas sobre lo demás (A18 p6).

–Se podría hacer más ante los niños quemados (A1 p5).

–Los niños de esta unidad pasan dolor (A3 p8).

–Se podría hacer algo más, no se si me entiendes pero se podría hacer más por el dolor, No sé si no se hace porque piensan que los niños son exagerados (A5 p5). [*Es podria fer algo més, no se si m'entens però se podria fer més pel dolor. No sé si no se fa perquè pensen que els infants són exagerats*] (A13 p5).

–Los quemados a la hora de realizar las curas considero que se pasa muy mal y tal vez habría un sistema... [*Els cremats a l'hora de realitzar les cures consider que es passa molt malament i tal vegada hi hauria un sistema...*] (A5 p8).

#### **4.3.2. Práctica Asistencial**

Bajo esta categoría entiendo el conjunto de actividades que dicen llevar a cabo los profesionales, para eliminar disminuir o paliar el dolor de los niños (tabla 15).

PERFIL PROFESIONAL AUXILIARES DE ENFERMERÍA 4.3.	
CATEGORÍA 4.3.2. PRÁCTICA ASISTENCIAL	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.3.2.1. Auxiliares de enfermería como ayudantes de la enfermera	4.3.2.1.1. Avisar a la enfermera
	4.3.2.1.2. Actividades propias de la auxiliar
	4.3.2.1.3 Actuación ante el dolor infantil

TABLA 15. Práctica Asistencial en Auxiliares de Enfermería

#### 4.3.2.1. Auxiliares de enfermería como ayudantes de la enfermera

En este código se recoge las percepciones de las auxiliares relacionadas con el rol que ejercen en su trabajo con las enfermeras.

El discurso de las auxiliares de enfermería es siempre en tercera persona, se consideran como ayudantes o transmisoras de información de las enfermeras, ya que ellas no pueden tomar decisiones, deben consultar en la mayoría de ocasiones a las enfermeras antes de llevar a cabo actuaciones concretas.

##### 4.3.2.1.1. Avisar a la enfermera

Ante cualquier demanda de cuidados por parte de la familia o niños las auxiliares de clínica avisan a la enfermera.

– Ir, intentar decirle que no se preocupe, que enseguida avisaré a la enfermera.

[Anar-hi, intentar dir-li que no se preocupi, que tot d'una avisaré a la infermera]

(A4 p4).

– Cuando suena un timbre acudo y llamo a la enfermera (A14 p1).

– Si un niño tiene dolor aviso a la enfermera (A14 p6).

#### **4.3.2.1.2. Tareas propias de la auxiliar**

Código definido como aquellas actuaciones que las auxiliares de enfermería consideran le son propias.

– La auxiliar realiza tareas de aseo personal niños, avisar a la enfermera, atender timbres y familiares (A2 p4).

#### **4.3.2.1.3. Actuación ante el dolor**

Código a través del que se recogen las actuaciones que realizan las auxiliares de clínica ante la demanda de cuidados por el dolor de los niños.

Reiteran lo comentado en apartados anteriores, ante cualquier episodio de dolor que presente el niño avisan a la enfermera.

– Decirle que espere un momentito que lo consultaré con la enfermera, ir y decírselo (A10 p5).

– Pues la auxiliar dice a la enfermera: este niño tiene dolor, que hay pautado y se lo da. [*Pues s'auxiliar diu a sa infermera: aquest al·lot té mal, mem, que hi ha pautat i se dóna*] (A9 p5).

– ¡Hombre! Si la enfermera me da Apiretal para dárselo al niño, si que se lo doy, se lo llevo ¡si...! colaboramos con la enfermera en esto.  
 [Hombre! Si la infermera me dóna Apiretal per donar a s'al·lot, si que li donc, li duc, ¡si ...! col·laborem amb sa infermera damunt això...]  
 (A3 p6).

### 4.3.3. Interrelaciones

Entiendo dentro de esta categoría como conciben el rol cada uno de los profesionales y la familia, los unos respecto de los otros, y como repercute este rol en ambos (tabla 16).

PERFIL PROFESIONAL AUXILIARES DE ENFERMERÍA 4.3.	
CATEGORÍA 4.3.3. INTERRELACIONES	
SUBCATEGORÍA	CÓDIGOS
4.3.3.1. Interrelaciones Profesionales	4.3.3.1.1. Relaciones auxiliares de enfermería con los médicos son inexistentes
4.3.3.2. Concepto de Trabajo en equipo	4.3.3.2.1. Los médicos no realizan habitualmente ningún tipo de trabajo con las auxiliares de enfermería
	4.3.3.2.2. Buena relación enfermeras auxiliares de enfermería
	4.3.3.2.3. La organización del trabajo en la unidad dificulta el trabajo en equipo

TABLA 16. Interrelaciones en Auxiliares de Enfermería

#### 4.3.3.1. Interrelaciones profesionales

En esta subcategoría se expresa la calidad de las interacciones entre las dos categorías profesionales (médicos, enfermeras). Reiteran la independencia del médico para realizar cualquier tarea además de la

escasa o nula relación que existe entre las enfermeras, los médicos y las auxiliares de enfermería.

#### **4.3.3.1.1. Las relaciones auxiliares de enfermería médicos son inexistentes**

En este código la auxiliares definen la relación profesional que se establece entre estas y los médicos.

Las auxiliares de enfermería consideran que son invisibles para los médicos, prácticamente no tienen relación con ellos.

–Las auxiliares nuestra relación bien, con la enfermera también y con el médico nuestra relación es de paso. [*Les auxiliars la nostra relació bé, amb la infermera també i amb el metge nosaltres ho tenim de passa tu diguéssim o sigui de passada*] (A1 p3).

#### **4.3.3.2. Concepto de Trabajo en equipo**

A través de este código se expresa como se realiza el trabajo conjuntamente entre las auxiliares, los médicos y las enfermeras.

Durante las entrevistas, las auxiliares de enfermería refieren que los médicos generalmente no trabajan en equipo, sino que son un grupo de profesionales que no tienen en cuenta al resto de los profesionales, además de remarcar que la relación con ellos es prácticamente inexistente.

También comentan que en el caso de relacionarse con ellos, es un tipo de relación muy superficial, y reiteran que siempre actúan trabajando de manera individual.

#### **4.3.3.2.1. Los médicos no trabajan habitualmente con las auxiliares**

Código a través del cual las auxiliares expresan como es su trabajo respecto del de los médicos.

Las auxiliares de enfermería consideran que los médicos no las incluyen en ningún momento en el equipo.

–Yo creo que los médicos van de por libre, enfermeras y auxiliares formamos más equipo. [*Jo crec que els metges van per libre, infermeres i auxiliars anam més, més per equip*] (A6 p5).

–Los médicos van de por libre siempre, son los peores no en esta unidad, en todas las unidades (A10 p4).

–Los médicos van a su bola (A6 p6).

#### **4.3.3.2.2. Buena relación auxiliar enfermera**

En este código se recoge la consideración de la relación laboral que tienen las auxiliares con las enfermeras.

Las auxiliares consideran que tienen buena relación laboral con las enfermeras.

Las auxiliares de enfermería manifiestan trabajar en muchas de las situaciones junto a la enfermera. Al referirse al trabajo en equipo tan sólo es llevado a cabo con las enfermeras, en general no participan del trabajo con los médicos, y prácticamente la relación con ellos es nula.

–La auxiliar es más bien de comunicadora, a no ser que en un momento dado ella esté muy ocupada, y le llamas por teléfono y tu le pasas el recado a la enfermera. [*L'auxiliar és més bé de comunicador, a no ser que en un moment donat ella estigui (molt ocupada, i el cridis per telèfon i tu li passis es recado de sa infermera]* (A18 p4).

–La relación de la auxiliar es con la enfermera. [*La relació de la auxiliar és amb la infermera]* (A1 p3).

–Se trabaja en equipo solo enfermera y auxiliar y no siempre (A1 p4).

–No se trabaja en equipo en alguna ocasión auxiliar enfermera (A2 p2).

–Las auxiliares realizan buen equipo (A5 p2).

#### **4.3.3.2.3. La forma de la organización del trabajo en la unidad influye negativamente en su realización en equipo**

En este código se expresa como influye la manera de organizar el trabajo y su repercusión para trabajar en equipo.

Algunas de las auxiliares de enfermería manifiestan que realizan el trabajo solas ya que las enfermeras, debido a la organización del trabajo de la unidad deben priorizar en el pase de visita médico, por lo que ellas realizan sus tareas acompañadas de otra auxiliar. Remarcan que el motivo por el cual las enfermeras no trabajan en equipo no es producto de malas relaciones entre estos dos colectivos, si no que como he comentado anteriormente es producto de las actividades que se suceden en la unidad.

– ¡No! Hay que sí, que tienen grupito, pero si yo lo necesito... ¿sabes que pasa? Que se intentó que se trabajara auxiliar enfermera en todos los sentidos... pero es imposible, porque pasan visita los médicos y necesitan a la enfermera, por lo tanto las auxiliares vamos a hacer las camas. En parte, no es que sea a nivel personal que no haya equipo es debido al trabajo. *[No! N'hi ha que si, que tenen grupet, però si jo he de menester... saps què passa? que se va intentar que se fes sa feina auxiliar infermera per tot i en tots els sentits... però és impossible, perquè passen visita els metges i necessiten a sa infermera, per lo tant ses auxiliars anem a fer els llits. En part, no és que sigui a nivell personal que no hagi equip, és per mor de sa feina]* (A3 p3).

#### **4.3.4. Interrelaciones familia auxiliares de enfermería**

Entiendo dentro de esta categoría como conciben el rol cada uno de los profesionales y la familia, los unos respecto de los otros, y como repercute este rol en ambos.

Dentro de dicha categoría han surgido las siguientes subcategorías (tabla 17).

<b>PERFIL PROFESIONAL AUXILIARES DE ENFERMERÍA 4.3.</b>	
<b>CATEGORÍA 4.3.4. INTERRELACIONES FAMILIA AUXILIAR</b>	
<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>CÓDIGOS</b>
4.3.4.1. Familia como elemento favorecedor	4.3.4.1.1. Presencia de los padres/familiares es importante
	4.3.4.1.2. Los padres facilitan el trabajo
4.3.4.2. Familia como elemento entorpecedor	4.3.4.2.1. En determinadas situaciones los padres dificultan el trabajo

TABLA 17. Interrelaciones Familia Auxiliares de Enfermería

#### **4.3.4.1. Familia como elemento favorecedor**

En esta subcategoría se explica como la familia puede ser considerada como un elemento de ayuda durante la hospitalización de los niños.

La familia es un elemento de ayuda durante la hospitalización de sus hijos, ya sea a la hora de realizar procedimientos o ante situaciones dolorosas.

##### **4.3.4.1.1. Presencia de los padres/familiares es importante**

A través de este código se percibe la presencia de la familia como un elemento de ayuda para los niños.

La auxiliares manifiestan que los niños necesitan la presencia de los

padres durante la hospitalización de sus hijos, pero a pesar de considerarlo importante manifiestan que esto no siempre se realiza.

– Los padres importantísimo, yo creo que sí que tienen que estar siempre, lo que pasa que claro, no siempre lo hacen (A10 p7).

– Los chicos si están con su padre o su madre suelen estar bien, suelen estar más tranquilos. Si estuvieran solos yo creo que estarían más excitados, más nerviosos. [*Els al·lots si estan amb un pare o una mare solen estar bé, solen estar més tranquils. Si estiguesin tots sols jo crec que estarien més excitats, més nerviosos*] (A3 p9).

#### **4.3.4.1.2. Los padres facilitan el trabajo**

Código referido a la presencia de la familia durante la hospitalización como ayuda para el trabajo de los profesionales de la salud.

Manifiestan que los padres no tan solo son beneficiosos para el niño sino también prestan ayuda al personal.

– Los padres también son una ayuda para el personal y son imprescindibles totalmente, tanto para el niño como para el persona (A10 p7).

#### **4.3.4.2. Familia como elemento entorpecedor**

Algunas de las auxiliares de clínica piensan que la familia, en ocasiones,

obstaculiza su trabajo durante la realización de procedimientos y, además manifiestan que los padres a veces son una molestia para el personal.

–Porque no puedes hacer el trabajo a lo mejor... cuando ha de pinchar el niño, y está la familia no lo puedes pinchar como tu quisieras porque la familia a veces no te deja o porque tienes a la familia detrás. Normalmente cuando tenemos que pinchar a un niño o tenemos que realizar una cura, lo llevamos a la sala de curas y trabajamos mejor. No es siempre a veces los padres nos ayudan. *[Perquè no pots fer sa feina a lo millor... quan has de picar s'al·lot, i està sa família no el pots picar així com tu voldries perquè la família de vegades no et deixa o perquè la família no digui o perquè... el tens a darrera. Que normalment quan hem de picar a un al·lot o hem de fer una cura, ho duem a la sala de cures i tenim més bon fer feina. Que no és sempre, que a pics els pares ens ajuden, eh?]* (A13 p6).

–Los familiares a veces sirven de soporte al niño y a veces son un estorbo para nosotros. *[Els familiars a vegades serveixen de suport a l'al·lot i de vegades són un estorb per nosaltres]* (A1 p7).

Además de los resultados apuntados anteriormente, a lo largo de las entrevistas han ido surgiendo una serie de códigos contradictorios que considero relevante mencionar.

Si bien la mayoría de entrevistados consideran importante e incluso prioritario la disminución del dolor, ninguna de las categorías entrevistadas hace referencia a la evaluación del mismo.

En relación al trabajo en equipo entre los diferentes profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de clínica), coinciden en considerar importante llevarlo a cabo, haciendo mención de los beneficios que ello supone para el paciente, sin embargo al realizar las entrevistas manifiestan trabajar por separado.



## **CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN**

En este capítulo interpreto los datos obtenidos en las entrevistas a los diferentes colectivos de profesionales desde la perspectiva teórica, relacionándolos con el contexto social en el cual se enmarca el estudio y la historicidad. El objetivo es integrar las diferentes vías de trabajo en un análisis global destinado a comprender por qué no se atiende de manera correcta el dolor infantil. De este análisis extraeré también recomendaciones prácticas.

Como apuntaba en el capítulo de introducción, parto de la premisa de que los niños ingresados por patologías que cursan con dolor agudo no deberían padecer dolor. La bibliografía científica en relación al tema contiene multitud de recursos para que esto no sea así. Lo que me lleva a plantearme la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las percepciones de los diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que influyen en el manejo del dolor infantil y su familia en el ámbito de la atención especializada?

Son conocidas, -y así se recoge en la bibliografía- tanto las transformaciones que se vienen sucediendo a lo largo de los últimos 20 años en relación al tratamiento del dolor infantil (Riaño et al., 1998) como las repercusiones a corto y largo plazo que pueden derivarse del manejo inadecuado del mismo (Mather y Mackie, 1983; Broome y Richtmeier, 1996; Porter et al., 1999; von Baeyer y Spagrud, 2007).

A pesar de los avances en el manejo del dolor, necesitamos profundizar más en esta temática, ya que la realidad es que no se están aplicando en las unidades de hospitalización todas las medidas de las que se disponen en la actualidad, y que todavía es demasiado frecuente la aparición y la permanencia del dolor en los niños en situaciones (después de la cirugía, procedimientos, etc.) en que puede paliarse (Beyer et al., 1983; Craig et al., 1996; Eland, 1990; Jacob y Puntillo, 1999; Mackie, 1983; Simonds y Robertson, 2002; Pérez et al., 2008).

He dividido este capítulo en cuatro apartados, que se corresponden con las categorías formuladas en el apartado de los resultados. El primero corresponde al rol profesional, y en él discutiré los conocimientos que dicen tener las diferentes categorías en relación al dolor. En el segundo comentaré la práctica que desarrollan dichos profesionales. En el tercero explicaré como las interrelaciones entre los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería pueden influir en el manejo del dolor de los niños. En el cuarto, y último, trataré la relación que se establece entre los profesionales y la familia y como ésta es vista por los profesionales de la salud.

## **5.1. Rol profesional**

### **5.1.1. Concepciones de dolor**

En el apartado de resultados he podido comprobar cómo la percepción y/o preocupación por el dolor y su tratamiento es visualizado de manera diferente por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Los médicos

se preocupan más por la intervención sobre la patología, inciden en aquello que hay que curar, mientras que el dolor es percibido simplemente como una manifestación, que consideran será puntual y desaparecerá. No priorizan el dolor y, si lo hacen, prescriben dosis o tratamientos poco eficaces; incluso en algunos casos presentan déficits de conocimientos en relación a los tratamientos más adecuados. Esto no es más que una prueba de que la disminución del dolor se sitúa en un segundo plano. En la misma línea, el estudio de Mather y Mackie (1983) ponen de manifiesto que el tratamiento analgésico administrado por los médicos y el consiguiente aumento del nivel de dolor de los niños.

En general, los profesionales entrevistados consideran importante atender el dolor infantil, apareciendo como una cuestión prioritaria ante la que se debe actuar lo antes posible y con los medios disponibles. Aunque cabe apuntar que encontramos algunas diferencias, en parte, asociadas al papel como profesional que desempeña cada uno y lo que la sociedad espera de éste. Así pues, los médicos inciden en su atención, e incluso reconocen que no siempre se ha actuado como se debería; efectivamente a partir de mis observaciones de campo puedo constatar que hoy por hoy no se producen estas actuaciones y tampoco lo hacen en este sentido.

Principalmente, los motivos son la falta de conocimientos para pautar analgésicos mayores o que les asignan pacientes con patologías que deberían pertenecer a otros servicios especializados (por ejemplo, en el caso de los quemados). De esta forma presentan un discurso que en parte intenta defender sus aptitudes frente a ese problema.

Desde otra perspectiva, los médicos tienden a sentirse presionados por el estatus que ocupan a partir de su condición profesional y la consecuente demanda moral y ética de dar siempre respuesta a estos acontecimientos. A ello hay que añadir que se ha comprobado en ocasiones, por una parte, la falta de competencias para combatir el dolor y, por otra, una atribución subjetivista del dolor y por lo tanto las correspondientes dificultades para poder dar respuesta a esta compleja situación.

Otro aspecto importante que se pone de manifiesto a través del discurso de los entrevistados es la diferencia de opinión que tienen en cuanto a la priorización de las actuaciones ante el dolor agudo de los niños. Mientras que los médicos refieren que lo prioritario ante el dolor es llevar a cabo el diagnóstico, el resto de profesionales manifiesta que para ellos lo principal es el abordaje del dolor inmediato. Esta diferencia entre unos y otros puede estar directamente relacionada con el capital cultural institucionalizado que poseen cada uno de ellos: lo encarnan y reproducen en tanto que son personas sociales; luego, hablamos del *habitus*, determinado por la titulación de pregrado, médico, enfermera o auxiliar de enfermería.

A los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería se les atribuye un capital específico y no mutuamente permeable. A su vez, a esos capitales de formación se vincula un capital simbólico que determina una escala jerárquica de prestigio. En el caso de los médicos, dicho capital les otorga el valor más alto dentro de dicha escala. Así, además de ser considerados por la sociedad como los profesionales de mayor prestigio,

se les considera conocedores exclusivos del saber científico, al tiempo que se les reconoce disponer de autoridad, prestigio y fama.

El capital simbólico a que nos referimos es “el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido” (Bourdieu 1987a: 160). Merece especial interés para comprender los aspectos más relevantes del rol profesional, ya que éste se constituye en poder: es un poder invisible pero reconocido como legítimo y que presupone cierta complicidad por parte de las personas que están sometidos a él. El capital simbólico de cada uno de los agentes que integran el campo determina una asimetría entre los profesionales, que en el caso de los médicos estará determinada por la labor que les compete en cuanto a *curar*, frente a la competencia de las enfermeras que es la de *cuidar*.

Los médicos relatan a través de su discurso que para ellos es prioritario llevar a cabo el diagnóstico de los niños antes que atender su proceso de dolor, ello puede ser debido al hincapié que se les hace a lo largo de su formación, para que prioricen en el diagnóstico. Sin embargo, en lo referente a las enfermeras, la formación ha sido encaminada a proporcionar cuidados; de aquí que al estar permanentemente frente a los niños con dolor consideren que la disminución de éste debe ser inmediata, para posteriormente abordar el resto de problemas que se deriven del proceso de su enfermedad. En este grupo de profesionales el capital simbólico no goza de la misma reputación que en el caso de los médicos, lo que está originado por la diferencia habida a lo largo de la historia reciente en cuanto al capital cultural de la enfermera (en parte atribuible a la posesión o no de título universitario).

En el caso de las auxiliares, en la mayoría de casos poseen un capital profesional de rango inferior al resto de las otras categorías; por otra parte, suelen definirse a través de sus propios discursos como aquellas personas que ayudan a la enfermera realizando los trabajos que les delegan (Perdomo-Rubio, 2010,). En muchas ocasiones las auxiliares de enfermería acuden en primer lugar a las habitaciones para conocer cual es la demanda de cuidados; son, pues, las primeras en observar el dolor de los niños y la ansiedad de los padres ante esta situación. A través de su discurso afirman que los niños ingresados en la unidad de estudio sufren dolor, pero éste es más intenso en los niños que se encuentran ante situaciones especiales como por ejemplo las quemaduras. Esta afirmación de las auxiliares de enfermería coincide con otros estudios que al igual que ellas, afirman que los niños postoperados sufren dolor innecesariamente (Beyer et al., 1983; Craig et al., 1996; Eland, 1990; Jacob y Puntillo, 1999; Mather y Mackie, 1983; Simonds & Robertson, 2002).

Las auxiliares de clínica son las primeras en conocer el sufrimiento de los padres y en muchas ocasiones permanecer junto a ellos para escucharles y comprobar el dolor de sus hijos, e incluso ofrecerles cariño a todos ellos. Esto podría ser el motivo por el que es la categoría profesional que, a través de su discurso, reitera de manera taxativa el dolor que padecen los niños y la falta de actuaciones para paliarlo. Las auxiliares de enfermería suelen ser la categoría profesional con un capital académico inferior a las otras dos categorías; sin embargo, poseen un *habitus* doméstico que se sumerge en una lógica del sentido común, de lo privado: el sentido común inunda lo doméstico de las auxiliares y, a la vez, es el mismo sistema

con el que los familiares se aproximan a lo que sucede a sus hijos. Así pues, las posibilidades de establecer una relación entre auxiliares, niños y de manera especial sus familiares son mayores que los de las otras dos categorías. Este sentido común del *habitus* doméstico de las auxiliares está relacionado con lo afectivo, lo individual y lo social, y se sustenta en el cuidado doméstico, que es diferente al de las enfermeras, en cuyo caso se apoya más en una lógica médica asistencial a la que se pretende dar un sentido científico. Buticché (2005) muestra cómo la lógica utilizada por las auxiliares para mantener su posición en el campo y así sostener su propia posición es recurrir a la desvalorización de aquellas personas que se distancian del paciente. En el caso de este estudio pudiera ser este el motivo por el cual las auxiliares de clínica hayan sido la categoría profesional que más ha incidido en comentar el dolor que sufren los niños y que en muchas de las ocasiones no se trata.

En relación a los conocimientos que poseen los médicos ante el dolor de los niños ingresados por quemaduras, se detecta a través de su discurso una falta de motivación para tratar a estos pacientes. Opinan que son niños que no deberían estar a su cargo y que, además, ellos no están preparados para administrar determinado tipo de medicación, considerando que el tipo de dolor que presentan necesita ser atendido por especialistas; como por ejemplo, los anestesiistas y personal de las unidades del dolor. Cabe decir que los comentarios emergidos de estos profesionales son muy similares a los estudios que han revelado el dolor postoperatorio en los niños hospitalizados es debido a: 1) falta de conocimientos; 2) falta de capacidad para realizar la evaluación del dolor con precisión; y 3) un déficit

en la aplicación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (Car y Mann, 2000; Coyne et al., 1999).

Es importante comentar que muchos de los miembros del colectivo médico que atiende a los niños de la unidad de estudio tienen edades comprendidas entre 60 y 63 años, lo que tal vez no sea una justificación pero sí un motivo de falta de actualización en los conocimientos del abordaje del dolor; de hecho, podría explicar un mal manejo del mismo. Coincidiendo, por tanto, con el estudio llevado a cabo por Reyes (2003), el motivo de su actitud podría estar relacionado con una falta de actualización en relación a sus conocimientos; pero también, y esto es central, con la persistencia de creencias por ejemplo, la consideración del dolor postoperatorio como algo habitual y de corta duración. Dicha falta de actualización puede ser que esté ocasionada porque en el momento de la realización de sus estudios, y además en tanto que forma parte de su código deontológico, la priorización del diagnóstico del proceso de enfermedad sobre cualquier otro síntoma apareciese como un axioma. De igual forma podría atribuirse al cambio que se ha ido sucediendo en relación al concepto del paciente; en estos momentos prevalece una atención más holística e integral que en épocas anteriores, repercutiendo en los cuidados que los niños precisan de su familia. Otras de las causas puede atribuirse a la falta de estándares de calidad de la Institución, o déficit de formación continuada a los profesionales de la salud.

A través de los resultados surgidos del discurso de los profesionales, se evidencia una falta de conocimientos en el manejo del dolor; el *habitus*

de dichos profesionales necesita un cambio en sus prácticas y un ampliación en la conceptualización en la manera de entender el dolor infantil.

### **5.1.2. Subjetividad del dolor**

No deja de ser curioso -o mejor dicho curiosamente interesante- que la preocupación ascendente por el dolor se produzca a medida que descendemos en la categoría profesional; esto tal vez podría ser debido a que las auxiliares de enfermería privilegian en su óptica el contacto directo con los niños y familiares, apoyando sus prácticas en lo afectivo, al tratarse de tareas de cuidado asistencial. Parafraseando a Wainerman y Geldstein (1989:35) son “posiciones ocupacionales diferenciadas”, que se encuentran jerárquicamente vinculadas para que desarrollen de manera correcta su trabajo. La asimetría que se observa en las posiciones de cada uno de los agentes, derivadas de la posesión de capitales culturales diferentes, se configura en subjetividades particulares (*habitus*).

Las tres categorías profesionales hablan de la subjetividad del dolor, pero no siempre con la interpretación que corresponde; en todas las definiciones del dolor está presente el término de subjetividad pero ésta debe ser entendida como cualquier manifestación que pueda presentar el niño durante su proceso de dolor, y aceptarse que, ante una misma intensidad de dolor, este puede ser expresado de manera diferente.

A lo largo del discurso se aprecia que en ocasiones los profesionales

interpretan el término subjetividad, conceptualizando el dolor desde sus propias creencias (el dolor postoperatorio, “es normal”, “dura poco” etc.).

En la actualidad está aceptado que el dolor constituye una experiencia compleja en la que se encuentran implicados aspectos físicos, cognitivos, afectivos, conductuales e, incluso, aspectos contextuales que trascienden al propio individuo (J, Miró, 2003).

### **5.1.3. Competencias**

La mayoría de los médicos reconocen no estar preparados para manejar determinados tipos de fármacos necesarios para disminuir el dolor, y desconocer determinada tecnología para su administración, aludiendo a que no es habitual su utilización en los pacientes a su cargo. Consideran en este sentido, que este tipo de competencias son propias de la unidad del dolor y de otro tipo de profesionales como pueden ser los anestesiistas.

El capital cultural de estos profesionales no sería el adecuado para poder atender a los pacientes infantiles que están a su cargo, siendo responsabilidad de los mismos su actualización, dado que estos niños y, de manera especial, los que presentan quemaduras, siguen estando a su cargo sin poder acceder a profesionales que posean una competencia específica -un capital cultural en términos bourdianos- adecuada para cambiar sus actuaciones y aliviar el dolor.

## **5.2. Práctica Asistencial**

### **5.2.1. Evaluación del dolor**

Uno de los puntos clave para poder tratar de manera adecuada el dolor, es la evaluación continua del mismo y la respuesta de los niños ante el tratamiento administrado. Se considera la evaluación del dolor como el proceso esencial para proporcionar el alivio adecuado del dolor (Melzack y Katz, 1994; JCAHO, 2000).

Durante el discurso de los profesionales la evaluación ha sido silenciada o muy poco expresada. En relación al conocimiento de medidas para cuantificar el dolor alguno de los entrevistados las conoce pero afirma no utilizarlas.

En relación a la evaluación del dolor el estudio que he llevado a cabo coincide, con el de Fernández et al. (2007), en el que queda reflejado el conocimiento que poseen algunas de las enfermeras en relación a la existencia de las escalas de evaluación del dolor pero que, sin embargo, no proceden a utilizarlas.

Posiblemente la falta de utilización de registros pueda ser debida a una falta de conocimientos, como así lo manifiestan algunos de los entrevistados; o también pudiera deberse a creencias como lo refieren en el discurso alguno de los médicos. Hallazgos similares han sido reflejados por otros investigadores (Jacob y Puntillo, 1999, Reyes, 2003, Simons y MacDonald, 2004).

Otro de los motivos pudiera estar provocado por la falta de exigencias de la Institución o falta de conocimientos sobre los beneficios que reporta la evaluación del dolor en pacientes infantiles.

Particularmente esta última hipótesis adquiere fuerza en la literatura: estudios llevados a cabo por McCaffery y Passeron (2001) en línea con los trabajos de Bourdieu han demostrado que si la preocupación ante un tema tan complejo como es el dolor infantil no es percibida como un valor esencial para la Institución, las acciones individuales de algunos de los profesionales, (conferencias o seminarios) realizadas de manera aislada no ayudan para que se realice un cambio en los profesionales.

Otro de los motivos por los que no se realiza la evaluación a través de registros específicos, puede ser debida a que el dolor además de ser una experiencia personal se encuentra sometido a la influencia de muchos factores como por ejemplo los psicológicos que en el caso de los niños se añade el problema de la inmadurez psicológica propia de cada niño, siendo imprescindible en la mayoría de ocasiones que su abordaje se lleve a cabo de manera multidisciplinar, cosa que a través del discurso de las diferentes categorías tan sólo sucede en el caso de aquellos niños en los que se prevea que las intervenciones a que deban someterse sean de gran duración, en cuyo caso se avisa a la Unidad del dolor. No obstante, es conveniente tener en cuenta las recomendaciones de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), entre ellas la necesidad de valorar adecuadamente a cualquier paciente que esté sufriendo dolor.

La Institución debería ser la promotora en la implementación de dichos registros para así controlar la calidad de los cuidados de todos los pacientes y, de manera especial, los que atañen a este estudio -los pacientes infantiles- dadas las características especiales que presentan y las consecuencias particularmente negativas que pueden derivarse en aquellos niños que hayan sufrido dolor.

### **5.2.2. Tratamiento farmacológico y no farmacológico**

En relación al tratamiento farmacológico para disminuir el dolor, cabe decir que se observan en este momento las relaciones de poder suscitadas por los diferentes colectivos y derivadas del *habitus* de cada uno de ellos. Así pues, la prescripción de fármacos corresponde única y exclusivamente a los médicos; las enfermeras, debido al capital académico -a la formación, su posición en el escalafón de la atención sanitaria y las percepciones sociales y valorativas derivadas- que poseen sólo pueden administrarla. Finalmente, las auxiliares no tienen ninguna responsabilidad sobre el tratamiento farmacológico, y además, en caso de administrarlo, la responsabilidad recae en la enfermera.

Ante el dolor de los niños con quemaduras, en muchas ocasiones el tratamiento no es el adecuado para lograr la disminución o alivio del dolor, como se observa en el discurso de las enfermeras y auxiliares de enfermería mayoritariamente. En la misma línea, Mather y Mackie (1983) ponen de manifiesto la inadecuación en muchas ocasiones del tratamiento administrado y el grado de dolor de los niños.

Las enfermeras entrevistadas expresan en bastantes ocasiones tener dificultades ante las pautas de los tratamientos farmacológicos prescritas por los médicos, refiriendo no estar estandarizadas, carecer de protocolos, o, en caso de tenerlos, la existencia de una gran dificultad para su interpretación, especialmente cuando en las órdenes de tratamiento no aparece pauta horaria, sino la pauta “si dolor” (s/p).

Actualmente las órdenes de tratamiento (s/p) están en desuso en casi todos los hospitales, debido a que dan pie a interpretaciones muy diferentes en cada enfermera, ya que este tipo de pauta está exento de objetividad y sometido a creencias particulares de cada profesional.

Las enfermeras y las auxiliares de enfermería a través de su discurso manifiestan reiteradamente las manifestaciones de dolor que presentan los niños ubicados en unidades de cirugía. Coincide este estudio con los de Beyer et al., 1883, Eland, 1990, Lelland, 2004, en los que se pone de manifiesto la baja cantidad de analgésicos administrados ante situaciones dolorosas, la mayoría de ellas tras sufrir una intervención quirúrgica así como la gran diferencia que existe entre la administración de analgésicos a personas adultas o a niños en situaciones muy parecidas. Entre las razones que pueden motivar que esto suceda así encontramos la falta de autonomía que tiene el personal de enfermería para administrar los fármacos, y entre los médicos el miedo a la utilización de opiáceos debido a los efectos secundarios que puedan derivarse.

En relación al tratamiento sería de gran importancia tener en cuenta no tan sólo lo concerniente a los fármacos, sino también al alivio que puede

proporcionar el uso de tratamientos no farmacológicos, ya que en estos momentos se dispone de muchas técnicas para ello, y a través de diversas investigaciones, se ha confirmado su efectividad. Así, por ejemplo, podemos mencionar, técnicas de juego, distracción o relajación (Twycross A, Moriarty A, Betts T, 2002).

Otra de las técnicas no farmacológicas que puede ayudar ante el malestar emocional infantil es la intervención de los payasos de hospital, que emplea el humor como herramienta terapéutica. En los últimos años ha habido un incremento considerable de la presencia de los payasos en los hospitales, especialmente en pediatría. En muchos países del mundo, miles de niños reciben la actuación de los payasos durante su hospitalización (Koller y Gryski, 2007). Los payasos de hospital (La Sonrisa Médica, en el caso de Mallorca) actúan en los hospitales infantiles para disminuir el malestar emocional de los niños (Meisel et al., 2010). Este tipo de tratamiento alternativo tan sólo ha sido mencionado por uno de los informantes, lo que puede indicar que los profesionales consideran a estos payasos como personas que intentan hacer reír a los niños, pero no los consideran profesionales, por tanto no cuentan con ellos como técnica no farmacológica para paliar el dolor. O también puede deberse a considerarlos una obstáculo para realizar de manera tranquila su labor. Esta técnica es particularmente interesante en cuanto que no comportaría problemas de responsabilidad derivados de la asunción de competencias consideradas propias, y al no tener “efectos secundarios” no comprometería en ningún caso el papel ni la profesionalidad del estatus del médico.

En este sentido la autora de la tesis está realizando diferentes estudios sobre la efectividad de los payasos de hospital ante la ansiedad prequirúrgica y la satisfacción de los profesionales y familiares sobre la presencia de éstos en la hospitalización de los niños. A través de estos estudios queda patente la ayuda que prestan a los niños a lo largo de la hospitalización. A través de dichas actuaciones (métodos no farmacológicos) se pretende distraer a los niños ante situaciones que puedan resultar dolorosas

Desde una perspectiva no científica es indudable que los payasos de hospital actúan como coadyuvantes del control del dolor infantil.

### **5.3. Relaciones interdisciplinarias: el trabajo en equipo**

En el caso que nos ocupa, los informantes destacan la importancia de trabajar en equipo, incidiendo en que se convierte en primordial para permitir que la información fluya entre todos los profesionales que trabajan con los niños, se tomen decisiones conjuntas y pueda darse un mejor trato al paciente informando mejor a las familias, presentando una imagen conjunta y coordinada de la intervención profesional. Sin embargo la realidad no sigue estos parámetros: no parece existir mucho acuerdo para que esto se lleve a cabo; se suele acusar al otro grupo como el causante de que no sea fácil trabajar en equipo. Los resultados de las entrevistas muestran las opiniones al respecto, aparecen referencias a las diferencias de horarios y turnos de las enfermeras, el papel de los médicos como garantes de un estatus superior marcado por el conocimiento y capital científico; además éstos dan por supuesto ese papel y, en algún caso, se menciona incluso

su labor como formadores del resto de equipo. Esto es un claro reflejo de las relaciones de poder y subordinación que se establecen en el campo, dando lugar al trabajo por estamentos y, por tanto, impidiendo el trabajo interdisciplinar. (Miró, Gastaldo, Gallego, 2010).

Un aspecto central entre estas tres categorías profesionales debería ser la comunicación fluida entre todos los profesionales de la unidad, pero tal como comentan en su discurso, esto no sucede debido al mantenimiento de una estructura social jerárquica con escasa circulación bidireccional de la información y sobre todo, de la consideración técnica y de prestigio (capital simbólico centrado en la figura del médico y descendiente hacia las auxiliares).

Estas afirmaciones quedan corroboradas a través de los resultados obtenidos en diferentes investigaciones a través de las cuales se pone de manifiesto que cuando la relación entre médicos y enfermeras es funcional, se producen muchos beneficios para los pacientes (Ibarra, 2005).

En el campo se establecen relaciones de poder que se estructuran a partir de la distribución desigual de capital, cobrando gran importancia el capital simbólico: el cual "... es una propiedad cualquiera, fuerza física, valor guerrero, que percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten concebirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica..." (Bourdieu, 1997: 171-172).

Así, en el estudio realizado los miembros de la “clase médica” término muy interesante tienen un reconocimiento social diferente al resto de los profesionales, dado que su capital simbólico y cultural es diferente. Fundamentalmente, hasta hace poco su diferenciación se manifestaba por la posesión de un título universitario, exclusivo entre los médicos. El fuerte desarrollo, primero, de la diplomatura en enfermería y ahora del grado, reduce sin duda la diferencia en el ámbito del capital cultural, aunque no sucede lo mismo en el caso del capital simbólico (reconocimiento social).

Por otra parte, si bien autoras como Bécherraz (2001) advierten de las diferencias por género en lo concerniente a las manifestaciones de dolor, siendo las mujeres más dadas a hablar de experiencias de dolor y emociones mientras que los hombres se encontrarían censurados por la cultura y el rol que se les otorga, en mi investigación no he encontrado alusiones a las diferencias por género de los niños, probablemente porque esto no ocurra en edades tempranas.

Un caso contrario, tal y cómo ponen de manifiesto los informantes, aparece con la cuestión de la edad de los pacientes y su relación con las muestras de dolor, e incluso con las dificultades para hacer una evaluación del grado de incidencia de éste. Gaffney y Dunne (1987) se refieren a estudios que muestran una reducción de los analgésicos suministrados a ancianos y niños; la explicación que dan es que se trata de una circunstancia debida a las dificultades para la expresión de dolor, a las dificultades de comunicación. Incluso se ha llegado a plantear la posibilidad de que los recién nacidos no sintieran de la misma forma el dolor que los adultos; aunque esto ha

acabado siendo rechazado por considerarlo un mito totalmente desacorde con la realidad, pues puede que la percepción del dolor sea incluso más intensa en los neonatos (Grunau, 2002).

En otro plano, en este caso el del contexto como un cúmulo de fuerzas simbólicas, subjetivas, de poder, que inciden en las relaciones entre los sujetos, todos ellos ubicados en la institución que aglutina a todos, posiciona y da sentido a cada uno de ellos, tiene lugar una red de relaciones de juegos entre los profesionales, las familias, el espacio global, la posición, el estatus de cada uno, los roles y funciones atribuidas, e incluso, como hemos visto, la percepción del dolor, lo que percibe y debe hacer cada uno ante esa situación.

Parece que el esfuerzo teórico e intelectual obtiene sus frutos al relacionar perspectivas en principio tan dispares como dolor, percepción y representación de éste, junto con planteamientos bourdieanos y jerarquías de poder (espacios sociales, simbólicos, etc.). Esta es la conclusión a la que llego cuando planteo el debate del cruce entre resultados del análisis empírico y aquellos fruto de la reflexión e investigación bibliográfica. Para empezar, Bourdieu (1971) identifica tres factores principales en lo que denomina campo. El primero hace referencia al derivado de la posición de los sujetos, en función del poder que ostenten; el segundo a la estructura de las relaciones entre las posiciones que ocupa cada uno; el tercero consiste en los *habitus* que aparecen bajo prácticas sociales, generando fenómenos sociales y culturales propios en un contexto que acaba teniendo unas características específicas y distintas del resto. Además,

en el campo se establecen las relaciones de dominación y subordinación entre individuos con capital distinto.

En los resultados de esta investigación se puede corroborar cómo existe un poder de unos sobre otros, cuyo principio se basa en la posición que ocupan en la estructura, pero también en todo el carácter simbólico que existe detrás de ésta. Esta circunstancia marca las relaciones entre unos y otros grupos profesionales, dibujando matices diferenciadores no sólo en las funciones de unos y otros, sino también en la importancia que se les da a éstas. Es decir, no se hace una interpretación en términos de igualdad de la labor del médico, de la enfermera y de las auxiliares de enfermería; cada uno está envuelto de una autoridad amparada en su capital cultural y en su reconocimiento exterior es decir, la posición que ocupa y la que se le atribuye, no siempre coinciden.

La relación se presenta dibujada bajo la asimetría, en parte comprendida y justificada, pero también teñida por cierto rechazo de las partes situadas en los escalones inferiores. Me refiero, por ejemplo, a hechos como la responsabilidad de las enfermeras que dependen del médico de turno para recibir indicaciones respecto a qué administrar a los niños ante el dolor, quedando éstas en una situación que les puede generar cierta angustia y frustración al no poder intervenir en unas decisiones con las que están en desacuerdo.

Las relaciones de poder aparecen con frecuencia en la bibliografía consultada; tal es el caso de Sirota (2007) cuando advierte que a pesar

de los progresivos avances, continúan existiendo actitudes negativas del personal médico hacia el de enfermería. Incluso encuentra que esto provoca una insatisfacción de los segundos respecto a las relaciones en la actividad profesional. He podido comprobar como no acaba de quedar clara una relación entre iguales, dado que los sujetos mencionaban en diversas ocasiones el problema de la falta de proximidad entre los diferentes colectivos (Miró R, y Miró M, 2010). Parece que los médicos mantienen una posición de superioridad que no están dispuestos a perder. Cuando se refieren a su papel y el contacto profesional con las enfermeras, se denota una visión diferenciada de espacios estancos que no tienen porqué difuminarse.

Otros autores como Perdomo y Martínez (2010) han trabajado sobre estas circunstancias, observando la particularidad inamovible de los segmentos y estatus adheridos a la posición de los agentes. Anteriormente, autores entre los que se encuentra Butticé (2005) destacaron la lucha de las enfermeras y su intento por equipararse en sus discursos con los médicos, como una forma de hacer valer su capital.

Podemos encontrar con mayor claridad estas apreciaciones en lo concerniente a la predisposición y práctica del trabajo en equipo. He comprobado la centralidad y necesidad de ejecutar esta estrategia por parte de los profesionales de salud. Así lo plantea Galindo (2001) para poder hacer frente a las nuevas demandas de servicios y escenarios futuros que se presentan en el ámbito de la atención a la salud. Sin embargo, contrariamente a lo que debería ser lo más habitual, la realidad muestra una cara bien distinta. Da Costa (2007) llega a la conclusión de que los

integrantes de equipos y profesionales de la salud consideran el trabajo en equipo muy importante, pero que encierra demasiadas dificultades, sobre todo las concernientes a las relaciones entre sus miembros, destacando las consecuencias de la rama o categoría profesional.

En nuestro estudio, los informantes destacan la virtud de trabajar en equipo, incidiendo en que se convierte en primordial para controlar que la información fluya entre todos los profesionales que trabajan un caso, se tomen decisiones conjuntas y pueda darse un mejor trato al paciente, informando mejor a las familias y presentando una imagen conjunta y coordinada de la acción profesional. Sin embargo, recordemos que la realidad no sigue estos parámetros: este estudio ha evidenciado que no parece existir mucho acuerdo para que esto se lleve a cabo; se suele acusar al otro grupo como el causante de que no sea fácil trabajar en equipo. Los resultados de las entrevistas muestran las opiniones al respecto, aparecen referencias a las diferencias de horarios y turnos de las enfermeras, el papel de los médicos como garantes de un estatus superior marcado por el conocimiento y capital científico; además éstos dan por hecho ese papel y, en algún caso, se menciona incluso su labor como formadores del resto de equipo

De esta forma, la configuración de unas relaciones sociales asimétricas, marcadas por un poder y estatus simbólico, generan todo un entramado de representaciones sociales sobre el dolor de los niños, la atención y responsabilidad de cada profesional, la posición que ocupa cada uno y la forma que implica ésta en la práctica diaria. Así aparecen diferencias

que tienen su origen en otras subjetivas que van desde la representación de la posición de los agentes, su espacio sociolaboral, el trato que han de dispensar y cuál es su objetivo (por ejemplo el dolor, la causa de éste, el trato y atención al paciente, a su familia, etc.).

A través de este trabajo he podido comprobar todos estos factores relacionados en un contexto concreto. Los matices que ofrecen los discursos y las técnicas cualitativas han favorecido, no sólo la recogida de información valiosa, sino acceder a algo único cómo es la comprensión del fenómeno por quién lo observa e investiga, y la aprehensión de un hecho que aparece en forma de entramado subjetivo e intersubjetivo, objetivado en la práctica profesional cotidiana desempeñada por los sujetos objeto de estudio.

#### **5.4. Interrelaciones familia profesional: la importancia de la permanencia de los familiares junto a sus hijos durante la hospitalización**

Los sujetos entrevistados definen una doble vertiente en la relación con los padres de los niños hospitalizados; mientras algunos de los profesionales consideran a los familiares como un problema, otros los conciben como un recurso de gran ayuda ante determinadas tareas: higiene, facilitadores de la expresión ya que conocen las manifestaciones de sus hijos ante los procesos dolorosos, etc. Su presencia puede aliviarles y generar un clima de “normalidad” que reduzca la inquietud de los niños. Resultados similares se reflejan en los estudios de autores como Ochoa y Polaino (1999);

Perteguer (2003); Espezel y Canam (2003); o Velázquez y otros (2009) que ponen énfasis en la ayuda proporcionada por los padres a la hora de afrontar determinadas situaciones. Por otra parte, independientemente del colectivo en cuestión, los profesionales, han expresado que los padres también pueden ser un “incordio”, es decir, una intromisión, ignorancia atribuida o interferencia de afectos en prácticas científicas para el ejercicio de su práctica diaria.

Esta falta de unificación en sus criterios puede ser debida a la permanencia de creencias erróneas como por ejemplo que los niños se comportan peor ante los padres, es más fácil trabajar sin padres etc. Sin embargo, esta heterogeneidad ante si deben permanecer o no los familiares, no es del todo negativa ya que, al no presentar una postura uniforme, hace pensar que existe la posibilidad de llegar a un acuerdo.

Diferentes estudios corroboran la ayuda que proporciona la presencia de los padres durante su hospitalización e incluso durante los procedimientos dolorosos. Dichos trabajos ponen de manifiesto que la presencia de los padres aumenta la seguridad de sus hijos (Miller, 1996; Ochoa y Polaino, 1999; Espezel y Canan, 2003; Velázquez et al., 2009; Barrera et al., 2007; Perteguer, 2003).

A pesar de la discrepancia relatada por los profesionales en relación a la efectividad de la presencia de los padres ante los problemas de salud de sus hijos, parece ser que pueden desempeñar un papel muy importante durante el proceso de enfermedad y los estadios dolorosos de los mismos.

De ahí que se haga imprescindible una adaptación de los sistemas de salud para conseguir una atención integral y de calidad a la familia que propicien una mejor atención infantil a los niños (Lopez Di Castillo y Cheung, 2004).

### **5.5. Origen y enmienda del prejuicio**

La revisión de la historia de la infancia me ha permitido darme cuenta de que la invisibilidad en la que ésta se había mantenido a lo largo de mucho tiempo ha ido paralela a la ausencia de atención hacia el dolor infantil. Al no tener en cuenta al niño como tal, tampoco quedaba tiempo para pensar que éste pudiera ser capaz de percibir el dolor: en esa lógica, no se requería ningún tipo de estudio ni cuidado frente a un problema que permanecía oculto, debido a la persistencia de mitos, en los que lamentablemente algunos todavía perseveran.

Queda claro que los profesionales de la salud presentan un déficit de conocimientos ante determinados aspectos del dolor, como por ejemplo ante el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Tampoco queda claro para muchos profesionales que el dolor no es sólo una molestia física, sino que afecta a todos los aspectos de la vida del niño y su familia.

Pudiera parecer obvio que si el problema detectado es una falta de conocimientos, poniendo en marcha un amplio programa de formación continuada en los hospitales todo esto se solucionaría. Pero la realidad nos demuestra que ello no es suficiente, ya que el problema es más complejo,

pues dicha formación está implantada en muchos hospitales, y aún así el dolor infantil, como he ido constatando a lo largo de esta tesis, sigue siendo ignorado. Todo ello me ha llevado a preguntarme el por qué de no atender correctamente el dolor, encontrando la respuesta en los prejuicios que mantienen los profesionales frente al problema.

Sería necesario un cambio en los valores de estos profesionales, tomar consciencia de este prejuicio, para poder entender el origen del mismo y poder desarrollar un cambio de actitudes. Este cambio necesitaría acompañarse de la decisión de asumir mayor responsabilidad ante el problema que representa el dolor infantil. De esta manera, sería útil implementar cursos de formación continuada y multidisciplinar, y por supuesto, con una amplia implicación institucional.

Sólo desde una nueva visión, más amplia en términos históricos, sociales y científicos, se podrán aplicar y desarrollar con eficacia y eficiencia los instrumentos ya existentes para prestar la atención requerida al dolor infantil.

## **CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES**

A través de este último capítulo expongo y valoro las limitaciones del estudio, las aportaciones que comporta al conocimiento, y por último algunas perspectivas de futuro.

### **6.1. Generalidad y limitaciones del estudio**

Los estudios cualitativos producen conocimientos que son de gran valor social por ser contextualizados, pero ello hace que no sean generalizables del mismo modo como puedan serlo los análisis cuantitativos, aunque en el contexto que les es propio sí lo puedan ser desde la propuesta analítica y las inferencias discursivas obtenidas. Un buen análisis cualitativo requiere habilidad, visión e integridad del investigador para realizarlo, y ello supone entrenamiento y, sobre todo, investigadores experimentados (Pope, Ziebland y Mays; 2000). Los resultados son, por tanto, transferibles a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socioculturales con el lugar donde se han recogido los datos.

En este sentido, cabe comentar el interés y las limitaciones derivadas de mi presencia como investigadora en la comprensión de la realidad, así como en la interpretación y exposición de datos. Durante el trabajo de toma de datos he intentado controlar lo que Bourdieu (2000) denomina “ilusión de transparencia”, debido a mi familiaridad con el escenario de estudio, me-

diante una confrontación con la bibliografía y la experiencia de otros investigadores. Gracias a este control, que es una característica esencial de la investigación científica, he querido evitar un falso distanciamiento del campo que conozco bien. En efecto, el conocimiento del metalenguaje relacional del medio, lejos de separar un obstáculo, puede facilitar la plena inmersión en ese universo relacional y significacional (Bourdieu, 2001). Así pues, la explícita presencia de la investigadora como primera persona en el campo de estudio es una garantía de la veracidad de las informaciones recogidas y de la correcta interpretación de los testimonios transcritos aquí. El enfoque de Bourdieu me ha ayudado a comprender que los problemas médicos deben ser estudiados desde los valores y creencias de los diferentes profesionales de la salud, puesto que los conocimientos científicos son universales pero no sucede lo mismo con la cultura que los pueda o quiera aplicar.

## **6.2. Hallazgos principales**

Esta tesis partía de la premisa que los niños, durante el proceso de hospitalización, concretamente después de haber sido operados o sufrir quemaduras, padecen dolor que podría ser aliviado. A través de esta investigación he pretendido conocer cuáles son las percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el dolor de los niños en una unidad de hospitalización infantil.

Expondré las conclusiones a través de diferentes apartados. En el primero mostraré las que son comunes a las tres categorías profesionales, y a continuación expondré el resto de conclusiones para cada una de ellas.

### **6.2.1. Conclusiones comunes a las tres categorías profesionales**

Todos los profesionales de la salud participantes en este estudio coinciden en señalar la preocupación que les provoca el tener a su cargo niños que padecen dolor, y la consideración que merecen estos pacientes, reconociendo que su dolor debe ser atendido.

Las tres categorías profesionales afirman que el trabajo en equipo proporciona cuidados de mayor calidad, facilita la comunicación, unifica los criterios y como consecuencia los niños y sus familias obtienen mejores beneficios en relación al dolor.

Existe una consideración común entre los entrevistados al señalar una falta de conocimientos relacionados con las medidas para paliar el dolor infantil.

No existe acuerdo entre los profesionales de la salud en cuanto a si la permanencia de los padres junto a sus hijos en situaciones dolorosas pueden ser un elemento favorecedor o no.

### **6.2.2. Profesionales médicos**

La mayoría de los médicos centran su priorización en el diagnóstico de los niños, considerando el dolor como algo secundario.

Presentan desconocimiento ante la utilización de analgésicos mayores (morfina y derivados), considerando que éstos deben ser aplicados por facultati-

vos especializados (anestesiastas), o bien que los niños con dolor intenso deben estar ingresados en la unidad del dolor.

En cuanto a la realización del trabajo en equipo lo sitúan como algo importante y que aumenta la calidad de los cuidados, pero de hecho no lo llevan a cabo.

En cuanto a las relaciones interprofesionales a través de su discurso queda patente el poder que ostentan frente al resto de las otras categorías profesionales: la profesión médica goza de una legitimización social que les hace situarse en lo más alto de la jerarquía social hospitalaria, gozando de un reconocimiento social que no tienen el resto de categorías.

La distancia social que existe entre los médicos y el resto de los profesionales, pacientes y familiares se expresa en percepciones y prácticas que favorecen los mecanismos de sumisión.

### **6.2.3. Profesionales Enfermeras**

Los profesionales de enfermería consideran prioritaria la atención al dolor de los niños frente a cualquier otra problemática.

La totalidad de las enfermeras entrevistadas manifiestan que los niños ingresados en la unidad de estudio y de manera especial en el caso de los que presentan quemaduras, padecen dolor, y que no se utilizan todas las medidas necesarias para aliviarlo, considerando que deberían administrarse más fármacos y de mayor potencia.

No utilizan herramientas específicas para la evaluación del dolor.

Frente al dolor centran sus actuaciones en la administración de analgésicos, sin utilizar otro tipo de técnicas como por ejemplo las no farmacológicas.

Aún siendo parcialmente conscientes de la posición que ocupan bajo la hegemonía de los médicos, a menudo actúan en aceptación tácita de esta subordinación.

#### **6.2.4. Auxiliares de Enfermería**

Las auxiliares de clínica consideran que el dolor de los niños precisa de una intervención inmediata, esencialmente ante el dolor de los niños quemados. Además afirman que el dolor está presente durante la hospitalización en todos ellos.

En cuanto a las relaciones profesionales, su sentimiento se centra en considerarse ignoradas por la clase médica; es decir, ser “ayudantes de las enfermeras”, permaneciendo en la unidad como personas dependientes de otro estamento superior al suyo, debido al capital cultural que poseen al entrar en el campo.

En relación al trabajo en equipo lo consideran importante pero difícil de llevar a cabo, dada la estructura organizativa de la unidad. Entienden que éste sólo es posible con algunas enfermeras y lo dan por supuesto

con las propias auxiliares, ya que se perciben como invisibles para los médicos.

### **6.3. Aportaciones del estudio**

Este trabajo pretende aportar conocimiento relevante para la comunidad científica, con la intención que sea suficientemente valioso y estructurado como para repercutir en las agendas políticas, generando cambios importantes en los profesionales que atienden a la población infantil en las unidades de hospitalización. Además del trabajo en sí mismo, que representa una contribución al conocimiento de la problemática entorno al dolor infantil, he identificado el origen social e histórico del prejuicio que bloquea hasta ahora la aplicación racional y generalizada de medidas contra el mismo. Conociendo y comprendiendo estas razones, se puede diseñar una estrategia cabal y eficaz para luchar contra el dolor infantil en los hospitales.

Como líneas de futuro inmediatas, debo citar mi participación en un grupo de dolor del hospital cuyo objetivo prioritario es introducir un registro de evaluación para cuantificar el dolor en los niños. Además, continuaré la línea de investigación abierta, incluyendo como técnica metodológica la observación participante a través de la cual se identificarán 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, médicos, y auxiliares de enfermería desarrollan en su relación con los niños: afectividad, relación con los padres, relajación, distracción, juegos, empatía y realización de los cuidados prescritos. Durante la observación se irán re-

gistrando notas en el diario de campo, para poder ser interpretadas posteriormente. Todo ello con el objetivo de llevar a la práctica los hallazgos de esta tesis.

#### **6.4. Consideraciones finales**

Los resultados obtenidos muestran que el dolor continúa existiendo en las unidades de hospitalización infantil.

Aunque existan profesionales concienciados ante el fenómeno de estudio del dolor infantil, se necesitan implementar medidas para que los profesionales actualicen sus conocimientos y puedan ofrecer medidas eficaces para disminuir el dolor de los niños.

La formación que se lleve a cabo para mejorar la paliación del dolor debe realizarse conjuntamente a las tres categorías profesionales, ya que si se realiza por categorías profesionales no se obtienen en la práctica los resultados esperados.

Después de revisar los recursos existentes en relación al tratamiento farmacológico y no farmacológico, herramientas de valoración y la ayuda que proporcionan los padres y/o familiares ante el dolor infantil, no considero suficiente que esta falta de atención tan sólo sea debida a una supuesta (y falsa) falta de conocimientos. También se ha constatado una persistencia de mitos sin base científica alguna en los valores relacionados con el dolor, como puedan ser la visión del niño como un adulto en miniatura, así como

una cierta tendencia a considerar el dolor infantil como algo que forma parte de la cultura hospitalaria. No consideran el dolor como una enfermedad en sí misma, si no como ente aislado. Nada más lejano de lo que debería ser en el siglo XXI, después de haber mencionado reiteradamente las consecuencias que pueden derivarse del dolor infantil.

Una vez concluido este estudio, en el que se ha revelado la necesidad de entender el trasfondo histórico y social que presentan los diferentes profesionales ante la complejidad del dolor, y cómo se ha llegado a la ruptura que existe aún entre la ciencia y los cuidados que se llevan a cabo en la atención al dolor infantil, es el momento de diseñar un plan que implemente todo lo que se sabe científicamente, y a la vez destierre para siempre los prejuicios sin fundamento, para de esta manera atender de manera eficaz el dolor infantil.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M.C. (2005). Las prácticas educativas en el ámbito familiar. En P. Dávila y L.M. Naya (Eds.), *La infancia en la historia: Espacios y representaciones*. Espacio universitario.
- Aguilar, M.J. y Ponsell, E. (2003). El dolor en la infancia: Dolor abdominal. En M.J. Aguilar (Ed.), *Tratado de pediatría* (pp. 693-714). Madrid: Elsevier.
- Álvarez, T. (1992). Interdisciplinariedad en la clínica de alivio del dolor. *Iatreia*, 2(5). Consultado el 10 de Octubre, 2010, desde <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/603>.
- Álvarez, T. (2000). El dolor en los neonatos. Enfoque diagnóstico y terapéutico. En *Iatreia*, 3(4). Consultado el 10 de Noviembre, 2010, desde <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/350>.
- Alves, P. (1993). A experiencia da Enfermidade: Consideraciones Teóricas. *Cadernos Saúde Pública*, 9(3), 263-271.
- Alzate, M.V. (2004). El 'Descubrimiento' de la infancia (I): Historia de un sentimiento. En *Revista electrónica de educación y psicología*, 6, 5-16. Consultado el 10 de Noviembre, 2010, desde <http://www.utp.edu.co/php/revistas/repes/docsFTP/14547art1.pdf>.

- Amezcuca, M., y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 423-436.
- Amuchástegui, A. (2000). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Edamex.
- Anand, K.J.S. y Craig, K.D. (1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67(1).
- Anand, K.J.S. y Hickey, P.R. (1987). Pain and its effects in the human neonato and fetos. *The New England Journal of Medicine*, 317, 1321-1329.
- Anand, K.J.S., Schmitz, M. y Koh, J.L. (1998). Future directions for neonatal pain management. *Research and Clinical Forums*, 20, 73-81.
- Andersen, S. y Worm-Pedersen, J. (1987). The prevalence of persistent pain in a Danish population. *Pain*, S 4, S 332.
- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I. y Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain*, 9, 174-182.
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R., Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Medigrafic*, 4(46), 326-332. Consultado

---

el 10 de Noviembre, 2010, desde <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2004/sal044f.pdf>.

Arendt-Nielsen, L. (2004). Visceral pain: gender differences in response to experimental and clinical pain. *European Journal of Pain*, 8, 465-472.

Arias, M.M. (2002). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En F.J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Eds.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Ariès, Ph. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.

Ariès, Ph. (1993). La infancia una construcción de la modernidad. *Revista de Educación*, 254.

Armengol, R. (2010). *Felicidad y dolor una mirada ética*. Barcelona: Ariel.

Arranz, E. (2004). La crianza en el contexto familiar: Perspectiva histórica. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Educación.

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2003). *Terminología*. Consultado el 19 de septiembre, 2010, desde [www.iasppain.org / terminos p.html](http://www.iasppain.org/terminos_p.html).

Atallah, F. y Guillermou, Y. (2004). Man and his pain: anthropological and social dimension. *Ann Fr Anesth Reanim*, 23(7), 722-729.

- Ballester, LI. (2006). El análisis semántico y pragmático de las entrevistas de investigación. *Empiria*, 11, 107-129.
- Baños, J.E. (2006). La percepción del dolor. *Humanitas Humanidades Médicas*, 6, 1-17.
- Barajas, C. (2003). *Aproximación epidemiológica y psicométrica al estudio del dolor pediátrico*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Barraza, A. y Eduardo, O. (2002). Desarrollo de la nocicepción en el feto y el recién nacido. *Diagnóstico*, 41(3), 103-112.
- Barrera, F., Moraga, F., Escobar, S. y Antilef, R. (2007). Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: análisis histórico y visión de futuro. *Rev Chil Pediatr*, 78(1), 85-94.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Cañellas, M. y Baños, J.E. (1999). An Epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonian (Spain). *Pain*, 83(1), 9-16.
- Bassols Farrés, A. y Català Puigbó, E. (2002). Prevalencia del dolor en la población de Cataluña. En C. Busquets y M.V. Riber (Eds.), *Monografías médicas de l'Acadèmia de ciències mèdiques i de Catalunya i Balears 12 unidades de dolor realidad hoy reto para el futuro* (pp. 39-45). Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.

- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M. y Baños, J.E. (2003). El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapèutica. *Published in Gac Sanit*, 17(2), 97-107.
- Bates, R. (1987). Corporate culture, schooling, and educational administration. *Educational Administration Querterly*, 4(23), 79-15.
- Bécherraz, M. (2005). Significance of comforting experiences in mental health. *Rech Soins Infirm*, 80, 39-48.
- Beck, M. (1998). *The theory and practice of therapeutic massage* (5th ed). New York: Milady.
- Beltrán, M. (1991). *La realidad social*. Madrid: Tecnos.
- Bendelow, G. (1993). Pain perceptions, emotions and gender. *Sociology of Health and Illness*, 3(15), 273-294.
- Benhamou, D., Berti, M., Brodner, G., De Andres, J., Draisci, G., Moreno-Azcoita, M., Neugebauer, E.A., Schewenk, W., Torres, L.M. y Viel, E. (2008). Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): A practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain*, 136(1-2), 134-41.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1980). *La construcción social de la realidad*. Madrid: Amorrortu.
- Bevort, A. (2007). *El capital social y las teorías sociológicas*. Breve historia intelectual del país Vasco EUSAT.

- Beyer, J.E. y Boumaki, M.C. (1989). Assessment and management of post-operative pain in children. *Pediatrician*, 16, 30-8.
- Bleger, J. (1993). *Temas de Psicología. Entrevista y Grupos*. México: Nueva Visión.
- Blue, I. y Fitzgerald, M. (2002). Interprofessional relations: Cas studies of working relationship between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 314-321.
- Bolibar, I., Catalá, E., Cadena, R. (2005). El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiolog Reanim*, 52, 131-140.
- Bonica, J. y Loeser, J. (2001). History of pain, concepts and therapies. En J.D. Loeser (Ed.), *Bonica's management of pain*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Boswell, J.E. (1984). Exposition and oblation: the abandonment of children and the ancient and medieval family. *American Historical Review*, 89(1), 10-33.
- Bourdieu, P. (1971). *Campo de poder, campo intelectual*. Buenos Aires: Montessor.
- Bourdieu, P. (1980). El Capital Social. Apuntes provisionales. *Zona Abierta*, 94/95, 83-87.

- 
- Bourdieu, P. (1983). *Espacio social y campo de poder*. Barcelona. Anagrama.
- Bourdieu, P. (1987a). Espacio social y poder simbólico. En, *cosas dichas* (pp. 127-142). Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Consejo nacional para la cultura y las Artes.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1993). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires: FCE.
- Bourdieu, P. (2006). *La Distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. México: Taurus.
- Bourdieu, P. (2008). *Cuestiones de sociología*. Madrid: Akal.
- Bourdieu, P. y Passeron, J.C. (2001). *La reproducción*. Madrid: Popular.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1992). *Réponses. Pour unae anthropologie reflexive*. París: Seuil.
- Bourdieu, P. y Waqquant, L. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.

- Bourdieu, P., Chamboredón, J. C. y Passerón, J. C. (2002). *El oficio del sociólogo. Presupuesto epistemológico*. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Boureau, F. y Sahmoud, T. (1993). *The prevalence of acute and chronic pain in the French general medical practice*. Abstracts from 7th World Congress on Pain (p. 90). Seattle: IASP.
- Bowsher, D. (1991). Neurogenic pain syndromes and their management. *Br Med Bull*, 47, 644-66.
- Bragado, C. y Fernández, A. (1996). Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema*, 8(3), 625-656.
- Brattberg, G., Thorslund, M. y Wikman, A. (1989). The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden. *Pain*, 37, 215-22.
- Breivik, H., Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333.
- Brena, D. (2009). Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría. *Revista Médica Electrónica*, 1(31). Consultado el 17 de Octubre, 2010, desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242009000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000100008&lng=es&nrm=iso).

- 
- Broome, M.E., Richtsmeier, A., Maikler, V. y Alexander, M.A. (1996). Pediatric practices: a national survey of health professionals. *J Pain Symptom Manage*, 11(5), 312-320.
- Brown, C.A. y Jones, A.K.P. (2010). Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: Electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *Pain*, 3(150), 428-438.
- Burokas, L. (1985). Factors affecting nurses' decisions to medicate pediatric patients after surgery. *Heart Lung*, 14(4), 373-378.
- Butticé, C. (2005). *La estructura de una ocupación urbana: El discurso del personal de enfermería en un hospital de resistencia, checo*. Comunicación presentada en el 7º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo. Universidad de Buenos Aires, 10 a 12 de Agosto de 2005.
- Cabral, A. (1993). Conceptos históricos y teorías del dolor. *Revista Ciencias*, 31, 21-27.
- Campos, B. (2010). El feticidio e infanticidio femeninos. En *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27. Consultado el 17 de Octubre, 2010, desde <http://www.ucm.es/info/nomadas/27/beatrizcampos.pdf>.
- Carr, E.C. y Mann, E.M. (2000). *Pain: creative approaches to effective management*. London: Macmillan Press.

Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 11, 260-269.

Casanovas M, Soto R. y Ramón J. (2000) La valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. *Enfermería Clínica*, (10), 235-44.

Campos, R., Montiel, L. y Huertas, R. (2007). *Medicina, Ideología e Historia en España*. Madrid: CSIC.

Castanheira, L., Soldatelli, B., Queiroz, F.C., Mariano, L., Moraes, A. y Aparecido, R. (2010). El manejo del dolor en niños, en el posoperatorio tardío de cirugía cardíaca, por los profesionales de enfermería, bajo la perspectiva de las madres. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18(4). Consultado el 15 de Octubre, 2010, desde [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_08.pdf).

Castel, R., Álvarez-Uría, F., Donzelot, J. y Rendueles, G. (2006). *Pensar y resistir: La sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.

Castells, M. (1998). *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza.

Castillo, E. y Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Rev Colombia Médica*, 34(3), 164-167.

- 
- Castillo, O.A. (1996). El dolor a través de la historia y el arte. *Anales de la Academia Real de Medicina*, 113, 151-159.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Mexico, Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Cea, M.J. (2001). *Metodología cualitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cheek, J. (2000). Thinking and researching poststructurally. En J. Cheek (Ed.), *Postmodern and Poststructural approaches to nursing research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cheek, J. (2004). At the Margins? Discourse analysis and qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(8), 1140-1150.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Teoría*, 14(1), 61-71.
- Colángelo, M.A. (1999). *La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje*. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Antropología Social. Mar del Plata. Mesa Infancia y juventudes. Pedagogía y formación. Consultado el 18 de Octubre, 2010, desde [http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei\\_20031128/ponencia\\_colangelo.pdf](http://www.me.gov.ar/curriform/publica/oei_20031128/ponencia_colangelo.pdf).

Conde, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp salud Pública*, 76, 395-408.

Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS.

Coobs, M. y Ersser, S.J. (2003). Medical hegemony in decisión-making—a barrier to interdisciplinary working in intensive care?. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 245-252.

Corcuff, P. (1995). *Les nouvelles sociologies*. Paris: Nathan.

Corcuff, P. (2009). Cultura y representaciones sociales. *Revista electrónica*, 4(7).

Cortés, L. y Camacho, M. (2003). *¿Qué es el análisis del discurso?*. Barcelona: Octaedro.

Coyne, M., Reinert, B., Dubuisson, W., Smith, J., Parker, M. y Chatman, C. (1999). Nurses Knowledge of pain assessment pharmacologic and nopharmacologic interventions. *Clinical Nursing Research*, 8(2), 153-165.

Craig, K.D. (1998). The facial display of pain. En G.A. Finaly y P.J. McGrath (Eds.), *Measurements of pain in infants and children* (pp. 103-22). Seattle: IASP Press.

- 
- Creswell, J. N. (1998). *Qualitative Inquiry and Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: SAGE.
- Crook, J., Rideout, E. y Browne, G. (1984). The prevalence of pain complains in a general population. *Pain*, 18, 299-314.
- Crowe, M. (2002). Reflexivity and detachment: a discursive approach to women's depression. *Nursing Inquiry*, 9(2), 126-132.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 55-63.
- Da Costa, S.R. (2007). Los roles de un equipo de salud: La visión de sus integrantes. *Latino-am Enfermagem*, 15(1), 1-7.
- Da Silva, A.L., Lago, M.C., y Ramos, T.R. (1999). *Falas de Genero: Teorias, analises, leituras*. Brasil, Florianópolis: Mulheres.
- Dao, T.T. y Le Resche, L. (2000). Gender differences in pain. *Journal Orofac Pain*, 14, 169–184.
- De Andrés, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46.
- De la Cuesta, C. (1997). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, XV(2), 13-24.

- De Mause, LI. (1994). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Degano, J. (2006). Globalización, infancia y soberanía del sujeto. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Investigación en Psicoanálisis y Ciencias Sociales. Obstáculos y Facilidades. 6 y 7 de Octubre de 2006, Facultad de Derecho de la Universidad de Tucumán. Tucumán, Argentina. Consultado el 17 de Octubre, 2010, desde [http://proyectoetica.org/descargas/textos\\_y\\_articulos/globalizacion\\_Degano.pdf](http://proyectoetica.org/descargas/textos_y_articulos/globalizacion_Degano.pdf).
- Delgado, B. (2000). *Historia de la infancia*. Barcelona: Ariel.
- Delgado, J.M. y Gutierrez, J. (1998). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en las ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Delval, C. y Gutiérrez, J. (2005). *Prácticas para la comprensión de la Realidad Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Delval, J. (1988). Sobre la historia del estudio del niño. *Infancia y aprendizaje*, 44, 59-108.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2005). *Handbook of qualitative research* (3th ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2003a). *Strategies of qualitative inquiry*. London: Sage.

- 
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2003b). *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. London: Sage.
- Dilworth, N.M. y MacKellar, A. (1987). Pain relief for the pediatric surgical patient. *J Pediatr Surg*, 22(3), 264-8.
- Dormandy, T. (2010). *El peor de los males. La lucha contra el dolor a lo largo de la historia*. Madrid: Antonio Machado.
- Duran, M., Laporte, J.M. y Capellà, D. (2004). Novedades sobre las potencialidades terapéuticas del Cannabis y el sistema cannabinoide. Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospitals Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España. *Med Clin*, 122(10), 390-398.
- Dzurec, L. (1995). Poststructuralist musings on the mind/body question in health care. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 63-79.
- Eccleston, C. y Malleon, P. (2003). Managing chronic pain in children and adolescents. *BMJ*, 326.
- Eland, J. (1990). Pain in children. *Nur Cli North Am*, 25(4), 871-84.
- Eliade, M. (2000). *Mitos sueños y misterios*. Barcelona: Kairos.
- Escolano, B. (1980). Aproximación histórico pedagógica a las concepciones de la infancia. *Studia pedagógica Revista de ciencias de la educación*, 6, 5-16.

Espezel, H. y Canam, C. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34-41.

Fairclough, N. (2001). *Language and Power*. London: Longman.

Favaro, C. (2009). *La valutazione del dolore pediatrico in ambito clinico. Una ricerca-intervento*. Tesis Doctoral.

Fear, R. (1979). *La entrevista de la evaluación*. Buenos Aires: Paidós.

Feine, J.S., Bushnell, M.C., Miron, D. y Duncan, G.H. (1991). Sex differences in the perception of noxious heat stimuli. *Pain*, 44, 255-262.

Fernández-Galinski, D.L., Gordo, F., López-Galera, S., Pulido, C. y Real, J. (2007). Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 1, 3-8.

Fernández-Torres, B., Márquez, C. y de las Mulas, M. (1999). Dolor y enfermedad: evolución histórica: I. De la prehistoria a la ilustración. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 281-291.

Fillingim, R.B. y Gear, R.W. (2004). Sex differences in opioid analgesia: clinical and experimental findings. *Eur J Pain*, 8, 413-425.

Fitzgerald, M. (1991). Development of pain mechanisms. *British Medical Bulletin*, 47, 667-675.

- Fitzgerald, M. (1994). Neurobiology of fetal and neonatal pain. En P. Wall y R. Melzack (Eds.), *Textbook of Pain* (pp. 153-163). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- Fitzgerald, M. y Anand, K. (1994). Developmental neuroanatomy and neurophysiology of pain. En N.L. Schechter, C.B. Berde y M. Yaster (Eds.), *Pain Infants, Children and Adolescents* (pp. 11-31). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Fitzgerald, M. y Beggs, S. (2001). The neurobiology of pain: developmental aspects. *Neuroscientist*, 7, 246-257.
- Fitzgerald, M. y MacIntosh, N. (1989). Pain and analgesia in the newborn. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 441-443.
- Fontana, A. y Frey, H. (2000). The interview: from structured questions to negotiated text. En N.K. Denzin y Y. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 645-672). Thousand Oaks: Sage.
- Franck, L. Greenberg, C.S. y Stevens, B. (2000). Pain Assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*, 47(1), 487-512.
- Gaffney, A. y Dunne, E.A. (1987). Children's understanding of the causality of pain. *Pain*, 29, 91-104.
- Gaitán, L. (2006a). *Sociología de la infancia*. Madrid: Síntesis.

Gaitán, L. (2006b). La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta. *Política y sociedad*, 1(43), 9-26.

Gaitán, L. (2010). Ser niño en el siglo XXI. *Cuadernos de Pedagogía*, 407, 12-17.

Gala, F.J., Lupiani, M., Guillén, C., Gómez Sanabria, A. y Lupiani, S. (2003). Aspectos psicosociales del dolor. *Cuaderno de Medicina Psicométrica y Psiquiatría de enlace*, 66, 46-55. Consultado el 14 de Octubre, 2010, desde <http://www.scribd.com/doc/42718965/Cuad-66-Trabajo4ASPECTO>.

Galindo, A. (2001). Centros de salud saludables. En C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (eds.), *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 117-130). Barcelona: Masson.

Galindo, J. (1993). Metodología, métodos, técnicas: Encuentro de subjetividades, objetividad descubierta. La entrevista como centro de trabajo etnográfico. *Estudio sobre culturas contemporáneas, Universidad de Colima*, 3(1).

Gallardo, M.A.S. (2006). Metodología de investigación científica. Orientación metodológica para la elaboración de proyectos e informes de investigación. Barcelona: Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.

García, E. (2008). Neuropsicología y Educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. *Revista de Psicología y Educación*, 3(1), 69-90.

- 
- Gastaldo, D. (1997). Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. En A. Petersen y R. Bunton (Eds.), *Foucault, Health and Medicine* (pp.113-133). London: Routledge.
- Gastaldo, D. y McKeever, P. (2000). Investigación Cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Revista Índice Enferm*, 9, 9-10.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Geldstein, R. y Wainerman, C. (1989). *Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud*. Buenos Aires: Cuaderno del CENEP, 42.
- Gilbert, T.P. (2005). Trust and managerialism: Exploring discourses of care. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4), 454-463.
- Giménez, G. (2002). Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. *Colección Pedagógica Universitaria*, 37-38, 1-11.
- Goffman, E. (1976). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Golianu, B., Krane, E.J., Galloway, K.S. y Yaster, M. (2000). Pediatric acute pain management. *Pediatric Clinical North American*, 47(3), 559-587.

Gonzalez Requejo, J. (2008). La intervención quirúrgica: Rito de paso en ambiente hospitalario [versión online]. *Index Enferm*, 17(3), 201-204. Consultado el 14 de Octubre, 2010, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300011&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300011&lng=es&nrm=iso).

González-Escalada, J.R., Barutell, C., Camba, A., Contreras, D., Muriel, C. y Rodríguez, M. (2009). Creencias y actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico oncológico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 16, 7-20.

Grunau, R.E. (1998). Long-term effects of pain. *Research and clinical forums*, 20, 19-29.

Grunau, R.E. (2002). Early pain in preterm infants. A model of long term effects. *Clinics in Perinatology*, 29, 373-394.

Grunau, R.E. y Craig, K.D. (1987). Pain expression in the neonates: facial action and cry. *Pain*, 28, 395-410.

Grunau, R.E., Jonhston, C.C. y Craig, K.D. (1990). Neonatal facial and cry responses to invasive and non-invasive procedures. *Pain*, 42, 295-305.

Grunau, R.E., Whitfield, M.F. y Petrie, J. (1998). Children's judgments about pain at age 8–10 years: Do extremely low birth weight (< or = 1000 g) children differ from full birth weight peers?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 587–94.

- Grunau, R. E., Whitfield, M. F., Petrie, J. H., y Fryer, E. L. (1994). Early pain experience, child and family factors as precursors of somatization: A prospective study of extremely premature and fullterm children. *Pain*, 56, 353 -359.
- Guba, E.C. y Lincoln, Y.S. (2005). Paradigmatic controversias, contradictions, and emerging confluences. En N.K. Denzin y Lincoln (Ed.), *The Sage Handbook of qualitative research* (pp. 191-215). Thousand Oaks: Sage.
- Guillén, M.F. (1990). Estructura social y salud. Análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud. *Estudios y encuestas*. Madrid: CIS.
- Guinsburg, R., Balda, R.C.X., Berenguel, R.C., Almeida, M.F.B., Tonelloto, J., dos Santos, A.M.N. y Kopelman, B.I. (1997). Aplicação das escalas comportamentais para a avaliação da dor em recém-nascidos. *J. Pediatr*, 73, 411-8.
- Guinsburg, R., de Araújo Peres, C., Branco de Almeida, M.F., de Cássia Xavier Balda, R., Cássia Berenguel, R., Tonelotto, J. y Kopelman, B.L. (2000). Differences in pain expression between male and female newborn infants. *Pain*, 85, 127-133.
- Gutiérrez, A. (1997). Investigar las prácticas o practicas la investigación. Algunos aportes desde la sociología de Bourdieu. *Kairos-Revista de Temas Sociales*, 1(1). Consultado el 8 de Octubre, 2010, desde [www.fices.unsl.edu.ar/kairos](http://www.fices.unsl.edu.ar/kairos).

Gutierrez, A. y Pernil, P. (2004). *Historia de la infancia. Itinerarios educativos*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Gutierrez, A.B. (2003). La educación social en la teoría de Bourdieu: Elementos de análisis a partir del caso de un conjunto de familias de Córdoba, Argentina. *Revista Complutense de Educación*, 1(14), 115-132.

Gutiérrez, G. y Cadena, L. (2001). Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Brief historical research on pain study*, 4(10), 26-30.

Hammersley, M. (1997). On the foundations of critical discourse analysis. *Language and communication*, 17, 237-248.

Harper, D.J. (1994). The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 131-134.

Harkins, S.W., Price, D.D., Roy, A., Itskovich, W. y Fey, D.Y. (2000). Somatosensory evoked potentials, associated with thermal activation of type II Adelta mechanoheat nociceptive afferents. *Int J Neurosci*, 104(1-4), 93-111.

Harris, M. (2003). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza.

Hatfield, L.A., Gusic, M.E., Dyer, A.M. y Polomano, R.C. (2008). Months of age analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4. *Pediatrics*, 121, 327-334. Consultado el 17 de Octubre, 2010, desde <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/121/2/e327>.

- 
- Helgadóttir, H.L. (2000). Pain management practices in children after surgery. *Journal Pediatric Nurse*, 15(5), 334-340.
- Heslop, L. (1997). The (im)possibilities of poststructuralist and critical social nursing. *Nursing Inquiry*, 4, 48-56.
- Hill, G. (2000). Pain of circumsicion and pain control. *Pain*, 11.
- Horsfall, J. y Cleary, M. (2000). Discourse analysis of an 'observation levels' nursing policy. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1291-1297.
- IASP International Association for the Study of Pain. Consultado el 19 de Julio, 2010, desde [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).
- Ibarra M.G. (2005). La Relación Médico-Enfermera en el Siglo XXI. *Rev desarrollo científico de enfermería*, 13, 7.
- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición de Dolor: Un imperativo de nuestros días. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2(13), 65-72.
- Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria* 23(8), 496-502.
- Iñiguez, L. (2006). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Nueva edición revisada y ampliada*. Barcelona: UOC.
- Jacob, E. y Puntillo, K.A. (1999). Pain in hospitalizad children: Pediatric Nurses' Beliefs and Practices. *Journal of Pediatr Nursing*, 14(6), 379-391.

JCAHO (2000). Pain Management standards are unveiled. *JAMA*, 284(4), 428-429.

Johnston, C.C. y Stevens, B.J. (1996). Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics*, 98(5), 925-903.

Keil, G. (1989). Spongia somnifera. Medieval milestones on the way to general and local anesthesia. *Anaesthetist*, 38(12), 643-648.

Kelly, C. (2009). *The end of empire: Attila the hun and the fall of Rome*. New York: Norton.

Kimchi, J., Polivka, B. y Stevenson, J.S. (1991). Triangulation: Operational Definitions. *Rev Nursing Research* 40(6), 364-366.

Kincheloe, J. y McLaren, P. (2000). Rethinking critical theory and qualitative research. En N. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research* (279-314). USA: Sage Publications.

Kottak, C.P. (1997). *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. Madrid: McGraw-Hill.

Krechel, S.W. y Bildner, J. (1995). CRIES: A new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Pediatric Anaesthesia*, 5(1), 53-61.

Krivoy, S., Tabasca, M., Adelaide, W. y Díz, M. (2010). El dolor en la historia. En C. Aoün Soulie y L. Briceño-Iragorry (Eds.) *Colección Razetti. Volumen X* (pp. 163-224). Caracas: Ateproca.

- 
- Kuhn, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S. (1975). Reflexiones sobre mis críticos. En I. Lakatos y A. Musgrave (Eds.), *La crítica y el desarrollo del conocimiento*. Barcelona: Grijalbo.
- Kvarnström, S. y Cedersund, E. (2006). Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 244-52.
- Lane, J.F. (2000). *Pierre Bourdieu. A critical introduction*. Londres: Pluto.
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S.B. y Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw*, 12(6), 59-66.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. París: Éditions Métailié.
- Leriche, R. (1949). La chirurgie de la douleur. En D. Le Breton (Ed.), *Anthropologie de la douleur* (1999, pp. 61). Barcelona: Seix Barral.
- Levi-Strauss, C. (1987). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós.
- Levi-Strauss, C. (1997). *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Lewis, J. (1969). *Antropología simplificada*. México: Minerva.

Lincoln, Y.S. y Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beberly Hills, CA: Sage Publications.

Lippmann, M., Nelson, R.J., Emmanouilides, G.C., Disktn, J. y Thibeault, D.W. (1976). Ligation of patent ductus arteriosus in premature infants. *British Journal of Anaesthesia*, 48(4), 365-370.

Loeser, J.D. (2011). IASP taxonomy: Changes in the 2011. Consultado el 24 de Octubre, 2010, desde [http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain\\_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728](http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728).

Logan, D.E., Simons, L.E., Stein, M.J. y Chastain, L. (2008). School impairment in adolescents with chronic pain. *J Pain*, 9(5), 407-416.

López de Dicastillo, O. y Cheung, Ph. (2004). La enfermería infantil y los cuidados centrados en la familia. *Enfermería clínica*, 14(2), 83-92.

Lupton, D. (1998). *The emotional self*. Londres: SAGE.

Marshall, C. y Rossman, G.B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Martínez Miguélez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma* [online], 27(2), 7-33. Consultado el 24 de Octubre, 2010, desde [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002&lng=es&nrm=iso).

- Martínez Tellería, A. y Palacios Córdoba, A. (2001). Puesta al día en dolor postoperatorio infantil. Presentado en Granada: V Reunión de la sociedad del Dolor.
- Martínez, M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.
- Mather, L y Mackie, J. (1983). The incidence of post-operative pain in children. *Pain*, 15, 271-282.
- McCaffery, M., Ferrell, B., O'Neil-Page, L.M. y Ferrell, B. (1990). Nurses' knowledge of opioid analgesic drugs and psychological dependence. *Cancer*, 13(1), 21-27.
- McGrath, P.A. (1991). Intervention and Management. En J.P. Bush y S.W. Harkins (Eds.), *Children in Pain. Clinical and Research Issues from a Developmental Perspective*. NewYork: Springer-Verlag.
- McGrath, P.J., Unruh, A.M. y Finley, G.A. (1995). Pain measurement in children. *Pain Clin Updates*, 3(2), 1-4.
- McLellan, K. (2004). Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 179-185.
- Mead, M. (1978). *Educación y cultura en Nueva Guinea*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Mechanic, D. (1964). The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics*, 33, 444-453.

Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García-Banda, G. (2010). The effect of 'Hospital Clowns' on psychological distress and maladaptive behaviours in children undergoing minor surgery. *Psychology in Spain*, 14(1), 8-14.

Melzack, R y Wall, P.D. (1965). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 227-299.

**Melzack, R. y Katz, J.** (1994). Pain measurement in persons in pain. En P.D. Wall y R. Melzack, *Textbook of Pain*. London: Churchill Livingstone.

Mercado, F.J., Gastaldo, D. y Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Mercado-Martínez, F.J. (2002). Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. *International journal of qualitative methods*, 1(1).

Mersky, H. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6, 249-252.

- 
- Meyer, D.E. (2000). As mamás como Instituidoras da maternidade. Uma história do passado. *Educacao e Realidade*, 25(2), 145-156.
- Miles, M.B. y Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Miller, D. (1996). Comparisons of pain rating from postoperative children, their mothers, and their nurses. *Pediatr Nurs*, 22(2), 45-49.
- Miller, G. y Holstein, J.A. (1993). *Constructionist controversies. Issues in social problems theory*. New York: De Gruyter.
- Minayo, M.C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Brasil, Buenos Aires: Lugar.
- Miquel, A. y Reina, J.L. (2001). Gatos blancos gatos negros: Un estudio sobre cultura empresarial. España: El Viejo Topo.
- Miró, J. (1994). Papel de las expectativas de autoeficacia y del autocontrol en la experiencia de dolor. *Dolor*, 9, 186-190.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, J. (2006). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Miró, J. (2010). Dolor crónico: ¿un problema de salud pública también entre los más jóvenes?. *Rev Soc Esp Dolor*, 17(7), 301-303.

Miró, J., Huguet, A., Nieto, R., Paredes, S. y Baos, J. (2005). Valoración de la escala de dolor de caras-revisada (faces pain scale-revised) para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes. *Rev Soc Esp Dolor*, 12(7), 407-416.

Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de las Islas Baleares–Palma de Mallorca.

Miro, M., Gastaldo, D. y Gallego, G. (2010). ¿Por qué somos como somos?. *Enferm Clin*, 20(5), 322-7.

Miró, R. y Miró, M. (2010). Relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Cuestiones pendientes de resolver. *Tesela*, 7.

Molina, J., Sagaseta de Llúrdoz, M., Busto, N., Azanza, M.J., Lezáun, I., Cía, M.L. y Carrascosa, S. (2002). Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. *ANALES Sis San Navarra*, 25(1), 37-45.

Morris, D. (1993). *La cultura del dolor*. Chile, Santiago: Andrés Bello.

Morse, J. (2005). *Asuntos críticos en la investigación cualitativa*. Alicante: Universidad de Alicante.

Moya, L. (1997). El valor del sufrimiento. Ponencia presentada en el Congreso Eucaristia y Sufrimiento, Junio de 1997, Santiago de Compostela.

---

Consultado el 18 de Septiembre, 2010, desde <http://www.fluvium.org/textos/dolor/dol01.htm>.

Naouri, A. (2003). *Padres permisivos, hijos tiranos*. Barcelona: B.

Narodowski, M. (1999). *Infancia y poder. La conformación de la pedagogía moderna*. Buenos Aires: Aique.

Nascimento, P., Módolo, J.R. y Rodrigues, G.R. (2002). Analgesia pós-operatória para crianças com menos de 1 ano: Análise retrospectiva. *Revista Brasileira Anestesiol*, 52(6), 739-746.

Noya, J. (2003). *Cultura, desigualdad y reflexividad: La sociología de Pierre Bourdieu* Madrid: La catarata.

O'Rourke, D. (2004). The measurement of pain in infants, children, and adolescents: From police to practice. *Physical Therapy*, 84(6), 560-570.

Ochoa, B. y Polaino, A. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de Psicología*, 2-3, 147-161.

Odin, I., Basquin, C., Pihan, G. y Fies, P. (2008). Utilisation d'une réglette multiéchelle pour évaluer la douleur de l'enfant en préhospitalier. *Journée la douleur de l'enfant. Quelles réponses?*. Consultado el 8 de Septiembre, 2010, desde [www.pediadol.org](http://www.pediadol.org).

OMS (2006). *20 Aniversario de la publicación de la escalera analgésica de la OMS. Cancer Pain Release, 19(1)*.

OMS (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente, versión 1.1. Informe técnico definitivo*.

OMS y Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1999). *Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil*. Ginebra.

ONU (1989). *Convención sobre los derechos del Niño*. Consultado el 15 de Marzo 2011 desde: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>.

ONU (2009). *Poner fin al sufrimiento innecesario, Cartas al director [versión electrónica]. Rev Soc Esp Dolor, 16(3), 0-0*. Consultado el 18 de Septiembre, 2010, desde ONU: *poner fin al sufrimiento innecesario, Cartas al director, Rev Soc Esp Dolor 16 (2009);3 :0 - 0*.

Ortega Sánchez, D. (2011). *Infancia, familia y educación en la Edad Moderna española: un recorrido a través de las fuentes pedagógicas (siglos XVI-XVIII)*. *Tejuelo, 11*, 85-103.

Ortiz, R. (1994). *Piere Bourdieu. Colección grandes científicos sociales*. Brasil: Atica.

Oswald, P.F. y Peltzman, P. (1974). *The cry of the human infant. Scientific American, 230*, 84-90.

Otto, M.W. y Dougher, M.J. (1985). Sex differences and personality factors in responsivity to pain. *Percep Motor Skills*, 61, 383–390.

Pain Associates in Nursing. Consultado el 8 de Septiembre, 2010, desde <http://www.oucher.org/>.

Pancera, C. (1993). *Estudio de la Historia de la Infancia*. Barcelona: PPU.

Parker, I. (1992). *Discourse analysis. Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.

Patton, M. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation*. London: Sage Publications.

Penzo, W. (1989). *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.

Perdomo, A. y Martínez, P. (2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19), 150-178. Consultado el 8 de Septiembre, 2010, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci_arttext).

Pereira, A.L.S.T., Guinsburg, R., Almeida, M.F.B., Monteiro, A.C., Santos, A.M.N. y Kopelman, B.I. (1999). Validity of behavioral and physiologic parameters for acute pain assessment of term newborn infants. *Sao Paulo Med Journal*, 117, 72-80.

Pérez Bertólez, I., Bellido Estévez, A. y Gómez Luque, J. (2008). Dolor y ansiedad en cirugía pediátrica. *Cir Pediatr*, 21, 84-88.

Pérez Rodríguez, M. y Lizarraga, M. (1999). Anestesia tópica. *Anales suplemento*, 22(2).

Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J.R. y Pérez, J.R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6(12), 373-384. Consultado el 8 de Septiembre, 2010, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462005000600007&script=sci_arttext).

Perteguer, I. (2003). La interacción padres-niños-enfermera en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. Una relación de ayuda especial. *Tempus Vitalis*, 3(1), 11-14.

Poland, B. D. (1995). Transcript quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 290-310.

Porter, F.L., Grunau, R.E., Anand, K.J. (1999). Long-term effects of pain in infants. *J Dev Behav Pediatr*, 20(4), 253-61.

Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.

Powers, P. (1996). Discourse analysis as a methodology for nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 3, 207-217.

- Price, D.D., Bush, F.M., Long, S. y Harkins, S.W. (1994). A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain*, 56, 217-26.
- Quiles, J.M., Van der Hofstadt, C.J. y Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2nd.). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 360-369.
- Raju, V.K. (2003). Susruta de la antigua India. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2(51), 119-122. Consultado el 8 de Septiembre, 2010, desde <http://www.ijo.in/text.asp?2003/51/2/119/14718>.
- Ratcliffe, J.W. y González del Valle, A. (2000). El rigor en la investigación de la salud: Hacia un desarrollo conceptual. En C.A. Denman, J.A. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 57-111). Sonora: El Colegio de Sonora.
- Reinoso Barbero, F. (2000). El dolor de los niños: ¿Un gran desconocido o un gran olvido?. *Rev Soc Esp Dolor*, 7, 277-278.
- Reinoso-Barbero, F., Lahoz Ramón, A.I. Durán Fuente, M.P., Campo García, G. y Castro Parga, L.E. (2011). Escala llanto: Instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatr*, 74(1), 10-14.
- Reyes, D., Guillén, R., Alcázar, R. y Arias, M. (2006). Epidemiología por cáncer. *Cancerología*, 1, 233-244.

Reyes, S. (2003). Nursing assessment of infant pain. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 17(4), 291-303.

Riaño Galán, I., Mayoral González, B., Solís Sánchez, G., Orejas Rodríguez-Arango, G. y Málaga Guerrero, S. (1998). Opinión de los pediatras sobre el dolor infantil. *Anales Españoles de Pediatría*, 49(6), 587-593.

Robertson, N.A. (1999). Runner up: Opportunities and constraints of teamwork. *Journal of interprofessional care*, 3(13), 311-318.

Robles, L. (2000). La subjetividad del investigador en sus análisis científicos. La construcción de explicaciones a partir de experiencias personales. En F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Eds.), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica* (pp. 311-326). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

Rosa, P.C. (2009). La ciencia que se está haciendo: Reflexiones metodológicas de la mano de Pierre Bourdieu. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, 24. Consultado el 1 de Octubre, 2010, desde <http://www.revistakairos.org/k24-archivos/rosa.pdf>.

Rousseau, J. J. (1762, 1961). *Émile ou de L'education*. París; Garnier. Consultado el 12 de Marzo 2011, desde <http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.roj.emi>.

Saarni, C. (1997). Emotional competence and self-regulation in childhood. En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and*

- emotional intelligence: educational implications* (pp. 35-66). Nueva York: Basic Books.
- Sampson, A. y Tenorio, M.C. (2000). Cultura e infancia. En M.C. Tenorio (Ed.), *Pautas y prácticas de crianza en familias colombianas* (pp. 269-279). Colombia, Bogotá: Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia.
- Sánchez, G. y López, T.A. (2004). El estudio de la historia para comprender el Trabajo Social. La ayuda al necesitado en la Antigüedad de Oriente a Occidente. En T. Fernández y C. Alemán (Eds.), *Introducción al Trabajo Social* (pp. 22-49). Madrid: Alianza.
- Santos, M. (1990). *Estructuras de aprendizaje y métodos cooperativos de educación*. *Revista Española de Pedagogía*, 185, 53-78.
- Schechter, N.L., Allen, D.A. y Hanson, K. (1986). Status of pediatric pain control: A comparison of *hospital analgesic usage* in children and adults. *Pediatrics*, 77(1), 11-15.
- Schechter, N.L., Zempsky, W.T., Cohen, L.L., McGrath, P.J., McMurtry, M. y Bright, N.S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: Evidence-based review and recomendations. *Pediatrics*, 119, 1184-1198.
- Schmidt, K., Holidá, D., Kleiber, C., Petersen, M. y Phearman, L. (1994). Implementation of the AH CPR pain guidelines for children. *J Nurs Care Qual*, 8(3), 68-74.

Schofield, P. (1995). Using assessment tools to help patients in pain. *Professional Nurse* 10, 703–706.

Schuller, T., Baron, S. y Field, J. (2000). Social capital: a review and critique. En S. Baron, J. Field y T. Schuller (Eds.), *Social Capital: Critical perspective* (pp. 1-38). Oxford: Open University Press.

Seror, Szold y Nissan (1991). Felix Wurtz: surgeon and pediatrician. *Journal of Pediatric Surgery* 26(10), 1152-1155.

Simonds, J. y Robertson, E. (2002). Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 78-86.

Simons, J.M. y MacDonald, L.M. (2004). Pain assessment tools: children's nurses' views. *Journal of Child Health Care*, 8, 264–278.

Sirota, T. (2007). Relaciones entre el profesional de enfermería y el médico: ¿Mejoran o no?. *Nursing*, 10(25), 34-37.

Smith, B.H., Elliott, A.M., Chambers, W.A., Smith, W.C., Hannaford, P.C. y Penny, K. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Fam Pract*, 18(3), 292-299. Consultado el 18 de Octubre, 2010, desde <http://fampract.oupjournals.org/cgi/content/full/18/3/292>.

Soler Company, E., Faus Soler, M.T. y Montaner Abasolo, M.C. (2000). El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp*, 24(3), 123-135.

---

Sternbach, R.A. (1986). *Survey of pain in the United States: The nupry pain. Report Clin J Pain, 1, 49-53.*

Stevens, B., Hunsberger, M., y Browne, G. (1987). Pain in children: Theoretical, research, and practice dilemmas. *Journal of Pediatric Nursing, 2(3), 154-166.*

Stevens, B., Johnston, C., Petryshen, P. y Taddio, A. (1996). Premature infant pain profile: development and initial validation. *Clin J Pain, 12, 13-22.*

Stevens, B.J. y Frank, L. (1995). Special needs of pre-term infants in the management of pain and discomfort. *Journal of Obstretic, Gynecologic and Neonatal Nursing, 24(9), 856-862.*

Stevens, B.J., Johnston, C.C. y Horton, L. (1994). Factors that influence the behavioral pain responses of premature infants. *Pain, 59, 101-109.*

Stevens, B.J., Jonhston, C.C. y Granau, R.V. (1995). Issues of assessment of pai and discomfort in neonates. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 24, 849-55.*

Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded Theory Procedures and Techniques.* London: Sage Publications.

Swafford, L.I. y Allan, D. (1968). Pain relief in the pediatric patient. *Medical Clinics of North America, 52(1), 131-135.*

Szas, I. (1997). Género y valores sexuales. Un estudio de caso entre un grupo de mujeres mexicanas. *Estudios demográficos y urbanos, 12, 155-176.*

- Szas, I. (1998). Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno infantil. En J. C. Figueroa (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México.
- Taddio, A., Goldbach, M., Ipp, M., Stevens, B. y Koren, G. (1995). Effect of neonatal circumcision on pain response during vaccination in boys. *Lancet*, 345, 291-2.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersch, A.L. y Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *Lancet*, 349, 599-603.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación (3rd ed.)*. Paidós.
- Téllez Iregui, G. (2002). *Pierre Bourdieu: conceptos básicos y construcción socioeducativa*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Torres, M. y Compañ, V. (2006). *La experiencia del dolor*. Barcelona: UOC.
- Tutaya, A. (2002). Dolor en pediatría. *Pediatrícula*, 4(2), 27-40.
- Twycross, A. (2002). *Prise en charge de la douleur chez l'enfant*. París: Elsevier-Masson.
- Twycross, A. (2007). Children's nurses' post-operative pain management practices: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 869-881.

- Twycross, A., Moriarty, A. y Betts, T. (2002). *Prise en charge de la douleur chez l'enfant: une approche multidisciplinaire*. Elsevier-Masson.
- UNICEF (1997). *The state of the world's children*. New York: Oxford University.
- Unruh, A.M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social* (2nd ed.). Madrid: Síntesis.
- Vallés, M. (2002). Vallés, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos metodológicos, 32. Madrid: CIS.
- Van Dijk, T.A. (1997). *Racismo y análisis crítico de los medios*. Barcelona: Paidós.
- Van Dijk, T.A. (2000). *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una Introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- Van Gennep, A. (1986). *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- Velázquez González, R., Flores Caraballo, J.M., Picallos Conde, M.D. y Albar Marín, M.J. (2009). Experiencias de niños hospitalizados en unidades de pediatría del Hospital Virgen Macarena [versión online].

*Index Enferm*, 18(4), 243-245. Consultado el 24 de Octubre, 2010, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962009000400006&script=sci_abstract&tlng=es)

Verghese, S.T. y Hannallah, R. (2010). Acute pain management in children. *Journal of pain research*, 3, 105-123.

Vidal, M.A., Calderón, E., Martínez, E., González, A. y Torres, L.M. (2005). Pain in neonates. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 98-111.

Vincent, C.V.H. y Denyes, M.J. (2004). Relieving children's pain: nurses? Habilités and analgesic administration practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 19(1), 87-91.

von Baeyer, C.L. y Spagrud, L.J. (2007). Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*, 127, 140-150.

von Korff, M., Dworkin, S.F., Le Resche, L. y Kruger, A. (1988). An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, 32(2), 173-183.

von Roenn, J.H., Cleeland, C.S., Gonin, R., Hatfield, A.K. y Pandya, K.J. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med*, 119(2), 121-6.

- Watt-Watson, J.H., Evernden, C. y Lawson, C. (1990). Parents' perceptions of their child's acute pain experience. *Journal Pediatric Nurse*, 5(5), 344-349.
- Webb, J., Schirato, T. y Danaher, G. (2002). *Understanding Bourdieu*. Crows Nest, NSW: Allen & Unwin.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Cambridge: Blackwell.
- Whizar-Lugo, V.M. y Ochoa-Ortíz, G. (2005). Conceptos actuales en dolor por cáncer. *Anestesia en México*, 17(1).
- WHO (2011). WHO's pain ladder: WHO has developed a three-step "ladder" for cancer pain relief. Consultado el 19 de Julio, 2010, desde *WHO's pain ladder -Representación de la escalera analgésica de la OMS- página de la Organización Mundial de la Salud*.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª ed.). Madrid: Prentice-Hall (original de 1997).
- Wiesenfeld-Hallin, Z. (2005). Sex differences in pain perception. *Gen Med*, 2(3), 137-145.
- Wolf, A.R. (1999). Pain, nociception and the developing infant. *Paediatr Anaesth*, 9(1), 7-17.

Wong, D. y Baker, C. (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*, 14(1), 9-17.

Woodgate, R. y Kristjanson, I.J. (1996). A young child's pain: how parents and nurses take care. *Int J Nurs Stud*, 33(3), 271-84.

Woodrow, K.M., Friedman, G.D., Siegelaub, A.S. y Collen, M.F. (1972). Pain tolerance: Differences according to age, sex and race. *Psychosomatic Medicine*, 34, 548-556.

Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro, J.E. y Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, 3.

Zola, I.K. (1966). Culture and symptoms an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615-630.

Zoucha, R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en enfermería. Cultura de los Cuidados. *Revista de enfermería y humanidades*, 3(6): 80-85.

# **ANEXOS**



## Guió preguntes entrevista

- Descriu les cures que creus que s'han de dur a terme amb l'infant i la família per augmentar el seu nivell de benestar
- Quines tasques creus que són les més prioritàries per proporcionar cures de qualitat a l'infant i a la seva família?
- Què és el que més et preocupa d'un infant que està al teu càrrec?
- El fet que el professional sigui home o dona, creus que pot influir en la realització de les cures?
- Creus que es fa feina amb equip a l'hora de realitzar les cures als infants?
- Com són les teves relacions de feina amb la resta del personal, metges, infermeres i auxiliars d'infermeria? Influeixen en les cures, en els infants i en la família?
- Quan tu et trobes davant d'un infant amb dolor, com t'afecta el seu patiment? Creus que el dolor és el més important o hi ha altres àrees o coses de més importància?

- Quina és la teva primera actuació quan et criden per comentar-te que l'infant té dolor?
- En aquesta unitat, qui s'encarrega del dolor dels infants?. Qui creus que hauria de ser?
- Creus que la família hauria de participar en les decisions que es prenen en relació al dolor? Per què?
- En relació al dolor, creus que és un tema prioritari en el cas dels infants? (Es té molt en compte, s'apliquen molts de tractaments, es valora...).
- Quins són els valors més apreciats, necessaris o, fins i tot, imprescindibles, per a la infermera que realitza cures als infants?
- T'agradaria comentar qualche cosa sobre el que s'ha parlat en aquesta entrevista?

## Guión preguntas entrevista

- Describe los cuidados que se tienen que llevar a cabo con el niño y la familia para aumentar su nivel de bienestar.
- ¿Qué tareas crees que son las más prioritarias para proporcionar cuidados a los niños?
- ¿Qué es lo que más te preocupa de un niño que está a tu cargo?
- El hecho que el profesional sea hombre o mujer, ¿crees que influye a la hora de realizar cuidados?
- ¿Crees que se realiza trabajo en equipo a la hora de realizar cuidados a niños?
- ¿Cuáles son tus relaciones de trabajo con el resto de profesionales, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería? ¿Influyen en los cuidados, en los niños y en su familia?
- ¿Cuándo te encuentras delante de un niño con dolor, cómo te enfrentas a su padecimiento? ¿Crees que el dolor es lo más importante, o hay otras áreas a las que les das más importancia?

- ¿Cuál es la primera actuación cuando te llaman para decirte que el niño tiene dolor?
- ¿En esta unidad quién se encarga del dolor de los niños? ¿Quién crees que tendría que ser?
- ¿Crees que la familia tendría que participar en las decisiones que están relacionadas con el dolor? ¿Por qué?
- En relación con el dolor, ¿crees que es un tema prioritario en el caso de los niños? (Se tiene muy en cuenta, se aplican muchos tratamientos, se valora...).
- ¿Cuáles son los valores más apreciados, necesarios o incluso imprescindibles para la enfermera que realiza cuidados a niños?
- ¿Te gustaría comentar alguna cosa de lo que se ha hablado en la entrevista?

## **Consentimiento informado**

### **Proyecto: Percepción de los profesionales de la salud médicos, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería que pueden influir en los cuidados de los niños**

El objetivo de esta investigación es conocer la percepción de los profesionales médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería ante el cuidado de los niños/as ingresados en la tercera planta de hospitalización del Hospital Materno-infantil Son Dureta.

Responsable de la investigación: Esperança Ponsell Vicens. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UIB.

Para la recogida de datos de este estudio utilizaré la entrevista semiestructurada al personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería que se encuentren trabajando en esta unidad. La duración de dicha entrevista será de 60-80 minutos aproximadamente.

Si Usted está de acuerdo en participar, es importante que comprenda que:

- Si cambia de idea y quiere retirarse del estudio antes de realizar la entrevista simplemente debe informar a la investigadora, ello no conlleva ningún tipo de consecuencias negativas para usted.

- Antes de empezar la entrevista se le volverá a preguntar si está dispuesto/a a participar en esta investigación.
- Se realizarán todas las medidas para mantener la confidencialidad de los datos obtenidos y para salvaguardar su privacidad. Una vez analizadas las entrevistas, las cintas serán destruidas.

Una vez leída esta información, acepto participar en este proyecto en los términos expuestos anteriormente.

---

Nombre del/ la participante

Firma

Fecha

---

Nombre de la investigadora

Firma

Fecha

**Persona de contacto: Esperança Ponsell**

**Teléfono: 971172524 o en el correo electrónico: [eponsell@uib.es](mailto:eponsell@uib.es)**