

PRIETO P. (2002) Consideraciones acerca del dolor en los niños. **Archivos venezolanos de Puericultura y Pediatría**. 65 (1), agosto.

La presente exposición sintetiza los hallazgos de las investigaciones referentes al comportamiento doloroso infantil que se han realizado en los últimos años en el contexto del Análisis Conductual, modelo teórico que parte de la interacción conducta ambiente como punto de abordaje clínico del comportamiento en general del individuo y se enmarca en la Medicina Conductual como campo específico que estudia la relación entre patrones comportamentales existentes en el individuo y las enfermedades físicas.

La unidad de análisis que subyace al modelo del Análisis Conductual implica la identificación de *relaciones funcionales* entre las variables, entendiéndose por *función* la covariación entre los valores de los elementos implicados, en este caso el estímulo algésico, la conducta del individuo y las maniobras para el tratamiento o reducción del dolor. Bijou y Baer (1975), señalan que “...*la Psicología se interesa en la interacción del organismo como sistema unificado de respuesta en relación con los eventos ambientales...*”(p27); los acontecimientos psicológicos están interrelacionados con eventos orgánicos por la simultaneidad de su ocurrencia, sin embargo, no por ello se establecen relaciones causales entre los mismos; el hallazgo de relaciones funcionales significativas dependerá de los análisis de las condiciones ambientales específicas, considerando todas las clases de estímulos y sus historias de interacción pertinentes, aunque hay que destacar que la mayor parte de los factores que determinan la conducta psicológica son de naturaleza social.

Pretender abordar y modificar exitosamente una conducta compleja implica garantizar una correlación entre los parámetros empleados para el análisis y explicación de la misma y su medición objetiva garantizando el completo control de la impacto de la terapéutica seleccionada. En el contexto psicológico es un punto relevante garantizar que la propuesta terapéutica empleada sea la realmente responsable de los cambios observados en el comportamiento del individuo no dejando espacio para la especulación en cuanto a la responsabilidad de las variaciones de la evolución del cuadro observado.

En el caso del dolor, concretamente, no se dudaría de la existencia de un componente sensorial que es potestad exclusiva de la medicina, sin embargo, ésta se enriquecería al diseñar planes de tratamiento o prevención que contemplen el *comportamiento doloroso* como un evento particular de cada individuo, con variaciones en la percepción de la aversividad del estímulo algésico que matizan el efecto social-comunicacional del mismo, permitiendo corroborar una vez más la necesidad de considerar condición biopsicosocial del ser humano.

Todas aquellas reacciones comportamentales que son respuestas a la acción de un estímulo algésico son consideradas como *comportamiento doloroso* o

conductas de dolor, por tanto, en el contexto psicológico el dolor es considerado un fenómeno complejo y multidimensional en el que intervienen tanto los componentes observables como son las reacciones fisiológicas y conductuales, como los subjetivos, elementos emocionales.

La necesidad de consolidar, como un campo particular de estudio al comportamiento doloroso infantil, obliga a una exhaustiva exploración de variados elementos, comenzando por la identificación de aquellos factores que contribuyeron a la adquisición, mantenimiento y en última instancia, a la modificación de la conducta en cuestión. En este intento y tratando de ser coherentes con los avances en el ámbito del estudio del comportamiento doloroso del adulto, muchos expertos optaron por tratar de extrapolar los procedimientos empleados con estos al abordaje del comportamiento doloroso infantil, sin resultados satisfactorios.

Granell(1986), destaca que los problemas infantiles son diversos, por lo cual deben evaluarse, necesariamente, desde una perspectiva *evolutiva*, con énfasis en la necesidad de relacionarlos con una etapa específica del desarrollo, de asociarlos con una situación ambiental muy particular, de no juzgarlos, abstrayéndolos del contexto sociocultural y de contemplar su *carácter transitorio* (al referirse a la rápida evolución del niño y sus cambios constantes).

Más específicamente, en el caso del comportamiento doloroso infantil Thomson y Varni (1986), se refieren a la creencia existente de que los niños son incapaces de “sentir dolor” o simplemente no lo “recuerdan”, la interpretación apunta a que los niños son *estoicos* ante las situaciones algésicas, razón por la que muchas maniobras médicas se realizan sin tomar en cuenta el impacto sobre la salud mental del pequeño propiciando la aparición de alteraciones comportamentales que van desde cuadros emocionales análogos a las situaciones de trauma hasta la exhibición de conductas propias de etapas cognitivas que no se corresponden con la edad cronológica.

Schechter (1989, citado por Llach,1997), señala que tales suposiciones pueden atribuirse, no solo a posturas incorrectas referentes al dolor infantil y su tratamiento sino, a la escasez de investigaciones y formación especializada en los profesionales que lo tratan y a lo complejo de su valoración, ya que, está ampliamente demostrado (Katz, Kellerman y Siegel, 1980; Craig y McGrath, 1989; Llach, 1997) como varían las respuestas y resistencia a los estímulos algicos dependiendo de la edad del niño y como muchas veces se encuentra sobre o infravalorada la significación de la conducta de dolor dependiendo del criterio subjetivo de los adultos que conforman el contexto social inmediato (familiar, escolar o médico).

En la práctica, se evidencia cada vez más la necesidad de alcanzar un manejo lo suficientemente eficaz o por lo menos efectivo, de las conductas dolorosas

infantiles, ya que, es en esta etapa donde se multiplican las consultas médicas y los tratamientos, sobre todo en el caso de pacientes con trastornos crónicos o problemáticas físicas que ameritan un abordaje cruento o agresivo. Se destacan como hallazgos relevantes la presencia de cuadros fóbicos al contexto hospitalario que interfieren con la adherencia al tratamiento médico directo o bien el reporte de los padres referente a las dificultades para cumplir con las indicaciones sugeridas por el especialista en el hogar.

+++++

Otra particularidad, de las conductas de dolor infantiles es que para ser exhibidas el niño utiliza repertorios motores que con frecuencia son confundidos con desajustes conductuales (rabietas, desobediencia) o son interpretados como conductas adaptativas apropiadas (permanecer acostado, estar tranquilo); ambas interpretaciones resultan equivocadas y conllevan a la toma de decisiones terapéuticas que no redundan en el alivio del cuadro doloroso en el pequeño. Al respecto algunos autores enfatizan como el comportamiento del personal médico y paramédico encargado del cuidado del niño, puede accidentalmente reforzar conductas que se asocian con una mejor tolerancia al dolor, por ejemplo, el aceptar pasivamente el tratamiento médico independientemente del carácter algésico de los mismos.

La necesidad de involucrar a los padres y familiares como parte importante del marco de referencia del niño es lo que, de alguna manera, garantiza una aproximación cónsona con los patrones de comunicación por éste desplegados, siempre y cuando no se obvie la importancia de entrevistarlos directamente en aquellos casos en los que la madurez evolutiva garantice la presencia de un reporte verbal acorde con la pautas informativas requeridas. El contrastar la información proporcionada por los padres con la aportada por el pequeño, garantiza la confiabilidad de la misma y hace más preciso el plan terapéutico seleccionado. Es necesario valorar, además, la capacidad de los padres para controlar al niño sin que el tipo de enfermedad o procedimiento médico interfieran con ello.

Resulta interesante tratar de aislar los factores que permitan establecer una terapéutica del comportamiento doloroso en el niño, no sólo como tratamiento inmediato sino con fines preventivos, al buscar instaurar conductas efectivas y con igual nivel de adaptación que las dolorosas. Dependiendo de la capacidad del niño para afrontar exitosamente los eventos dolorosos, podemos suponer que existe la posibilidad de que no presente a futuro, en la etapa adulta, cuadros crónicos que interfieran con su ejecución en otros ámbitos del quehacer cotidiano; por otra parte no seremos consistentes con los tres niveles de prevención hasta que no logremos planes concretos de acción en cada uno de ellos. Una alternativa terapéutica sería contemplar la posibilidad de entrenar al niño en patrones de cuidado de salud y de manejo adecuado del dolor como parte de su historia conductual, siendo éste el punto central en la prevención primaria en los cuadros de dolor crónico.

Es de gran importancia que los profesionales encargados del cuidado de la salud en el niño conozcan lo referente al proceso del comportamiento doloroso infantil desde la perspectiva profesional particular de cada uno de ellos, el psicólogo pediátrico debe conocer todo lo relacionado con el proceso de enfermedad y curso del tratamiento médico, con el objeto de realizar un trabajo más eficaz dirigido al niño, a la familia y a facilitar la labor del personal médico; otro tanto se espera de los otros profesionales, el manejo de la problemática desde la óptica de la transdisciplinariedad donde no se planteen fronteras que limiten la acción clínica cónsona con el bienestar del paciente.

En síntesis se sugiere tomar en cuenta los siguientes elementos para el abordaje del comportamiento doloroso infantil:

- Estudiarlo como una conducta compleja multidimensional en cuya terapéutica participan tanto médicos como psicólogos de manera armónica y con conocimiento del campo de acción de cada quien.
- La consideración del comportamiento doloroso como una interacción entre el niño y su contexto, formando parte de este último los padres y el personal médico que lo atiende en las diversas consultas o tratamientos.
- La ausencia de conductas específicas y particulares de los cuadros dolorosos infantiles y el empleo de repertorios cotidianos de acción como indicadores comunicacionales de la presencia de dolor.
- La posibilidad de establecer programas de intervención en los tres niveles de prevención que garanticen la modificación de las conductas de dolor y su sustitución por repertorios más adaptativos que no interfieran con los patrones de cuidado de salud.
- La consideración de factores evolutivos y madurativos propios de la infancia que matizan cualquier propuesta de intervención, descartándose la extrapolación del contexto de los adultos.