

Dolor Pediátrico, una Visión Psicológica

Autor:

*Dra. Ma. Antonieta
Flores Muñoz*

*Precursora de las
Clínicas del Dolor en
Pediatria.
Ex-jefa de Enseñanza en
Pediatria, "Hospital
General de México".
Pediatra Adscrita al
Centro Nacional de
Capacitación en Terapia
del Dolor.*



Al hablar de dolor pediátrico se deben considerar todos los aspectos que intervienen en la percepción y manifestación del mismo. La experiencia dolorosa implica una interacción de factores fisiológicos, psicológicos, conductuales y de desarrollo.¹

Dado que el dolor es una experiencia subjetiva multifactorial, los profesionales de la medicina deben tratarla como tal y tienen la responsabilidad de eliminar el dolor y el sufrimiento de los niños en la medida en que sea posible. Aunque, por fortuna, hoy en día existen técnicas médicas y psicológicas para tratar el dolor, prevalece un gran desconocimiento al respecto; esto se evidenció en una encuesta sobre tópicos de dolor aplicada a pediatras egresados de diversas instituciones, en donde el 86.67 por ciento ignoraba los métodos psicológicos para el abordaje del dolor.²

Para valorar el dolor en los pacientes pediátricos, es esencial tomar en cuenta la etapa de desarrollo en que éstos se encuentran; no es igual un recién nacido que un lactante menor, mayor, preescolar, escolar o adolescente. La forma de expresar el dolor es completamente diferente, por lo que las técnicas para apreciar su intensidad tendrán que aplicarse de acuerdo a la edad.

Por otro lado, es de suma importancia conocer el desarrollo cognoscitivo propuesto por Piaget^{3,4} que, en resumen, señala cuatro periodos: sensoriomotriz, preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales. El primer periodo ➔

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Task Force on Pain in Infants, Children and Adolescents. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. *Pediatrics* 2001 Sep;108(3):793-7.
2. Flores MA. Clínica del Dolor en Pediatría. Memorias del XXIV Congreso Nacional de Pediatría, 1994. Gaceta de la Clínica del Dolor Vol. 1, No 2, mayo-julio 1998.
3. K. R. Goldschneider T. J. Mancuso, C.H.B. Berde Pain and Its Management in Children en Bonica's Management of Pain John D. Loeser Editor Philadelphia, USA. Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
4. J. Piaget, B. Inhelder Psicología del niño. Duodécima Edición. Madrid, Esp. Ediciones Monte, 1984.
5. McGeath PJ, McAlpine L. Psychologic perspectives on pediatric pain (review) *J. Pediatr.* 1993;122:S2-S8.
6. K.J.S Anand, D.B. Carr. The Neuroanatomy, Neurophysiology and Neurochemistry of Pain, Stress and Analgesia in Newborns and Children. *Acute Pain in Children. Ped Clin North Am.* Vol 36, No 4, Aug, 1989.
7. Anand KJ, Scalzo FM. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biol Neonate* 2000 Feb;77(2):69-82.
8. M.A. Flores Pediatric Recurrent Headache in the Pain Clinic of The General Hospital of México Trabajo presentado en el International Forum on Pediatric Pain. Halifax Nova Scotia Canada, Sep 24-27, 1998.
9. K. Olness Hypnotherapy A Cyberphysiologic Strategy in Pain Management en *Acute Pain in Children. Ped Clin North Am.* Vol 36, No 4, Aug 1989.
10. E. Chen, M.H. Joseph, L. K. Zeltzer Behavioral and Cognitive Interventions in the Treatment of Pain in Children. *Acute Pain in Children Ped. Clin North Am.* Vol 47 No 3, June 2000.
11. World Health Organization in collaboration with the International Association for the Study of Pain. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva, 1998.

abarca desde el nacimiento hasta los 24 meses, es el de la inteligencia sensoriomotriz anterior al lenguaje y al pensamiento propiamente dicho. Durante este lapso la actividad motriz tiene gran importancia, ya que constituirá la base para las representaciones mentales más elaboradas que el niño realizará en épocas avanzadas.

El periodo preoperacional comprende de los dos a los seis años aproximadamente. Desde los 18 meses el niño inicia la imitación de actividades como gestos y progresivamente, junto con la evolución del lenguaje y sus representaciones elementales, el pensamiento concreto pasa por la función simbólica al pensamiento prelógico; sustentado en este, el niño trata de investigar la causalidad de los eventos. En ese sentido, Piaget habla de preoperatividad en la medida en que el pensamiento sigue una sola dirección; el niño presta atención a lo que ve y oye conforme se efectúa la acción o suceden las percepciones, sin poder dar marcha atrás.

El periodo de las operaciones concretas se sitúa de los siete a los 12 años y se caracteriza básicamente por un avance en la socialización y objetivación del pensamiento. No obstante, aunque el niño tiene interés por investigar la causalidad de los fenómenos, no puede emitir razonamientos basándose en hipótesis, por lo que su pensamiento aún es concreto en tal sentido, es decir, razona únicamente sobre lo realmente dado y no respecto a lo virtual. Por otra parte, en relación con su socialización, experimenta grandes cambios, pues aprende a integrarse a un grupo y participar en él; indudablemente esto repercute en su afectividad.

El periodo de las operaciones formales comprende la adolescencia. En esta etapa Piaget da mucha importancia a los cambios cognitivos y, por lo tanto, considera

que el joven -ya capaz de realizar razonamientos más completos y de tomar en cuenta las hipótesis, lo probable y lo demostrable- experimenta un cambio en su pensamiento que le genera ansiedad al confrontarlo con su realidad externa; de ahí que tenga conflictos continuos con su medio social circundante.

La interpretación del dolor varía de acuerdo a la etapa de desarrollo. Del nacimiento a los tres meses no existe una comprensión aparente de lo que es dolor, lo cual no quiere decir que no haya dolor en este periodo, dado que se ha demostrado que el recién nacido, ya sea de término o pretérmino, sufre más dolor que un adulto.^{5,6} Las respuestas al dolor son reflejas y hay una aparente memoria del dolor.

Grado de Desarrollo e Interpretación del Dolor ⁷

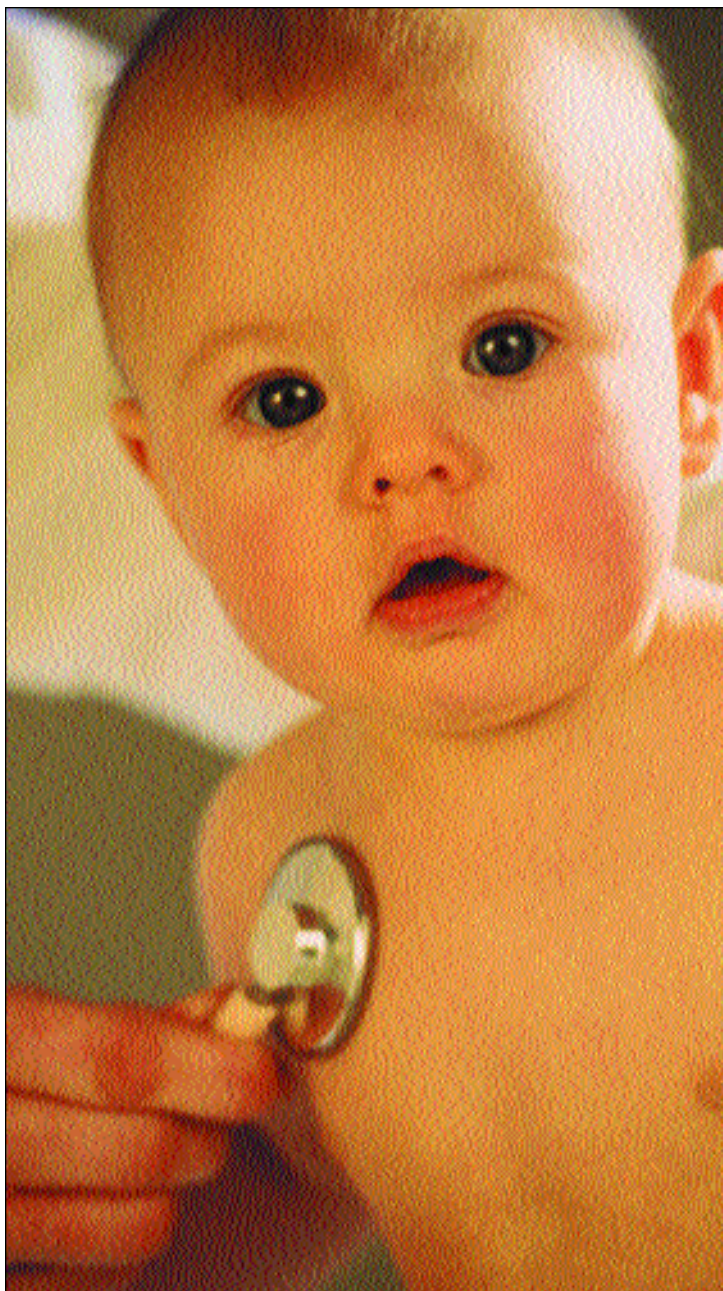
- De los tres a los seis meses hay tristeza y enojo como respuesta al dolor.
- De los seis a los 18 meses muestra miedo ante situaciones dolorosas, localiza el dolor y lo expresa por medio de palabras como balbuceos.
- De los 18 a los 24 meses utiliza la palabra duele (de acuerdo a su lenguaje) para describir el dolor y utiliza estrategias no-cognitivas.
- De los 24 a los 36 meses empieza a describir el dolor y lo atribuye a una causa externa.
- Entre los 36 y los 60 meses indica *grosso modo* la intensidad del dolor y emplea adjetivos para describirlo, así como términos de contenido emocional, por ejemplo, estar "enojado" con el dolor.
- De los cinco a los siete años puede diferenciar más claramente la intensidad del dolor y comienza a usar estrategias cognitivas.

- De los siete a los 10 años es capaz de indicar por qué duele, y hacia los 11 años está en posibilidad de explicar la intensidad del dolor.

Actualmente no se concibe una Clínica del Dolor sin un servicio de Psicología. Todo paciente pediátrico que sufra dolor, deberá ser estudiado y tratado integralmente sin considerar que su dolor es "psicológico", dado que la gran mayoría de los pacientes que se atienden en la Clínica del Dolor tienen un motivo médico. Por ejemplo, en un estudio de 54 casos de cefalea recurrente,⁸ sólo uno de ellos tuvo origen psicológico, el resto eran portadores de patologías como migraña, tumores cerebrales y sinusitis, entre otras.

El término tratamiento psicológico del dolor no se refiere a un manejo psicoanalítico, sino a un área donde la psicología y la medicina se dan la mano; en otros términos, se trata de Ciberfisiología,⁹ entendida ésta como las capacidades autorreguladoras o de dirección que incluyen aquellas relacionadas con acciones voluntarias y con las que se creía en el pasado eran involuntarias, como la Frecuencia Cardíaca (FC) o la Tensión Arterial (TA), que pueden ser dirigidas por nuestra mente a través de autorregulación. Así mismo, la respuesta al dolor puede ser modificada utilizando métodos psicológicos cognitivo-conductuales.

La respuesta psicofisiológica es medible, un solo pensamiento catastrófico se hace evidente al cuantificarlo por medio de temperatura, contracción muscular o resistencia galvánica de la piel. Ya en 1784, Franz Mesmer informa sobre la capacidad de los niños para efectuar controles psicofisiológicos. Más tarde, en 1843, dos cirujanos ingleses reportan casos de niños a quienes se practicó cirugía mayor bajo hipnosis; en 1946, Moore publica un trabajo sobre el



control de la tartamudez mediante la hipnosis. Hacia 1962, Jacobs es el primer Pediatra estadounidense en publicar un artículo sobre la utilidad de la autohipnosis en niños. De 1975 a 1988, aparecen más de 30 artículos en inglés relacionados con aplicaciones clínicas de controles ciberfisiológicos en niños y, en 1979, Diamons describe la aplicación exitosa de procedimientos de terapia conductista en la migraña pediátrica. ➔

Entre las técnicas ciberfisiológicas se encuentran la relajación, la imaginación, la autohipnosis, la biorretroalimentación, el reforzamiento positivo y la desensibilización.

La relajación es de utilidad para reducir la ansiedad antes y durante los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (por ejemplo, una venopunción); consiste en entrenar al niño para que relaje sus músculos, iniciando desde los ortijos hasta la cabeza. Sus ventajas son la reducción de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, el grado de transpiración, la frecuencia respiratoria y la ansiedad.

La imaginación es el empleo del pensamiento para el tratamiento de síntomas físicos. A finales del siglo XX un farmacéutico francés afirmaba que todos nuestros pensamientos acababan haciéndose realidad: *"uno es lo que piensa que es"*. De hecho, todas las acciones están precedidas por un pensamiento y cada uno de ellos traduce cambios fisiológicos, como el aumento de la frecuencia cardíaca o la TA. Si alguien piensa en algo triste, se pondrá triste; si piensa en un ser amado, estará feliz.

La técnica de la imaginación consiste en crear imágenes mentales que sean del agrado del niño, por ejemplo, contándole algo sobre el personaje televisivo que más le agrade, relatándole un cuento o pidiéndole que se transporte mentalmente a un partido de béisbol o a la playa. El conjunto de imágenes que utilizan los pacientes en los ejercicios de imaginación-relajación puede ser visual, auditivo, táctil u olfatorio (como pensar en acariciar a su mascota favorita, imaginar unos soldaditos, o bien, sentirse transportado a un parque de diversiones). La imaginación abarca la relajación y la concentración en imágenes mentales espontáneas o dirigidas, a fin de facilitar resultados psicofisiológicos específicos.

La autohipnosis es un método psicofisiológico definido como un estado alternativo de la conciencia -espontáneo o deliberado- donde el individuo puede darse a sí mismo sugerencias para mejorar la función en alguna área mental o física. El proceso habitual consiste en un ejercicio de relajación-imaginación. La biorretroalimentación es el uso de aparatos para evidenciar los cambios psicofisiológicos para entrenamiento; los más comunes son los termómetros cutáneos, electromiógrafos de superficie, dermógrafo y medidores de corriente galvánica de la piel.

Existen otras estrategias, como el reforzamiento positivo,¹⁰ que se basa en premiar al niño cuando coopera adecuadamente con un procedimiento, obsequiándole pequeños juguetes, stickers u otros objetos de su agrado. La desensibilización es la exposición a objetos o situaciones que le provocan ansiedad, para ir disminuyendo el grado de ésta.

Finalmente, está el método del "tacto", que si bien no es considerado como una estrategia psicológica sino física, es recomendado por la Organización Mundial de la Salud¹¹ y resulta de gran ayuda para calmar la ansiedad de los niños pequeños (como los lactantes) que se encuentran en etapa pre-verbal y que entienden el mundo a través del tacto. Esta técnica incluye cargar al niño, arrullarlo, acariciarlo o darle pequeños masajes, de tal manera que no perciba los procedimientos como grandes agresiones.

Es responsabilidad de los profesionales de la salud proveer a los pacientes de todas las estrategias disponibles para el tratamiento del dolor, no sólo las farmacológicas o intervencionistas. Aplicar los recursos existentes y los métodos psicológicos serán, sin duda, un apoyo invaluable para los niños que sufren. **DOLOR**