



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN NIÑOS

PROF. Patrick J. McGrath

**Tarragona, 30-10-2009.
Paraninfo Universidad Rovira i Virgili**

Dr. JORDI MIRO:

Seguimos con el orden de ponentes que teníamos establecidos. Ahora es un placer para mí presentarles al dr. McGrath. El ostenta una cátedra Canadiense de Investigación, que, como Uds. sabrán, es uno de los máximos honores que uno puede recibir en Canadá por estos motivos.

Es vicepresidente de investigación de Centre and Dalhousie University de Halifax, Nueva Scotia y coordinador de psicología clínica de ese mismo centro.

Es una persona muy reconocida en estos temas. Somos muy afortunados hoy de contar con él. Lo hemos intentado en otras ocasiones, pero esto no ha sido posible por distintos motivos pero hoy está aquí con nosotros y se lo agradecemos. Cuando quiera dr. McGrath...

PATRICK MCGRATH:



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Muchas gracias. Lo primero que quiero decir es muchas gracias por invitarme aquí hoy.

Pienso que es muy importante que las asociaciones de FM, las Universidades, los sistemas de salud y otros esponsors estén involucrados porque es solamente con la colaboración y trabajar juntos estrechamente, entre académicos en la Universidad y otros que seremos capaces de avanzar.

Dr. Miró es internacionalmente conocido por su trabajo en dolor en niños y él también tiene fabulosos estudiantes. Yo he sido muy afortunado en trabajar con uno de sus estudiantes. Era una ex estudiante llamada Ana Huget que trabajó conmigo como "Post-doctor Fellow".

Si los estudiantes en esta Universidad son la mitad de buenos que Anna entonces seréis bienvenidos a trabajar conmigo muchas veces.

Es muy dura declaración acerca de la calidad de la Universidad aquí si da soporte a facultades que produce estudiantes de esta calidad y tan buenos.

Yo quiero hablar acerca de la evaluación del dolor en niños. Yo he trabajado un poquitin en FM pero yo no soy tan experto como el Dr. Buskila sobre FM.

Yo he hecho algunos estudios clínicos e investigaciones en esta área.

Voy a centrarme en evaluación del dolor y voy a hablar de porqué debemos medir el dolor y otros síntomas y también sobre diferentes tipos de medida del dolor y voy a presentar unas diapositivas sobre esto.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Los tópicos que trataremos serán:

-Evaluación:

- Porqué
- Auto-informes
- Conducta
- Fisiología.

La primera cosa que nosotros tenemos que entender que el dolor en niños es una compleja interrelación de diferentes factores.

Dr. Buskila dijo que no podemos separar psicología, separar de desarrollo o biología o factores sociales. Ellos están todos juntos. Y es un error decir que si es psicológico o es biológico, ... Si, es de ambos. Y los factores sociológicos intervienen todo el tiempo.

Desafortunadamente, en nuestra área, la gente a menudo intenta componer diferentes tópicos y ellos dicen, a los pacientes de FM que la fibromialgia esta toda en su cabeza.

Por supuesto que esta en su cabeza. El dolor está en su cabeza. Tu cerebro esta en tu cabeza. Y sin tu cerebro tú no estarás disponible a sentir ningún dolor.

El cerebro es un increíble órgano y el cerebro analiza todos los signos de todo el cuerpo.

El dolor puede ser sentido en la mano, espalda o estómago, pero el cerebro es el órgano integrador y es en el cerebro donde el dolor existe.

Entonces SI, el dolor está en la cabeza. Pero todo el dolor esta en la cabeza. No hay separación. Y cuando nosotros



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

intentamos separar estos factores fuera hacemos un mal servicio a nuestros pacientes.

No es justo a nuestros pacientes hacer que se centren en un solo factor. Si solo focalizamos en biología, no tratamos la psicología, y si focalizamos en psicología estigmatizamos y los pacientes no serán bien tratados.

Una de las más sorprendentes cosas sobre niños con dolor crónico y en especial con FM es la dificultad de encontrar el camino que ayude.

Muchas veces estos niños Irán a cualquier persona y se quejaran a muchos profesionales de salud y ellos quieren que se les de la ayuda que necesitan.

Cuando ellos tienen la ayuda que necesitan, como el Dr. Buskila ha enseñado en sus historias, el tratamiento de la FM en niños y adolescentes es más beneficioso. Y puede ser muy efectivo.

Pero esto sucede si no separamos psicología, de biología y sociales y tratamos todos estos factores juntos.

Entonces...¿Por qué es importante el dolor?

El dolor roba al paciente niño su dignidad, su percepción de control y su humanidad.

El dolor interfiere en las actividades de vida familiar, escuela y amigos.

Esto es especialmente importante en niños porque si interfiere en todo tipo de actividades no se desarrolla la personalidad adecuadamente y no será un ciudadano competente.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Es extremadamente importante hacer intervenciones tempranas con los niños que tienen dolor crónico.

El dolor y frecuentemente en FM, interfiere en las actividades de vida, vida familiar, en la escuela y con los amigos.

Y esto son cosas que son importantes para crecer como personas productivas y ciudadanos.

La evaluación es como dijo Lord Kelvin hace muchísimos años pero fue citado por Thomas en 1983 que cuando uno puede medir aquello de lo que esta hablando, y expresarlo en números, éste sabe alguna cosa sobre aquello de lo que habla. Pero cuando no puede medirlo, cuando no lo puede expresar en números, su conocimiento es ambiguo e insatisfactorio; Puede ser el inicio de algún conocimiento, sin embargo sirve de poco para promover la ciencia, sea el tema que sea.

Yo no tomo la posición tan dura como Lord Kelvin. Yo pienso que mucho conocimiento y mucho entendimiento puede ser generado en las artes... en Humanidades... La ciencia tiene que poner números.

Es extremadamente importante para la ciencia desarrollar escalas de medida.

En medicina y en general en el sistema de salud las evaluaciones son la base de la práctica clínica.

Sin evaluación no podemos saber qué es un problema, ni saber si el tratamiento es efectivo, ni tampoco si es perjudicial.

El único camino es tener herramientas para evaluar la evolución de los pacientes.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Varios sistemas de evaluación pueden ser usados y pueden ser útiles para saber cual es bueno o cual es mejor.

Si el niño ahora va a la escuela y antes no fue a la escuela... si el niño duerme mejor. Todos estos temas son extremadamente importantes en FM.

Vamos a por la definición de dolor.

En nuestra cultura en Norteamérica, se demanda que tengamos medidas objetivas de evaluación del dolor.

Pero cuando miramos lo que es el dolor, tenemos que aceptar que es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en términos de la misma.

Esta es la descripción de la Asociación Internacional de Estudios sobre el Dolor.

El dolor es siempre subjetivo.

El dolor no esta excluido en neonatos.

Cada madre puede explicar que los bebes tienen dolor aunque no haya razones objetivas para tenerlo y a veces responden a razones fisiológicas.

Básicamente, debemos decir que hay solo tres caminos para medir el dolor en este tiempo.

Y no puedo conceptualizar como más podemos hacerlo. Informe de lo que el paciente nos dice y como el dolor es subjetivo este informe es extremadamente importante.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Nosotros tenemos también el comportamiento. Lo que el niño esta haciendo. Como el niño esta reaccionando. Y esto puede ser en diferentes formas: Podemos preguntar a los padres. Nosotros podemos observar al niño. Y finalmente pueden ser métodos biológicos.
Voy a hablar un poco sobre éstos y discutirlos.

La primera cosa importante a entender es que todas las medidas del dolor son indirectas.

Incluso en los auto informes no podemos saber como la persona sufre o siente.

Si hoy todos vivimos experiencias similares y yo os pregunto vuestros sentimientos, habrá muchas distintas respuestas. Algunos me diréis toda la verdad... otros no... unos han sido felices y intentaran complacerme ... y otros no.

Todas estas situaciones son exactamente iguales en el dolor.

Todas las medidas de dolor, cambian en función de la situación social, la historia, la motivación y varios fenómenos que ocurren en el mismo tiempo.

Tenemos que valorar todos los sistemas de medida.

Vamos a hablar de los planos de la experiencia.

Pienso que la traducción en español es planos porque puede ser también aviones, pero aquí es planos de la experiencia.

Daño es dolor.

Discapacidad: No ser capaz de hacer alguna cosa. Ej. No ser capaz de comer manzanas.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Impedimento: incumplimiento de los roles sociales. Ej. Como estudiante
Relación entre el daño, la discapacidad y el impedimento no es lineal, pero uno puede causar lo otro.

Alguna gente que tiene mucho dolor puede funcionar muy bien como miembro de la sociedad. Otra gente con menos dolor o que parece con menos dolor no puede funcionar bien.

Y esto es verdad incluso fuera del ámbito del dolor.

Personas con severos casos de problemas cerebrales pueden funcionar muy bien en algunos aspectos. Miren y piensen en la historia de Stephen Hawking.
Él funciona muy bien pero está muy discapacitado. No está necesariamente relacionado por ser planos diferentes de la experiencia.

El mismo dolor produce diferente discapacidad e impedimento.
Dolor, discapacidad e impedimento tienen a menudo diferentes causas, diferentes factores mantenedores y pueden cambiar con el paso del tiempo.

Similarmente, en niños con FM, pueden ser muy buenos en la escuela si ellos tienen un soporte en el ambiente. Pero si ellos no tienen este soporte y ellos sienten que los demás los ven como enfermos que deben ir a casa a dormir todo el día, entonces ellos no son buenos en la escuela. No es solo la FM que causa la discapacidad en la escuela pero también es el ambiente. Si el ambiente no espera mucho de estas



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

personas o si el ambiente es hostil, la dificultad en la escuela es por la FM pero también por los factores ambientales.

Hablemos sobre el auto informe. Auto informe es lo que la persona dice. Tiene que tener una métrica. Tiene que ser evolutivamente apropiado, tiene que requerir entrenamiento y minimizar los sesgos.

Se debe intentar que el niño explico lo mas posible su experiencia.

Vemos algunos ejemplos de cómo usamos escalas de valoración en niños mediante escalas con caras expresando dolor o alegría. Hay escalas de 7 y escalas de 5. Tal vez esta escala es de las mejores que se pueden usar para medir el dolor en niños.

No hay caras alegres porque puedes no tener dolor pero eso no significa que seas feliz. Y en el otro extremo no se llora pero se tiene una fuerte expresión de dolor.

Otra escala de medida es la escala visual analógica donde se muestran valores de 0-5 o de 0-10 o de 0-100 o a veces colores, o formas.

El mas usado es la escala de 0-10 preguntado al paciente como se encuentra hoy.

Lo importante es que en estos métodos no se tiene que limpiar ningún equipamiento para medir el dolor.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

También podemos usar fichas de dolor donde los niños desde 4 años pueden poner mas fichas o menos para decir el dolor que tienen.

Diarios.

Registrar tu dolor cada día puede ser una evaluación prospectiva que ayude a diagnosticar una FM.

El dolor puede ser basado en el tiempo o basado en un incidente. El niño rellena su diario o al principio y final de cada episodio de dolor o varias veces al día de forma rutinaria. Puede ser 4 o 5 veces al día o puede ser conectado con actividades diarias (desayuno, comida, cena)

El problema con esto es que a veces la persona olvida esto, a veces tiene dolor todo el tiempo. Es una especial verdad que hay personas que tienen dolor todo el tiempo.

El nuevo sistema es usar diarios electrónicos, usando PDA o smartphones. La ventaja tú sabes cuando el paciente ha registrado porque en papel tal vez se haya llenado justo antes de entrar en tu oficina.

Los diarios electrónicos tienen un montón de ventajas.

La desventaja es que es mucho más caro.

Los auto informes no están disponibles para niños pequeños neonatos, niños de parvulario de menos de 2 o 3 años. Tampoco en niños anestesiados y niños con discapacidad a nivel cognitivo.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

El otro valor es la intensidad. No es lo único a tener en cuenta porque debemos valorar la afectividad asociada al dolor (¿Cómo de malo es el dolor ¿ imaginemos una carrera. Tú vas primero y a pocos metros tú sientes dolor de pecho, de piernas, etc... por supuesto es dolor, pero no es desagradable porque eres el ganador).

También los pensamientos catastróficos sobre el dolor son muy importantes. En muchas situaciones predecimos cuanto dolor vamos a tener.

Yo no se si vosotros tenéis pensamientos catastróficos pero a mi me sucede con frecuencia cuando veo que en la sala que estoy dando la conferencia hay personas bostezando o con cara apática. Yo pienso que a ellos no los gusta lo que digo, no están interesados en el tema, pienso que el profesor Miró puede pensar que no estoy haciendo un buen trabajo, mis estudiantes empezaran a tener vergüenza de mi, entonces en casa sabrán de mis problemas en el trabajo, o algo pasará conmigo en Canada.

Esto es un ejemplo de catastrofismo.

Si el nivel de catastrofismo del dolor es alto y si la familia esta muy preocupada por el dolor entonces esto será un factor debilitante muy importante.

Cuando la gente hace el diagnostico, debe prestar especial atención al catastrofismo. Porque sabemos que este dolor no me va a matar, es solamente muy difícil vivir con el. Pero yo puedo vivir con ello.

La imprevisibilidad del dolor es importante . Si no sabes cuando vendrá el dolor entonces es mucho peor.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Y la discapacidad e impedimento deben ser valorados.

La medida de la afectividad ayuda en saber como estresante es el dolor.

Otro ejemplo de catastrofismo puede ser cuando yo digo que ir al médico será horrible y no podré soportarlo. Es importante cambiar esto por decir que ir al médico no será fácil pero soy bastante bueno afrontando retos.

Para medidas de discapacidad asociada al dolor hay varios trabajos publicados.

Uno de ellos, es el Dunctional Disability Scale (Walker y Green, 1991) con 15 actividades en las que el dolor puede interferir.

Y otro es la revisión acerca de la discapacidad asociada al dolor realizada por Palermo en el 2000 llamada Developmental and Behavioral Pediatrics.

Nosotros también usamos escalas de impedimentos asociados al dolor en niños, basada en MIDAS. Preguntamos como fue esta semana haciendo diferentes actividades con la familia, amigos, escuela, etc...

Viendo la evolución podemos dar ánimos a mejorar.

Medidas conductuales de intensidad son tanto globales como específicas. Preguntamos como te sientes con el dolor hoy, etc...



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Dolor intenso de corta duración o dolor de más larga duración.

Todo ello tiene utilidad clínica o de investigación.

En estudios clínicos normalmente usamos versiones cortas de formularios porque no tenemos mucho tiempo para cada paciente y no se trata de hacer ya el diagnóstico.

En cuanto a juicios generales sobre la conducta del dolor, podemos usar varias escalas visuales analógicas en padres, enfermeras o médicos. O podemos utilizar medidas específicas para medir el dolor. Deben ser fáciles de utilizar.

Hace muchos años, en mi experiencia en el children's Hospital of Eastern, hicimos un estudio (1985) donde se identificaban 6 conductas: lloro, respuesta facial, respuesta verbal del niño, movimiento del tronco, conducta de tocarse la herida y movimiento de piernas.

Funciona bien en la sala de recuperación, hay varias versiones disponibles y es muy útil para dolores intensos y de corta duración.

Por ejemplo, para algunos estudios de validación cuando vimos que el dolor en niños era alto, antes de recibir la medicación fentanyl que es un narcótico que fue dado por razones clínicas y no para nuestro estudio. En el momento cuando ellos recibían el narcótico tenían muy buena recuperación del dolor.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Uno de los problemas es que si los niños tienen dolor durante mucho tiempo, a menudo la conducta contra el dolor es reducida.

Correlaciona con los índices proporcionados por las enfermeras y con los índices proporcionados por los profesores del video pero no correlaciona los auto informes en la habitaciones del hospital 2 horas más tarde.

Yo puedo decir que algunos de los oyentes de aquí en la sala tienen dolor viendo sus caras aunque tengáis la cara tranquila.

Pero si el dolor se mantiene durante mucho tiempo, vuestra expresión de dolor se reducirá de vuestra cara.

La codificación de las acciones faciales esta basado en el trabajo de Eckman. Incluye conductas discretas como arrugas en la frente, arrugas naso labiales, ojos apretados, labios abiertos, etc...

Es aconsejable tener grabaciones audiovisuales segundo a segundo y analizarlos. Se valora con grados y da muy buenos datos para dolores intensos y agudos.

Hace unos pocos días escuché que hay un nuevo estudio acerca de esto pero aun no he podido leerlo.

Otro tipo de medida expuesta por Jaworski en 1995 se obtiene a partir de las grabaciones audiovisuales y sus



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

conductas: protegerse, abrazarse, fregarse de manera activa, fregarse de manera pasiva, rigidez, cambiar de peso, flexionarse y suspirar. También si se esta sentado, reclinado, de pie y caminando.

Estas conductas se correlacionan con el dolor informado por el niño, con la discapacidad y no con la depresión.

Esta nueva diapositiva explica las respuestas al dolor con el paso del tiempo. La respuesta inicial es dramática e implica todos los sistemas.

Con el dolor más duradero, las respuestas se minimizan. Finalmente, se produce una disminución de la amplia variedad de respuestas.

Este es un ejemplo de escala para padres en dolor postquirúrgico.

Se queja? Lloro? Juega menos de lo normal? Rehúsa comer?, come menos de lo normal?. Etc etc...

Hay que enseñar una serie de conductas a los padres para darse cuenta del dolor.

Hay 29 conductas que se correlacionan con los informes proporcionados por el niño.

Las 15 mejores fueron seleccionadas para realizar la escala para los padres.

Esta escala tiene una buena sensibilidad y especificidad.

No se correlaciona con la ansiedad y esta escala ha sido traducida a muchos idiomas tales como el finlandés, el sueco y el tailandés.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

La escala "Dalhoisie Everyday Pain" evalúa tipos de dolor que se producen en niños. En esta situación se evalúan niños que están en el hospital de día. Solo psicólogos podemos ser tan tontos de hacer estas cosas.

Pero nosotros tratamos de entender la conducta con dolor de estos niños cada día.

Niños...niños pequeños tienen una media de 1 incidente cada 3 horas. Las niñas son más expresivas en cuanto al dolor. La edad no está relacionada con la severidad ni la frecuencia. Con mayor edad menos búsqueda de ayuda. Las niñas reciben más atención y los niños con más incidentes, tienen una mayor reacción.

Mi trabajo sobre medidas biológicas a medir debe ser corto porque no hay realmente buenas medidas biológicas para el dolor.

Usamos el ritmo cardiaco, la respiración, la saturación de O₂, la sudoración de la palma y la conductividad, el flujo sanguíneo de la piel, la presión intracraneal. Todo ello muy apropiado para dolores intensos de corta duración y no apropiado para dolores de larga duración.

Voy a finalizar con los resultados de y medidas para dolor agudo, crónico y recurrente en estudios clínicos.

PedIMMPACT recommendations del 2008

-Dolor Agudo

Intensidad del dolor

Juicio general respecto a la satisfacción con el tratamiento

Síntomas y sucesos adversos.

Recuperación Física



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

- Recuperación Emocional
- Factores económicos.
- Dolor Crónico y Recurrente
 - Intensidad del dolor
 - Funcionamiento físico
 - Funcionamiento emocional
 - Funcionamiento de roles
 - Síntomas y sucesos adversos
 - Juicio general respecto a la satisfacción del tratamiento.
 - Sueño
 - Factores económicos

Si quieren ver unas buenas revisiones acerca de esto, lean:

- Stinson JN 2006
- Von Baeyer CL 2007
- Huguet A. and McGrath en publicación.

Algunas medidas combinan estas medidas biológicas con las medidas conductuales y se utilizan principalmente en niños pequeños y neonatos.

Lo que tenemos que hacer es localizar las respuestas a una pregunta: Si se utilizan medidas en los centros de salud se reduce el dolor?

Y debemos recordar que las medidas no se utilizan siempre. Siempre usar la misma métrica para no tener una pobre comunicación.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

La evaluación fisiológica y conductual es más difícil en dolor de larga duración.

En general decimos que si el dolor en niños es por encima de 3 alguien debe hacer algo para controlarlo. Si está por debajo de 3 solamente alguien debe ir controlándolo. Todo esto en la escala de 0 a 10.

Ya me voy ahora y muchísimas gracias por su atención.

Tenemos 10 minutos para preguntas.

1-Me gustaría si la escala MIDAS si podría volver a poner la diapositiva, por favor. Ok. Esta validada esta prueba aquí en España?

No esta validada en España. Yo pienso que no esta validada en ningún lugar. Ha sido validada para migraña en niños pero no para otros tipos de dolor.

2-¿Cómo se controla el sesgo de la deseabilidad social que pueda tener el niño o de la imaginación, o de las ganancias secundarias, la simulación...?

Tú puedes controlar sesgos y desde mi punto de vista como clínico tú debes usar estos mismos sesgos. Cuando nosotros hacemos investigación, intentamos buscar que estas medidas son lo mas independientes posibles. Por



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

ejemplo, yo nunca tomaría un terapeuta para tomar las medidas. Debe ser separado. Creo que no debe ser eliminado el sesgo. Lo que tú puedes hacer cuando hagas un ensayo clínico asegurarte de que los sesgos sean iguales exactamente en las dos partes del estudio.

Cualquier persona que diga que se pueden eliminar los sesgos no es realista.

Lo que debemos hacer es reducir al máximo los sesgos y explicarlos para que no interfieran en los resultados del estudio.

3-Puedo preguntar yo una cosa?

Nosotros sabemos que la cultura afecta en el dolor y en la expresión del dolor. Tu solo has presentado un camino de evaluación del dolor crónico en niños. Puede ser distinto lo que tu has sugieres en Canada, de Estados unidos o de aquí en España?

La cuestión de la cultura y el dolor es muy importante pero nosotros no sabemos mucho más acerca de esto.

La mayoría de estudios del dolor y cultura son medidos de estereotipos. Pero no medidos con actuales diferencias. Y los estudios que están hechos con actuales diferencias no están bien hechos.

Generalmente, sabemos que hay mas variaciones dentro de la cultura que no entre culturas.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

Porque los niños son diferentes, sienten diferente y tienen respuestas diferentes. Si el niño está en España o si el niño está en Norteamérica pueden haber algunas diferencias, por ejemplo, si tu niño hace un Test. Que tiene algún diferente significado en España que en Canadá, entonces yo pienso que habrá diferencias.

La mayoría de tiempo encontraras mas diferencias entre niños de la misma cultura que las que encontraras a través de diferentes culturas.

El problema es que a menudo hacemos asunciones sobre las otras culturas. Ello puede interferir si lo usamos en diferentes estudios.

Pienso que esto es extremadamente importante para la investigación. Por esto digo que debéis ser muy cuidadosos en esto.

Nosotros hemos realmente hecho este tipo de estudios multiculturales haciendo estudios en niños en Canadá, Islandia y Tailandia. Pensamos que puede haber diferencias culturales, especialmente con Tailandia porque es un país distinto. Pero no sabemos exactamente. Intentaré usar las mismas medidas y los mismos criterios en las diferentes culturas. A menos que tengamos algún específico conocimiento acerca de esa cultura usaremos los mismos criterios.

El dr. Buskila mencionó estudios culturales y en sus resultados no encontraron grandes diferencias.

Yo pienso que todo el problema viene de los estudios antiguos que encontraron diferencias. Porque ellos daban diferencias con los estereotipos. Ellos no se sumergían en la cultura. Ellos solamente veían que estaba pasando. No



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO

intentaban entender en realidad que estaba pasando. Solo veían la apariencia del problema.

Yo recuerdo un muy interesante estudio, creo que fue hecho en emiratos unidos en donde Harrison hizo un estudio con mujeres que daban a luz. Haciendo diferentes grupos entre mujeres beduinas y mujeres de la cultura local.

Ella concluyó que las mujeres beduinas daban a luz sin decir mucho, ni gemir, ni gritaban mucho.

Pero cuando ella les preguntaba, y ella les preguntaba en la forma adecuada, cuanto dolor estaban sintiendo ellas decían que era realmente terrible.

Sabemos que cuando tenemos un hijo es realmente doloroso, pero ellas simplemente no hacían ruido aunque sentían mucho dolor.

Creo que debemos tener cuidado con las culturas y usar la cultura en un camino muy cauteloso para no hacer asunciones generales sobre la cultura. Espero que pueda ayudar.



II JORNADA INTERNACIONAL DOLOR CRÓNICO PEDIÁTRICO