

gica y socio-cultural, recurriendo en particular a la comunicación.

El médico a través de la comunicación pretende obtener y valorar información acerca del "padecer de la persona", es decir como siente, sufre, teme o valora su enfermedad, pretende además interpretar las molestias del paciente. Lo anterior significa que todo paciente debe ser considerado con la más amplia visión. Es posible esto siempre?

En otros términos el propósito de la comunicación con un paciente es conocer no sólo sus molestias inmediatas, sino también sus fuerzas y debilidades, sus experiencias y vivencias. El paternalismo, cuya base es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia. ¿Debe aplicarse? Si la comunicación es difícil con el niño o el adulto mayor ¿Quién debe decidir: el paciente, el médico o sus familiares? No hay respuesta única, ni definitiva. Una realidad que incide en el problema es que el que el médico al tratar un paciente niño o un paciente viejo, por lo general nunca los trata solos, debe tratar con otros actores, sus familiares. ¿Aplicar el modelo de autonomía? Surgen muchas otras preguntas: ¿Recurrir al paternalismo?, ¿a la benevolencia?. ¿En que medida basarse en el consentimiento informado? ¿Aquí la aplicación de la Carta de los Derechos de los Pacientes? Y la de los niños, y la aplicación de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

Con otro enfoque ¿Se puede cuantificar la magnitud del problema? en México en el año 2000 había 99'582,000 habitantes, niños menores de 9 años eran 21'952,000 y personas mayores de 60 años eran 6'917,000 (?) respectivamente, el 22% y 7% de la población. Si bien es verdad que no todos presentaban problemas de enfermedad ni comunicación, si es cierto que en promedio el primer grupo tenía tres consultas por año y el segundo seis, lo que significaba 107'358.000 atenciones por año o sea 294,131 consultas por día, o sea casi 300,000 problemas de comunicación por día.

En resumen la comunicación con los pacientes en los extremos de edad de la vida es un reto para la atención médica. ¿Cómo lograr la calidad? ¿Cómo evitar conflictos?

El paciente pediátrico hospitalizado

DR. CARLOS DAVID GONZÁLEZ LARA

Médico por la UNAM. Especialista en Pediatría Médica y Cirugía Pediátrica. Recertificado en ambas especialidades. Maestría en administración de Instituciones de Salud. Diplomado de Alta Dirección en el IPADE. Ha obtenido numerosos reconocimientos por su labor en el campo de la

pediatría. Amplia experiencia docente. Diversas publicaciones en revistas y libros. Actualmente director del Hospital de pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción

El presente trabajo fue el resultado de la tesis de maestría de Administración de Instituciones de Salud en la Universidad La Salle, México, favorecida por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se llevó al cabo en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Las quejas de la atención médica, son el arma más valiosa del directivo, para mejorar la calidad de dicha atención. El presente comunicado, fue motivado precisamente por esta serie de descontentos, en los que finalmente se concluyó que la mayoría se generaban por la falta de una adecuada comunicación que favoreciera la relación médico paciente, o médico familiares, tratándose de niños.

En la práctica médica la relación con los pacientes y en caso de los niños de gran importancia, la relación con sus padres, fue formalizada desde 1910 en los Estados Unidos de Norteamérica con una serie de reglas y compromisos por parte de los profesionista que enfocaban fundamentalmente la asistencia, la capacitación, el atuendo y la "mayor información a la sociedad". El ingrediente fundamental fue desde luego infundir confianza, agregándose el respeto y la interdependencia en el proceso de la comunicación. Los resultados de dicha comunicación, están íntimamente relacionados con los atributos de médicos y pacientes, de los que se ha escrito en términos conductuales para ambos personajes, evocando modelos ideales.

El entorno político, social, profesional, laboral, cultural, educacional y religioso forma parte muy importante de esta relación. El proceso de la comunicación, se convierte en una interdependencia del facultativo y el enfermo o sus familiares, común y vital para ambos, con un objetivo definido que tiene que ver con el proceso salud enfermedad.

Este proceso, resulta estar lleno de dificultades relacionadas además de las naturales para superar la enfermedad, con las inherentes al sistema de información al través de la comunicación misma y la puesta en juego por los médicos, padres y otros familiares de los principios de beneficencia, autonomía y justicia que ante la gravedad de las enfermedades, se mueven en muy diversos sentidos y en ocasiones perjudicando a los niños afectados.

Marco teórico

La información, serie de datos emitidos, procesados y emitidos, debe ser transformada para que forme parte del sistema de comunicación, en señales con total comprensión para el receptor, que a su vez retroalimenta también con mensajes de total entendimiento al emisor, en este caso el médico.

7. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de Población de México. 1996-2050. México. CONAPO. 2000. p. 20.

Este sistema, debe mantener una interrelación continua y en las salidas del mismo, emitidas por los interlocutores, debe existir el máximo cuidado, de señales que provienen del procesamiento (caja negra) particular de cada uno.

Es indudable que la caja negra del sistema, está influenciada por otros subsistemas o suprasistemas de tipo social, técnico, administrativo y de otra índole que de desorganizarse, dan origen a la entropía en la comunicación y la pérdida de la misma.

El mensaje del EMISOR, el médico, tiene como punto medular, el conocimiento de la enfermedad, es decir del diagnóstico que ocurre precisamente en un paciente determinado, pero para emitirlo, es necesaria su traducción adaptándose al RECEPTOR y acorde con lo que se quiere transmitir, alineándose a sus atributos considerados como la exactitud, el otorgamiento con oportunidad, la pertinencia, la integridad, es decir, la información completa, la frecuencia necesaria y el alcance pertinente con la presentación adecuada al caso, como por ejemplo, la información verbal, escrita, con gráficos, dibujos, o de otro tipo.

Es necesario, considerar por el EMISOR, los posibles efectos de su comunicado. Sin embargo, este, se encuentra revestido por una serie de factores como el orden planeado de acuerdo a sus expectativas, su jerarquía dentro del equipo médico, el liderazgo que representa y algunos otros percibidos por el emisor como la confiabilidad, su aspecto, amabilidad, grado de empatía, el lenguaje verbal y corporal, su congruencia y hasta el tono de voz.

En vista de ser un proceso abierto, es más susceptible de que se pierda la homeostasis entre las partes. En la desestabilización se considera la repetición (limitación de conductas) de información, la influencia de una personalidad en otra, el área sintáctica, es decir la manera de transmitir la comunicación, relacionada con la codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades del lenguaje a las que no interesa el significado del mensaje el área semántica, de gran importancia, que se refiere al significado del mensaje y el área pragmática referente a la repercusión de la comunicación en la conducta, relacionada con el lenguaje corporal, y conductual. Finalmente, es necesario tomar en cuenta, la metacomunicación que son las reacciones del emisor-receptor, muy variadas, voluntarias, involuntarias a veces patológicas con referencias incluso a vivencias pasadas, una vez recibido el mensaje.

La circularidad que se produce por la alternancia de los informes entre el emisor, procesamiento por el receptor y las salidas con nuevos cuestionamientos al emisor puede reafirmar el mensaje si no hay pérdida de la homeostasis.

El receptor puede romper dicha homeostasis si el mensaje es complejo, con idioma no comprensible, si su personalidad o estado de ánimo no es congruente con el mensaje, si sus expectativas no coinciden.

El estado de ánimo (ánimus de Jung) negativo incluye el sentido de culpa, el conocimiento del tema y las creencias, influyen también en la percepción.

Así pues, la comunicación puede tornarse en amenazadora o no amenazadora durante sus diferentes fases:

En la evaluación del emisor, si las preguntas se hacen midiendo al receptor, en el control cuando se procura la adherencia a la información, asumiendo pronunciamientos sin permitir su análisis. En la estrategia puede cometerse una infracción, cuando el emisor pretende solo alcanzar un objetivo a costa de manejar al receptor a veces como inferior. Al asumir neutralidad en el mensaje se puede considerar falta de interés para lo cual es necesario aplicar la empatía. En la certidumbre, manejar la información como enseñanza magistral, puede ser inapropiado, sobre todo considerando que no siempre existe esta en los estados de salud – enfermedad.

Por ultimo, del mensaje, resulta esencial el orden, el clímax y anticlímax, sobre todo cuando se le otorgan las malas noticias. También el lenguaje empleado, situación particularmente frecuente en los informes médicos que se encuentran plagados de lenguaje técnico.

Los atributos de una buena comunicación pueden señalarse a decir de Avedis Donabedian como sigue:

- Congruencia en las expectativas y en la orientación.
- Adaptabilidad y flexibilidad tomando en cuenta las expectativas y la demanda de la situación clínica.
- Ganancia para el usuario y para el terapeuta.
- Estabilidad al mantener relaciones con un máximo de autonomía para el paciente y familiares, con libertad de acción y movimiento.
- Mantenimiento del nexo no solo con el paciente y los padres, también con la red familiar y la sociedad.
- Máxima participación activa del paciente y/o sus padres, al través del conocimiento del estado de salud, toma de decisiones y apego a la terapéutica prescrita.
- Estrecha relación sin dependencia.
- Confinamiento de la influencia y acción del médico y del paciente, dentro de sus funciones sociales legítimas.
- Evitar la explotación en ambos sentidos, desde el punto de vista social, económico, sexual o de otro tipo.
- Mantener ambos, la dignidad y la individualidad.
- Mantener la privacidad.
- Mantener la confidencialidad.

Material y métodos

La investigación llevada al cabo fue de diagnóstico, analítica, descriptiva y transversal, diseñada a partir de un problema real relacionado con las quejas de los padres de pacientes hospitalizados, sobre la hipótesis de no considerar adecuado el sistema de información.

Se elaboró un instrumento a manera de encuesta previamente validado, con prueba piloto, de 25 reactivos cerrados y uno abierto, con base a indicadores de las diferentes variables, mismo que se aplicó previo consentimiento informado a una muestra poblacional de 333 padres o madres

de los niños enfermos y hospitalizados en el periodo de 3 meses, lo que representa un 70.1% del universo del estudio, tomando en cuenta que la encuesta fue aplicada a pacientes que por primera vez ingresaban a la unidad.

Además de la aplicación del instrumento, el grupo de trabajadoras sociales, previamente instruidas, tomó nota de los comentarios directos de los padres, independientes de la encuesta escrita y que fueron tomados en cuenta en los resultados.

El Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, sede del presente estudio, pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con 182 camas censables y 60 no censables, con pacientes distribuidos por edades biológicas y atiende padecimientos complejos enviados de Chiapas, Guerrero, Querétaro, Morelos y del Distrito Federal, cuyo motivo de egreso se refiere en un elevado porcentaje a leucemias, tumores sólidos malignos, insuficiencia renal terminal, malformaciones congénitas, cardiopatías severas que requieren con frecuencia cirugía, neonatos con afecciones perinatales graves, registrándose un peso relativo de grupos relacionados con el diagnóstico de 1.3. y un número mensual de egresos de 465 pacientes, con una rotación mensual por cama de 3.3 y un 36% de pacientes que ingresan por primera vez en el término de un mes calendario.

El análisis de los resultados fue con frecuencias simples y solo en algunos parámetros, se aplicó la prueba de X^2

Resultados

Características generales de la población estudiada.

La edad de los padres entrevistados varió entre 26 y 35 años en el 65%, encontrándose un 22.8% de unión libre en las parejas y un 6% de madres solteras. El apoyo económico dependió del padre en un 76%. Con un ingreso familiar por debajo de un salario mínimo en el 25%. 46% con dos salarios mínimos y el resto por arriba.

La escolaridad llegó al nivel de secundaria en el 37%, el 22% solo cursó la primaria o no la concluyó. No se encontraron analfabetos.

Sobre la comunicación.

El principal emisor de la información fue el médico tratante, solamente en un 15%, la referencia sobre el padecimiento fue otorgada por otra categoría del personal. Las causas referentes al 15%, son debidas a la ausencia del médico cuando el padre o la madre lo buscan, aun dentro de su horario de trabajo.

Respecto a la precisión y seguridad de la información médica, se correlacionó con el conocimiento del diagnóstico por el médico en el momento de dar la información que por cierto, en la Unidad, entre un 5 y 10% de los diagnósticos se conocen con precisión a partir del 5º día en promedio. La experiencia del médico influye en este dato de comunicación.

El resultado fue del 79.6% en la que los padres percibieron seguridad en la información.

La resultante en credibilidad y confiabilidad se encontró entre el 81 y 83% y fue congruente con otras respuestas del cuestionario.

Relacionado con la empatía del médico y una vez explicado el significado del término, los padres respondieron en un 80% como satisfactoria.

La actitud del médico al informar, fue positiva en un 81%. El 15% de los progenitores, mencionaron que su actitud, los desanimó, que no percibieron palabras de apoyo o de aliento, incluso, encontraron al médico desanimado, presuntuoso, falta de compasión y frío al dar el informe correspondiente.

Esta respuesta correlaciona con la que se refiere al bloqueo por parte de los padres para recibir la información dado su estado de ánimo.

La apariencia del médico en su atuendo y cuidado personal resultó positiva en el 91%. Las respuestas negativas se refirieron a la falta de atención al paciente al dejarse de lavar las manos para explorarle.

De la comprensión o entendimiento del informe médico, el resultado satisfactorio fue apenas del 79.3%; la mayor parte de los padres adujo la falta de entendimiento al lenguaje técnico empleado y se relacionó estadísticamente ($p < 0.01$) con la congruencia entre el lenguaje verbal y el lenguaje corporal.

36 madres y padres, opinaron no haber encontrado satisfacción por parte de sus médicos, al recibir de ellos las malas noticias sobre la enfermedad de sus hijos

No obstante que la repetición del mensaje se considera adecuada, solamente se insistió en este punto en el 15% de la información, según respuesta de los familiares, sin embargo se encuentra poca relación de la respuesta al compararla con el porcentaje de comprensión de la comunicación, a pesar de no ser repetitiva ($p > 0.5$)

El apoyo gráfico para la comunicación les pareció importante a los padres en los casos quirúrgicos y solo ocurrió en el 25%. Para otro tipo de padecimiento, no lo consideraron relevante. No obstante y en general, solo se dio apoyo con dibujos en el 23%.

El hacer referencia a lo ocurrido en otros casos y en general a la morbilidad e incluso a la mortalidad por el padecimiento que aqueja a los pacientes sucedió en el 30% y fue producto de la evolución en el proceso de la información, es decir se consideró oportuno otorgarlo solamente en ese porcentaje.

El sitio y formalidad de la información fue seriamente objetada por los familiares. Solo se otorgó en forma y fondo en un 66%. Las respuestas negativas manifiestan informes al pie de la cama, delante de otros pacientes o familiares de esos pacientes, en los pasillos, con horarios muy variables que les obliga a "perseguir" a los médicos, en condiciones de poco confort.

La respuesta respecto al conocimiento de la enfermedad de sus hijos fue limitada y solo respondieron positivamente el 39%, que muestra un obstáculo real para el flujo de la comunicación, aunque seguramente fue substituida por otros aspectos.

Por último al analizar el estado de ánimo al recibir la información, el 81.4% respondió a la pregunta, señalando que el estado de ánimo no influía en la relación con el médico en el momento del informe.

Al calificar globalmente el resultado de la encuesta, se obtuvo un promedio de respuestas positivas solamente del 79.58%, que descubre varias áreas de oportunidad para obtener mayor satisfacción de los padres y ubica a la Unidad Médica en un sistema de comunicación no del todo satisfactorio.

En las respuestas a la pregunta abierta y a la comunicación directa con los padres, se obtuvieron sugerencias que implican derogar el lenguaje con tecnicismos empleado, una información mas detallada a un horario predeterminado, con acuerdo entre médicos, enfermeras para hacerla, en sitios adecuados, sobre todo cuando se trata de noticias muy desagradables y en los casos necesarios, con el apoyo gráfico como coadyuvante en el entendimiento de la información. Algunos padres comentaron la necesidad de conocer en grupos o individualmente algo más de la enfermedad, su evolución y los diversos pronósticos y la facilidad para conocer la evolución de la enfermedad a cualquier hora.

Comentarios

Prácticamente han quedado insertos en los resultados, solo resulta importante comentar que en México, poca importancia parece habersele dado a la información y con ello a la relación médico paciente, lo que seguramente está relacionado con el número de quejas en la atención. Por otra parte, no existe evidencia que dentro de la planeación de un hospital se destinen áreas específicas para llevar al cabo este proceso que si bien debe mantenerse impregnado de humanismo, debe contar con todo el apoyo administrativo, informático y de confort necesario.

Resulta finalmente interesante señalar que no existe una educación específica para dar a los padres las malas noticias, momento en el que la experiencia ha señalado, se produce el mayor conflicto, la mayor insatisfacción y las numerosas quejas que parte de las mismas están relacionadas con la negación psicológica de la enfermedad grave y no pocas veces mortal.

Bibliografía

ALMANZA José de J. M. Jimmie Holland. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente. Revista de Sanidad Militar México. Vol. 53. No.3. May-Jun 1999
 AGUIRRE G. Héctor. Calidad de la atención médica Ed. Conferencia Americana de Seguridad Social. ed. 2ª. México pp. 350

CASAMADRID Julia. La relación médico – paciente. II Simposio Internacional. Memorias. Ed. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. ed. 1ª. México 1998 pp.286.
 CORDERA P. Armando. El concepto de no abandonar. En: Directivo médico. Ed: Cordera editores. México 1996 Noviembre – diciembre; 3:31-35.
 CORDERA P. Armando. La relación médico- paciente- familia. En: Directivo médico. Ed: Cordera editores. México 1994 Julio – agosto; 1:9-17.
 CRISHOLM A. Christian. Communicating bad news. Obst.Gyb. EUA. 1997;90:637-639.
 CHAVEZ A. Héctor. ROSILES B. Miguel A. La relación médico- paciente. Un enfoque comunicacional. Rev.Med.IMSS. México 1994;32:179-182.
 DONABEDIAN Abedis. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. Milbank Memorial Foundation Q. 1972;50 (part 2): 117.
 DRAYER Charles et al. The informing interview. American Mental Deficiency EUA.
 GILLIGAN T. RAFFIN T.A. Physician virtues and communicating with patients. USA. New Horiz. 1997: Feb. 5(1): 6-14.
 GIBB R. Jack Defensive communication. Journal of communication. USA. 1961. Sept. Pp. 141-148.
 HARP C. Michel et al. Communicating medical bad news. Parents experiences and preferences. J.Pediatr.EUA. 1992;121:539-546.
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Anuario de labores de 1999 del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. México Distrito Federal.
 JANICH Horacio. Daño iatrógeno en la relación médico- paciente. Gac.Med.Méx. 1995;131:545-549.
 KORSCH. M. Barbara et al. Gaps in doctor patient communication. Pediatrics. EUA. 1968;42:855-870.
 KRHAN L. Gloria et al. Are the good ways to give bad news. Pediatrics EUA. 1993;91:578-82.
 LIFSHITZ Alberto. La confianza en un diagnóstico. Rev.Med.IMSS.México. 1996;34:183-187.
 RHEINGOLD H. Luis. Interpreting mental retardation to parents. Journal of Consultation Psychologist. USA. 1945;9:162-167.
 ROJAS S. Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. Plaza y Valdéz. ed.21ª. México 1998. p. 437.
 SANPIETRO Laura. Comisión de arbitraje médico. Memoria del II. Simposio internacional. México 1997. p. 286.
 STEIN H. F. The influence of countertransference on the decision making and the clinical relationship. Continuing Education. USA. 1983;123:625-629.
 WATZLWICK Paul y cols. Teoría de la comunicación humana. Ed. Herder. ed 11ª. Madrid. 1997. p.260.

La ética en la Comunicación con el paciente pediátrico

DR. GABRIEL CORTÉS GALLO

Egresado de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato. Posgraduado en pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS en México D.F. con reconocimiento por la UNAM. Certificado por el consejo de la especialidad. Profesor asociado "C" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato. Director del Hospital General Regional de la Secretaria de Salud Guanajuato 1996-2001. Coordinador fundador del Centro de Investigaciones en Bioética de la Universidad de Guanajuato. Socio numerario del Colegio de Pediatras de Guanajuato, de la Federación de Pe-