

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 haberse 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.

JINICH 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-

diatría del Centro Occidente de México y de la Confederación Nacional de Pediatría de México. Miembro numerario de la Academia Mexicana de Pediatría. Autor o coautor: 2 libros, 15 capítulos en libros y 21 artículos en revistas de publicación periódica. Actualmente Presidente del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría y Director de área en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Trataré el tema de la ética en la comunicación con el paciente pediátrico abordando cuatro puntos principales:

1. El consentimiento informado en los niños,
2. Los principios éticos involucrados en las decisiones tomadas por y para los niños,
3. El desarrollo del pensamiento moral en este grupo humano y
4. Estrategias para mejorar la comunicación con ellos.

El consentimiento informado, entendido como el acto mediante el cual se comunica detalladamente al paciente sobre el padecimiento, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, pronóstico, posibles complicaciones y riesgos inherentes, a efecto que los autorice en forma consciente, libre y responsable, requiere de que quien toma la decisión, disponga de información completa, clara y actualizada, comprenda la misma y analice los riesgos y beneficios que emanarán de la decisión tomada, y que ésta se elija en forma autónoma.

Todo esto demanda que la persona que decide sea competente para tal acción. Esta competencia, necesita de la concurrencia de tres facultades mentales:

- La conciencia, entendida ésta como el sentimiento interior por el cual una persona reconoce sus acciones, esto es, tener noción del bien que debemos hacer y del mal que tenemos que evitar.
- La inteligencia, facultad de comprender, de conocer, es decir, la aptitud para establecer relaciones entre las percepciones sensoriales, o para abstraer y asociar conceptos y
- El raciocinio, que es la capacidad para inferir un juicio desconocido, a partir de otro u otros conocidos.

Si tomamos en consideración estas tres facultades mentales, necesarias para poseer la competencia para tomar decisiones acerca de nuestra salud, podemos reconocer que los niños pudieran tener limitaciones en dos de tales capacidades: por una parte en la inteligencia, ya que la aptitud del raciocinio se alcanza alrededor de los siete años y la de abstracción, que se adquiere durante la adolescencia.

Por esta razón es que los padres, quienes suponemos son los protectores idóneos de los intereses de sus hijos, son las personas que deben suplir estas deficiencias propias del desarrollo y tomar las decisiones más adecuadas para los menores.

Podemos identificar entonces, que en estos procesos subrogados se encuentran en juego algunos preceptos (vis-

tos quizá en forma simplista en los cuatro principios *prima facie* de la doctrina del principialismo de Beauchamp y Childress) como son el de la autonomía o libre albedrío, el de beneficencia, el de no-maleficencia y el de justicia, involucrando en este último el deber, tanto de los padres como de la sociedad, de proteger al niño. Ayer, en su conferencia, el Dr. José Luis Martínez Villalba destacaba las dificultades que plantean los adeptos a la secta religiosa de los Testigos de Jehová al prohibir la administración de sangre o sus derivados, tejido que en algunas circunstancias resulta vital para la práctica correcta de la medicina. Obstáculo que cuando se refiere a adultos competentes generalmente se resuelve a favor del paciente, pero que, tratándose de infantes, la sociedad, a través de los médicos y de la autoridad correspondiente, tiene el deber de proteger los intereses de estos menores, incapaces de decidir por sí mismos.

¿Pero, cuándo se adquiere la competencia para decidir acerca de lo que conviene para sí mismo?. Por definición (Declaración de los derechos del niño), se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad. Nadie dudaría que un adolescente emancipado es capaz de tomar sus propias decisiones, sin embargo, para fines legales esta capacidad se logra en nuestro País, a la edad antes referida.

Si atendemos a la teoría del desarrollo del razonamiento moral de Kohlberg, quienes son capaces de decidir, son aquellos sujetos que están en el tercer estadio evolutivo, etapa en la cual las decisiones se toman de acuerdo con sus principios y no son influidos ni por el premio o castigo que conlleve el curso de acción tomado (primer estadio), ni por la tendencia observada por el grupo etario y social al que pertenece (segundo estadio).

No hay duda que para los niños pequeños el sólo pensar en la molestia que un procedimiento médico puede producirles, les conduciría a rechazar el método, por lo que no existiría mucha duda en conceder a los padres la autoridad para decidir sobre sus hijos.

¿Qué piensan los niños de seis años o más, a quienes les atribuimos capacidad de razonamiento?

Agradezco al Dr. Jorge Hernández Arriaga y a la Dra. Laura Elvia Hernández Cervantes del Centro de Investigaciones en Bioética de la Universidad de Guanajuato, por permitirme utilizar sus datos (no publicados) de la encuesta piloto sobre la toma de decisiones en el paciente pediátrico. En ella se incluyeron treinta niños, 12 mujeres y 18 varones. Al momento de su ingreso se les informó en qué consiste una biometría hemática y la colocación de una venoclisis y luego se aplicó una encuesta, con la finalidad de analizar si comprendieron la información y si estaban de acuerdo con los procedimientos, así como quién debería de dar la autorización para la realización de los mismos.

Acerca de la biometría hemática 19 (0.6) comprendieron la información y 21 (0.7) lo correspondiente de la venoclisis,

sin diferencia significativa en el entendimiento de ambas técnicas ($X^2 = 0.30$, $P > 0.05$). Cuando se les preguntó si estaban de acuerdo con ambos procedimientos 6 (0.2) contestaron negativamente y la razón fue miedo, se manifestaron temerosos de que les ocurriera algún daño y éste fue siempre referido como la posibilidad de dolor.

Con respecto a quién debiera decidir acerca de realizar o no los métodos, sus respuestas se resumen en el cuadro siguiente:

Edad en años	Médico	Padres	Paciente
6 a 8	5 (0.71)	2 (0.29)	0 (0.00)
9 a 11	2 (0.33)	3 (0.50)	1 (0.17)
12 a 14	2 (0.12)	7 (0.41)	8 (0.47)

Entre paréntesis se encuentran las proporciones de cada grupo de edad. Como puede apreciarse, los más pequeños designaron al médico como el subrogatario de su decisión, los del grupo intermedio prefirieron a sus padres, y los mayores estarían más de acuerdo en tomar la decisión ellos mismos. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10.4$, $P < 0.05$).

Aunque se trata de una encuesta piloto, con una muestra pequeña, es interesante apreciar la tendencia observada en el decisor principal.

¿Cómo podremos favorecer la comunicación con los niños y, sobre todo, irlos capacitando para participar cada vez más en las decisiones que les afectan? La Academia Americana de Pediatría nos proporciona algunas estrategias relacionadas con la edad de los niños que enlisto a continuación:

- A los de 2 a 3 años, dejarle la decisión de ser explorado en la mesa o en el regazo de su madre
- A los de 4 a 5 años, dirigir a ellos el interrogatorio
- De los 6 a los 8 años, dar a ellos las explicaciones del problema y del tratamiento. Ofrecerles la receta para comprometer su colaboración en el tratamiento
- En los de mayor edad, alguna parte de la consulta o de la visita efectuarla sin la presencia de los padres.

Una buena práctica es saludar primero al niño que a los papás, y recibirlos en la puerta del consultorio, encucillados, para que la figura del médico no sea tan grande que los inhiba. Seguramente ustedes diseñarán otras tácticas de igual o mayor eficacia, sólo hay que intentarlo.

Los problemas con los niños mayores pueden darse con referencia a la confidencialidad, punto fundamental de la relación médico-paciente; sobre todo, cuando el menor muestra que es capaz de tomar decisiones autónomas y nos pide que no lo comentemos con los padres. A ellos les agrada la confianza, sin embargo, es recomendable analizar los riesgos para la salud del paciente, sobre todo adolescente, en cuyo caso, si el riesgo es mayor, deberemos comentarles la necesidad de exponer a los padres aquello cuyo secreto profesional se nos pide.

Cuando existe conflicto entre padres e hijos, si los primeros están disponibles y la capacidad de los niños para la toma de decisiones está limitada, el médico deberá mediar en los desacuerdos.

La responsabilidad del médico consistirá en promover la autonomía del niño, evitar la influencia excesiva de los padres, reconocer sus valores y proyectos de vida, y sobre todo, cumplir con la responsabilidad de proteger los mejores intereses de los niños.

Comunicación con el adulto mayor

DR. JUAN JOSÉ GARCÍA GARCÍA

Médico Cirujano, egresado de la Facultad de Medicina, UNAM. Maestría en ciencias sociomédicas, área de epidemiología. Facultad de Medicina, UNAM. Profesor del depto. de medicina social, medicina preventiva y salud pública (actualmente de salud pública), desde el 16 de marzo de 1981. Profesor asociado "A", tiempo completo, desde 1990. Profesor de cursos extracurriculares para estudiantes de pregrado en el campo de la educación para la salud. Profesor en más de 20 cursos de actualización o monográficos, en las áreas de epidemiología, estadística, administración, salud en el trabajo, geriatría. Profesor de diversos diplomados: salud en el trabajo, enseñanza de la epidemiología, metodología de investigación. Profesor en distintas asignaturas del área de la medicina preventiva y social a nivel de especialización y de maestría. Responsable de la revisión y actualización de programas académicos de las asignaturas salud pública III y salud pública IV. Depto. Salud Pública. Coordinador de enseñanza de 3o. Y 4o. Año, del depto. De salud pública, de 1992 a la fecha. Ha publicado varios artículos en revistas nacionales.

Introducción

Hablar de comunicación es referirse a un proceso de compartir o intercambiar información, por lo que dentro del marco la relación médico-paciente, esta tiene que ver con la situación de salud de una persona con ciertas características en función de su edad.

Por otra parte es importante considerar qué tipo de médico participa, general o especialista; en qué lugar ocurre el encuentro, en el domicilio del paciente, en un consultorio, o en un servicio de hospitalización; y, si es en una institución pública o privada.

No obstante algunas particularidades, se intentarán presentar los aspectos que están implicados por ambas partes, así como algunas características relevantes del contexto.