

**Universidad de Palermo**

**TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

***Relación médico- pediatra-paciente-familia***

**Alumna: Viviana Cora Decunto**

## 1. INTRODUCCIÓN

La Práctica y Habilitación Profesional V de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo en un Hospital Interzonal Gral. de Agudos del conurbano bonaerense. La misma tuvo una carga horaria de 320 horas con un promedio de 20 horas semanales. Las actividades se realizaron en el área de Pediatría de dicho nosocomio, bajo la coordinación de la Lic. Nora Gelassen, a cargo del departamento de Psicología del sector. En el transcurso de la pasantía se participó de entrevistas de admisión y tratamiento en consultorios externos de Pediatría, como así también en la elaboración y presentación de ateneos y recorridas de salas de internación.

Es en las recorridas de salas donde surge el interés por el tema Relación Médico Pediatra-Paciente-Familia, desde el contacto con los niños, sus padres (en su mayoría madres) u otro cuidador a cargo. Este intercambio, abrió las puertas al conocimiento de una realidad con la que conviven las familias cuyos niños están internados. Dicha realidad se caracteriza por: angustia ante la internación, miedo por el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, preocupación por los cuidados que el niño requiera, entre otros.

Por lo expuesto, el propósito de este TFI es evaluar el nivel de satisfacción de los padres de niños internados en las salas de pediatría con respecto a la Relación Médico Pediatra-Paciente-Familia, teniendo en cuenta la atención e información recibida durante la hospitalización; determinar la valoración de las relaciones que se establecieron entre el paciente infantil, sus padres y el pediatra; explorar la satisfacción de los padres respecto a: la comunicación médico-padres, médico-niño, la reducción del estrés y las expectativas de seguimiento.

Para alcanzar dicho propósito y conocer la satisfacción de los padres de niños internados en las salas de pediatría respecto a la Relación Médico Pediatra-Paciente-Familia, se administró la Escala de Satisfacción de los Padres con los Cuidados Médicos de sus Hijos (*Parent Medical Interview Satisfaction Scale: P-MISS*). Al mismo tiempo se administró una entrevista estructurada para obtener los datos sociodemográficos de las personas encuestadas.

### **Preguntas de investigación**

*¿Qué valor atribuyen los padres o cuidadores de niños internados en las salas pediátricas del Hospital a la relación entre el paciente infantil, ellos mismos y el pediatra?*

*¿Cuán satisfactoria consideran la comunicación médico-padres y médico-niño?*

*¿Consideran la comunicación como fuente reductora de estrés?*

### **Justificación**

El progreso que se dio en la segunda mitad del siglo XX en la Medicina condujo a la ultra especialización y la tecnoadición. Estos cambios trajeron aparejados la desvalorización del médico general o médico de familia caracterizado por priorizar el contacto humano. Esta tendencia atomizadora de la Medicina también afectó la práctica de la Pediatría. En la actualidad hay una necesidad de reencuentro con el pasado, en el que puedan convivir los avances tecnológicos con el acto de curar más humanizado (Gleich, 2005). A estos cambios se agregan transformaciones en los estilos de vida de las personas, las familias, las comunidades y trabajos, configurándose un nuevo perfil epidemiológico en el que se modifican las formas de nacer, enfermar y morir (Moreno, 2001).

La Relación Médico-Paciente es una interrelación especial determinada por la necesidad del que padece, el enfermo y un otro capaz de brindarle asistencia a partir de su preparación científico-tecnológica, el médico (Rodríguez Arce, 2003).

En Pediatría, la Relación Médico-Paciente presenta una particularidad, ya que ningún pediatra atiende sólo a niños, también se relaciona con su familia; y son los padres los que solicitan la asistencia del pediatra desde lo que ellos codifican como estado de enfermedad de su hijo (Pérez, 1977). Por lo tanto, la función del médico no sólo es curar, también cuidar y acompañar al niño y su familia, favoreciendo el diálogo y la comunicación.

Por ende, este trabajo es un aporte para los médicos pediatras y los diversos agentes y profesionales que contribuyen al bienestar del niño y su familia (Gianantonio, 1991).

## **2. DESARROLLO**

### **2. 1 Historia de la relación Médico-Paciente**

La historia de la relación médico-paciente es tan antigua que antecede a la medicina misma. Cuando esta ciencia estaba en su prehistoria, ya se establecía la relación entre el hombre enfermo y un otro responsable de reestablecer su salud. La responsabilidad de este imperativo social, solía recaer sobre un chamán, un sacerdote u otro similar. Existen referencias sobre la relación Médico-Paciente en todas las civilizaciones que, impregnadas por las concepciones místicas dominantes, veían al médico como representante de los dioses. Es posible pensar, entonces, que los hombres, ya en remotas épocas, encontrarán en esa relación un agente terapéutico (Rodríguez Arce, 2003).

### **2. 2 Historia de la relación Médico-Paciente en Pediatría**

Desde el comienzo de los tiempos, el cuidado de la salud de los niños era exclusiva responsabilidad de las madres. Esto parece haber sido reflejo del pensamiento, ideas y culturas que existieron en diferentes épocas (Meneghello, Fanta, París & Puga, 1997).

En documentos como las tablas de arcilla (2100 a.C), o los papiros de Ebers (1550 a.C) entre otros, han quedado registrados hechos y referencias que dan cuenta de la preocupación que las diferentes civilizaciones han tenido por la madre, el niño y la familia (Meneghello et. al., op. cit.).

En culturas como la griega, si bien no contaban con médicos o Iatros para el cuidado de la salud de los niños, conocían las enfermedades de la infancia. A principios del siglo V a.C definían Paideia a la crianza de los niños, concepto similar al de Puericultura; y llamaban País al niño hasta los 18 años y Efebo al adolescente hasta los 21 (Meneghello et. al., op. cit.).

La cultura Romana hizo sus aportes a partir del Derecho Romano y sus estudios sobre el Derecho de Familia; los libros de obstetricia con conceptos de Puericultura de Aurelio Cornelio Celso; las reflexiones pediátricas de Galeno de Pérgamo (siglo I), como también los conocimientos sobre higiene y nutrición infantil y su relato sobre el raquitismo (Meneghello et. al., op. cit.).

La historia de la pediatría árabe comienza con el Corán y hace sus aportes a partir de la traducción de textos de medicina de la época que contribuyeron al conocimiento de la medicina del niño. Razes (860-932) describió científicamente el Sarampión y la Viruela (Meneghello et. al., 1997).

En la Edad Media, con el predominio del Cristianismo, el saber médico quedó limitado a los conventos, y a las grutas o cavernas de magos y alquimistas. Los niños eran tratados como adultos, y el concepto de infancia no existía. En los siglos XI y XII la Escuela de Salerno, comenzó a entregar el título de “*Medicinae Doctor*” a los alumnos que concluían sus estudios allí (Meneghello et. al., op. cit.).

El Renacimiento permitió, con su creciente actividad intelectual y la invención de la imprenta que, en 1472, se publicara el primer libro de Pediatría *Libellus de Egritudinibus Infantium* y en 1545 el primer libro en lengua inglesa por Tomás Phayre titulado *The Booke of Children* (Meneghello et. al., op. cit.).

En 1492, con la llegada de los españoles al continente americano se enfrentan dos culturas diferentes y desconocidas entre sí. Por un lado, el conquistador debió adaptarse a nuevos hábitos de vida para sobrevivir, y por otro debió imponer los suyos. Esto dio origen a la Pediatría Latinoamericana, donde se conjugan hábitos, ritos, supersticiones, costumbres, herboristería y curas mágicas que se transmitieron por generaciones y se conservan aún entre las pautas culturales de la medicina popular. En estas comunidades la función del médico era ejercida por un sacerdote o brujo y los herbolarios actuaban como farmacéuticos. El hallazgo de nuevas hierbas, la magia y la hechicería enriquecieron la medicina europea (Meneghello et. al., op. cit.).

El siglo XIX fue testigo del advenimiento de las universidades y el amanecer de la medicina académica. En esos años se consideraba al niño como un adulto en miniatura, y la enseñanza de sus enfermedades estaba a cargo de las cátedras de clínica médica o la de partos (Meneghello et. al., op. cit.).

La medicina infantil, fue influenciada por los descubrimientos bacteriológicos alcanzados en Europa, su metodología científica y el pensamiento crítico. Esto dio origen a las grandes escuelas pediátricas, especialmente la francesa y la alemana, cimientos de la pediatría latinoamericana moderna (Meneghello et. al., op. cit.).

Alrededor de 1880, comienzan a crearse en las facultades de Medicina la cátedra de Pediatría, esto permite notables avances en el conocimiento de la crianza del niño, del cuidado de su salud y sus enfermedades. Se crean los primeros servicios de Pediatría en Hospitales generales y también los primeros hospitales pediátricos, inspirados en el Hôpital des enfants malades de París, fundado en 1802, el cual se dedicaba a la internación de niños (Meneghello et. al., 1997).

Hacia fines del siglo XIX, aparecen en América Latina las primeras revistas científicas, siendo la primera en nuestro país la Revista del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. En 1905, se crean los Archivos Latino Americanos de Pediatría que favorecieron el intercambio científico permanente entre América y Europa; a éstos se sumaron boletines informativos, folletos, libros, normas de diagnóstico y tratamiento, dando origen a jornadas y congresos regionales, nacionales e internacionales (Meneghello et. al., op. cit.).

En 1968 se realiza en México el XII Congreso Internacional de Pediatría, siendo el primero en América Latina (Meneghello et. al., op. cit.).

Cada vez fue mayor la vinculación de las asociaciones con los ministerios de salud y las organizaciones internacionales, tales como el Centro internacional de la infancia, el Instituto Interamericano del Niño, la Organización Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) y UNICEF. El acercamiento con la OPS permitió el contacto permanente con la Pediatría de los Estados Unidos (Meneghello et. al., op. cit.).

Los conocimientos adquiridos apuntalaron el mejoramiento de la atención de los niños y la organización de los servicios de pediatría y neonatología de los distintos países (Meneghello et. al., op. cit.).

El surgimiento de los primeros hospitales pediátricos se dio en algunos casos a partir la transformación de las antiguas Casa Cuna o Casa de Expósitos y, en otros casos, se crearon directamente (Meneghello et. al., op. cit.).

Entre los hitos que marcaron la historia de la Medicina y la Pediatría de nuestros tiempos, tenemos por un lado el aporte de las vacunas que permitió un salto impensado en la prevención a través de las inmunizaciones; las sulfamidas en 1935 y los antibióticos en 1942 que modificaron la historia de las enfermedades infecciosas de la infancia; la introducción de los corticoides en la década de los 50; los cambios en el manejo de

problemas metabólicos; el control de la enfermedad diarreica aguda a partir de la rehidratación oral; las investigaciones sobre fisiología obstétrica y perinatal en 1960 y la internación conjunta madre hijo alcanzada con la insistencia del Dr. Florencio Escardó (Meneghello et. al., 1997).

Por otro, los avances tecnológicos a finales del siglo XX, favorecieron el desarrollo de la alta complejidad, aunque no de manera uniforme. Con el afán de corregir ese desequilibrio, en 1978, las autoridades de salud de todos los países del mundo, se reunieron con el lema “Salud para todos en el año 2000” en ALMA-ATA, cuya estrategia fue “Atención primaria para la salud”. Pese a estas propuestas, los desfases continúan, no existiendo una estrategia moderna y de excelencia de cuidado primario (Meneghello et. al., op. cit.).

### **2.3 Modelos de interacción Médico-Paciente**

En los últimos 100 años el modelo de interacción Médico-Paciente es motivo de controversia y debate. Gran parte de la discusión se centra en el valor que se atribuye a la autonomía del paciente, pero aún no se alcanza un grado de consenso adecuado (Sobrino López, 2003). La autora, señala que, en 1992, Emmanuel y Emmanuel proponen cuatro tipos de modelo de relación médico-paciente diferentes: el paternalista, el informativo, el interpretativo, y el deliberativo.

El modelo de relación paternalista es el más antiguo pero aún persiste. En este, el médico es el encargado de discernir qué es lo mejor para su paciente, ya que ambos asumen que el profesional es la persona capacitada, y el paciente asume un rol pasivo (Carvallo, 2005).

En el modelo informativo, también llamado científico o técnico, es el médico que en su rol de técnico experto da a su paciente la información que considera relevante y este, de acuerdo a sus valores, determina cuál es la terapéutica más adecuada para su problema (Carvallo, op. cit.).

En el modelo interpretativo, el médico actúa como consejero. El profesional informa a su paciente sobre la naturaleza de su afección, los posibles riesgos y los beneficios de cada intervención; y a la vez ayuda al enfermo a aclarar e interpretar su padecimiento (Carvallo, op. cit.).

Por último, el modelo deliberativo es en el que el médico actúa como maestro-amigo y propone al paciente un diálogo conjunto para establecer qué tipo de acción diagnóstica-terapéutica será la más adecuada (Carvallo, 2005).

Los cambios en la atención al paciente son evidentes; del tradicional modelo paternalista en el que el médico era el protagonista, se pasó a priorizar el rol del paciente y la relación humana. Por su parte, Silverio (2007), menciona la existencia del modelo mecanicista, el cual ha generado grandes avances en el plano científico y tecnológico, pero la visión integral del hombre quedó fragmentada ya que este suponía a un sujeto subdividido en partes posibles de reparar por especialistas.

La relación médico-paciente se vio afectada tanto por la inclusión de la alta tecnología que surgió de los nuevos paradigmas médicos como por los cambios que se produjeron dentro de la sociedad. La aparición del SIDA marcó un hito en el desarrollo científico de la medicina y la relación médico-paciente sufrió un giro importante a partir de esto. El SIDA puso de manifiesto una disyuntiva entre una medicina cada vez más científica, con técnicas más precisas y por otro lado una enfermedad que mata y se extiende. Los médicos debieron hacer frente a una enfermedad nueva, a enfermos que se agravaban y morían, y a una medicina impotente para curar (Silverio, op. cit.).

Históricamente, el modelo paternalista -centrado en el médico- responde al paradigma en el que se fundamenta la ciencia médica, el modelo biomédico (Sobrino López, 2003).

En la actualidad, parte de la población demanda otro tipo de relación, “centrada en el paciente” y no en el médico. Esto se observa en los últimos modelos que, a diferencia del primero, responden al modelo biopsicosocial de George Engel (Carvallo, op. cit.).

#### **2. 4 Pasaje del Modelo Biomédico al Biopsicosocial**

El Modelo Biomédico, iniciado por Brighth en el siglo XIX, se basa en una concepción objetiva, patologista, reduccionista y curativa. Mantiene la dicotomía mente-cuerpo, se limita al diagnóstico orgánico-biológico, crea territorios al establecer especialidades con la consiguiente atomización del paciente y el tratamiento se considera externo al enfermo y a la relación (Ceitlin, 1998).

El Modelo Biopsicosocial propuesto por Engel, en 1977, plantea un paradigma que incluye el dominio humano en la experiencia de enfermedad. Este modelo sostiene el continuum salud-enfermedad, ocupándose de la protección y promoción de la salud, el diagnóstico precoz, el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación. Es antropológico integral, se centra en el paciente; es holístico, preventivo y promotor desde la salud; es subjetivo, ya que el paciente es protagonista; el diagnóstico es bio-psico-social; y se basa en la integración mente-cuerpo (Ceitlin, 1998).

En la práctica médica es frecuente encontrar la tendencia a biologizar. Esto se debe en gran medida al proceso de formación de los médicos donde se pone el énfasis en curar el o los órganos enfermos, descuidando otros aspectos y sin considerar al individuo como una unidad biopsicosocial. Este punto de vista es de gran importancia teórica y práctica en el ejercicio de la medicina (Rodríguez Arce, 2003).

## **2. 5 Relación Médico -Paciente**

Lo que determina la relación médico-paciente es la necesidad de alguien que busca ayuda, el paciente, y otro capaz de proporcionarla, el médico (Escardó & Baranchuk, 2004).

Según el autor, al *médico*, que significa el que cuida o asiste y no el que cura, también se lo denomina: *facultativo*, esto expresa su aspecto oficial proveniente de una facultad; *galeno*, relacionado con el pensamiento galénico; y *doctor* (docto: que sabe mucho) que en su remoto origen significa maestro o preceptor, es decir alguien que cuida y enseña. Por su parte, el paciente es aquel que padece, toda persona que sufre y se siente enferma, ya sea en su área física, emocional o social (Escardó & Baranchuk, op. cit.).

Laín Entralgo en 1965 denominó a la relación médico-paciente “de ayuda”, ya que en esta se podía distinguir, por un lado, un tipo de relación que trata al paciente como puro objeto natural y, por otro, la interpersonal caracterizada por una relación entre dos personas iguales “coejecutivas” (Sobrino López, 2003). Para Maglio (1999), esta relación se trata de un proceso de empatía, de aceptación moral y de veracidad.

Según Carvalho (2005), la relación médico-paciente es más que un convenio profesional; se trata de una labor asistencial, de ayuda que tanto el médico como el equipo de salud pueden brindar a las personas que necesitan de otros especialmente cuando están enfermas. Para

que esta relación se constituya en un verdadero acto médico, debe haber entrega y donación recíproca, tanto del que brinda la ayuda como del que la demanda.

La demanda puede ser consciente o inconsciente, y es esta última la que determina la relación médico-paciente. La demanda consciente está dada por el pedido de asistencia que el paciente refiere, y a lo que el profesional tratará de dar cuentas en base a la información brindada por el consultante, los signos que encuentre en el cuerpo y en los estudios complementarios que indaguen el organismo. La demanda inconsciente se relaciona con la subjetividad, que da cuerpo a la organización libidinal del sujeto, con sus afectos, deseos y angustias. Este nivel de demanda está presente todo el tiempo y se trata de otro tipo de saber que desborda la escucha científica y al que no se responde desde la biología (Silverio, 2007).

La mirada clínica debe ir más allá de los síntomas, de lo estrictamente científico; debe ser capaz de intuir, saber definir tanto el perfil de lo mórbido como el de la salud. Ello requiere una integración humanista de la medicina y de quien la ejerce (Carvallo, 2005).

A principios de siglo XX, Freud ya hablaba de los afectos que el paciente transfería al médico y la incidencia que esto tenía en la situación médica. En la actualidad se habla de campo intersubjetivo en esta situación, ya que se juegan tanto las actualizaciones de los afectos de los pacientes con relaciones vinculares pasadas e inconscientes, como así también las que estas pueden o no despertar en el médico (Silverio, op. cit.).

En pediatría, la relación médico-paciente se establece entre: el pediatra, el niño y los padres u otra persona que los sustituya. Los padres confían lo preciado que son sus hijos al pediatra y esa posibilidad de conocer a la familia del niño, ubica al profesional en una situación de privilegio ya que cumple una función clave en la prevención y promoción de la salud integral del menor. En ese contacto, el pediatra también tiene la posibilidad de detectar abandono y/o maltrato y reconocer situaciones relacionadas a la crianza y la responsabilidad de custodia de los padres (Meneghello, Fanta, Grau Martínez & Blanco, 2001).

Hoekelman; Friedman; Nelson; Seidel y Weitzman (1998), señalan que numerosas investigaciones han demostrado que una buena interacción madre-pediatra es predictora de resultados positivos en el tratamiento de los niños y el cumplimiento de las indicaciones

médicas, como así también en el grado de satisfacción de los padres respecto a la comunicación.

La satisfacción de los usuarios de servicios de salud, ha adquirido una importancia notable como indicador de la calidad en la atención de la salud a partir de la década del 80. A pesar de esto, en países en desarrollo el conocimiento sobre la interacción entre el sistema de salud y las familias es escaso y las investigaciones al respecto, se basan en las referencias existentes en países desarrollados (Castillo et. al., 2005).

La revisión bibliográfica indica que la percepción de la calidad del sistema de salud influye directamente en la determinación del usuario para realizar la consulta. En muchos países en desarrollo, los servicios de salud de calidad deficiente, la falta de accesibilidad física y las barreras culturales determinan una baja utilización de los mismos. Cuando la institución tiene fama de mala calidad asistencial, es posible que los pacientes demoren la consulta hasta que la severidad de la enfermedad los obligue a vencer los obstáculos (Castillo et. al., op. cit.).

Para que un sistema de salud se considere de calidad, es menester contar con la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, relaciones interpersonales cálidas y un ambiente físico agradable. Los autores citan varias investigaciones, entre ellas la de Bobadilla y Martínez (1998), que hallaron que indicadores estructurales como: la planta física, la organización y el acceso a la entidad, comparativamente son menos significativos respecto al grado de satisfacción que los indicadores de proceso, es decir los aspectos técnicos e interpersonales. Otras investigaciones concluyeron en la importancia que cobran las relaciones interpersonales con el personal médico en la satisfacción del usuario. Las expectativas con la que llegan los pacientes a la consulta también influye en el grado de satisfacción y se considera que, a mayor expectativa, menor satisfacción. Para De la Cuesta, desde la perspectiva del paciente, hay tres elementos que garantizan una relación satisfactoria con el médico: sentirse tratado y reconocido como persona; recibir información sobre la enfermedad y el cuidado y percibir que el médico se interesa por su recuperación (Castillo et. al., op. cit.).

Para Hoekelman et. al. (1998), el grado de conciencia del pediatra respecto a las preocupaciones maternas incide tanto en la adaptación madre-hijo como en la satisfacción

materna frente a la atención médica. Para estos autores, en la interacción médico-paciente, aspectos como la impersonalidad y la brevedad del encuentro tienen un efecto negativo en el comportamiento del paciente. Lo mismo sucede cuando las expectativas del paciente no se cumplen respecto a la comunicación con el pediatra.

## **2. 6 La enfermedad en el niño**

Según Maglio (1999), la enfermedad tiene su origen en dos causas: las necesidades básicas insatisfechas y las esperanzas frustradas; y es el producto de relaciones sociales.

La enfermedad en el niño implica la pérdida del bienestar físico, psicológico y/o social y genera reacciones negativas en el paciente (Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo, 2000).

Si bien una enfermedad puede manifestarse en la vida del niño, por tratarse de un menor, la misma es vivenciada por él y su familia de forma particular y compleja. En este proceso, el niño vivencia cambios en su estado corporal. También se ven perturbadas sus costumbres, provocando otro modo de relacionarse con el entorno familiar y amigos. La enfermedad hace aparecer en su vida otro personaje, el pediatra, con el que debe relacionarse (Ajuriaguerra, 1996).

Para lograr una relación positiva con la familia es importante que el pediatra conozca la fisiología y patología de la misma, ya que esta cumple un ciclo desde que nace, crece, se desarrolla, madura, trasciende, a veces renace y/o muere. La familia, como ente de características específicas de la especie humana, es fundamental en la vida del niño. La misma se comporta como una placenta postnatal a través de la cual el niño satisface sus necesidades de amor, protección, guía y nutrición, favoreciendo así un crecimiento y desarrollo normal (Gianantonio, 1991).

Para Castillo et. al. (2005), la familia ejerce una gran influencia en la salud de sus miembros, ya que es la proveedora por excelencia de sus cuidados y los procesos pueden constituirse en fuente de riesgo o de protección para la persona enferma. Los conflictos intra-familiares, la culpa y el criticismo pueden empeorar el curso de la enfermedad, mientras que la unidad, la cercanía, el apoyo mutuo y las destrezas familiares en el cuidado de la persona enferma actúan como factores de protección. Factores extra-familiares también pueden influir en el pronóstico y cuidado de la enfermedad, ya que el estrés y la falta de apoyo del entorno puede deteriorar o dificultar los esfuerzos continuos que la

familia debe hacer para brindar el cuidado que el niño enfermo necesita. Por este motivo, el sistema de salud se constituye en un factor de apoyo importante con el que la familia puede contar.

Las reacciones del niño frente al padecimiento dependerán del carácter agudo o progresivo de la enfermedad y de la duración de la misma; de la actitud familiar y del lugar de tratamiento (casa u hospital); del clima emocional en el que se encuentran el niño y sus padres, del nivel de evolución afectiva del menor y de los fantasmas reactivados (Ajuriaguerra, 1996).

Ortigosa Quiles y Méndez Carrillo (2000), citan investigaciones referidas a este tema, como la realizada por Fosson, Martin y Haley (1990), que sostienen que los síntomas de la enfermedad constituyen la causa principal de ansiedad, mientras que la naturaleza, gravedad y duración de la misma influyen en las respuestas de afrontamiento. Para Bossert (1994), la valoración de las conductas de afrontamiento es peor en los niños que sufren una enfermedad crónica respecto a los que la padecen de manera aguda.

Otro de los factores estresantes de la enfermedad es la presencia de sintomatología dolorosa o el dolor causado por los procedimientos médicos. Por su parte, el dolor funciona como sistema de alerta para el niño y para sus padres y permite que estos tomen medidas e impidan un daño mayor al organismo (Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo, op. cit.).

Cuando a causa de la enfermedad la hospitalización sea inminente, el niño deberá agregar a su situación la experiencia de una nueva institución, “el hospital”, con un contexto totalmente desconocido para él (Ajuriaguerra, op. cit.).

## **2. 7 La hospitalización**

Con el fin de precisar un diagnóstico o realizar un tratamiento más sofisticado, algunas enfermedades infantiles requieren de un período de hospitalización (Meneghello & Grau Martínez, 2000). Cuando esto sucede, se establece una relación entre la familia y el servicio pediátrico. La hospitalización permite el encuentro e interacción de esos dos sistemas y la conducta del niño durante este proceso se relaciona con el modo en que esos sistemas interaccionan en sí y entre ambos (Eliascher, 1999).

Para el niño la hospitalización significa enfrentarse a una nueva situación vital, en la que se modifican las referencias espacio –temporales (el hogar, la escuela, el barrio, los amigos); y surgen otros protagonistas que se apoderan de su cuerpo e imponen, muchas veces, un contexto de intercambios afectivos diferentes y reducidos impuestos por la organización hospitalaria (Meneghello & Grau Martínez, 2000).

Los menores, al ser ubicados en ambientes extraños, manipulados y atendidos por desconocidos, pueden presentar reacciones inmediatas como gritos, llantos y negativas a permanecer en el hospital. También suelen aparecer reacciones postoperatorias como conductas regresivas, problemas alimentarios, perturbaciones del sueño y trastornos del comportamiento entre otras. Estas reacciones dependerán de cómo el niño se relaciona con la enfermedad; el grado de información y preparación sobre la hospitalización; el vínculo niño-padres, cómo reaccionan estos frente a la hospitalización y las actitudes del personal sanitario (Eliascher, 1999).

Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo (2000) sostienen que el estrés que sufren los niños hospitalizados se debe a: *la enfermedad*, con el posible acompañamiento de dolor y al riesgo de muerte; *los procedimientos médicos*; *el ambiente inusual*; *la interrupción de la actividad diaria*; *la pérdida de autonomía e intimidad* y *la incertidumbre sobre la conducta apropiada*, que en la mayoría de los casos se manifiesta con el ajuste del niño a las expectativas de los mayores que esperan que su comportamiento no afecte el trabajo de los profesionales. A su vez, citan el estudio de Lutzker y Lamazor (1985) en el que advierten que lo que resulta atemorizante a los menores, en el ambiente inusual, es el olor a medicinas, el instrumental médico, la arquitectura, la decoración y el mobiliario entre otras cosas. Respecto a la interrupción de la vida diaria, los autores señalan a Samoano y Leivas (1989) y Valdés (1989), quienes mencionan que en algunos hospitales se intenta amortiguar este quiebre de la cotidianidad del niño y la familia, permitiendo la visita de hermanos y amigos, el dictado de clases y el ingreso de juguetes de la casa.

La hospitalización se instituye como situación de crisis familiar, a partir de la cual los padres pueden sentir inseguridad y temor por la salud de su hijo; también pueden experimentar indefensión, depresión, confusión, disminución del rendimiento y pensamientos intrusivos. Por ello es fundamental que sean informados adecuadamente, y

reiterar las explicaciones las veces necesarias, pues es frecuente que, impactados por la situación, no comprendan qué se les dice (Eliascher, 1999).

Los padres cuyos niños padecen enfermedades crónicas y son cuidados en su hogar, al ser derivados al hospital, pueden experimentar situaciones que les facilitan su tarea y otras que se las dificultan. Lo que estas familias manifiestan es la necesidad de que se le reconozca su experiencia e idoneidad para cuidar al niño enfermo; poder compartir las responsabilidades del cuidado en el hospital con los demás miembros del equipo; que el personal hospitalario les muestre respeto, deseo de colaboración y confianza y que el equipo de salud les brinde la información necesaria (Castillo et. al., 2005).

Para estos padres, la información negativa o insuficiente, se transforma en barrera para la obtención de un cuidado satisfactorio. Las familias suelen experimentar preocupación cuando la información es escasa o inconsistente. Ellos desean que se les proporcionen informes completos y verdaderos, un lenguaje comprensible y en el momento en que ellos lo necesitan (Castillo et. al., op. cit.).

Investigaciones citadas por Hoekelman et. al. (1998) señalan que el 50% de los padres entrevistados manifiesta preocupación por la carencia de información recibida de parte del médico, por la dificultad para comprender las respuestas a las preguntas formuladas y por la falta de discusión de las medidas preventivas.

Otro factor de estrés para los progenitores se debe al sentimiento de culpa que experimentan al dedicar atención exclusiva al hijo enfermo con el consecuente descuido de los otros, si los hubiere. Por su parte los hermanos pueden presentar, según O'Meara, McAulife, Motherway y Dunleavy (1983), mezcla de rivalidad y culpa; mientras que, para Simon (1993), existe un aumento de ansiedad según la forma en que se relacionan con el niño hospitalizado, el lugar donde residen durante la internación y los cambios de comportamiento que presentan los padres (Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo, 2000).

La presencia de los padres y el modo en que ellos se comportan, influye directamente en la conducta de sus hijos durante la hospitalización. Los autores citan distintos estudios en los que se destaca la importancia de la oportuna preparación de los padres, por ser esta beneficiosa tanto para ellos, como para el niño y los profesionales. La serenidad de los progenitores tranquiliza a los niños, mientras que su ansiedad altera a los menores, y es lo

que se conoce como contagio emocional, según Peterson, Farmer, Harbeck y Chaney (1990). Otras investigaciones señalan que existe relación entre la ansiedad de la madre y la conducta perturbadora del menor. Davies (1984) así como Brophy y Erickson (1990) hallaron relación entre la ansiedad materna y la tasa cardiaca del hijo. Carlson, Council y Gravley (1991) comprobaron que la ansiedad-rasgo materna y las relaciones madre hijo inadecuadas son pronóstico de peor ajuste durante la internación. Kain, Mayes, O'Connor y Cichetti (1996) plantearon que el nivel de ansiedad que experimentan, sobre todo las madres, es causante de malestar en el niño (Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo, 2000).

Los autores señalan que otro factor estresante que enfrentan los niños es la separación de sus seres queridos. Esto fue demostrado en los estudios de Bowlby y Robertson en la década del 50, en los que se probó el perjuicio que ocasiona al niño la ausencia de los padres durante su permanencia en el hospital y sus consecuentes alteraciones emocionales y conductuales, especialmente en menores de 5 años. Según Jiménez Hernández (2004), en su informe, Bowlby sostiene que el amor materno, en los primeros años de vida y hasta la adolescencia, es tan importante para la salud mental como las vitaminas y las proteínas lo son para la salud física. Esta afirmación generó el replanteo del valor trascendental que desempeña el amor o las relaciones afectivas dentro del contexto de la salud mental y espiritual de la persona.

Escardó (1963) cita la palabra hospitalismo, acuñada por Spitz en 1945, para referirse al deterioro físico, psíquico y emocional que sufren los niños que son privados de los estímulos afectivos imprescindibles para la vida. El hospitalismo es una de las formas del síndrome del abandono y puede aparecer el mismo día de la hospitalización a causa de la falta de estímulo afectivo o de la simbiosis madre-hijo. Es por esta razón que el autor sostiene que la mejor enfermera no puede evitar ni atenuar la enfermedad. Para Hoekelman et. al. (1998), el suponer tener la información o el conocimiento de qué es mejor para el niño resulta inapropiado, ya que por lo general son los padres los que conocen mejor a sus hijos, por ser ellos quienes dedican su tiempo a cuidarlos, protegerlos y alimentarlos. Por este motivo el diagnóstico y el tratamiento se consideran de carácter biomédico, mientras que su presentación a los padres, se constituye un proceso biopsicosocial.

Para Ortigosa Quiles y Méndez Carrillo (2000), la vivencia de la hospitalización en el niño es producto de los factores estresantes citados y otros que actúan como amortiguadores. Estos se pueden agrupar en factores ambientales y personales. Dentro del primer grupo podemos encontrar: el entorno físico – ambiente y decoración- agradable y relajante; y el apoyo social que le brindan tanto la familia y el personal sanitario. La familia a través de la estimulación, y como modelo de afrontamiento que el niño observa e imita, y el personal sanitario, a partir de brindar información apropiada y establecer una relación cálida y cordial con el paciente y su entorno. Entre los factores personales encontramos: la edad, el sexo, el temperamento, las experiencias previas positivas y habilidades de afrontamiento, autocontrol y autocuidado del niño.

En nuestro país, es posible hablar de una pediatría antes y después de Florencio Escardó, quien orientó su trabajo hacia los aspectos psicoemocionales y sociales de la pediatría y luchó contra el abandono y el hospitalismo por su incidencia en la salud del niño. Desde el servicio a su cargo en el Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez” hizo posible la internación conjunta madre hijo, por considerarla una condición de humanismo ineludible (Puga, 2002).

Según Ortigosa Quiles y Méndez Carrillo (2000), las repercusiones negativas de la hospitalización históricamente promovieron la preocupación por mejorar la asistencia al niño enfermo. Uno de los hitos que contribuyó a perfilar esta labor fue la proclama de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados, establecida por el Parlamento Europeo en 1986. En esta se enumeran los derechos que tienen los niños cuando por alguna causa deben ser internados.

En nuestro país, la elaboración de los derechos del niño hospitalizado, culminó en el XXX Congreso Argentino de Pediatría con la Propuesta de Santa Fe, en septiembre de 1994. Los mismos se detallan en 20 puntos, y a los fines del presente TFI se seleccionaron los siguientes: derecho a la vida sin discriminación de ningún tipo; derecho a una muerte digna, en compañía de sus familiares; derecho a ser hospitalizado cada vez que lo requiera para mejor tratamiento de su enfermedad; derecho a no ser objeto de internaciones innecesarias o prolongadas; derecho a permanecer acompañado por su madre o familiar cercano; derecho a que sus padres o tutores participen activa e informadamente en los cuidados que

se le brinden; derecho a ser considerado sujeto de derechos, y ser humano íntegro en sus aspectos biopsicosociales; derecho a recibir adecuada y cuidadosa explicación de los cuidados a que va a ser sometido; derecho a recibir información sobre el pronóstico de su enfermedad; derecho a la confidencialidad de los datos, recogidos verbalmente o registrados en su historia clínica (Puga, 2001).

## **2. 8 La información**

La comunicación, según el contexto en que se establece, tiene diferentes acepciones. En el plano científico consiste en dar a conocer el resultado de hallazgos o investigaciones, mientras que en el trato humano se da de manera interpersonal (Plaza, 1998).

Según Costa (2003), la palabra comunicación proviene de *comunis* y significa poner en común, intercambiar información. La comunicación se establece aunque no sepamos cómo o, incluso cuando elegimos no comunicarnos. Comunicación implica un ida y vuelta de información y esto requiere que tanto el emisor como el receptor tengan un código en común, mismo idioma y lenguaje parecido. A su vez, los expertos sostienen que la comunicación se entabla en mayor medida de manera no verbal, a través del lenguaje corporal; en segundo lugar se ubica el tono de voz con el que se habla y el menor porcentaje le corresponde a la comunicación verbal, es decir a las palabras. Refiriéndose a este tema, Meneghello et. al. (2001), citan uno de los axiomas de Watzlawick que afirma que es imposible no comunicar, ya que todo gesto, palabra o silencio comunica algo y por lo tanto tiene un efecto en el otro. Este es el lenguaje gestual o metacomunicacional. Considerando que el 55% del tiempo la comunicación se establece de manera no verbal, Costa op. cit., considera necesario que los profesionales presten atención a lo que puedan estar transmitiendo de esta manera, ya que el impacto de lo no verbal supera lo que se expresa con palabras y el mensaje que se transmite puede ser confuso o contradictorio.

Para Plaza op. cit., en pediatría, la comunicación debe establecerse mediante un trato cordial entre los participantes, el médico, el niño y su familia. El profesional, al comunicarse con el grupo familiar, debe considerar la edad del paciente, según se trate de un lactante, un niño o un adolescente. En el caso de los más pequeños, por ser los padres quienes refieren el motivo de consulta y en el de adolescentes porque habrá que

preguntarles si prefieren que el padre participe de la información o no. Es importante también tener en cuenta las pautas culturales y el lugar de actuación.

Aliboni (2004) considera que los pacientes llegan a la consulta con una herencia cultural que influye sobre sus creencias y prácticas relacionadas con la salud, y plantea la necesidad de una comunicación en la que esté presente el enfoque multicultural. Este promueve la interacción de diferentes perspectivas culturales, permitiendo la integración de los valores y creencias tanto del médico como del paciente en un clima de respeto mutuo e interdependencia. Dicho enfoque orienta al profesional a buscar y conocer los factores económicos, históricos y políticos que afectan la salud del niño, teniendo en cuenta su ascendencia. Esta perspectiva permite al pediatra comprender que la enfermedad está ligada tanto al contexto social del paciente como al propio y advertir que las prácticas culturales de un grupo étnico, posibilitan prever y evitar situaciones de conflicto. En relación a este tema, Plaza (1998) hace mención a la transculturación y sostiene que esta se da cuando un médico formado en la capital se traslada al interior, o en casos de familias extranjeras con hábitos o idiomas que los profesionales no comprenden. Por este motivo considera importante que el profesional se exprese con términos entendibles y se asegure que tanto el diagnóstico como las indicaciones fueron comprendidas por los progenitores.

El primer contacto del médico con el niño y la familia es primordial, y el proceder con sistematización ayuda a alcanzar eficacia y satisfacción en el acto médico. A su vez el pediatra debe contar con capacidad de flexibilidad a la hora de actuar, ya que cada paciente presenta una realidad particular. Por este motivo el profesional requerirá habilidad para modificar tanto la entrevista como su forma de proceder en la misma (Meneghello et. al., 2001). La entrevista médica es un encuentro que se da dentro del marco de una conversación estructurada y técnica que busca objetivos precisos a fin de conseguir en un tiempo moderado la información necesaria que permita brindar un diagnóstico claro (Dörr, 2004).

Es recomendable que ante la hospitalización, y luego de realizados los exámenes y pruebas pertinentes, el médico brinde a los padres una reunión explicativa luego de haberlo discutido con su equipo, ya que los progenitores están ansiosos por conocer los resultados y valoración de las pruebas, y el profesional es la persona mejor preparada en los aspectos

cognitivos y emocionales para brindar esa información. Los padres suelen conceder al médico cierta autoridad, lo cual es importante tener en cuenta cuando se trabaja en equipo. El equipo debe reunirse el tiempo suficiente como para permitir que todos sus miembros estén de acuerdo con la información que se va a impartir a los padres, y seleccionar un líder como moderador de la reunión. El profesional asignado para este rol es el encargado de controlar el flujo de información que circula entre sus colegas y los padres. El control implica tanto la organización de la información, como así también sensibilidad empática hacia los padres. Es recomendable que la interpretación de los resultados que se les brinda a los progenitores no se deje en manos de no profesionales, o que los mismos no cuenten con la suficiente experiencia ya que esto puede crear confusión. Asimismo, la información debe ser revelada por una persona que haya participado en el proceso diagnóstico (Hoekelman et. al., 1998).

En el caso de haberse realizado pruebas durante una valoración técnica prolongada, es apropiado que se les informe a los padres que la explicación resume los resultados de todos esos exámenes (Hoekelman et. al., op. cit.).

Cuando la información se trasmite de manera oral es conveniente evitar explicaciones largas en poco tiempo; orientar la entrevista de acuerdo a quien está dirigida, proporcionar ejemplos clarificadores y chequear la cantidad de información que retiene el paciente. Para esto es necesario la revisión de la historia clínica; que el profesional de al paciente el control sobre la información que recibe, que permita que el paciente tome su tiempo para integrar la información y, en el caso de malas noticias, que se apele a la esperanza (Gálvez López, Méndez Venegas & Martínez López, 2005).

En caso de niños gravemente enfermos, los padres suelen recordar vívidamente aún después de mucho tiempo, cómo y cuándo se comunicó el diagnóstico. Suele suceder que, luego de recibir las malas noticias, los padres no escuchan más de lo que se les dice. Por esta razón es aconsejable que la entrevista informativa comience con el recorrido de las áreas de fortaleza o normalidad y, a la hora de presentar los hallazgos anormales, que se haga de manera honesta y cuidadosa, reiterando la explicación más de una vez y con palabras diferentes. Es necesario animar a los padres para que reaccionen ante el diagnóstico y acepten sus sentimientos, aunque manifiesten reacciones de rabia y la misma

pueda dirigirse hacia el médico de diferentes maneras e intensidades. En este nivel también la comunicación se puede ver afectada por las diferencias socioculturales y educativas entre médicos y padres (Hoekelman et. al., 1998).

Hoekelman et. al., op. cit., citan estudios que demuestran que el 50% de la información que se suministra a los pacientes es olvidada a los quince minutos. Que los pacientes recuerdan más los detalles respecto al diagnóstico que la terapia prescrita. Otros estudios demostraron la comprensión materna inadecuada de algunos términos y la necesidad de reemplazarlos por otros más comunes. Es recomendable que el pediatra de al paciente instrucciones individualizadas y por escrito, que insista en los detalles importantes del régimen y evite una sobrecarga de información. Estos hallazgos apuntan al mejoramiento de las estrategias para el logro de una buena comunicación médico-paciente.

Para lograr una buena relación médico-paciente, Meneghello et. al. (2001) resalta la importancia de escuchar y permitir que el o los consultante se expresen. Para esto es oportuno que el médico indague sobre: qué cuestiones les preocupan y las causas que atribuyen a la enfermedad, a fin de colaborar en el alivio de posibles sentimientos de culpa, miedos por enfermedades graves de otros familiares, contagios o conflictos maritales. Dörr (2004) hace hincapié en el acto de escuchar, en demostrar interés por la otra persona, en lo que le está pasando, a fin de alcanzar una comunicación empática. El autor distingue escuchar de oír, ya que esto último se relaciona con la capacidad biológica de distinguir sonidos, y el escuchar implica comprender e interpretar. El acto de escuchar permite construir historias y atribuir sentido a lo que el otro dice. Según Maglio (1999), conocer lo que el paciente simboliza de su enfermedad permite actuar, no sólo con eficacia biológica sino con eficacia simbólica y, por consiguiente, conocer la subjetividad del paciente. Para esto es necesario articular dos visiones, la que en antropología médica se denomina *etic*, que corresponde a la visión del médico, y la visión *emic* propia del paciente.

Moreno (2001) sostiene que, para ser un buen comunicador, el pediatra debe detectar los vacíos de conocimiento de los padres y del niño respecto a la situación que atraviesan y así brindar una información acorde tanto al medio como a quien la recibe. Para la autora, una información satisfactoria es aquella que se transforma en conocimiento, posibilitando un cambio en la actitud y en el comportamiento. La mayoría de los problemas médico-paciente

se generan cuando hay una mala comunicación. Los médicos entrenados en el arte de comunicar tienen mayores recursos para definir problemas y manejar emociones, a la vez que detectan más los problemas emocionales de los pacientes. Por su parte, estos refieren mayor disminución del estrés por el tiempo y grado de comunicación (Meneghello et. al., 2001).

Es importante hablar con el niño, ya que él no debería ser objeto de medidas terapéuticas sin estar informado. La información debe ser acorde a su edad y capacidad de comprensión; es necesario que se le informe qué cosas le van a suceder, el porqué, el para qué y si sentirá dolor, cuántos días se ausentará, aproximadamente, del colegio y las razones por las que debe seguir un régimen u otro. Es fundamental respetar al niño, aceptar sus conductas y permitirle participar en las decisiones, tales como ser: en qué brazo se le hará la punción, la posibilidad o no de usar algún instrumento como bajalenguas, si prefiere los jarabes a los comprimidos, etc. (Meneghello et. al., op. cit.). Es elemental que se le explique que lo que le harán es indispensable para su salud, y así el niño podrá desarrollar los mecanismos de adaptación necesarios (Eliascher, 1999). Para Meneghello et. al., op. cit., la sinceridad y la anticipación de la aplicación de procedimientos dolorosos, en lugar de los engaños, favorece para que el niño mantenga la confianza, tanto en el padre como en el médico.

Gálvez López, Méndez Venegas & Martínez López (2005) dan cuenta de la importancia de la preparación psicológica basada en la información cuando se trabaja con niños. La misma tiende a aliviar el estado emocional que atraviesan tanto los menores como sus padres ante el ingreso hospitalario. Es especialmente útil cuando se trata de internaciones frecuentes o prolongadas; cuando se deben realizar procedimientos invasivos o de alto riesgo; ante la alteración de alguna parte del cuerpo a causa de una mutilación, o la caída de cabello por quimioterapia, y cuando existieron experiencias médicas previas que resultaron negativas. Las formas de intervención pueden centrarse en el problema o en la emoción. En la primera se tienen en cuenta los procedimientos médicos a que va a ser sometido el paciente, mientras que en la segunda se brindan al sujeto estrategias que le permitan afrontar el estrés.

Si bien el paciente tiene derecho a la información, el problema es cuándo y cómo se le dice la verdad. Hay que ser respetuosos, ya que hay momentos en que tiene derecho a saber y

otros en los que tiene derecho a no saber (Maglio, 1999). Otro factor a tener en cuenta es el contexto en que se comunican las cosas, ya que hay situaciones o ambientes más adecuados que otros a la hora de comunicar diagnósticos graves, secuelas o muertes (Meneghello et. al., 2001).

El consentimiento informado es la aceptación racional; el derecho del paciente a saber y decidir sobre su propia vida en conjunto con el médico. Para esto, la información debe ser clara, entendible y suficiente. El médico deberá informar sobre la enfermedad, alternativas de tratamiento, posibles resultados y pronósticos a fin de que el paciente tenga el derecho de consentir como persona autónoma. Para esto el paciente debe ser competente, o sea debe ser capaz de comunicarse, darse cuenta de su situación y comprender la información que recibe para poder razonar y decidir. En caso de no ser competente, o ser un paciente menor de edad, será un familiar, persona más cercana o representante legal quien asuma la función de decidir (Carvallo, 2005).

El objetivo de brindar información es establecer una relación entre el médico y los padres, para aumentar su capacidad para responder de manera apropiada ante la enfermedad de su hijo y cumplir con el tratamiento dado. Las actitudes negativas, o la falta de reconocimiento de los profesionales hacia los padres, puede afectar la comunicación y el tratamiento del menor (Hoekelman et. al., 1998).

Otro factor a tener en cuenta es el cumplimiento de las indicaciones médicas, ya que su bajo cumplimiento puede crear barreras considerables en la relación pediatra-familia, debilitando o invalidando los beneficios potenciales del régimen prescrito y exponiendo al paciente a exámenes médicos adicionales (Hoekelman et. al., op. cit.).

Hoekelman et. al., op. cit., citan estudios en los que se documenta que el bajo cumplimiento de las recomendaciones del pediatra por parte de los padres se debe a las características de la afección, del tratamiento y del paciente. Es el caso de las enfermedades crónicas, asociadas a regímenes complejos de larga duración, que exigen la alteración de los patrones de comportamiento; lo mismo sucede cuando la acción recomendada está orientada a la prevención y exige un comportamiento constante.

Los autores señalan que no se han encontrado características fácilmente observables de incumplimiento, como así tampoco que los pacientes revelen su incumplimiento con el

régimen; sólo se cuenta con los esfuerzos específicos de los pediatras para valorar el nivel de adhesión al tratamiento, lo que no es más exacto que lo que podría predecirse simplemente por azar (Hoekelman et. al., 1998).

Características sociodemográficas como edad de la madre, etnia, educación, ingresos y estado civil, entre otros, no predicen el cumplimiento de las recomendaciones, como así tampoco los rasgos de personalidad del paciente. Por su parte el pediatra debe considerar a cada cuidador como posible incumplidor del tratamiento. Por este motivo, y para influir sobre la probabilidad de adhesión, es importante que el profesional tenga en cuenta que muchos padres no comprenden qué es lo que se espera de ellos tras la hospitalización, lo que afecta el cumplimiento con el régimen. El conocimiento de la duración del tratamiento, la dosificación y la frecuencia de administración es esencial para un correcto cumplimiento. La falta de información, u otras variables como el olvido o escasa motivación de parte el cuidador, son determinantes para la baja adherencia al régimen (Hoekelman et. al., op. cit.)

Teniendo en cuenta que el cumplimiento se reduce cuando el régimen es complejo, inconveniente o costoso, cuando es prolongado, o cuando afecta el estilo de vida del paciente, es conveniente que el pediatra evalúe la posibilidad de modificar las características del régimen, reduciendo el número de medicamentos no esenciales como así también las dosis, minimizando la posibilidad de olvido y haciendo que el régimen coincida con las actividades cotidianas de la familia. Cuando la duración del régimen no es modificable, se recomienda la utilización de estrategias, como citas de control regulares en las que se puedan demostrar los progresos y revisar los problemas que se puedan ir presentando. Si hay que modificar el estilo de vida, es recomendable sugerir los cambios de uno a la vez y reforzar el cumplimiento de los mismos, como también reducir el costo de los medicamentos (Hoekelman et. al., op. cit.).

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo general del presente TFI es evaluar el nivel de satisfacción de los padres de niños internados en las salas de pediatría de un Hospital Interzonal Gral. de Agudos , respecto a la Relación Médico Pediatra-Paciente-Familia, teniendo en cuenta la atención e información recibida durante la hospitalización.

Los objetivos específicos son:

- Determinar la valoración de las relaciones existentes entre el paciente infantil, sus padres y el pediatra.
- Explorar la satisfacción de los padres, cuyos niños están internados en las salas de pediatría, en: la comunicación médico-padres, médico-niño, reducción del estrés y expectativas de seguimiento.

#### **4. METODO**

**4. 1 Tipo de estudio:** descriptivo- cuantitativo.

#### **4. 2 Muestra**

Compuesta por 31 cuidadores de pacientes pediátricos internados en el Hospital , ubicado en el Conurbano bonaerense. La misma se trató de una muestra no probabilística.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta madres, padres o cuidadores de pacientes con más de 48 horas de internación, por considerarlo el tiempo necesario para que los involucrados establezcan una relación con los médicos y con la situación que atraviesan.

Fueron excluidos los niños que, al momento de la entrevista, estaban atravesando un estado crítico; los que se encontraban sin un familiar o cuidador; aquellos que estaban acompañados por alguien que lo cuidaba circunstancialmente y no contaba con la información necesaria, y quienes manifestaron su negativa a responder a la entrevista (dos casos).

Como resultado del relevamiento de datos efectuados, surgen las siguientes características sociodemográficas de los padres o cuidadores de los niños hospitalizados.

La edad media de los cuidadores es de 30 años con un desvío estándar de 7,71. Ello indica que se trata de una muestra heterogénea, y por lo tanto la media es poco representativa.

El sexo de los entrevistados corresponde en un 94% mujeres y un 6% hombres. Este porcentaje coincide con el vínculo familiar de madres y padres del niño hospitalizado; por lo tanto, en adelante al referirse a los cuidadores, se citará a estos como padres.

Del estado civil, el porcentaje más alto (65%) corresponde al grupo que convive en unión consensual; le sigue el grupo de solteros (19%), el 10% casados y el 6% separados.

La media de la cantidad de hijos es de 3 con un desvío estándar de 2,10; por lo tanto este dato es poco representativo al tratarse de una muestra heterogénea.

El nivel de escolarización de los padres arroja un porcentaje máximo del 33% con secundario incompleto; el 29% cursó estudios primarios completos, el 16% escolaridad primaria incompleta. El 10% con estudios terciarios incompletos; el 6% finalizó el secundario y el 6% restante finalizó los estudios terciarios.

El 45% de las madres entrevistadas manifestó ser ama de casa, el 39% desempeñar una actividad u ocupación, y el 16% restante pertenecer al grupo de los subocupados por estar incluido dentro del plan jefas y jefes de familia.

**Tabla 1.** Características de la muestra

<b>Padres</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Edad	30	(7,70)
Nº de hijos	3	(2,10)
Nº de orden	3º	(1,90)

**Tabla 2.** Variables sociodemográficas de los padres

		<b>Datos</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>%</b>	
		Mujeres	29	94%	
		Varones	2	6%	
Las características de los niños que el 61% masculino.	Madre		29	94%	sociodemográficas internados indican
	Padre		2	6%	
La edad de los niños entre los que superan vida hasta los 14 corresponde al grupo 1 año; el 13% a el 19% al y 6 años, y el 26% se los 14años. El 61% internados es de	Unión Consensual		20	65%	corresponde al sexo muestra un rango el primer mes de años. El 42% etario de menores de niños de 1 a 3 años; comprendido entre 3 ubican entre los 6 y de los niños sexo masculino.
	Soltero		6	19%	
	Casado		3	10%	
	Separado		2	6%	
El 77% de los niños hermanos.	Primario Completo	Sí	9	29%	hospitalizados tiene
		No	5	16%	
	Secundario Completo	Sí	2	6%	
		No	10	33%	
Terciario Completo	Sí	2	6%		
	No	3	10%		
		Ama de Casa	14	45%	
		Ocupado	12	39%	
		Subocupado	5	16%	

El 39 % de los entrevistados manifestó que el motivo de internación de su hijo se debía a problemas respiratorios; el 16% por infecciones; el 13% a problemas gastrointestinales; el 10% a quemaduras; el 10% a cirugía; el 6% a traumatismos; el 3% a convulsiones y el 3% restante a pérdidas de conocimiento.

**Tabla 3.** Características sociodemográficas del niño internado

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Masculino	19	61%
Femenino	12	39%

Menor de 1 año	13	42%
De 1 a 3 años	4	13%
De 3 a 6 años	6	19%
De 6 a 14 años	8	26%
<b>Hermanos</b>		
Sí	24	77%
No	7	23%
<b>Motivo de internación</b>		
Problemas respiratorios	12	39%
Infecciones	5	16%
Problemas gastrointestinales	4	13%
Cirugía	3	10%
Quemaduras	3	10%
Traumatismos	2	6%
Desmayos	1	3%
Convulsiones	1	3%

### 4.3 Instrumentos

#### Escala de Satisfacción de los Padres con los Cuidados Médicos de sus Hijos

Con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción de los padres de niños internados en las salas de pediatría respecto a la Relación Médico-Paciente-Familia, se aplicó la Escala de Satisfacción de los Padres con los Cuidados Médicos de sus Hijos (*Parent Medical Interview Satisfaction Scale*; en adelante P-MISS). La misma fue diseñada por Lewis, Scott, Pantell & Wolf en 1986 y consta de 26 ítems, con cuatro subescalas, que exploran los apartados de satisfacción de los padres con la comunicación médico-padres, médico-niño, reducción del estrés y expectativas de seguimiento. Al no estar adaptada en nuestro país, la misma se adecuó a la versión española de Ochoa, Repáraz & Polaino Lorente (1996) del libro “Hospitalización Infantil” (Ortigosa Quiles & Méndez Carrillo, 2000). Tampoco se ha encontrado, la adaptación y validación en España, por lo que se procedió a consultar a expertos para establecer la validez de contenido del instrumento y seleccionar de este modo los ítems correspondientes a cada subescala.

De esta manera la escala, al igual que la propuesta por Lewis, Scott, Pantell & Wolf en 1986, consta de 26 ítems y cuatro subescalas. Cinco de esos ítems corresponden a la subescala que explora la satisfacción en la comunicación médico-padres; nueve a la que se

refiere a la comunicación médico-niños; siete a la referida a la reducción de estrés y cinco a la que mide las expectativas de seguimiento.

El instrumento tiene un escalamiento tipo Likert y cuenta con seis alternativas de respuesta que va desde el 1, que significa (No, nunca), al 6 (Sí, siempre). La misma consta de veintiuna afirmaciones cuya dirección es positiva o favorable y cinco con dirección negativa o desfavorable. Por lo cual los ítems 5, 15, 21, 24 y 25 cuya afirmación es negativa, se califican de manera contraria a las afirmaciones positivas. Por tratarse de una escala aditiva de la que se obtiene una medición ordinal, a la alternativa de respuesta 6 (Sí, siempre) le corresponde una puntuación mayor que implica un carácter favorable o positivo en el nivel de satisfacción de cada ítem y de la escala en general. Ver anexo.

#### Entrevista estructurada

Para la recolección de los datos sociodemográficos, se utilizó una entrevista estructurada confeccionada por la autora del TFI. La misma incluye los datos de la madre, padre u otro cuidador: sexo, vínculo con el niño, cantidad de hijos, si es la primera vez que acompaña a un niño hospitalizado, edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral e información sobre el médico. También se incluyeron los datos del niño: motivo de internación y ubicación fraternal. Ver anexo.

#### **4. 4 Procedimientos**

En primer término se realizó la entrevista estructurada y a continuación se administró la escala P-MISS en las salas de internación, de forma randomizada, para evitar que el padre estuviera influenciado por la respuesta de los otros. La misma fue anónima, voluntaria, oral e individual.

La selección de las personas entrevistadas se hizo teniendo en cuenta que las mismas hubiesen estado internadas un período mayor a las 48 horas y próximas a ser dadas de alta. La entrevista comenzaba con la presentación personal y la invitación a colaborar en un trabajo de investigación sobre la satisfacción de los padres con la hospitalización de su hijo.

Una vez que los padres aceptaban, se procedía a completar los datos sociodemográficos de la entrevista estructurada; finalizada esta etapa, se les informaba que a continuación se les pediría que respondieran una serie de preguntas. Para esto se les entregaba un protocolo con

la finalidad de que pudieran ver las preguntas y las alternativas de respuesta, permitiendo que si surgía alguna duda, pudieran manifestarla. La autora del TFI tuvo a su cargo la lectura en voz alta de los 26 ítems de la escala, y el registro de la respuesta elegida por el cuidador del niño.

## **5. ANÁLISIS DE DATOS**

### Análisis de los datos sociodemográficos

Para el análisis de las variables sociodemográficas de las madres y de sus hijos se realizó un análisis descriptivo, a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se obtuvo la media y el desvío estándar.

### Análisis de la Escala de Satisfacción de los Padres con los Cuidados Médicos de sus Hijos

#### **Medida de satisfacción por ítem**

Se realizó un análisis por ítem para evaluar cuan satisfactorio es cada uno de ellos y se realizó un cálculo de porcentajes y frecuencias (ver anexo).

#### **Medida de satisfacción por Subescala**

Se realizó el cálculo de porcentajes y frecuencias de cada una de las cuatro subescalas con el fin de obtener el grado de satisfacción de los padres en cada una. Para esto se hizo la sumatoria y la división de los ítems que la componen. También se establecieron tres niveles de satisfacción de acuerdo a las seis categorías de respuesta por ítems.

#### **Medida de satisfacción General**

Con el fin de obtener el nivel de satisfacción general de los entrevistados se promediaron los valores de las cuatro subescalas, obteniéndose así el porcentaje final.

## **6. RESULTADOS**

Se invitó a participar del estudio a 33 padres de niños internados en las salas de pediatría del Hospital . De ellos, 1 eligió no colaborar por motivos que no aclaró, otro fue excluido

ya que la madre, por ser de nacionalidad paraguaya, no comprendía el idioma. Por lo tanto, 31 padres participaron de la presente investigación. Ver anexo.

#### Resultados de la escala P-MISS

Se calcularon los porcentajes y frecuencias de las 4 subescalas según los ítems que las componen.

Para un análisis más representativo y teniendo en cuenta que la escala cuenta con seis categorías de respuesta por ítem, las mismas se agruparon de a dos, determinándose así tres niveles de satisfacción. Las categorías 1-(No, nunca) y 2-(No, rara vez), indican un nivel bajo de satisfacción; 3-(No, a veces) y 4-(Sí, a menudo) un nivel moderado de satisfacción y las categorías 5-(Sí, casi siempre) y 6-(Sí, siempre), nivel alto de satisfacción. Una vez establecidos los tres niveles de satisfacción, se realizó un redondeo de los promedios hacia arriba en aquellos valores que superaban los cincuenta centésimos (0,50).

Fueron la excepción a esta regla: el 7,53% que indicara nivel bajo de satisfacción en la subescala comunicación médico-niño, quedando en 7% y el 15,48% que indicara nivel moderado de satisfacción en la subescala expectativas de seguimiento, quedando en 16%. El propósito de esto fue que ambos apartados tuviesen el 100%.

**Tabla 4. Porcentajes y frecuencias de las subescalas**

<b>Comunicación Médico-Padre</b>		<b>Comunicación Médico-Niño</b>		<b>Reducción de Estrés</b>		<b>Expectativas de Seguimiento</b>	
Items:		Items:		Items:		Items:	
3,6,12,19,25		2,4,7,9,13,15,22,24,26		1,8,11,16,18,20,23		5,10,14,17,21	
<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>	<b>Frec.</b>	<b>%</b>

1-	No, nunca	0.40	1.29	0.89	2.87	0.29	0.92	0.60	1.94
2-	No, rara vez	2.80	9.03	2.33	7.53	1.86	5.99	1.40	4.52
3-	No, a veces	5.00	16.13	4.00	12.9	3.29	10.60	2.00	6.45
4-	Sí, a menudo	3.00	9.68	3.56	11.47	2.86	9.22	4.80	15.48
5-	Sí, casi siempre	5.60	18.06	5.44	17.56	8.43	27.19	7.20	23.23
6-	Sí, siempre	14.20	45.81	14.78	47.67	14.29	46.08	15.00	48.39

En relación a la satisfacción experimentada por los padres entrevistados, se encontró que el valor más alto corresponde a la subescala de reducción de estrés, representando el 73% y le sigue la subescala de expectativa de seguimiento con un 71%.

Las subescalas que representan el nivel más bajo de satisfacción son las referentes a la comunicación médico-padres y médico-niños, ambas representadas con un 10%.

El nivel más significativo de satisfacción moderada, se obtuvo en la subescala comunicación médico-padre con un 26%, seguido por la subescala comunicación médico-niño con un 24%.

Si bien el resultado de la escala arrojó un nivel alto de satisfacción de los padres, los valores más bajos se observan en las subescalas comunicación médico-padre con un 64% y comunicación médico-niño con un 66%.

**Tabla 5. Porcentajes de las subescalas de acuerdo al nivel de satisfacción**

Comunicación Médico-Padre	Comunicación Médico-Niño	Reducción de Estrés	Expectativas de Seguimiento
Items:	Items:	Items:	Items:
3,6,12,19,25	2,4,7,9,13,15,22,24,26	1,8,11,16,18,20,23	5,10,14,17,21
%	%	%	%

Nivel bajo de satisfacción	10	10	7	7
Nivel moderado de satisfacción	26	24	20	22
Nivel alto de satisfacción	64	66	73	71

También se analizaron los datos obtenidos de la escala P-MISS, para establecer el nivel de satisfacción general de los padres. El mismo se hizo, considerando las seis categorías de respuestas y según los tres niveles de satisfacción establecidos. Teniendo en cuenta que, dichos niveles de satisfacción incluyen cada uno dos categorías de respuesta, como resultado surgió que, el 68% de los progenitores manifestó tener nivel alto de satisfacción, el 23% nivel moderado de satisfacción y el 9% nivel bajo de satisfacción.

**Tabla 6.** Medida de satisfacción general

Categorías de respuesta	Satisfacción general
	%
1- No, nunca	2
2- No, rara vez	7
3- No, a veces	12
4- Sí, a menudo	11
5- Sí, casi siempre	21
6- Sí, siempre	47

**Tabla 7.** Medida de satisfacción general de acuerdo a los tres niveles

Niveles	%
Nivel bajo de Satisfacción	9
Nivel moderado de Satisfacción	23
Nivel alto de satisfacción	68

En el análisis por ítem se destacaron por su alto nivel de satisfacción para la mayoría de los padres las siguientes afirmaciones: “intentamos seguir las instrucciones que nos da el personal médico”; “los doctores impiden la participación de mi hijo durante la mayor parte de la conversación”; “los médicos parecen trabajar y preocuparse por el problema de mi hijo”; “el médico me hace sentir que tengo un buen trabajo que hacer al cuidar a mi hijo”; “esperamos que sea fácil seguir los consejos de los médicos”.

Los ítems con mayor dispersión en las categorías de respuesta fueron: “para nosotros puede ser demasiado difícil hacer lo que los médicos nos han dicho”; “en realidad los pediatras me dan la oportunidad de decir lo que pienso”; “los doctores utilizan palabras demasiado difíciles como para que mi hijo pueda entenderlas”; “el personal médico realmente comprende los sentimientos de mi hijo”; “será demasiado difícil seguir los consejos de los doctores”; “los médico parecen tener otras cosas en la cabeza”.

## **7. CONCLUSION Y DISCUSION**

El propósito de este TFI fue conocer el nivel de satisfacción de los padres de niños hospitalizados en las salas de internación pediátrica de un Hospital Interzonal Gral. de Agudos respecto a la Relación Médico Pediatra-Paciente-Familia.

En Pediatría, la Relación Médico-Paciente presenta una particularidad, ya que ningún pediatra atiende solo a niños, también se relaciona con su familia, y son los padres los que solicitan la asistencia del pediatra desde lo que ellos codifican como estado de enfermedad de su hijo (Pérez, 1977). Por lo tanto, la función del médico no solo es curar, también cuidar y acompañar al niño y su familia, favoreciendo el diálogo y la comunicación.

Si bien una enfermedad puede manifestarse en la vida del niño, la misma es vivenciada por él y su familia de forma particular y compleja (Ajuriaguerra, 1996).

Con el fin de establecer un diagnóstico o realizar un tratamiento más completo, algunas enfermedades infantiles requieren de un período de hospitalización (Meneghello & Grau Martínez, 2000). Cuando esto sucede, se establece una relación entre la familia y el servicio pediátrico (Eliascher, 1999). La hospitalización permite el encuentro e interacción de esos dos sistemas y la conducta del niño durante este proceso se relaciona con el modo en que esos sistemas interaccionan en sí y entre ambos (Eliascher, op. cit.).

La satisfacción de los usuarios de servicios de salud, ha adquirido una importancia notable como indicador de la calidad en la atención de la salud desde la década del 80. Pese a ello, en países en desarrollo los conocimientos sobre la interacción entre el sistema de salud y las familias son escasos y las investigaciones al respecto, se basan en las existentes en países desarrollados (Castillo et. al., 2005). Por este motivo, el propósito del TFI fue arrojar luz al conocimiento de la interacción entre nuestro sistema de salud y las familias de los niños hospitalizados.

Como resultado de la investigación, se infiere que la valoración de las relaciones existentes entre el paciente niño, sus padres y el pediatra es satisfactoria. Debido a que, el 68% de los entrevistados, presentó un alto nivel de satisfacción, el 23% nivel moderado de satisfacción y el 9% nivel bajo de satisfacción. Para De la Cuesta, desde la perspectiva del paciente, hay tres elementos que garantizan una relación satisfactoria con el médico: sentirse tratado y reconocido como persona; recibir información sobre la enfermedad y el cuidado y percibir que el médico se interesa por su recuperación (Castillo et. al., op. cit.).

Según Castillo et. al., op. cit., para que un sistema de salud se considere de calidad, es menester contar con la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, relaciones interpersonales cálidas y un ambiente físico agradable. Los autores citan una serie de investigaciones, entre otras, la de Bobadilla y Martínez (1998), que señalan que indicadores estructurales como: la planta física, la organización y el acceso a la entidad, comparativamente son menos significativos respecto al grado de satisfacción que los indicadores de proceso, es decir los aspectos técnicos e interpersonales. En coincidencia con los autores, este TFI se centró en explorar la satisfacción de los padres en: la comunicación médico-padres, médico-niño, reducción de estrés y expectativas de seguimiento.

La hospitalización se instituye como situación de crisis familiar a partir de la cual, los padres pueden sentir inseguridad y temor por la salud de su hijo; también experimentar indefensión, depresión, confusión, disminución del rendimiento y pensamientos intrusivos. Por ello es fundamental que sean informados adecuadamente, y reiterar las explicaciones las veces necesarias, pues es frecuente que, impactados por la situación, no comprendan qué se les dice (Eliascher, 1999).

Las familias suelen experimentar preocupación cuando la información es escasa o inconsistente; desean que se les proporcionen informes completos y verdaderos, en un lenguaje comprensible y en el momento en que ellos lo necesitan (Castillo et. al., 2005).

Del presente estudio surge, que el nivel más alto de satisfacción le correspondió al apartado reducción de estrés, designado así por el 73% de los padres entrevistados.

La mayoría de los conflictos en la relación médico-paciente se generan cuando hay una inadecuada comunicación. Los médicos entrenados en comunicología médica poseen mayores recursos para definir problemas y manejar emociones, a la vez que detectan los problemas emocionales de los pacientes. Por su parte estos, refieren una disminución del estrés por el tiempo y nivel de comunicación (Meneghello et. al., 2001).

Moreno (2001), sostiene que para ser un buen comunicador, el pediatra debe detectar los vacíos de conocimiento de los padres y del niño respecto a la situación que atraviesan y así brindar una información acorde tanto al medio como a quien la recibe. Para la autora, una información satisfactoria, es aquella que se transforma en conocimiento, posibilitando un cambio en la actitud y en el comportamiento.

De esta investigación surge que los ítems de este apartado señalados por los padres con el nivel más alto de satisfacción fueron: “los médicos parecen trabajar y preocuparse por el problema de mi hijo”, elegido por el 81% de los casos; “después de hablar con los médicos me encuentro mejor”, por el 78%. Otro ítem que se destacó fue: “después de hablar con los doctores, siento que estoy afrontando mejor la enfermedad de mi hijo”, señalado por el 77% de los padres con un nivel alto de satisfacción.

Gálvez López, Méndez Venegas & Martínez López (2005), dan cuenta de la importancia cuando se trabaja con niños, de la preparación psicológica basada en la información. La misma tiende a aliviar el estado emocional que atraviesan tanto los menores como sus

padres ante la internación. Las formas de intervención pueden centrarse en el problema o en la emoción. En la primera se tienen en cuenta los procedimientos médicos a que será sometido el paciente, mientras que en la segunda se brindan al sujeto estrategias que le permitan afrontar el estrés.

Para Hoekelman et. al. (1998), el grado de conciencia del pediatra respecto a las preocupaciones maternas incide tanto en la adaptación madre-hijo como en la satisfacción materna frente a la atención médica. Para estos autores, en la interacción médico-paciente, aspectos como el estilo impersonal y la brevedad del encuentro, tienen un efecto negativo en el comportamiento del paciente. Lo mismo sucede cuando las expectativas del paciente no se cumplen respecto a la comunicación con el pediatra.

El segundo lugar corresponde al apartado expectativa de seguimiento, elegido por el 71% de los padres con un nivel alto de satisfacción.

Este resultado coincide con Hoekelman et. al., op. cit., que señalan que numerosas investigaciones han demostrado que una buena interacción madre-pediatra, es predictora de resultados positivos en el tratamiento de los niños y el cumplimiento de las prescripciones médicas, como así también en el grado de satisfacción de los padres respecto a la comunicación.

En este apartado se identificaron los siguientes ítems con un alto nivel de satisfacción: “intentamos seguir las instrucciones que nos da el personal médico”, elegido por el 94% de los padres. Los ítems: “el médico me hace sentir que tengo un buen trabajo que hacer al cuidar a mi hijo” y “esperamos que sea fácil seguir los consejos de los médicos”, también arrojaron un alto nivel de satisfacción para el 81% de los entrevistados. Datos que reflejan la voluntad y responsabilidad que ambas partes, médico y padres comparten, a la vez que deja a la vista la dificultad que esto suele acarrear.

Los datos hallados coinciden con Hoekelman et. al. (1998), quienes citan estudios que demuestran que el 50% de la información que se suministra a los pacientes, es olvidada por estos a los quince minutos. Que los pacientes recuerdan más los detalles respecto al diagnóstico y no de la terapéutica prescrita. Otros estudios demostraron la comprensión materna inadecuada de algunos términos y la necesidad de reemplazarlos por otros más comunes. Es aconsejable que el pediatra de al paciente instrucciones personalizadas y por

escrito, que insista en los detalles importantes del régimen y evite una sobrecarga de información. Estos hallazgos apuntan al mejoramiento de las estrategias para una buena comunicación médico-paciente.

Por su parte el pediatra debe considerar que cada cuidador presuntivamente no cumpla con el tratamiento. Por este motivo y para influir sobre la probabilidad de adherencia, es importante que el profesional tenga en cuenta que muchos padres no comprenden qué es lo que se espera de ellos tras la hospitalización y que esto afecta el cumplimiento con el régimen. El conocimiento de la duración del tratamiento, la dosificación, y la frecuencia de administración es esencial para un correcto cumplimiento. La falta de información u otras variables como el olvido o escasa motivación de parte el cuidador son determinantes para la baja adherencia al régimen (Hoekelman et. al., op. cit.).

En el ítem: “para nosotros puede ser demasiado difícil hacer exactamente lo que los médicos nos han dicho”, el 48% de los padres manifestó tener un nivel moderado de satisfacción y solo el 39% un nivel alto de satisfacción. Esto se relaciona con lo anteriormente citado al respecto en párrafos anteriores y coincide con Hoekelman et. al., op. cit.

Los autores señalan que no se han encontrado características fácilmente observables de incumplimiento, como así tampoco que los pacientes revelen su incumplimiento con el régimen; solo se cuenta con los esfuerzos específico de los pediatras para valorar el nivel de adhesión al tratamiento y que esto no es más exacto que lo que podría predecirse por azar (Hoekelman et. al., op. cit.).

Si bien los resultados obtenidos en este estudio dan cuenta de un alto nivel de satisfacción general de los padres entrevistados, los valores más bajos, pueden observarse en los apartados comunicación médico-padre con un 64% y comunicación médico-niño con un 66%. Investigaciones citadas por Hoekelman et. al. (1998) señalan que el 50% de los padres entrevistados manifiesta preocupación por la carencia de información recibida de parte del médico, por la dificultad para comprender las respuestas a las preguntas formuladas y por la falta de discusión de las medidas preventivas.

En estos mismos apartados se registraron los niveles más elevados de satisfacción baja y los más representativos de satisfacción moderada.

Los ítems más destacados en comunicación médico-niño fueron: “los doctores impiden la participación de mi hijo durante la mayor parte de la conversación”, el 93% manifestó tener nivel alto de satisfacción, el 7% nivel moderado y el 0% nivel bajo; “mi hijo puede entender la mayoría de las cosas que los médicos dicen”, el 45% nivel alto de satisfacción, el 45% nivel moderado y el 10% nivel bajo; “los doctores utilizan palabras demasiado difíciles como para que mi hijo pueda entenderlas”, el 29% nivel alto de satisfacción, el 42% nivel moderado y el 29% nivel bajo.

Teniendo en cuenta que en este estudio, el 42% de los niños eran menores de 1 año y el 13% niños entre 1 y 3 años, se concluye que el 55% de ellos no se expresaba verbalmente. Por esta razón, se considera que estos datos representan el punto de vista de los padres frente a la situación planteada y no el de los niños. Esto quedó expresado en los resultados de los últimos dos ítems destacados del apartado, ya que en ninguno la respuesta fue determinante sino que se registró una tendencia moderada y poco representativa.

El primer ítem citado en este apartado y señalado por el 93% de los padres con el nivel alto de satisfacción, no resulta significativo ya que coincidiendo con Puga (2002), es posible hablar de una pediatría antes y después de Florencio Escardó, quien orientó su trabajo hacia los aspectos psicoemocionales y sociales de la pediatría y luchó contra el abandono y el hospitalismo por su incidencia en la salud del niño. Desde el servicio a su cargo en el Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez” hizo posible la internación conjunta madre hijo, por considerarla una condición de humanismo ineludible. Es por esta razón de la internación conjunta, que la información impartida a los padres en el Hospital Eva Perón, se hace en presencia de los niños salvo excepciones. Por otra parte, este ítem, eleva significativamente el valor del presente apartado.

Respecto a la comunicación médico-padres, los ítems más destacados fueron: “el personal médico escucha atentamente lo que le digo”, ya que el 74% de los padres manifestó tener un nivel alto de satisfacción, el 26% nivel moderado y el 0% nivel bajo; “me siento realmente comprendido por los médicos que atienden a mi hijo”, el 55% manifestó tener nivel alto de satisfacción, el 39% nivel moderado y el 6% nivel bajo; “los médicos dan suficientes explicaciones sobre la enfermedad de mi hijo”, aquí el 61% de los padres reconoció tener nivel alto de satisfacción, 23% nivel moderado y el 16% nivel bajo.

En estos últimos ítems, los resultados se relacionan con lo que sostiene Hoekelman et. al. (1998), que los padres suelen conceder al médico cierta autoridad, lo cual es importante tener en cuenta cuando se trabaja en equipo. El equipo debe reunirse el tiempo suficiente como para permitir que todos sus miembros estén de acuerdo con la información que se va a impartir a los padres y seleccionar un líder como moderador de la reunión. El profesional asignado para este rol es el encargado de controlar el flujo de información que circula entre sus colegas y los padres. El control implica tanto la organización de la información como así también sensibilidad empática hacia los padres. Es recomendable que la interpretación de los resultados que se les brinda a los progenitores, no se deje en manos de no profesionales, o que los mismos no cuenten con la suficiente experiencia ya que esto puede crear confusión. Asimismo, la información debe ser revelada por una persona que haya participado en el proceso diagnóstico.

En el transcurso de esta investigación, al llegar a estos ítems, muchos de los padres manifestaban claramente la diferencia y preferencia entre el trato y la información brindada por los jefes de sala y no así por la suministrada por los residentes o médicos jóvenes, quienes no les generaban confianza. A los jefes de sala, solían reconocerle autoridad y se referían a ellos como: los grandes o los que saben, mientras que los residentes o más jóvenes no gozaban de esa distinción. Esto se relaciona con el modelo paternalista, que es el más antiguo pero aún persiste. En este, el médico es el encargado de discernir qué es lo mejor para su paciente ya que ambos asumen que el profesional es la persona capacitada, y el paciente asume un rol pasivo (Carvallo, 2005).

Si bien el propósito del presente estudio fue evaluar el nivel de satisfacción de los padres de niños internados en las salas de pediatría del Hospital Eva Perón, el tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones generalizables. Solo se puede tomar como un estudio descriptivo, en el que los datos se analizaron mediante el cálculo de porcentajes y frecuencias.

Otro de los límites del TFI se centra en utilizar la escala P-MISS por: 1) no estar validada en Argentina; 2) algunas expresiones debieron adaptarse a nuestro contexto; 3) algunos ítems fueron difíciles de comprender por: no adecuarse al contexto, por la dificultad de los padres a responder a las preguntas orientadas a los niños y otros que hacían mención a los

sentimientos; 4) tener 6 categorías de respuestas para algunos entrevistados fue difícil, considerando que el 45% de los padres solo tenía estudios primarios completos.

Se optó por utilizar la escala P-MISS por ser el único instrumento disponible para medir la satisfacción de los padres con la hospitalización de su hijo.

Considerando la relevancia del tema y los escasos estudios en un área tan importante, futuras investigaciones podrían realizar la validación de la escala en nuestro país, ya que no existen instrumentos locales, ni validados para abordar este tema.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, dan cuenta de un alto nivel de satisfacción. Según Castillo et. al. (2005), las expectativas con la que llegan los pacientes a la consulta también influye en el grado de satisfacción y se considera que, a mayor expectativa, menor satisfacción. Por esta razón, sería interesante para futuras investigaciones, correlacionar la satisfacción de los padres con las expectativas de esa población teniendo en consideración las características sociodemográficas de la misma.

La mayoría de las investigaciones que tratan el tema de la relación Médico Pediatra-Paciente-Familia sostienen la importancia que tiene el modo en que ambas partes interaccionan entre sí. La comunicación en este intercambio cobra un rol fundamental, ya que es el continente de la relación, la que puede proporcionarle cobijo y a la vez ser vehículo de una información transformadora tanto para el médico como para la familia.

El trabajo de investigación realizado permite reafirmar la importancia de la comunicación y la necesidad de que en ese intercambio esté presente el enfoque multicultural. Este promueve la interacción de diferentes perspectivas culturales, permitiendo la integración de los valores y creencias tanto del médico como del paciente en un clima de respeto mutuo e interdependencia (Aliboni, 2004). Esto es imprescindible, teniendo en cuenta que los usuarios de las salas de internación pediátricas del Hospital Eva Perón de San Martín son personas provenientes de distintas partes del conurbano bonaerense, en su mayoría y otros, oriundos de diferentes puntos tanto de nuestro país como de otros.

El hecho que los apartados referidos a la comunicación médico-padres, médico-niños hayan sido reconocidos por los padres con los niveles más bajos de satisfacción, dejan abierto un interrogante y este a su vez sirve de guía para quienes se planteen el objetivo de lograr una relación Médico Pediatra-Paciente-Familia satisfactoria.

**BIBLIOGRAFIA**

Ajuriaguerra, J. (1996). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.

Aliboni, V.; Serafini, R. & Alfie J. D. (2004). Cómo entienden los padres las indicaciones médicas. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 102 (1), 22-25.

Carvalho, A. V. (2005). Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. *Revista médica de Chile*, 2 (133), 253-258.

- Castillo, E.; Chesla, C. A.; Echeverri, G.; Tascón, E. C.; Charry, M.; Chicangana, J. A.; Mosquera, Y. L. & Pomar, D. M. (2005). Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Revista Colombia Médica*, 3 (36), 43-49.
- Ceitlin, J. (1998). Medicina de Familia: Un modelo médico de pensamiento y acción. [Versión electrónica], *Publicaciones Academia Nacional de Medicina de Colombia*, 3 (21). Disponible en <http://anm.encolombia.com/n-04ceitlin.htm>, recuperado el (11/4/2007).
- Costa, C. E. (2003). Cómo aprendemos a comunicarnos. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 203 (45), 160-162.
- Dörr, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Revista médica de Chile*, 25 (132), 1431-1436.
- Eliascher, M. (1999). Hospitalización infantil, algunas reflexiones. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 184 (41), 279-281.
- Escardó, F. (1963). Cinco preguntas sobre hospitalismo. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 17 (1), 95-96.
- Escardó, F. & Baranchuk N. S. (2004). *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundasap.
- Gálvez López, A. B; Méndez Venegas, J. & Martínez López, C. (2005). *Revista Acta Pediátrica de México*, 26 (1), 35-43.
- Gianantonio, C. A. (1991). El niño, su familia y su medio. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 145/6 (XXXIII), 212-217.
- Gleich, S. C. (2005). Oportunidades perdidas para crear el “vínculo” en la relación médico-paciente. [Versión electrónica]. Disponible en [www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/agosto.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/agosto.pdf), recuperado el (11/4/2007).
- Hoekelman, R. A; Friedman S. B; Nelson, N. M; Seidel, H. H. & Weitzman, M. L. (1998). *Atención Primaria en Pediatría*. Madrid: Harcourt Brace.

- Jiménez Hernández, J. M. (2004). Sentidos de vida: razón, emoción y salud desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Psicología*, 2 (21), 129-134.
- Maglio, F (1999). Relación médico-paciente. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 183 (41), 187-195.
- Meneghello, J; Fanta, E; Grau Martínez, A. & Blanco, O. (2001). *Pediatría Práctica en Diálogos*. Buenos Aires: Panamericana.
- Meneghello, J; Fanta, E; París, E. & Puga, T. (1997). *Pediatría*. Buenos Aires: Panamericana.
- Meneghello, J. & Grau Martínez, A. (2000). *Psiquiatría y Psicología de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Moreno, E. M. (2001). El pediatra del siglo XXI. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 99 (1), 62-67.
- Ortigosa Quiles, J. M. & Méndez Carrillo, F. X. (2000). *Hospitalización Infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez, A. T. (1997). El niño, La familia, El pediatra. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 76 (XIX), 241-248.
- Plaza, A. (1998). La comunicación en la relación médico-paciente. *I Jornada Nacionales sobre disfluencias (Tartamudez)*.
- Puga, T. F. (2001). Los derechos del niño. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 99 (2), 150-161.
- Puga, T. F. (2002). Un recuerdo para Florencio Escardó. *Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría*, 100 (4), 273-274.
- Rodríguez Arce, M. A. (2003). Relación médico-niño. [Versión electrónica], *Correo Científico Médico de Holguín*, 7 (3). Disponible en <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73rev4.htm>, recuperado el (1/10/2006).
- Silverio, A. V. Un nuevo tipo de relación médico-paciente. Sus particularidades. Disponible en [http://www.sasnac.org.ar/docs/ciencias\\_sociales/un\\_nuevos\\_relación\\_médico\\_paciente](http://www.sasnac.org.ar/docs/ciencias_sociales/un_nuevos_relación_médico_paciente), recuperado el (16/4/2007).

Sobrino López, A. (2003). Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años. [Versión electrónica], *Revista Clínica de Atención Primaria*. Disponible en <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=4&art=01>, recuperado el (11/4/2007).

**ANEXO**

**Satisfacción de los padres con la hospitalización de su hijo  
(Lewis, Scott, Pantell y Wolf, 1986)**

*Adaptación Cora Decunto*

1	2	3	4	5	6
No, nunca	No, rara vez	No, a veces	Sí, a menudo	Sí, casi siempre	Sí, siempre

	1	2	3	4	5	6
1- Los médicos parecen trabajar y preocuparse por el problema de mi hijo.						
2- Los doctores hablan con mi hijo sobre lo que puede hacer para estar mejor.						
3- El personal médico escucha atentamente lo que le digo.						

4- Los pediatras creen que es importante para mi hijo llegar a comprender el motivo de la hospitalización.						
5- Para nosotros puede ser demasiado difícil hacer exactamente lo que los médicos nos han dicho.						
6- En realidad los pediatras me dan la oportunidad de decir lo que pienso.						
7- Los médicos animan a hablar a mi hijo.						
8- Después de hablar con los doctores siento que estoy afrontando mejor la enfermedad de mi hijo.						
9- Los médicos saben cómo hablar a los niños.						
10- Intentamos seguir las instrucciones que nos da el personal médico.						
11- Los pediatras se interesan por los sentimientos de mi hijo.						
12- Me siento realmente comprendido por los médicos que atienden a mi hijo.						
13- El pediatra escucha atentamente a mi hijo cuando habla.						
14- El médico me hace sentir que tengo un buen trabajo que hacer al cuidar a mi hijo.						
15- Los doctores utilizan palabras demasiado difíciles como para que mi hijo pueda entenderlas.						
16- El pediatra entiende el principal motivo por el que vinimos.						
17- Esperamos que sea fácil seguir los consejos de los médicos.						
18- El personal médico realmente comprende los sentimientos de mi hijo.						
19- Los doctores dan suficientes explicaciones sobre la enfermedad de mi hijo.						
20- Los médicos parecen saber qué hacer exactamente para resolver el problema de mi hijo.						
21- Será demasiado difícil seguir los consejos de los doctores.						
22- El pediatra explica muy bien las cosas a mi hijo.						
23- Después de hablar con los médicos me encuentro mejor						
24- Los doctores impiden la participación de mi hijo durante la mayor parte de la conversación.						
25- Los médicos parecen tener otras cosas en la cabeza.						
26- <i>Mi hijo puede entender la mayoría de las cosas que los médicos le dicen.</i>						

### **Datos sociodemográficos**

**Varón / Mujer**

**Motivo de internación:**

**Tipo de vínculo con el niño:**

**Cantidad de hijos:** (en caso de ser alguno de los progenitores)

**Nº de hijo:**

**¿Primera vez que acompaña a un niño hospitalizado?** Si No

**Edad:**

**Estado civil:** Soltero / Casado / Unión consensual / Viudo-a / Divorciado-a / Separado-a

**Nivel Educativo:** Primario Completo: Si / No  
 Secundario Completo: Si / No  
 Terciario Completo: Si / No  
 Universitario Completo: Si / No

**Situación Laboral:** Ocupado  
 Desocupado  
 Subocupado  
 Jubilado  
 Estudiante  
 Ama de Casa

¿Conoce el nombre del doctor que atiende a su hijo? Si No

¿Es siempre el mismo pediatra? Si No

¿Conoce el nombre de todos los doctores que tratan con usted y con el niño? Si No

Análisis de la escala P-MISS por ítem.

<b>1- Los médicos parecen trabajar y preocuparse por el problema de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	0	0
No, a veces	6	2
Sí, a menudo	13	4
Sí, casi siempre	29	9
Sí, siempre	52	16
<b>2- Los doctores hablan con mi hijo sobre lo que puede hacer para estar</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>

<b>mejor</b>		
No, nunca	3	1
No, rara vez	13	4
No, a veces	0	0
Sí, a menudo	16	5
Sí, casi siempre	13	4
Sí, siempre	55	17
<b>3- El personal médico escucha atentamente lo que le digo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	0	0
No, a veces	13	4
Sí, a menudo	13	4
Sí, casi siempre	19	6
Sí, siempre	55	17
<b>4- Los pediatras creen que es importante para mi hijo llegar a comprender el motivo de la hospitalización.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	3	1
No, a veces	16	5
Sí, a menudo	10	3
Sí, casi siempre	16	5
Sí, siempre	52	16
<b>5- Para nosotros puede ser demasiado difícil hacer exactamente lo que los médicos nos han dicho.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	20	6
No, rara vez	19	6
No, a veces	32	10
Sí, a menudo	16	5
Sí, casi siempre	10	3
Sí, siempre	3	1
<b>6- En realidad los pediatras me dan la oportunidad de decir lo que pienso.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	16	5
No, a veces	16	5
Sí, a menudo	3	1
Sí, casi siempre	26	8
Sí, siempre	39	12
<b>7- Los médicos animan a hablar a mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	6	2
No, a veces	3	1
Sí, a menudo	10	3
Sí, casi siempre	13	4
Sí, siempre	65	20
<b>8- Después de hablar con los doctores siento que estoy afrontando mejor la enfermedad de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	7	2
No, a veces	13	4

Sí, a menudo	3	1
Sí, casi siempre	29	9
Sí, siempre	48	15
<b>9- Los médicos saben cómo hablar a los niños.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	6	2
No, a veces	6	2
Sí, a menudo	7	2
Sí, casi siempre	26	8
Sí, siempre	52	16
<b>10- Intentamos seguir las instrucciones que nos da el personal médico.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	0	0
No, a veces	0	0
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	23	7
Sí, siempre	71	22
<b>11- Los pediatras se interesan por los sentimientos de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	13	4
No, a veces	10	3
Sí, a menudo	10	3
Sí, casi siempre	19	6
Sí, siempre	48	15
<b>12- Me siento realmente comprendido por los médicos que atienden a mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	3	1
No, a veces	26	8
Sí, a menudo	13	4
Sí, casi siempre	13	4
Sí, siempre	42	13
<b>13- El pediatra escucha atentamente a mi hijo cuando habla.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	0	0
No, a veces	13	4
Sí, a menudo	13	4
Sí, casi siempre	10	3
Sí, siempre	64	20
<b>14- El médico me hace sentir que tengo un buen trabajo que hacer al cuidar a mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	3	1
No, a veces	3	1
Sí, a menudo	10	3
Sí, casi siempre	20	6
Sí, siempre	61	19
<b>15- Los doctores utilizan palabras demasiado difíciles como para que mi hijo pueda entenderlas.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>

No, nunca	10	3
No, rara vez	19	6
No, a veces	26	8
Sí, a menudo	16	5
Sí, casi siempre	19	6
Sí, siempre	10	3
<b>16- El pediatra entiende el principal motivo por el que vinimos.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	0	0
No, a veces	10	3
Sí, a menudo	19	6
Sí, casi siempre	29	9
Sí, siempre	42	13
<b>17- Esperamos que sea fácil seguir los consejos de los médicos.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	6	2
No, a veces	7	2
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	20	6
Sí, siempre	61	19
<b>18- El personal médico realmente comprende los sentimientos de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	6	2
No, rara vez	6	2
No, a veces	13	4
Sí, a menudo	7	2
Sí, casi siempre	23	7
Sí, siempre	45	14
<b>19- Los doctores dan suficientes explicaciones sobre la enfermedad de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	16	5
No, a veces	20	6
Sí, a menudo	3	1
Sí, casi siempre	19	6
Sí, siempre	42	13
<b>20- Los médicos parecen saber qué hacer exactamente para resolver el problema de mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	6	2
No, a veces	16	5
Sí, a menudo	7	2
Sí, casi siempre	23	7
Sí, siempre	48	15
<b>21- Será demasiado difícil seguir los consejos de los doctores.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	29	9
No, rara vez	36	11
No, a veces	23	7
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	3	1

Sí, siempre	3	1
<b>22- El pediatra explica muy bien las cosas a mi hijo.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	13	4
No, a veces	19	6
Sí, a menudo	13	4
Sí, casi siempre	23	7
Sí, siempre	32	10
<b>23- Después de hablar con los médicos me encuentro mejor.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	0	0
No, rara vez	10	3
No, a veces	6	2
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	39	12
Sí, siempre	39	12
<b>24- Los doctores impiden la participación de mi hijo durante la mayor parte de la conversación.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	90	28
No, rara vez	3	1
No, a veces	4	1
Sí, a menudo	3	1
Sí, casi siempre	0	0
Sí, siempre	0	0
<b>25- Los médicos parecen tener otras cosas en la cabeza.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	52	16
No, rara vez	13	4
No, a veces	16	5
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	10	3
Sí, siempre	3	1
<b>26- Mi hijo puede entender la mayoría de las cosas que los médicos le dicen.</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>
No, nunca	3	1
No, rara vez	7	2
No, a veces	39	12
Sí, a menudo	6	2
Sí, casi siempre	35	11
Sí, siempre	10	3