



Universidad Nacional del Nordeste

Facultad de Medicina

Doctorado en Medicina



**“LA COMUNICACIÓN DEL PEDIATRA PERCIBIDA POR
PADRES/TUTORES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE
CONSULTARON EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO ‘JUAN
PABLO II’ EN 2019”**

Tesis que presenta **Roxana Estela Servin** para la obtención del Título
de Doctora de la Universidad Nacional del Nordeste en Medicina
Bajo la dirección de la **Dra. Lorena Dos Santos Antola**

Corrientes, Argentina, octubre 2022

A mi amado esposo.

A mis hijos Hunor, Ian y León.

A mi querida Yiyi, que habita en mí.

A mis padres y hermanos.

A los queridos abuelos, Juana, Edicha y Ramón, firmes pilares de la familia.

A la amorosa tía Felipa.

A mis hermanas elegidas Malena, Mabel y Gladys.

A mis hijas de cuatro patitas, Tinker, Dot, Vainilla y Miel.

A los niños y mamás de quienes aprendo cada día.

A todos los benditos seres en quienes hallé un maestro.

A la música, mágica y redentora.



AGRADECIMIENTOS

Al padre de la pediatría, Dr. Carlos Giannantonio, un ser sabio e inspirador y de quien tuve el honor de aprender a mi paso por el Hospital Italiano.

A las autoridades de la Facultad de Medicina, que me impulsaron a iniciar la Carrera del Doctorado.

A mi Directora de tesis, Dra. Lorena Dos Santos Antola, por haber aceptado el compromiso, y acompañarme en el desafío.

A Graciela, que permanentemente me alentó, sobre todo las veces que bajé los brazos con la tesis.

A Vivi Lifchitz, quien me ayudó a avanzar cuando me quedé estancada.

A Marcelo González por su generosidad y expertise.

A mi querido Maestro del Hospital Italiano, Dr. Aldo Calzolari.



*“Quiero que mis palabras digan
lo que yo quiero decir,
y que tú las oigas
como yo quiero que las oigas”.*

Pablo Neruda



PRÓLOGO

Con los años han cambiado mis percepciones sobre la comunicación médico-paciente. ¿Cómo podría no ser así? Vamos cambiando, creciendo, mutando en todos los aspectos de nuestra vida... para bien o para mal. ¿Cómo podría nuestra profesión escapar a esto?

Recuerdo mis primeros años de ejercicio de la medicina, cuando tenía apenas unos 26 años y me había incorporado al durísimo sistema de la residencia médica. Tenía sobre mis hombros tanta responsabilidad... tantos pacientes y urgencias... tantos datos a retener en la mente, y las estresantes presentaciones de casos en los pases de sala y de guardia. Debía aprender a exponer el relato obligadamente sintético y conciso de la historia de muchos pacientes a colegas más experimentados e interconsultores. ¿Cómo organizar tantas ideas diferentes, compilar los datos precisos de cada caso particular, que además iban cambiando día a día?

...Y el cansancio, la falta de sueño reparador, la prisa y la “carrera” por hacer todo y todo bien, la inexperiencia y el desconocimiento, junto con el deseo de superación, de aprender y leer en las breves fracciones de tiempo en que me quedaba una pizca de concentración para llevar el ritmo académico de la mano del asistencial...

...Y por supuesto, en medio de esa vorágine estaban los niños, y, obviamente sus padres y familias, cargando con un padecimiento, una dolencia o la angustia de un diagnóstico incierto junto con la preocupación por la organización de la estructura familiar ante un hijo internado.

...Y uno, tan novato en esos tiempos, con tanta avidez por aprender, en un medio altamente competitivo, concentrado en que no se le escape ningún dato o idea, con varios tutores y jefes por encima de su escalafón, evitando la puesta en escena de su propia ignorancia...

No era algo raro tener a cargo a “cama 3, cama 5 o cama 8”, sobre todo si el giro cama era menor de una semana, sin acabar de “redondear las ideas para sacar conclusiones” y por lo tanto acceder a un aprendizaje significativo. ¿Dónde quedaba el tiempo o el momento para sentarme con calma y escuchar “con todos los sentidos” y la empatía necesaria a “otro” que buscaba una respuesta, pero sobre todo ser oído, comprendido y acompañado por alguien que sintiera que estaba comprometido, compenetrado empáticamente con su niño y su familia?



Hoy pienso, en mi ánimo de justificarme, ¿cabía algún espacio para ver a los seres humanos que estaban en frente mío?

Es claro que todo “lo importante” cedía gentilmente el tiempo a “lo urgente”. Y los residentes también quedábamos reducidos a ser aprendices a los que nunca les cerraron los tiempos, a quienes el cansancio físico y emocional superaban muy a menudo.

Hoy, a 29 años de ejercicio profesional, me encuentro frente a los pacientes que recurren a mí con las mismas incertidumbres, las mismas dudas y angustias.

Habiendo transitado tantos años de experiencia, y con una mirada que va más allá de la patología, que es capaz de captar los pequeños detalles de la relación vincular del paciente y su familia, y basándome en la “cultura de la seguridad del paciente”, y sus fallas, que ocurren siguiendo el modelo de *Reason* (1990) del “queso suizo” (que propone que muchos eventos se “alinean” para que el error se produzca), comprendo, sin temor a equivocarme, que el fracaso en la comunicación constituye la causa, que engloba casi todas las causas.

En todo este tiempo aprendí que la buena comunicación es la piedra fundamental sobre la que se erige la ayuda a los demás, que escuchar es más importante que hablar, y que los pacientes están ávidos de expresarse, que sienten un gran alivio desde el momento en que se sienten escuchados y comprendidos, más allá del motivo de la consulta. Entendí que la enfermedad actual muchas veces es el corolario de procesos emocionales que horadan el bienestar y la salud de un ser humano. Que el oír atenta y empáticamente a los pacientes, hace que salgan de la consulta agradecidos y llenándonos de bendiciones aun estando lejos de ofrecerles un diagnóstico certero, o un pronóstico al menos aproximado.

Y comprendo en profundidad la premisa del Dr. Mario Maglio a quien oí decir que el consultorio debería transformarse en el “escuchatorio”, y con ello la importancia de la comunicación, que comienza en la escucha. Está demostrado que el tiempo promedio de la primera interrupción en la entrevista médica es de 18 segundos (Alves de Lima, 2002), que los médicos interceptamos el relato del paciente muchas veces al momento en que nos dice “Dr. mi hijo está con fiebre, o vómitos, o tos”. Tendemos a preguntar inmediatamente: –desde cuándo? – para poder orientar más rápidamente el interrogatorio y optimizar nuestro tiempo. Y en ese obrar nos perdemos de observar al niño y su acompañante, mirarlos de verdad y valorar su lenguaje corporal y lo que están expresando más allá de la palabra. Pasamos por alto muchas veces esa mirada global y la interpretación, de que a veces, otras causas son las que generan la consulta y no la fiebre misma... que las personas necesitan hablar y ser escuchadas para aliviarse, y comenzar el proceso de sanación.



Recuerdo –y viene al caso–, a una mamá que, humildemente, vino un día a consultar “sola” (sin su hijo), pidiéndome ni bien se sentó, cabizbaja y sin hacer contacto visual conmigo, que “por favor no la retara”. Me pregunté... ¿por qué me diría semejante cosa?, y le expresé mi pensamiento, a lo que respondió que un profesional la había “echado” del consultorio el día anterior, al verla entrar sola, sin “su hijo”. Me dijo que quiso explicar el porqué, y antes de escuchar lo que tenía para decir, el médico le dijo que no la iba a atender si no traía al niño, acto seguido, más reprimendas.

Yo le dije que no acostumbraba a “retar” a los pacientes y que por favor me mirara a los ojos y me contara cuál era el problema, a lo que respondió que ella necesitaba primero una consulta a solas para relatar cómo eran sus hijos, ya que, si los traía en la primera consulta, no podríamos conversar sobre los gemelos de siete años, ambos con autismo. Que nunca, ningún médico había logrado ponerles un estetoscopio en el pecho, y mucho menos pesarlos o revisarlos. Y llorando me explicó que ella no merecía ese trato, que era pobre, pero una buena madre. Que había criado nueve hijos y hasta uno de ellos iba a la universidad; que ella lavaba ropas para ganar dinero, y que las latas que traía en una bolsa no eran porque “fuese alcohólica”, sino que las recolectaba para venderlas. Comprendí, gracias a su relato, que hubiera sido erróneo, como ella lo había hecho alguna vez, traer a consulta a los dos niños juntos, y que era por demás necesario que incluso viniera sola a la primera entrevista.

Gracias a eso, y en forma gradual después de varios encuentros, pude acceder a revisar a los niños y pesarlos, sin que gritaran, se golpearan la cabeza contra la pared, se mordieran o se arrancaran los cabellos.

En la primera consulta, en que atendí a uno de los gemelos, me dirigí a él con palabras amables, afectuosas, lo miré de frente (aunque él no), le expliqué lo que era un estetoscopio y lenta, muy lentamente me fui acercando. En ese momento comenzó a “aplaudir”, y yo, habiendo considerado esto en mi juvenil arrogancia, como “un triunfo personal”, me dirigí a la mamá para preguntarle: – ¿me acepta, verdad? ¿le caigo bien? ¿está contento con esta interacción no? La madre respondió negativamente, comunicándome que ese movimiento repetitivo de sus manos, indicaba que estaba asustado, ansioso, y a punto de tener “una crisis de nervios”. Caí en la cuenta de mi ignorancia acerca de la patología, por un lado, y por otro, del valor invaluable y la importancia de la observación para decodificar el mensaje del lenguaje corporal, de todo aquello que el niño (en general y este paciente en particular) está comunicando y no se lo percibirá, a menos que se haga consciente la intención de prestarle atención adecuada. Y entendí que esto último es una especie de “ley universal”, en lo que respecta a la comunicación del y con el paciente.



Estos fueron los primeros niños autistas que atendí y aprendí muchísimo con ellos, no solo sobre esta patología, sino sobre la importancia, lo trascendental de la comunicación, lo que cambió mi mirada para siempre...



ÍNDICE

	N°
Resumen castellano/inglés	1 - 7
CAPÍTULO I	8 - 47
1. Introducción	9 - 38
1.1. Planteamiento del problema de investigación	9 - 16
1.2. Justificación	17 - 19
1.3. Marco teórico	20 - 31
1.4. Estado del arte	32 - 37
1.5. Hipótesis	38
1.6. Objetivos de estudio	
Objetivo general	38
Objetivos específicos	38
1.7. Metodología de la investigación	39 - 49
Diseño	39
Población	39
Muestra	39
Unidad de análisis	39
Criterios de inclusión	40
Criterios de exclusión	40
Instrumento de recolección de la información empírica	40 - 41
Identificación de las variables	42 - 45
Técnica de recolección de la información	46
Técnicas de procesamiento y análisis estadístico	46
Calidad de la información	47
Análisis de validez	47
Facilidades disponibles	47



Aspectos éticos	47
Sistema de citas y referencias bibliográficas utilizado	47
CAPÍTULO II	
2. Resultados	48 - 80
Parte I. Resultados globales	48 - 52
Parte II. Comunicación no verbal	52 - 56
Parte III. Comunicación verbal	57 - 66
Parte IV. Comunicación escrita	67 - 71
Parte V. Percepciones generales de los pacientes	72 - 76
Parte VI. Percepciones de quienes eligieron pediatra	77 - 80
CAPÍTULO III	81 - 94
3.1. Resultados	82 - 94
3.2. Conclusiones	95
3.3. Limitaciones	96
3.4. Recomendaciones	97 - 100
3.5. Fuentes y bibliografía	101 - 112
ANEXOS	113 - 124
Anexo I. Aval Director de Docencia	114 - 115
Anexo II. Instrumento de Recolección de Datos	116 - 120
Anexo III. Consentimiento informado	121 - 122
Anexo IV. Aval de la Directora de Tesis	123 - 124

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. Frecuencia de publicaciones sobre habilidades de comunicación del médico	32
Fig. 2. Profesionales involucrados según sexo	49
Fig. 3. Edades de los profesionales	50
Fig. 4. Proporción mujeres/varones de niños atendidos en el periodo estudiado	50
Fig. 5. Nivel de escolarización de los padres	51
Fig. 6. Grupos etarios en la muestra estudiada	51
Fig. 7. Distribución de la procedencia de los pacientes atendidos en el periodo	52
Fig. 8. Frecuencia de percepción de dos expresiones de la comunicación no verbal: mirada y sonrisa	53
Fig. 9. Frecuencia de percepción de la mirada del médico según grupo etario y sexo de los profesionales	54
Fig. 10. Frecuencia de percepción de la sonrisa según características de los profesionales	55
Fig. 11. Percepciones subjetivas de los pacientes en relación al trato recibido en la consulta	56
Fig. 12. Habilidades profesionales de comunicación verbal desde la valoración de los acompañantes, en la relación triangulada pediatra-paciente-padre	57
Fig. 13. Frecuencia del saludo profesional	58
Fig. 14. Diálogo con el niño y advertencia de su abordaje para el examen físico	59
Fig. 15. Predisposición del pediatra a la escucha	60
Fig. 16. Interrupciones al relato de los interlocutores	61
Fig. 17. Habilidad del médico para dar las indicaciones en voz alta	62



Fig. 18. Pediatras que se aseguraron haberse hecho entender en las prescripciones verbales	63
Fig. 19. Espacio para las preguntas durante la consulta	64
Fig. 20. Médicos que ofrecieron información suficiente	64
Fig. 21. Utilización de lenguaje comprensible para pacientes según características de los pediatras	65
Fig. 22. Comprensión del lenguaje del médico según características de los consultantes	66
Fig. 23. Valoración global de la legibilidad de la letra del pediatra y de la presencia de errores en la escritura de las prescripciones médicas	67
Fig. 24. Legibilidad de las prescripciones/solicitudes/recetas según características del médico	68
Fig. 25. Presencia de datos completos en prescripciones, solicitudes y recetas médicas	69
Fig. 26. Errores/omisiones en las prescripciones según características del profesional	70
Fig. 27. Errores/omisiones en las prescripciones según características de los pacientes y consultantes	71
Fig. 28. Percepción de los interlocutores de sentirse escuchados por el médico	72
Fig. 29. Percepción del consultante de sentirse juzgado	73
Fig. 30. Pacientes que refirieron recibir más información	74
Fig. 31. Satisfacción del padre/madre/tutor en relación al tiempo de la consulta	75
Fig. 32. Percepción de importancia de la consulta	76
Fig. 33. Percepciones de los pacientes sobre aspectos generales de la consulta	78



Fig. 34. Percepciones generales de los pacientes que en la consulta hospitalaria pudieron elegir al pediatra que los atendió	79
Fig. 35. Percepción del trato recibido entre quienes eligieron pediatra y quienes no tuvieron oportunidad de hacerlo	80

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Datos relacionados con las características de los actores	42 - 43
Tabla 2. Datos relacionados con las percepciones de los pacientes	44 - 45



RESUMEN



RESUMEN

La relación médico-paciente (RMP) es aquella interacción que se establece con el propósito de devolverle al enfermo la salud, aliviar su padecimiento y/o prevenir la enfermedad. El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. El sistema de salud impone tiempos de atención cada vez más breves, lo que, a su vez, va en detrimento de la comunicación, de la relación entre el médico y su paciente, y, por ende, de los resultados en salud.

La RMP en la consulta del niño tiene sus singularidades. El pediatra entabla siempre una relación triangulada, tripolar, que involucra a un lactante, un infante o adolescente y su referente padre, familiar o tutor; a veces, incluso más de uno.

Es sabido que las habilidades de comunicación pueden y deben enseñarse, para lo cual es necesaria la concientización de las instituciones de educación médica, el profesorado y el estudiante para asegurar un adecuado encuentro clínico entre el futuro médico y el paciente (Olaya, Pérez & Rico 2015). Todos deben tener la oportunidad de recibir esta enseñanza durante el pregrado.

El objetivo de esta tesis consistió en describir percepciones sobre la comunicación médico-paciente de padres/tutores de niños y adolescentes en la consulta ambulatoria del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" de Corrientes, Argentina.

Metodológicamente se trató de un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, correlacional, de corte transversal, con muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 725 pacientes (madres, padres o tutores), que representaron el 5 % de las consultas del periodo. El relevamiento de datos se realizó en la sala de espera del servicio y en el pasillo central del hospital. La estadística aplicada fue descriptiva, correlacional y de estimación de diferencias mediante Chi².

Resultados: Más del 90 % de los consultantes percibieron que los profesionales les dirigen la mirada, aunque el porcentaje disminuye a mayor edad del médico. La sonrisa muestra una relación inversa con la edad, siendo los profesionales más jóvenes los más proclives a sonreír tanto al acompañante como al niño. Hubo una elevada tasa de satisfacción respecto del trato recibido. Los profesionales del Hospital "Juan Pablo II" tienen

buena comunicación no verbal con quienes acompañan a los niños, aunque entre los más añosos hay ciertas falencias al respecto.

En todos los grupos, los pediatras saludaron menos frecuentemente al niño, con menor proporción en los médicos añosos y ligeramente menor en profesionales mujeres. Los más jóvenes fueron los que más entablaron un diálogo con los niños, no habiendo diferencia significativa según sexo. Los médicos jóvenes y los de edad mediana fueron los que más frecuentemente informaron al niño que lo van a revisar. Hubo percepción de buena predisposición de más del 92% de los profesionales a escuchar al interlocutor en todos los grupos etarios y en ambos sexos, sin embargo, los consultantes refirieron que los que menos escuchan al niño fueron los pediatras jóvenes y el grupo de mujeres pediatras.

Los jóvenes dieron más frecuentemente indicaciones en voz alta. Y, jóvenes y mujeres, fueron quienes más se cercioraron de que los consultantes hayan entendido las indicaciones. La mayoría de los pediatras otorgó al paciente un espacio para hacer preguntas o aclarar sus dudas y los de mediana edad ofrecieron más información a sus pacientes, sin diferencia de acuerdo al sexo.

Los consultantes que recibieron más información fueron los padres de adolescentes y los padres de lactantes. Los jóvenes fueron quienes más utilizaron un lenguaje sencillo, independientemente de su sexo. Los que percibieron mayor comprensibilidad del lenguaje del profesional fueron los padres de niños de 12 o más años, sin diferencia significativa según su procedencia, y también los acompañantes que tenían primaria incompleta.

La letra de los pediatras fue considerada legible en alta proporción (88%). Hubo un 8% de errores y un 3% de omisiones de alguna indicación que se dio en forma oral. El grupo de los médicos mayores es el que más errores registró, sin diferencia en cuanto al sexo. Quienes más errores u omisiones hallaron en las indicaciones y recetas médicas fueron los acompañantes de adolescentes. Y aquellos que tenían solo estudios primarios completos fueron los que encontraron más errores u omisiones.

Para más del 80 % de los pacientes, el médico habló en forma lenta y pausada, proporcionando información suficiente. Se destacaron como más frecuentes las habilidades de utilizar lenguaje sencillo y comprensible, y generar un espacio para las preguntas y dudas. La habilidad menos percibida fue la de asegurarse que el paciente comprendió las indicaciones. Los pacientes de 12 años o más son los que percibieron más interrupciones en su narración y curiosamente, son los que refieren sentirse más escuchados.

Solo poco más del 40 % refirió sentirse o conforme con la consulta, con alta proporción de insatisfechos. Con respecto al tiempo dedicado a la consulta, en general los pacientes han estado satisfechos, particularmente las acompañantes mujeres, madres o tutoras, los pacientes de la capital, y aquellos con estudios post-secundarios.

La percepción de los consultantes fue mucho mejor cuando tuvieron la posibilidad de elegir al profesional para la atención. En general los acompañantes percibieron un trato cordial o afectuoso hacia ellos, independientemente de haber elegido o no al pediatra para su consulta. Sin embargo, en referencia al trato hacia el niño, los pacientes que no eligieron al médico percibieron un trato cordial, y los que sí lo hicieron refirieron un trato afectuoso. Un mínimo porcentaje percibió un trato solamente correcto.

Conclusión: En el Hospital “Juan Pablo II” hay percepción, por parte de los acompañantes de los pacientes, de una comunicación no verbal, verbal y escrita, así como trato en general, que supera los estándares de muchos otros hospitales de Latinoamérica y el mundo. No obstante, los buenos valores hallados en esta tesis, son necesarias acciones de capacitación en la comunicación médico-paciente y la enseñanza de técnicas para la adquisición de competencias o habilidades comunicacionales.



ABSTRACT

Doctor-patient relationship (DPR) is the interaction which is established with the purpose of returning the patient to health, relieving their condition and / or preventing disease. The effective use of communication skills by physicians in clinical setting benefits both, the professional and their patients. Health system imposes increasingly shorter care times, which, is detrimental to communication, the relationship between the doctor and his patient, and, therefore, health outcomes.

DPR in pediatrics has some singularities. Pediatricians always enters into a triangulated, tripolar relationship involving a baby, a child or one adolescent, and his parent, one member of his family or guardian; sometimes, even more than one.

It is known that communication skills can and should be taught, for which the awareness of medical education institutions, faculty and students is necessary to ensure an adequate clinical encounter between the future doctor and patients. Everyone should have the opportunity to receive this teaching during undergraduate.

The objective of this thesis was to describe perceptions about the medical-patient communication of parents/guardians of children and adolescents in the outpatient clinic of the "Juan Pablo II" Pediatric Hospital in Corrientes, Argentina.

Methodology: quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study. Non-probabilistic sampling was used by convenience. Sample includes 725 patients (mothers, fathers or guardians), representing 5% of the period's consultations.

The data collection was carried out in the service waiting-room or in the hospital's central corridor. The statistics applied were descriptive, correlational and estimation of differences using Chi2.

Results: More than 90% of consultants perceived that professionals direct their gaze, although the percentage decreases the older the doctor. Smile shows an inverse relationship with age, with younger professionals being the most likely to smile at both, the companion and the child. There was a high rate of satisfaction with the treatment. The professionals of "Juan Pablo II" Hospital have good non-verbal communication with those who accompany the children, although among the oldest physicians there are certain shortcomings in this regard.



In all groups, pediatricians greeted the child less frequently, with a lower proportion in elderly doctors and slightly lower in female professionals. The youngest were the ones who most engaged in a dialogue with the children, without no significant difference according to sex.

Young and middle-aged doctors were the ones who most frequently informed the child that they were going to be checked. There was a perception of good predisposition of more than 92% of professionals to listen to parents in all age groups and in both sexes, however, the consultants reported that those who listen less to the child were the young ones and females.

Young professionals more frequently gave directions out loud. And, young and women, were the ones who most made sure that the consultants understood the indications. Most pediatricians gave patients a space for asking questions or clarify their doubts and middle-aged doctors offered more information to their patients, with no difference according to sex.

Adolescent's parents and children's parents were those who received the most information. For all the guardians, young doctors were the ones who used simple language the most, regardless of sex. Parents of children aged 12 or over perceived greater comprehensibility of professional's language, without significant difference according to their origin and degree of schooling.

The handwriting of pediatricians was considered legible in high proportion (88%). There were 8% errors and 3% omissions in some indication given orally. The group of older doctors was the one that recorded the most errors, without difference in terms of sex. Those who found the most errors or omissions in indications and medical prescriptions were the companions of adolescents. And those who had only full primary studies were the ones who found the most errors or omissions.

For more than 80% of patients, doctors spoke slowly, providing enough information. The ability of using simple and understandable language and generating a space for questions and doubts, were highlighted as more frequent. The less perceived skill was to make sure the patient understood indications. Patients aged 12 years or older were the ones who perceived the most interruptions in their narration, and curiously, they were the ones who felt more heard.

Only just over 40% reported feeling satisfied with consultation, and there was a high proportion of dissatisfied. Patients have been generally satisfied, particularly female companions, mothers or guardians, patients living in Capital, and those who had post-secondary studies.

General perceptions of consultants were much better when they had the possibility to choose the professional for care. Nonetheless, companions perceived a cordial or affective treatment, regardless if they had chosen or not the professional for consultation. A small percentage perceived only correct treatment.

Conclusion: at "Juan Pablo II" Hospital, companions of patients, perceived non-verbal, verbal and written communication, as good as treatment. This exceeds the standards of many other hospitals in Latin America and the world. However, the good values found in this thesis, training actions in doctor-patient communication are necessary, and also the teaching of techniques for the acquisition of communication skills.



CAPÍTULO I

OBJETO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



1. INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Según Rivero Varona, (2011), “las personas necesitan ayuda de otras desde que nacen hasta que mueren, pero especialmente cuando enferman. La ayuda del médico es llamada asistencia *ad-sistere*, que significa “estar al lado”, lo cual implica una cierta cercanía o relación”.

La base del acto médico y una de las mayores fuerzas recuperadoras de la salud es la llamada relación médico-paciente, que, en los términos de Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez (2016) puede definirse como “aquella interacción que se establece con el propósito de devolverle al enfermo la salud, aliviar su padecimiento y/o prevenir la enfermedad”.

Se vuelve por lo tanto importante hacer hincapié en que la capacidad que tenga un médico para relacionarse o comunicarse adecuadamente con sus pacientes, tendrá un valor fundamental. La bibliografía menciona que:

“El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas con mayor precisión y por otra, disminuyen las demandas y litigios iniciados en su contra. El nivel de satisfacción de ambos aumenta, permitiendo posiblemente reducir en el médico el síndrome de *burnout*.” (Moore, Gómez, Kurt & Vargas, 2010, pág. 1048).

“En los años 70, las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos. Las habilidades comunicacionales estaban ausentes de esta lista. La mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos. Dos fueron los principales factores responsables de que la actitud y la práctica hayan dado tal giro. El primero fue el crecimiento exponencial de la evidencia que da cuenta de la eficacia de la comunicación en medicina y el apoyo que han otorgado dichos resultados en la práctica. Aunque ya se contaba con evidencias sustantivas desde hace unos 40 años, la mayoría de los estudios datan de las últimas 2 décadas y han

configurado una sólida base de evidencia científica, gracias a la cual se han determinado las habilidades indispensables para una comunicación efectiva y se ha establecido de manera fehaciente que pueden ser enseñadas, y por lo tanto aprendidas. El segundo factor fue la aparición de métodos que facilitan la observación de las entrevistas médicas: la filmación, la utilización del espejo unidireccional y el uso de pacientes simulados en la docencia. Estos métodos han permitido mejorar tanto la investigación como la enseñanza y la evaluación en esta área. Así, actualmente la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Europa incluyen dentro de la formación de pregrado un entrenamiento formal de las habilidades de comunicación de sus estudiantes (Moore, 2012, pág. 359).

En la década de los noventa, las conversaciones sobre el tópico llevaron al Consenso de Toronto a concluir que había “suficiente evidencia para probar que existen problemas en la comunicación del médico y el paciente, los cuales afectan adversamente el cuidado del enfermo” (Petra Micu, 2012).

La medicina en general se va orientando actualmente hacia la denominada “atención centrada en el paciente”, facilitando el cambio de paradigma en la comunicación médico-paciente (CMP). El médico busca el diálogo, compartiendo la responsabilidad de la atención y ambos establecen un vínculo. El paciente tiene hoy una participación más activa en su cuidado y mayor acceso a fuentes de información.

La atención centrada en el paciente es una cualidad de las relaciones personales, profesionales y organizacionales. Por lo tanto, los esfuerzos para promover la atención centrada en el paciente deben considerar la centralidad del paciente (y su familia), los médicos y los sistemas de salud. Ayudar a los pacientes a ser más activos en las consultas cambia siglos de diálogos dominados por los médicos a modificar comportamientos que involucren a los pacientes “como participantes activos”. En los términos de Epstein (2011), “capacitar a los médicos para que sean más conscientes, informativos y empáticos transforma su papel, de uno caracterizado por la autoridad, a uno que tiene los objetivos de asociación, solidaridad, empatía y colaboración”.

Todo lo antedicho resalta el valor de la comunicación “como requisito previo a la autonomía del paciente (uno de los pilares básicos de la bioética) y a su derecho a la información”, lo que implica profesionales sanitarios menos protagonistas y pacientes más



«expertos» e informados, lo que debería redundar en un mayor nivel de satisfacción (Alejandre Lázaro y cols., 2004).

Expertos en formación médica han recomendado diversas técnicas de comunicación que incluyen lenguaje simple, hablar lento, explicar solo dos o tres conceptos por vez, preguntar a los pacientes cómo cumplirán las indicaciones en su domicilio y aplicar la técnica de “*teach - back*”, lo que implica hacerles repetir la información ofrecida, para asegurarse de que ha entendido. (Berkhof, 2011).

Por otro lado, la actual mercantilización de los servicios de salud y la búsqueda del lucro por parte de empresas privadas puede reducir los tiempos de atención del médico, así como la calidad de atención, y es necesario mantener los aspectos éticos en la atención pediátrica (Gianantonio, 1990) El sistema de salud impone tiempos de atención cada vez más breves, lo que, a su vez, va en detrimento de la comunicación, y, por ende, de los resultados en salud. La comunicación con el paciente es una competencia esencial que tiene que tener el médico para su trabajo diario, asimismo los pacientes perciben que un médico que los escucha puede recopilar adecuadamente datos clínicos para un adecuado diagnóstico, actúa como un agente terapéutico y fortalece la relación médico-paciente(RMP). Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez (2016) afirman que “lamentablemente el escaso tiempo con el que cuentan los médicos para cada atención disminuye la posibilidad de una adecuada comunicación con su paciente, situación que es expresada por los propios médicos en estudios previos”.

Muchas veces los médicos pasamos de un extremo a otro en la forma de expresarnos frente al paciente. Quien tiene menos tiempo de ejercicio profesional es más tecnicista, en tanto que el más experimentado simplifica su discurso en una jerga por demás sencilla. Ningún extremo es bueno, pues, dependiendo del grado de alfabetización del familiar a cargo o acompañante, este puede sentirse subestimado o bien perderse de comprender parte de lo conversado si el profesional lo sobreestima (Schwartzberg, Cowett, Van Geest & Wolf, 2007).

Sobreestimar lo que el paciente comprende acerca de su enfermedad puede generar un error en la comunicación, y falta de adherencia al tratamiento y pobres resultados terapéuticos; subestimar dicha capacidad puede interferir en la empatía y por lo tanto en la relación con él. Hay un delicado equilibrio entre ambas situaciones, y el médico debiera interesarse en ese aspecto, para poder dilucidar el nivel lingüístico que debe utilizar para cada individuo, atendiendo a sus características particulares. La comunicación humana es el tema central de la calidad de la atención médica. “Se ha demostrado que los problemas

no se relacionan con un mal desempeño técnico profesional, sino con una falla en el proceso comunicacional entre médico y paciente”. (Castañeda Hernández, 2013).

“El incremento progresivo a nivel mundial de denuncias, demandas y condenas por insatisfacciones en la atención médica o supuestos actos de mala praxis es innegable. Este hecho tiene repercusión negativa en el personal médico, el paciente y la práctica médica, destacándose el deterioro de la relación médico-paciente y el desarrollo de una medicina defensiva, en la cual el principal objetivo es evitar una demanda, y el bienestar del paciente pasa a un segundo plano” (Díaz, 2020, pág. 194).

La RMP en la consulta del niño, tiene sus singularidades. El pediatra entabla siempre una relación triangulada, tripolar (tríada comunicacional para muchos autores), que involucra a un lactante, un infante o adolescente y su referente padre, familiar o tutor; a veces, incluso más de uno (Floyd Rebollo & Dago-Elorza, 2014). El polo familia comienza mediando entre el niño y el pediatra. Podríamos decir que el pediatra asiste a una verdadera metamorfosis, ya que su paciente se transforma de neonato en adolescente (mediante el crecimiento y desarrollo normales, en el mejor de los casos). El paciente no abandona ni falla, simplemente crece y se va. El vínculo también nace, crece, se desarrolla y finaliza.

“Existen estudios que refieren la relación de la satisfacción materna con la cita médica pediátrica y muestran una clara relación con la calidad y cantidad de la información transmitida por el médico tratante. Ciertamente, los estudios en el campo de la comunicación, se enfocan a los adultos y es la interacción del médico e impacto en los padres lo que se analiza, aun cuando el niño sea el paciente. Asimismo, se acepta que cuando el paciente es un niño, la situación se vuelve más compleja, debido a que los derechos del menor a participar están limitados por su nivel cognitivo, sus etapas de maduración ética, el control de los padres y las mismas normas del médico tratante, aun cuando el hecho de hablar con el niño e involucrarlo directamente en su tratamiento proporciona más información al médico, retiene determinada información mejor, lo que ejerce una mejor satisfacción en los padres y un mayor compromiso en aplicar los



tratamientos indicados. Sin embargo, se acepta que solo un mínimo porcentaje de pediatras tiene una buena comunicación con el niño” (Barrera Romero, 2003, pág. 23).

En cada etapa del crecimiento y desarrollo, el pediatra debe readaptar su lenguaje y los aspectos no verbales de su comunicación, ya que, la información debe ser clara no solo para el acompañante, sino también para el niño (Arias, Vigil & Gutiérrez 2008).

“El gran problema de comunicación con el adolescente, es la incomunicación: una característica propia de esta etapa y de la distancia generacional. Y la causa que subyace en la mayoría de los problemas de la relación clínica, es el manejo de la autonomía y la dificultad de transformar progresivamente una relación hasta ahora triangular (padres-hijo-médico) en una relación personal (médico-paciente), con todo lo que supone de reconocimiento, de confidencialidad y respeto. La actitud del pediatra es clave en esta edad en la cual el sentimiento más frecuente es el de incompreensión, basado en la percepción de sentirse permanentemente enjuiciados y poco escuchados”. (Martínez González, 2016, pág. 24).

“Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica relacionan a los factores de comunicación interpersonales, principalmente en familias de bajos recursos, con una mayor predisposición a estar en desacuerdo o insatisfechas con la atención médica recibida por sus niños. Dicha insatisfacción se da en diferentes aspectos de la comunicación con los médicos, y frecuentemente reportan los familiares: 1) falta de una adecuada indicación por parte del médico de cómo tomar los medicamentos; 2) el médico no explicaba adecuadamente la gravedad de la enfermedad del niño o no proporcionaba suficiente información que demandaban los familiares durante la consulta pediátrica; 3) no se les permitía discutir todo sobre sus dudas o los hallazgos encontrados en la exploración física, y 4) un alto porcentaje de familiares reportaron que el médico no explicó adecuadamente la causa de la enfermedad del niño. Es fundamental tener en cuenta que un elevado porcentaje de usuarios de los servicios de salud en la seguridad social son de bajos recursos, lo que crea barreras culturales y de lenguaje que pueden acentuar aún más la interrelación irregular de los pacientes o familiares con el médico y generar una comunicación deficiente, con diferencias tanto en las prioridades



como en las percepciones de los pediatras y de los familiares del niño” (Barrera Romero, 2003, págs. 23-24).

Con una comunicación efectiva las molestias en el paciente disminuyen y aumenta su satisfacción. No se trata únicamente de mejorar los aspectos psicológicos de la atención. Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados en salud.

Dos estudios independientes demostraron una mejoría en las glicemias de pacientes diabéticos cuando sus médicos aprendieron habilidades comunicacionales que les permitían centrarse más en el paciente. Un estudio clásico es el “*Headache Study*” realizado en neurología ambulatoria en el cual se demostró que el factor más importante en la mejoría de la cefalea crónica no fue un diagnóstico claro ni la indicación de medicamentos efectivos, sino la percepción del paciente de que había tenido una oportunidad de contar su historia y de discutir en profundidad sus preocupaciones y creencias. Estos estudios (Moore, Gómez, Kurt & Vargas, 2010) “elevan la comunicación efectiva a un nivel procedimental, lo que nos permite comenzar a hablar de ella como una opción terapéutica”.

Ya en el siglo pasado ha habido interés y preocupación por el estudio de la habilidad comunicacional del profesional de la salud y su impacto en los resultados, y en las últimas décadas, además, debido a los juicios por disconformidad con la atención y mala praxis, los investigadores han ido adentrándose en esta temática.

Analizando el tiempo de la entrevista en la comunicación médico-paciente, puede afirmarse que “está demostrado que la menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática, mayor número de derivaciones; menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones” ; por parte del profesional es casi seguro que sea menor la información brindada acerca de diagnósticos y tratamientos, menor el número de consejos preventivos, y en consecuencia ,globalmente, menor la satisfacción tanto del paciente como del médico. Una consecuencia adicional, el aumento de la repetición de visitas de los enfermos conlleva multiplicar los gastos en salud. “En general el abordaje psicosocial requiere de 3 a 6 minutos adicionales de consulta” (Cófreces, 2014).

Se han descrito muchos factores que contribuyen al origen de las demandas médicas, pero existen otras variables relacionadas con riesgo elevado de errores médicos: pacientes en



los extremos de la vida, relación médico-paciente inadecuada, relaciones interpersonales deficientes (médico-médico, médico-enfermera), presiones laborales, económicas, familiares y psicológicas de los profesionales, cansancio de los médicos (Zurita Navarrete 2011).

Esta “moda” de iniciar acciones legales o la costumbre de demandar por *malpractice* nace en los Estados Unidos por muchas razones, entre las que se cuentan: la aparición del llamado “consumismo”, los altos ingresos de los médicos, la pérdida o degradación de la relación médico-paciente, los mismos seguros de *malpractice*, y la actitud de los abogados frente al acto médico y sus consecuencias (Lascaiz Jiménez, 2000).

Asimismo, está demostrado que la seguridad del paciente se ve afectada cuando se presentan errores de diversa índole, y muchos a su vez, se generan a partir de errores en la comunicación entre los miembros del equipo de salud o entre el médico y el paciente o sus familiares.

El contar con habilidades de comunicación efectiva, permite aumentar la precisión diagnóstica, mejorar la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo adicional para el enfermo; promueve además la colaboración entre el médico y el paciente, y hace que el foco de la entrevista no esté centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos (Moore, 2010).

Ferreyra Padilla (2014) afirma que las habilidades comunicacionales pueden y deben enseñarse, aunque insiste que para ello es necesaria la concientización por parte de los elementos participantes esto es, las instituciones de educación médica, el profesorado y el estudiante. Debería ser legitimado por todas las Facultades de Medicina para poder asegurar un adecuado encuentro clínico entre el médico (los estudiantes) y el paciente. Afirma asimismo que “todos deben tener la oportunidad de recibir esta enseñanza durante el pregrado”. El diseño curricular está evolucionando de forma tal que es posible encontrar esta competencia implementada en los programas de estudio de la mayoría de las facultades de medicina. Y apunta a que más que de obligatorio cumplimiento, la enseñanza de habilidades comunicacionales debería estar más integrada en el currículo de los estudiantes. Esto no aplica solo a medicina, sino a otras áreas, como Enfermería (Quiñones, 2008).

Enunciación del problema de investigación:

Basándome en lo expuesto, y en la búsqueda, revisión y análisis de la bibliografía, me cuestioné:

¿Qué percepciones sobre la CMP, tienen los padres, familiares, tutores o acompañantes de niños y adolescentes que consultan en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes?



1.2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales motivos por los que deseé ahondar en esta temática, ha sido la necesidad de valorar las percepciones de los pacientes en lo que respecta a las habilidades comunicacionales del médico en general, y del pediatra en particular. Otro motor ha sido evaluar lo que, como pediatras, somos capaces de transmitir y expresar, y como seres humanos, rever lo que expresa nuestro lenguaje corporal, visualizando esas destrezas en el espejo de la mirada de quienes concurren a la consulta.

La transición desde las aulas y prácticas supervisadas en la Facultad de Medicina, a la atención médica, genera la ansiedad propia del proceso coyuntural. Es claro que la habilidad de comunicarse estará influenciada por la personalidad de cada profesional, su historia personal, sus vivencias y experiencias antes y durante su formación; incluso cambiará de acuerdo con los procesos emocionales que esté atravesando el individuo (Carrió, 2007). Lógicamente, la destreza para comunicar, debiera ir mejorando progresivamente en la medida que aquél adquiera seguridad y las competencias que le demande la propia especialidad. La comunicación es considerada la más transversal de todas las habilidades de un buen profesional en cualquier disciplina que se considere, y es, sin lugar a dudas, una herramienta indispensable con la que debe contar un buen médico.

Una característica específica de la atención pediátrica, consiste en que se produce una relación “triangulada” en la que el profesional, interesado en lo que le ocurre al niño, debe dirigirse a su interlocutor, que es la persona que lo acompaña en la consulta; al menos hasta ganarse su confianza o hasta que logre el desarrollo del lenguaje (al punto de poder expresarse más o menos bien), dependiendo también de su personalidad y sus ganas o no de dialogar. Por lo tanto, la comunicación que se establece entre el pediatra, el niño y el acompañante es una singularidad en la atención médica.

Teniendo en cuenta lo expuesto, este estudio pretendió conocer cómo perciben la comunicación del médico las personas que consultan en el Servicio de Consultorios Externos del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”.

Se trata de una institución polivalente, centro de referencia local y regional, donde se derivan niños de toda la provincia de Corrientes y alrededores. Presta servicios a niños a partir de un mes de edad y niños y adolescentes hasta los 16 años. Abrió sus puertas con el área ambulatoria en noviembre de 1998, habilitándose la internación en marzo de 1999, luego de años de espera, ante el incremento de la demanda en salud infantil en un antiguo hospital de



niños que ya no podía abastecer ni cubrir las necesidades sanitarias, y un crecimiento exponencial de la población correntina. La institución cuenta con 158 camas.

La actividad asistencial del área de Pediatría Ambulatoria, está organizada de la siguiente manera:

- 1) Consultas sencillas, de resolución rápida, en el servicio de atención a la demanda espontánea (ADE).
- 2) Consultas de patologías que requieren seguimiento clínico frecuente.

Estas dos primeras a cargo de pediatras clínicos; y

- 3) Consultas que requieren la atención de profesionales de alguna de las 24 subespecialidades pediátricas con que cuenta el hospital.

En más de 20 años desde su fundación, no se ha estudiado la calidad de la atención ni la comunicación médico-paciente en nuestra institución; hasta la fecha no disponemos de investigaciones empíricas y sistemáticas que expongan tales cuestiones.

Esto sería dar un primer paso hacia potenciales mejoras en la calidad de la atención y en los resultados en salud, por una parte, y por otra, plantear y planificar la enseñanza de competencias comunicativas del médico en formación. Asimismo, proponer la formalización de su incorporación a la currícula desde el grado en nuestra Facultad, y hacerla extensiva a los cursos de postgrado, residencias médicas y educación continua de los médicos generalistas, médicos de familia y de todas las especialidades pediátricas.

Todo cambio se inicia con una valoración de la situación que se pretende mutar o mejorar. Es la propuesta central del presente estudio. Una valoración de la relación médico - paciente desde la perspectiva de las madres, padres o tutores de los niños, otorgaría una mirada paradigmática en la atención que se brinda en el Hospital "Juan Pablo II", para poder hacer ajustes a partir de aquella.

El presente estudio, pretendió valorar las fortalezas y debilidades en las habilidades comunicacionales de los médicos de nuestro hospital, jerarquizando el valor de la comunicación en el ejercicio de la profesión médica y fundamentando las razones por las que es necesaria la enseñanza de la habilidad más transversal.



Los resultados obtenidos, podrán contribuir al ámbito de la educación universitaria para orientar el proceso de enseñanza-aprendizaje, brindando las herramientas necesarias para que el médico en formación pueda, dentro de los matices de su personalidad, tener bases con las cuales construir esta competencia y erigirse en un buen comunicador.

En este punto, cabe mencionar lo que expone Alves de Lima (2002), “la comunicación es una habilidad que se aprende, y no un mero problema de personalidad”. Es fundamental comprender que las habilidades de comunicación pueden ser aprendidas o mejoradas a través de un adecuado entrenamiento.

En el ámbito asistencial y de gestión institucional, fomentar el ejercicio de una adecuada comunicación, promueve mejoras en la relación médico - paciente entre los pediatras, mayor aceptación de la situación que debe atravesar el niño y su familia, mayor adherencia al/los tratamientos, minimización de las demandas judiciales y obtención de mejores resultados en salud.



1.3. MARCO TEÓRICO

La comunicación en el ser humano

Numerosos autores han definido, descrito y analizado el significado y la implicancia que tiene la comunicación en la vida humana a todo nivel. Desde tiempos inmemoriales, en la prehistoria, la comunicación ha sido fundamental para la supervivencia y la vida gregaria. Por supuesto que el acto de comunicar era muy diferente de lo que hoy entendemos como tal.

En la evolución del hombre, asumimos que la primera forma de comunicación fue gestual y no verbal. El lenguaje corporal estuvo presente durante milenios a partir del *homo sapiens*, y evidentemente ha sido tan trascendental, que permitió el desarrollo y evolución de la especie. En algún momento que desconocemos, se produjo, como en el *big bang*, la eclosión de la palabra y las diferentes lenguas, lo que proporcionó un medio más para el entendimiento entre los seres humanos: el lenguaje verbal, que por otros tantos milenios se hizo notorio y permitió una comunicación más rica.

El lenguaje escrito surgió en forma casi imperceptible, sin prisa, pero sin pausa, si tenemos en cuenta el tiempo transcurrido entre los petroglifos en la edad de piedra y los grafemas sobre papel, erigiéndose en la tercera forma de comunicación humana.

La interacción entre humanos ha sido considerada resultado de una innata inclinación gregaria, pero en la actualidad hay tendencia a pensar que esta interacción está más bien relacionada con intenciones específicas, incluidas la búsqueda de amistad, la adquisición de consejo, la exhibición de poder, la necesidad de protección, la demanda de ayuda, etc. (Castro Maestre, 2013).

Conceptualización de la comunicación

Refiriéndose a las habilidades comunicativas en la entrevista médica, Rodríguez Collar, Blanco Aspiazú, M. A. & Parra Vigo (2009) definen a la comunicación como un proceso complejo, que tiene un componente tanto material, como espiritual, social e



interpersonal, y consideran como roles principales de este acto comunicativo, el facilitar el intercambio de información, favorecer la interacción entre individuos e influenciar en el comportamiento humano.

Petra Micu (2012), al considerar la relación médico-paciente en tanto que acto de comunicación, insiste en que debe ser tratada como un acto o fenómeno multidisciplinario, multimetodológico y multidimensional, dejando en claro lo complejo que resulta y la amplitud que abarca. Incluye, por lo tanto, disciplinas como la psicología, pedagogía, lingüística, metodologías de acercamiento adaptadas al paciente, y aspectos verbales y no verbales en juego.

Haciendo específica alusión a los conocimientos impartidos en escuelas de medicina de la UNAM, México, Petra Micu opina que incluir los fundamentos prácticos y teóricos de la comunicación en el pregrado ,no solo en el ciclo clínico sino en ciencias básicas, contribuiría a paliar los problemas asociados a la comunicación en todos los aspectos de la vida médica.

En vez de una transmisión directa o simple entrega de información la comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción entre los participantes. En los términos de Kurtz, citado por Moore y cols. (2010), “la comunicación efectiva debería basarse en cinco principios: asegura la interacción, reduce la incertidumbre, requiere planificación, demuestra dinamismo y sigue un modelo helicoidal” (lo que garantiza el *feedback* y repetición o reiteración cuantas veces sea necesaria).

Características y dimensiones de la comunicación humana

El acto de comunicación encierra valores tan importantes y esenciales, que en ocasiones representa en sí mismo el acto de la terapia, y en otras, al decir de Astudillo y Mendinueta (2016) puede llegar a ser el único elemento terapéutico. Enumerando los elementos básicos de la comunicación, que incluyen emisor, mensaje, receptor y canal de comunicación, se plantean los procesos de codificación, transmisión de la información y decodificación adecuada como esenciales para completar el acto de comunicación. Si en ese proceso se logra sintonía, es probable que sea eficiente ese acto comunicacional. Astudillo (2016), menciona específicamente a la intuición como componente integral en este proceso, en ocasiones llamado “sexto sentido”.



El carácter social por naturaleza del ser humano ha llevado a Castro Mestre (2013) a considerar a la palabra hablada como el elemento más importante tanto de transferencia de información como de contacto personal, por lo que la palabra hablada constituye a su juicio, al estar centrada en el diálogo, la real facilitadora de las relaciones sociales, lo que incluye la transmisión de prácticas y saberes, y el establecimiento de un conocimiento compartido.

Para otros autores, como Rodríguez Sanz, Luna & Cotera (2011), entre el 65 y el 70% del significado social de una interacción entre personas se transmite mediante el componente no verbal, lo que coloca a su criterio, a este tipo de lenguaje, muy por encima de los demás tipos reconocidos. Resaltan, sin embargo, la particular eficacia de la expresión gestual para la transmisión de sentimientos y emociones, otorgándole solidez a la palabra, y contribuyendo de manera superlativa al mantenimiento de la relación entre un médico y su paciente. Incluso van más allá, al afirmar que en caso de disociación, incompatibilidad o contradicciones entre el lenguaje verbal y el no verbal, prevalecerá este último a la hora de considerar la información o el acto comunicacional.

El movimiento del cuerpo, incluyendo los gestos y la postura, las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos; la utilización del espacio, tanto el personal como la distancia; el paralenguaje y el contacto físico son todos factores considerados en el lenguaje no verbal como claves por dichos autores (Flórez Lozano, 1997; Flórez Lozano, Suárez & Sánchez, 2000). Sin embargo, dos de las expresiones de la comunicación se destacan por ser más objetivables: la mirada y la sonrisa.

Con la mirada podemos seguir al interlocutor, regular el flujo de la conversación, expresar sentimientos y emociones, pero, sobre todo, dar cuenta de que estamos abiertos a la escucha y de otorgar al otro la importancia y el valor que tiene su presencia. Cuanto más miramos al otro, más lo incluimos. La mirada presupone empatía y genera y propicia un vínculo con quien se tiene enfrente.

Durante milenios, se ha considerado al poder de la sonrisa en tanto dispositivo comunicativo. El Libro de proverbios dice que las caras sonrientes hacen felices a las personas (Proverbios 15:30), y el profeta islámico Mahoma enseñó que sonreír al otro es un acto de generosidad y compasión (Libro 1, Hadiz 121). A fines del siglo XIX Charles Darwin exploró la naturaleza de la sonrisa en su libro, "La expresión de las emociones". Describió la sonrisa como un mecanismo para comunicar felicidad o alegría. Coincidió con la observación del neurólogo francés, Guillaume Duchenne, en que, sonreír implica la participación de dos músculos faciales, del cigomático mayor, y del orbicular de los



párpados. La utilización del primero, implica voluntad, pero la participación del segundo implica la inclusión de las emociones del individuo que sonrío. Significa que una sonrisa auténtica es muy difícil de fingir, proviene de la autenticidad de un sentimiento. Esta sonrisa “de Duchenne” es lo que generalmente consideramos una sonrisa genuina y la sonrisa sin contracción de los orbiculares puede ser percibida como inauténtica o fingida.

En 1980 John Ohala planteó la hipótesis de que la sonrisa se desarrolla tempranamente a partir de un mecanismo infantil, invitando al cuidado, los sentimientos de los padres y apaciguando a los posibles agresores.

Algo que resulta interesante es que se ha puesto un valor material a la sonrisa, luego de realizarse una investigación por medio de monitoreo cerebral por imágenes en la que los participantes eran sometidos a estímulos placenteros y entre ellos, ver caras sonrientes. Las imágenes de resonancia magnética demostraron que una cara sonriente tenía el potencial de estimular áreas del cerebro con una intensidad similar o equivalente a la que se produce al recibir hasta 16 libras en efectivo, o comer 2.000 barras de chocolate. Se consideró que sonreír producía un estado de ánimo, aunque breve, comparable con las relaciones sexuales, las compras o escuchar las canciones que nos gustan. Sin embargo, dada la escasez de estudios a este respecto, los hallazgos de este estudio no deberían considerarse definitivos ni universales (Beamish, 2019).

La comunicación escrita es un complemento de las otras dos, ya que resume lo que se transmitió en forma verbal y no verbal, lo que incluye, en el caso del acto médico, las medidas terapéuticas que el paciente debiera llevar a cabo. Es fundamental la legibilidad de las indicaciones, y que éstas sean claras, comprensibles para el paciente o cualquier individuo, debiendo estar completas, firmadas y datadas adecuadamente. Esto, lamentablemente no siempre ocurre, ya que la prisa en la atención de un elevado número de pacientes (particularmente en las guardias de emergencias), desmejora la caligrafía, al punto que, en algunos casos, las indicaciones pueden llegar a ser ilegibles para el paciente o sus familiares.

La comunicación entre médico y paciente

Un adecuado conocimiento de la RMP y de los factores que contribuyen a que esta sea mejor, optimizada y direccionada al bienestar del paciente, es un requisito básico para



encarar estudios que pretendan mejorar todos estos aspectos. En varios estudios latinoamericanos se constata que la percepción de esta relación demuestra altos niveles de insatisfacción por parte de pacientes en el medio hospitalario; un bajo porcentaje de pacientes considera como buena esta relación (Bascañán & Luz, 2005; Sánchez Arrastía & Contreras Olivé, 2014).

El médico es un individuo que, dada su vocación humanística y profesión, se pone al servicio de las personas que necesitan de sus conocimientos y su acompañamiento ante la enfermedad, muchas veces durante todo el transcurso de sus vidas. Independientemente del tiempo, desde el momento en que se produce el encuentro, se establece una interacción con el propósito de devolverle al enfermo la salud, aliviar su padecimiento y/o prevenir la enfermedad. Es la base del acto médico y una de las mayores fuerzas recuperadoras de la salud.

Ya sea que se utilice un lenguaje informal o formal, el objetivo es transmitir información de manera clara y precisa. “El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la CMP”. “Con el uso de habilidades de comunicación efectivas se busca aumentar la precisión diagnóstica, la adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente” (Moore, Gómez, Kurt & Vargas, 2010).

Este reconocimiento de la importancia de las habilidades comunicacionales es la razón por la cual se ha buscado incluir cursos formales de comunicación médica en los currículos de las carreras de medicina de la mayoría de las universidades. Han evolucionado los modelos de comunicación desde la estricta unidireccionalidad (un emisor, un receptor) al concepto de retroalimentación o “*feedback*” en el que el paciente es también emisor de información e interactúa con su médico tratante para juntos encarar el proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad (Moore, Gómez & Kurtz, 2012).

“Se debe considerar que al utilizar la lengua como medio de transmisión social, médico y paciente juegan determinados roles en la consulta, tomando en cuenta que la interacción no refiere al paciente y a su psicología, sino más bien a las relaciones sintácticas que se realizan cuando dos o más personas están en presencia física la una de la otra. Sin embargo, estos roles son dinámicos y van cambiando de acuerdo con la situación del hablante” (Castañeda Hernández, 2013, pág. 346).

El mismo autor además insiste en que, contando con tan amplia y variada red de información y medios de comunicación a disposición tanto de médicos como de pacientes,

el lenguaje hablado o la comunicación directa tiene el plus de permitir discernir el entorno y darle sentido al acto médico de la consulta.

Dentro del término “comunicación médico-paciente” se incluye todo tipo de relación interpersonal (verbal, no verbal, escrita, etc.) que se establece en los encuentros clínicos. “La comunicación eficaz médico-paciente constituye la piedra angular sobre la que descansa el peso de la relación entre ambos, considerándose una de las actividades más comunes e importantes en la práctica clínica” (Ferreira Padilla y cols., 2015).

Autores que identifican funciones o voces en el discurso médico durante la consulta clínica (Cordella, 2003) hablan de tres tipos de voces: la voz médica, la voz educadora y la voz empática. Cada una de ellas con determinada voz lingüística que tiene diferentes habilidades comunicativas y que se relaciona con una función particular. La “voz médica” tiene como función explorar información importante sobre la salud del paciente para realizar el diagnóstico; la “voz educadora” enuncia el diagnóstico obtenido en términos científicos y el tratamiento médico a seguir por el paciente de modo breve y claro, y la “voz empática” expresa su capacidad de identificación afectiva hacia el paciente, le ayuda a formular sus opiniones y sentimientos y proporciona la información que se requiere.

Castañeda Hernández (2013) afirma que, “comprender la experiencia subjetiva del paciente es algo que el médico está capacitado a hacer; pero en muchas ocasiones, sea por falta de tiempo, por cansancio o por alguna otra razón, esto no se lleva a la práctica”.

En aquellos casos en los que no hay total concordancia entre el lenguaje hablado y la actitud corporal y gestos faciales, es posible que haya quejas que los usuarios de los servicios médicos presentadas en contra de los prestadores de servicios de salud, que pueden derivarse de las llamadas “pautas de comunicación patológica”.(Camarena Robles, 2011).

El lenguaje no verbal funciona como condicionante para establecer un vínculo saludable entre médico y paciente. Es un conjunto de habilidades que incluyen gestos, posturas, mirada, sonrisa, regulación de la conversación, expresión de emociones y sentimientos, manejo del espacio físico, entonación y modulación de la voz, silencios, contacto físico, entre otros.

Según Rodríguez Sanz, Luna & Cotera (2011), la mirada es sumamente importante a la hora de recibir al paciente, en particular en la primera entrevista y durante los primeros minutos de cada encuentro. Con la incorporación de la computadora en el consultorio

médico, esta cualidad comunicativa se ve sumamente interferida (Arrubarrena Aragón, 2011). Ocurre aún en el ámbito hospitalario. Esto puede ocasionar cierta decepción en el paciente, o la sensación de que no se le presta importancia, o acrecentar su angustia, ya que difícilmente se sentirá escuchado si no es primero mirado. Contrariamente, si lo miramos a los ojos, se fluidifica la relación, la confianza y la empatía, y será más fácil para el médico recabar los datos clínicos o la información que se precisa para orientar el diagnóstico. Esto puede ocurrir si en el momento del interrogatorio el profesional va tomando nota con el teclado; indefectiblemente mirará más a la pantalla que al propio paciente, además de que el dispositivo pone una barrera o distancia física con la persona que concurre a buscar ayuda médica.

El mismo autor sugiere que el contacto visual-facial es fundamental a la hora de mostrar empatía con el paciente, una de las habilidades más importantes para construir una relación terapéutica y que algunos llegan a considerar como la quintaesencia del arte de la medicina. Sin lugar a dudas, la mirada atenta del profesional, manifiestan comprensión, afecto, empatía, solidaridad, predisposición y contención, que son imposibles de transmitir de otra manera. Y esta habilidad condiciona además el ritmo, la reactividad de la entrevista y la fluidez del diálogo entre médico y paciente.

Beamish (2019) afirma que “sonreír a los pacientes puede ayudarlos a recordar lo que se está discutiendo con ellos, o al menos mostrar quién es uno”. Se ha demostrado que las propiedades de la sonrisa promueven una memoria efectiva a través de la conectividad funcional entre la corteza orbitofrontal y el hipocampo, lo que permite a los sujetos recordar el nombre de caras sonrientes más fácilmente que caras neutrales. De hecho, los psicólogos han demostrado que es más probable que confiemos en una persona que sonrío, que alguien que no lo hace. La carga emocional de la enfermedad recae en familiares y amigos, así como en los pacientes. La sonrisa de un ser querido, inspirada en la del profesional, puede incluso continuar la cadena de contagio emocional “muy por fuera de los muros del hospital”.

“La capacidad de reír, de que los médicos se tomen un momento para separarse de la medicina, es algo apreciado por los pacientes. Freud describió el humor como uno de los mecanismos de defensa más fuertes que permiten a un individuo enfrentar problemas y evitar emociones negativas” (Penson 2005; págs. 653 y 656).

No existen estudios que ahonden en los múltiples beneficios que la sonrisa podría ofrecer al profesional de la salud. Una sonrisa puede estimular el sistema de recompensa del cerebro a través de los ganglios basales, la corteza prefrontal y, en menor grado, la amígdala. Hasta la imitación de una sonrisa, parece estar asociada con una emoción



correspondiente de felicidad, consciente o inconsciente, un efecto denominado “contagio emocional”. Así que cuando sonreímos a nuestros pacientes, hay una muy buena probabilidad de que no puedan evitar sentirse un poco mejor, ya sea que devuelvan o no la sonrisa (Beamish, 2019).

La relación médico-paciente

CMP y RMP son dos términos estrechamente interrelacionados, ya que, a través de la comunicación, se va construyendo la relación entre ambos actores, y la relación será duradera y beneficiosa, entanto haya un entendimiento mutuo proporcionado por una comunicación adecuada. Si se presentan dificultades en ella, la relación se verá comprometida, al punto de derivar en conflictos y demandas judiciales.

La RMP es un encuentro comunicacional; en el acto médico siempre hay comunicación, siempre hay producción y transferencia de información, cualquiera sea el estado del enfermo, aunque ninguno de los protagonistas se exprese con palabras. Como en toda comunicación se puede reconocer, básicamente, emisor y receptor, canal y código, el mensaje y el entorno extra lingüístico, en roles dinámicos e intercambiables. Este proceso se lleva a cabo con toda la riqueza que da el tráfico de vivencias y gestos. Hay factores que atentan contra la comunicación entre médico y paciente: descripción no clara de los síntomas por parte de este, lenguaje excesivamente técnico y escritura poco legible o directamente ilegible que interfieren en la relación y son causa de muchos malentendidos que terminan, incluso, en los ámbitos judiciales. “La escasa capacitación de los médicos en habilidades narrativas y comunicativas agrava esta situación que se ha transformado en embarazosa al socaire de las nuevas exigencias y derechos de los pacientes” (Aguilar Fleitas, 2014). Incluso la vestimenta del médico incide en la calidad de la comunicación (Eymann y cols., 2005).

Hamui–Sutton describe estos aspectos en los siguientes términos particularmente útiles al concluir que ambos actores luchan con el mismo objetivo:

“La relación entre quien padece y quien tiene el potencial de ayudarlo a superar la enfermedad, aunque no siempre lo logre, constituye un vínculo especial. Se trata de una relación simultáneamente asimétrica y simétrica; asimétrica porque una de

las partes tiene conocimientos de los que el otro adolece, pues pasó por un proceso de formación profesional para comprender, interpretar y diagnosticar, así como para practicar estrategias terapéuticas capaces de aliviar al paciente. Las relaciones de poder se pueden expresar de muchas maneras tales como el paternalismo, el autoritarismo, el utilitarismo, o en contextos más democráticos a través de la negociación y la responsabilidad compartida. Pero en el fondo, más allá de los saberes y usos del poder de aquellos involucrados en el encuentro, se trata de seres humanos capaces de relacionarse profundamente, simétricamente, con el objetivo de luchar contra la enfermedad” (Hamui-Sutton y cols., 2015, pág.18).

El establecimiento de esa relación requiere indefectiblemente de una activa comunicación entre los actores involucrados. Este proceso dependerá fundamentalmente de las habilidades de comunicación del médico actuante, quien dirige y lleva adelante el acto comunicativo en la consulta médica (Beca, 1994; Essers y cols., 2011).

Cuando el médico es capaz de desarrollar hábilmente sus competencias comunicacionales, logra entablar una relación adecuada y afectiva con su paciente, lo cual no demanda mucho más tiempo de consulta que el habitual. Lo fundamental es la calidad de la relación que se establece independientemente de la cantidad de tiempo que dure la consulta.

Varios aspectos deben ser considerados, todos sumamente útiles, cuando se logra la empatía, dado que, “la toma de información se facilita, se posibilitan diagnósticos más precisos, se incrementa la adherencia terapéutica, la satisfacción del paciente y se hace menos probable que el paciente desee cambiar de terapeuta” . Sin contar con que, y no menos importante, según el mismo autor, el uso del tiempo dedicado a la consulta se torna más eficiente (Ramos-Rodríguez, 2008; Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez, 2016).

Citando a Janney y Arndt, Castañeda Hernández (2013) insiste en el hecho de que es posible modificar o influir (tanto en el sentido positivo como negativo) en la conducta del interlocutor y aún más, modificarla, con el fin de no solo lograr adherencia al tratamiento, sino aumentar las posibilidades de mejoría. Por estos motivos, “el tacto que debe tener un profesional de la salud debe ser usado con sentido estratégico”. Los elementos lingüísticos de importancia para lograr una interacción participativa por parte del paciente son cuatro, según este autor: Cantidad, Calidad, Relación y Modo (ser amable y cordial al proporcionar el diagnóstico).

El valor y trascendencia de la competencia comunicacional en la formación médica

Las habilidades de comunicación del médico son aquellas conductas e instrumentos técnicos utilizados por el profesional (De Oca González y cols., 2010; Debrouwere, 2008); incluyen técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos); de información (ejemplificación, información escrita, racionalización del tratamiento, complemento visual); y de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional).

El manejo correcto de las habilidades comunicacionales, “se relaciona con aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de la competencia profesional, la frecuencia de problemas legales en relación a la mala praxis e incluso la percepción subjetiva sobre el pronóstico de la enfermedad” (Cófreces, Ofman & Dorina, 2014).

Moore y cols. afirman que “la comunicación efectiva se caracteriza por asegurar una interacción, en vez de una transmisión directa o simple entrega de información”. Dado que esta comunicación es capaz de reducir la incertidumbre innecesaria, resulta importante planificarla, dinamizarla y construirla (Moore y cols., 2010).

“Las palabras y el comportamiento que se transmiten en la comunicación verbal y no verbal juegan un papel importante en el trabajo del médico. Las características de la comunicación, que parecen simples a primera vista, naturales y relacionadas con el sentido común, son estrategias realmente complejas que requieren ser aprendidas metodológicamente y practicadas para convertirse en operativas” (Hamui-Sutton y cols., 2015, pág. 17).

De la Rosa Legón sostiene que para tener un margen de éxito importante en la persuasión de los pacientes “el equipo de salud debe tener conocimientos científicos sólidos y el profesional debe tener conciencia de su competencia comunicativa, lo que incluye la esfera afectiva motivacional, donde la subjetividad del profesional y del paciente se constituye en un elemento esencial”. Teniendo en cuenta esto, Alonso y Fuentes proponen que “para un buen clima comunicacional es necesario un marco de confidencialidad, tiempo y espacio, voz suave, pausada, mirada sincera, escucha activa, silencios terapéuticos y gestos reafirmantes del espacio (Cófreces, Ofman & Dorina, 2014, pág. 24).



En el encuentro cara a cara entre el médico y el paciente, el primero requiere habilidades interpersonales basadas en principios bioéticos (beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia) y profesionales que subyacen en el acto médico como el respeto, la sinceridad, la empatía y el reconocimiento mutuo (Rueda & Quevedo 2002). La mirada médica en el ámbito biomédico, va acompañada de códigos emocionales, morales y sociales que en conjunto imprimen un carácter peculiar a lo que ahí se co-construye. La comunicación efectiva requiere que ambas partes comprendan y a su vez se sientan comprendidas, por lo tanto, exige el entendimiento del mensaje y la modulación verbal y no verbal adecuada que propicie la relación. Este resultado se consigue cuando el contenido informativo, emocional y relacional del mensaje intercambiado está en armonía. Mantener la calidad de la comunicación efectiva no es el resultado de la casualidad, el aprendizaje de la comunicación médico-paciente -en el ámbito terapéutico, preventivo y de asesoramiento- comienza en la escuela de medicina y se prolonga en la formación continua de los médicos (Hamui-Sutton y cols., 2015, pág. 17).

Las habilidades comunicativas, innatas en parte, pueden ser reforzadas y mejoradas con entrenamiento formal en el grado, como ha quedado demostrado en las últimas décadas. Numerosas instituciones universitarias en todo el mundo, han incorporado a su currícula la enseñanza formal de la comunicación jerarquizándola como la competencia más transversal de todas.

La RMP en pediatría

El hecho de que intervengan varias personas, además del niño, hace que la RMP en pediatría conlleve características peculiares (Cruz-Hernández, 2004). De hecho, para poder establecer una comunicación adecuada, ese “acompañante” se transforma en una pieza clave. Conocer el tipo y perfil del acompañante principal está incluido como hecho importante en estudios de índole descriptiva que intentan disecar la situación actual en la consulta pediátrica (Lacasa Maseri y cols., 2012).

Martínez Delgado, Rodríguez Prieto Cuan Colina (2011) afirman que, al considerar paciente al niño y su familia, se establece una relación que exige al pediatra ofrecer a los padres la información adecuada y en alguna medida su participación en las decisiones terapéuticas.



El comité de Bioética de la Asociación española de Pediatría en consonancia con los aspectos más importantes de la formación ética de los profesionales pediatras, insiste en los aspectos comunicacionales como eje fundamental de la formación.

“Debemos formar pediatras científica y técnicamente competentes, pero también éticamente responsables; pediatras que desarrollen actitudes de honestidad, integridad, confianza, respeto, compasión, empatía, compromiso con la formación continuada, conocimiento de uno mismo y de sus límites, altruismo, responsabilidad y capacidad de comunicación con los pacientes, sus familias y los propios compañeros” Martínez González y col (2017, pág. 354).

Usando el término profesionalidad se hace hincapié en que los aspectos éticos, entre los que se encuentra la RMP deberían retomar un rol de importancia que se fue lentamente perdiendo en pos del tecnicismo de la profesión (Beca, 1994; Braga & Tarantino, 2011; Burbinski & Naser 1999).

La percepción de los pediatras en varios niveles asistenciales (desde el Centro de Salud hasta el Hospital de Alta complejidad) es motivo de estudios por parte de Oliveira de Cristo & de Araujo (2013) en Brasilia, constatando importantes diferencias entre los factores comunicacionales evaluados por los que trabajan en atención primaria, de los pediatras asociados a centros de salud de mayor complejidad.

En una investigación de índole exploratoria descriptiva, de abordaje cualitativo, Macedo Gabarra y Crepaldi en Florianópolis (2011) incluyen el punto de vista del niño, su percepción acerca de la experiencia en comunicación sobre enfermedades crónicas, la composición de la tríada niño-familia-pediatra en la comprensión de su enfermedad y los mecanismos en juego a la hora de transmitir diagnósticos. En términos de los propios pacientes, los profesionales conversan más con su familia que con ellos mismos, siendo luego la principal fuente de información la familia y pocas veces el médico. En entrevistas semiestructuradas, estos autores logran reconocer que hay importantes diferencias en aquellos aspectos si se trata de niños en edad pre-escolar o en edad escolar. Y un corolario importante, ya subrayado previamente por otros autores, es que la falta de comunicación con el paciente pediátrico, aunque fuera con la intención de minimizar el sufrimiento, puede terminar siendo una fuente mayor de angustias y fantasías (Weatherspoon y cols., 2015).

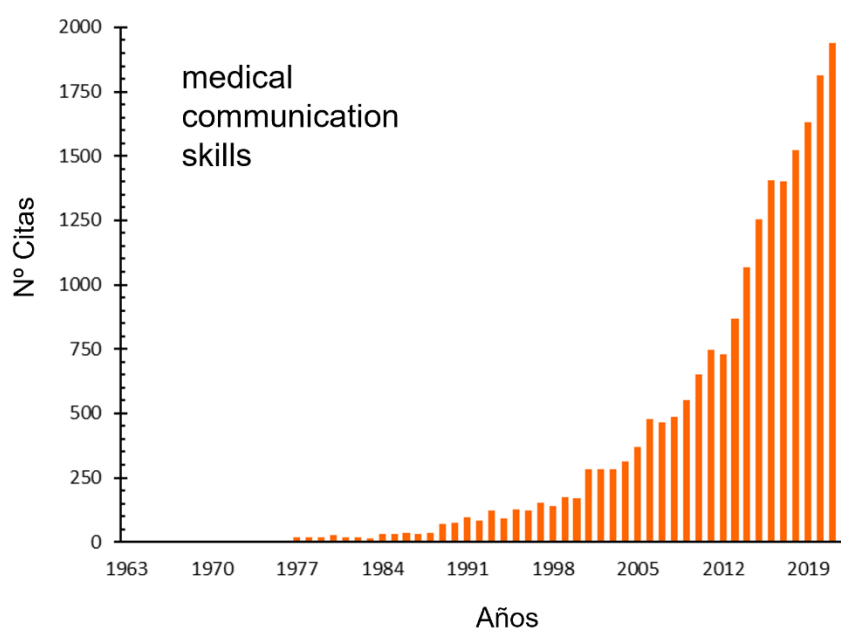
1.4. ESTADO DEL ARTE

El interés en el estudio de la CMP ha evolucionado con mayor celeridad en las últimas décadas. Si bien es tan antigua como la medicina misma, a fines de la década del 70 ha sido abordada de modo sistemático y formal. Su investigación es relativamente reciente, con mayor desarrollo en los años 80 y 90. En los últimos años se ha incrementado notablemente la producción científica en relación a la CMP.

En una búsqueda general de citas en la base de datos de *Pubmed* con las palabras clave: “*Communication in healthcare*” and “*patient perception*”, no se encuentra ninguna cita antes del año 1960. Se observa un incremento en los años 80 y 90 y a partir del año 2000 a la actualidad se encuentran publicados cerca de 3.000 estudios, evidenciando el creciente interés de la comunidad científica y educativa en la CMP. Otra búsqueda con las palabras “*medical communication skills*” mostró la evolución del interés en la temática (Fig. 1). En efecto, se encontraron más de 21.500 publicaciones en esta base de datos desde 1960, de las cuales 8.250 corresponden a los últimos cinco años (*Pubmed, 2022*).

Figura 1

Frecuencia de Publicaciones Sobre Habilidades de Comunicación del Médico



Este incremento exponencial en las publicaciones expresa un creciente interés en el problema de las deficiencias en la comunicación entre médico y paciente. En nuestro país este tema prácticamente no ha sido abordado y constituye el objeto de estudio de esta tesis.

Castañeda Hernández, en 2013, afirmó que, en lo referente a la comunicación entre médico y paciente, si bien es un tema ampliamente estudiado y que presenta múltiples paradigmas, los estudios que se han realizado se desarrollaron principalmente en el ámbito anglosajón. Plantea la necesidad de analizar el discurso en español para saber cómo se lleva a efecto la interacción médico-paciente en individuos de habla hispana. Según el mismo autor, de acuerdo con estudios recientes efectuados en el mundo hispanoparlante, el perfil del médico competente debe incluir los siguientes elementos fundamentales: el conocimiento técnico de la profesión, las habilidades para desarrollarlo y la capacidad de interacción interpersonal, es decir, “actitud” frente a los pacientes; lo que nosotros, en la Facultad de Medicina de la UNNE conocemos como el “saber ser” (para lo cual hay que adquirir competencias para “saber saber” y “saber hacer”, que se engloban con el término “aptitud”).

La medicina en general se va orientando progresivamente hacia la denominada: “atención centrada en el paciente”, facilitando el cambio de paradigma en la CMP. Actualmente se considera al individuo en forma integral, dentro de su contexto familiar, laboral y social. Se le escucha, informa y respeta. Se le da espacio de participación y corresponsabilidad en su atención. El médico busca el diálogo, compartiendo el control y el compromiso en la atención; y ambos establecen un vínculo. El paciente tiene un rol más activo en su cuidado y mayor acceso a fuentes de información. Esto produce un cambio en la relación y, por tanto, requiere una actualización en la formación del médico.

Para lograr la cortesía lingüística y la confianza del paciente es necesario que el médico se dirija a su interlocutor con términos apropiados, tacto y empatía (Castañeda-Hernández, 2013).

El uso de estrategias denominadas de “atenuación de cortesía negativa” usando las formas directas de la segunda persona, como el uso del tú, y/o el uso del nombre de pila, permite establecer un nexo de confianza y de cortesía positiva que refuerza la imagen positiva del interlocutor.

Mast (2007) y Scott y cols. (2008) demostraron que el comportamiento no verbal de los médicos es un factor importante para la satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento prescrito y el resultado clínico final. Los médicos que son emocionalmente más



expresivos en su comportamiento no verbal son vistos más favorablemente por los pacientes. En un estudio, la mayor satisfacción de los pacientes se asoció con indicadores que mostraban que el médico les prestaba atención y tenía interés por ellos: menor tiempo en leer su historial (probablemente porque aumentaba en contacto visual facial), una postura que indicaba disposición (estar inclinado hacia delante en la mesa), cabeceos y gestos que transmitían cercanía. Curiosamente, el estudio también encontró que si había menos contacto físico entre médico y paciente la satisfacción era mayor. Este hecho puede sugerir que el tacto pudiera ser considerado como un elemento de dominio o control por parte del médico, aunque este hallazgo hay que contextualizarlo dentro de la cultura en la que se realizó el estudio, la anglosajona, donde el espacio burbuja de las personas es distinto al existente en la cultura mediterránea-latina.

Larsen y Smith en Seattle, Washington (1981), en un intento de evaluación de la comunicación no verbal, describieron los aspectos que consideraron más importantes a partir de videos de consultas realizadas en la unidad de medicina familiar de un centro médico. Admitiendo que en general este aspecto de la comunicación es menos estudiado (comunicación gestual o no verbal), utilizaron una evaluación basada en tres criterios: el hecho de involucrarse con el paciente, grado de relajación en la conversación, y la sensibilidad demostrada. Pero, más interesante aún, establecieron, en base a los trabajos de Merhabian (1968) la lista de ítems a cotejar en forma de scores o puntuaciones, lo que resulta particularmente útil a la hora de evaluar aspectos tan subjetivos que están en juego en este tipo de comunicación. Comprensión y satisfacción del paciente fueron los ítems evaluados para juzgar la calidad de la comunicación.

Los autores señalaron que, aunque la comunicación verbal forma parte integral de los currículums de formación en Medicina, poco o nada se incluyen los elementos de comunicación no verbal en la formación integral de un médico.

Los médicos que son buenos en la lectura y correcta interpretación de los mensajes no verbales de otras personas, logran tener pacientes que están más satisfechos y por lo mismo, probablemente propensos a regresar al próximo turno de consulta (Mast, 2007, Pág. 316)

Dado que los litigios de mala praxis están asociados no solamente a errores y negligencias por parte del médico, sino también a la calidad de la comunicación entre médico y paciente, resulta interesante analizar estudios realizados en Boston, Massachusetts y Ontario (Ambary y cols., 2002) en los que el factor evaluado ha sido el tono de voz como elemento crucial en la interacción médico-paciente. Los autores argumentaron que los



aspectos interpersonales, entre los que se encuentra la comunicación verbal en este caso, juegan un rol fundamental a la hora de decidir iniciar una acción legal. Una vez más, son los aspectos comunicativos los que resultan primordiales para el paciente, quien, según el grado de satisfacción y empatía generados por su médico, podría llevarlo o no a cuestionar sus indicaciones, tratamientos o incluso a iniciar acciones legales.

Los autores insisten en que “cómo” se habla con el paciente es tan o más importante que “qué” se habla. El contenido en sí, sobre todo tratándose de aspectos diagnósticos y transmisión de decisiones terapéuticas implementadas, resulta menos importante a criterio de los pacientes que la manera en que se transmitió la información. La comunicación verbal no solo incluye contenidos, sino matices sutiles como el tono de voz.

En un extenso estudio llevado a cabo en los Países Bajos que abarcó dos momentos diferentes separados por un periodo de 16 años (1986 - 2002), Bensing y col (2006) han evaluado las modificaciones que experimenta la comunicación médico-paciente, en particular los patrones asociados a consultas en el ámbito de la clínica de la hipertensión arterial. Lo llamativo de la situación, es que, dada la nueva orientación de la práctica médica, que los autores denominaron “*business-like, task-oriented communication pattern*”, han constatado una tendencia de parte de los pacientes a ser menos comunicativos, menos empáticos con los médicos tratantes, hablando poco o nada de sus preocupaciones respecto a la enfermedad.

Los médicos, sin embargo, brindan más información técnica pero no logran brindar el “clima” adecuado o acercamiento con el paciente. Los autores se preguntaron si esta tendencia no es más que el reflejo de la introducción de la computadora en el consultorio médico, que, aunque ayuda a sistematizar la recolección de datos, no contribuye en demasía a mejorar la CMP.

En su excelente artículo sobre los mecanismos y resultados de la expresión de las emociones a través de la conducta no verbal en las visitas médicas, Roter y cols. (2006,) en diferentes instituciones de los Estados Unidos argumentaron que la medicina actual ha evolucionado hacia un modelo de conducta de baja comunicación , que incluye mayor importancia a lo verbalmente explícito y menor importancia a la sensibilidad, a las conductas o mensajes no verbales, lo que implica una disminución de la atención dirigida a las emociones y su rol en los procesos de curación. Considerando su rol central en el proceso de cuidados en medicina, la comunicación y las conductas no verbales han recibido sorprendentemente poca atención en la literatura referente a comunicación médica.



Los autores asumieron que existen al menos tres vías por las cuales las emociones juegan un rol central en la práctica de la medicina: 1) médicos y pacientes tienen emociones, 2) médicos y pacientes expresan emociones, y, 3) médicos y pacientes juzgan las emociones del otro en el acto de la consulta médica. Y, en su intención de estudiar la “sensibilidad no verbal”, encuentran dos aspectos importantes que asumieron pueden ser relevantes en el proceso de brindar cuidados médicos: que las mujeres son mucho mejores a la hora de evaluar mensajes gestuales o no verbales, que tienen mayor sensibilidad para decodificar estos mensajes y que son mucho más sensibles para interpretar emociones. Todo esto que en principio es una ventaja para el paciente, vuelve a más susceptibles a las profesionales médicas a desarrollar *burnout* profesional cuando se las compara con colegas hombres. En Pediatría, estos aspectos pueden tener particular relevancia.

Los mismos autores describieron los desafíos pedagógicos asociados a la adquisición de competencias comunicacionales, dado que su enseñanza ha sido excluida sistemáticamente de la currícula en la mayoría de las escuelas de medicina. Considerar a la comunicación como un todo (verbal y no verbal) constituiría el primer paso para promover su inclusión en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el mismo sentido, los componentes de la comunicación no verbal y su importancia en la práctica médica fueron evaluados por Mast en Suiza (2007). Sus conclusiones incluyeron aspectos relativos a la personalidad del profesional, su edad y género, así como los del paciente. Sorprendentemente, la interacción médico varón-paciente varón, y la interacción médico mujer-paciente mujer, generan diferentes grados de satisfacción, aceptándose de manera distinta ciertos aspectos, tales como la interrupción del discurso o la discusión sobre tratamientos.

El autor observó un grado mayor de aceptación cuando el médico mujer interactúa con los estereotipos de conducta femenina (quizás relacionado con el tono suave e voz, mayor tiempo de dirección de la mirada al paciente, por ejemplo), que cuando el médico varón utiliza los estereotipos masculinos (mayor distancia interpersonal, tono de voz más grave y mayor volumen). También argumentó que, en la atención médica, el tipo de RMP que se establezca, dependerá de qué tan bien el médico puede leer la conducta no verbal de su paciente.

Utilizando información proveniente de centros de salud de tres diferentes estados en Estados Unidos, en un intento de establecer un modelo de RMP “curativa”, Scott y cols. en 2008 describieron los factores que a su criterio contribuyen a construir esta relación, a desarrollarla y a mantenerla: la confianza generada por el profesional, el manejo de las



emociones, la atención plena o conciencia plena del acto de la consulta, el conocimiento y el buen desempeño o profesionalismo. El modelo que desarrollaron, aunque centrado en la clínica, es aplicable a todas las especialidades médicas.

A nivel regional (Nordeste de Argentina) Sosa Trotti y colaboradores (2017) insistieron en la selección de un modelo de comunicación efectiva en la entrevista médica. Independientemente del modelo de entrevista médico-paciente elegido (proponiendo como más adecuado la Guía de Observación de Calgary Cambridge) evidencian un interés creciente en la discusión y puesta a punto de programas educativos que incluyan la enseñanza de métodos que mejoren las habilidades comunicacionales, contribuyendo a mejorar la construcción de vínculos con el paciente, poniendo acento en la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y la adherencia terapéutica.

En un análisis más reciente, el mismo grupo de trabajo (Sosa Trotti y col. 2021) recopiló información sobre la satisfacción de los pacientes adultos encuestados en servicios de consultorios externos de un Centro hospitalario de referencia, e intentó conocer la percepción que tienen los pacientes sobre la comunicación médica (en sentido amplio) utilizando 18 variables.

Aunque encontraron que la comunicación era considerada adecuada por un alto porcentaje de encuestados (83%), el remanente de insatisfacción constituyó una evidencia de que la RMP puede mejorarse si las habilidades de comunicación son enseñadas, simuladas en contexto académico y evaluadas en la carrera de Medicina.

1.5. OBJETIVOS DE ESTUDIO

General

Describir percepciones sobre la comunicación médico - paciente de padres/tutores de niños y adolescentes en el Servicio de Consultorio de Seguimiento del Hospital Pediátrico "Juan Pablo II" de Corrientes durante el primer semestre de 2019.

Específicos

1. Caracterizar a la población médica del servicio de consultorios externos y a los padres/tutores de niños y adolescentes que consultaron en la institución.
2. Describir las percepciones de padres/tutores de niños y adolescentes sobre la comunicación verbal del pediatra.
3. Describir las percepciones de padres/tutores de niños y adolescentes sobre la comunicación no verbal del pediatra.
4. Describir las percepciones de padres/tutores de niños y adolescentes sobre la comunicación escrita del pediatra.
5. Describir las percepciones sobre la comunicación médico - paciente en quienes tuvieron posibilidad de elección del pediatra para su consulta.

1.6. HIPÓTESIS

Los pacientes y sus acompañantes perciben que los profesionales más jóvenes, al tener menos experiencia, tienen más dificultades en la comunicación.



1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

➤ **Diseño:**

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, correlacional, de corte transversal.

➤ **Población:**

Madres/padres/tutores de niños y adolescentes que consultaron en el Servicio de Consultorio de Seguimiento del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes en el primer semestre de 2019.

➤ **Muestra:**

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. Los pacientes fueron captados al salir del consultorio si cumplían con los criterios de selección.

Para tener un tamaño aproximado de la muestra, se tomaron como referencia los datos registrados en el año 2018, en que las consultas ambulatorias sumaron un total de 39.412, de las cuales 15.237 correspondieron a la demanda espontánea, 15.008, a consultorio de seguimiento (atendidas por pediatras clínicos) y 9.167 a consultas especializadas. Se consideró exclusivamente el número de consultas a los dos primeros grupos (que totalizan 30.245), con un 95 % de confianza a dos lados, un 90 % de potencia y 50 % de razón de respuestas positivas/negativas, quedando el $n = 750$, que corresponde a un 5 % de las consultas semestrales de pacientes que concurrieron al Servicio de Consultorios Externos del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes en el primer semestre de 2019.

➤ **Unidad de análisis:**

Cada uno de los padres/tutores que consultaron en el Servicio de Consultorio de seguimiento del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Madres/padres/tutores a cargo de niños y adolescentes que acudieron a consulta en el servicio de Consultorio de Seguimiento del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes en el primer semestre de 2019.
- Madres/padres/tutores a cargo de niños y adolescentes que acudieron a consulta en el servicio de Consultorio de Demanda Espontánea del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes en el primer semestre de 2019.
- Todos aquellos que aceptaron participar del estudio.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Madres/padres/tutores a cargo de niños y adolescentes que acudieron a consultas ambulatorias en cualquiera de las 24 especialidades pediátricas del Servicio de Consultorios externos del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II” de Corrientes en el primer semestre de 2019.
- Acompañantes de pacientes que consultaron desde hogares de menores.
- Madres/padres/tutores con dificultades/limitaciones para expresarse.
- Registros incompletos.

➤ **Instrumento de recolección de la información empírica**

Se construyó un cuestionario (Anexo II), basado en tres instrumentos ya validados:

- 1) El cuestionario estructurado semicerrado, llamado PREMEPA (percepción de la relación médico-paciente), diseñado y validado por Ramos (2008), conformado por tres bloques, el primero denominado “Percepción de la relación médico

paciente”, el segundo “Datos generales del médico” y el tercero “Datos generales del paciente”.

- 2) Las técnicas de comunicación recomendadas para El *Patient - Doctor Relationship Questionnaire* versión de 9 preguntas (Fernández y cols., 2010, pág. 199).
- 3) Técnicas de comunicación recomendadas para médicos (Wheaterspoon, 2015, pág. 6).

El cuestionario construido, consta de dos secciones; la primera abarca las variables relacionadas con las características de los actores utilizando los bloques “datos generales del médico” y “datos generales del paciente” del PREMEPA, que incluyeron un registro de edad y sexo de profesionales y pacientes; y edad, sexo, procedencia y nivel de educación formal del padre/madre/tutor.

El segundo contiene las variables que tienen que ver con la comunicación médico – paciente y las percepciones de los acompañantes del niño en la consulta, que se basan la primera parte del PREMEPA, en algunos ítems del “*Patient - Doctor Relationship Questionnaire*”, y también en ítems de las “técnicas de comunicación recomendadas para médicos”.

Se incluyó el registro de percepción acerca del trato recibido, la importancia otorgada a la consulta y la disposición a la escucha.

A todo esto, se agregó “la posibilidad de elegir pediatra”, que no sucede siempre, por diversos motivos: por el número de consultas, porque no es día de atención de determinados profesionales, o debido a las licencias y ferias del cuerpo profesional.

Se realizó una validación por pares, para lo cual se sometió el instrumento a la opinión de dos expertos de una entidad externa al Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”, pertenecientes al Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se solicitó a los profesionales expresaran sus percepciones y opiniones con respecto a los ítems seleccionados, la comprensibilidad y utilidad de cada uno de ellos, observaciones y sugerencias. Se eliminaron algunos puntos y se hicieron correcciones y ajustes para aunar criterios. Luego se realizó una prueba piloto con pacientes que también fue sometida a juicio de valor, para obtener el cuestionario que finalmente se empleó en la recolección de los datos.

➤ **Identificación de las variables**

Las Tablas 1 y 2 listan las variables utilizadas en esta tesis.

Tabla 1. Datos relacionados con las características de los actores.

VARIABLES	Valores de la subvariable	Indicador	Valor del indicador
Sexo del médico	Masculino		1
	Femenino		2
Edad estimada del médico	Joven	25-39	1
	Medio	40-49	2
	Mayor	50 o más	3
Sexo del paciente	Masculino		1
	Femenino		2
Edad del paciente	Lactante	31 días a 2 años	1
	Preescolar	2 años y 1 día a 5 años	2
	Pre-púber	5 años y 1 día a 11 años	3
	Adolescente	12 o más años	4
Procedencia del paciente	Capital	Corrientes, capital	1
	Interior de la provincia	Deptos. Prov. de Corrientes	2
	Otras Provincias	Formosa, Chaco, Misiones	3
	Otros países	Paraguay, Bolivia, Perú	4

Alfabetización de padre/ madre/ tutor	Sin alfabetización	No concurre a educación formal	1
	Primario incompleto	No completó primario	2
	Primario completo	Completó nivel primario	3
	Secundario incompleto	No completó secundario	4
	Secundario completo	Completó secundario	5
	Terciario/universitario	Cursando terciario/universitario	6
Posibilidad de elección del médico		No	1
	Eligió a su médico	Sí	2
Consultas previas	Número de consultas	Ninguna	1
		Pocas (1-3)	2
		Muchas (>3)	3
Satisfacción del paciente	Conformidad en relación a la consulta	Insatisfecho	1
		Conforme	2
		Muy conforme	3

Tabla 2. Datos relacionados con las percepciones de acompañantes de los pacientes sobre la comunicación médico-paciente.

Variables	Valores de la subvariable	Indicador	Valor del indicador
	¿Lo saludó a Ud.?		
	¿Saludó al niño/a?		
	¿Dirigió algunas palabras o le habló al niño o le preguntó a él alguna cosa sobre su escuela, deporte favorito, etc.?		
	¿Le informó al niño que lo iba a revisar?		
	¿sintió que el médico estaba dispuesto a escucharlo?		
	¿Lo interrumpió cuando Ud. le hablaba?		
Comunicación verbal	¿Le proporcionó información suficiente?	No / Sí	0 / 1
	¿Le habló en forma lenta y pausada?		
	¿Usó un lenguaje sencillo, comprensible para usted?		
	¿Le dijo en voz alta las indicaciones?		
	¿Le leyó en voz alta las indicaciones?		
	¿Le hizo repetir en voz alta las indicaciones?		
	¿Le dio espacio para las preguntas?		
	¿Siente que le dio tiempo suficiente a su consulta?		
Comunicación gestual o no verbal	¿Lo miró a Ud. a los ojos al hablarle?	No / Sí	0 / 1
	¿Miró al niño a los ojos?		
	¿Le sonrió a Ud. en algún momento?		

¿Le sonrió al niño en algún momento?

¿Se sintió considerado como persona?

¿Se sintió respetado?

¿Siente que le dio importancia a su consulta?

¿Se sintió juzgado en algún momento?

¿Cómo percibió la actitud del médico hacia Ud.?	Indiferente	1
---	-------------	---

	Cordial	2
--	---------	---

¿Cómo percibió el trato del médico hacia el niño/a?	Afectuosa	3
---	-----------	---

¿Ud. sintió cómodo con el trato?	No / Sí	0 / 1
----------------------------------	---------	-------

¿La letra de las indicaciones le resulta clara y legible?

¿Figura el nombre del niño?

¿Figura el apellido del niño?

Comunicación escrita	¿Encontró algún error en la indicación escrita? (dosis, presentación, intervalo de tomas, días de tratamiento)	No / Sí	0 / 1
-------------------------	--	---------	-------

¿Faltó escribir alguna indicación hecha en forma verbal?

¿Figura la fecha?

¿Figura la firma?

➤ **Técnica de recolección de la información**

Se invitó a padres/tutores de niños y adolescentes a participar voluntariamente del estudio, al salir del consultorio. Se les explicó de qué se trataba y la finalidad del mismo. Se les hizo firmar un consentimiento informado. Se les interrogó para valorar sus percepciones con respecto a las habilidades de comunicación verbal, no verbal y escrita de los pediatras que atienden en el Servicio de Consultorios Externos.

El relevamiento de los datos se realizó en la sala de espera del servicio en el pasillo central del hospital, a los pacientes que, habiendo sido atendidos por pediatras de consultorio de seguimiento y consultorio de demanda espontánea, se prestaron a colaborar.

Se trabajó en horario matutino y vespertino (8 a 12 y 13 a 17 h) en días hábiles durante el primer semestre de 2019 (desde el 2 de enero al 28 de junio).

Las planillas fueron completadas en forma personal. El tiempo estimado de recolección de los datos osciló ente 8 y 10 minutos para cada encuestado. Se efectuó previamente una prueba piloto para valorar la dinámica y evacuar las dudas de los encuestadores.

Cabe aclarar que, entre las habilidades no verbales, de las cuales las más ostensibles son la mirada y la sonrisa, existen otras, tales como la postura, la forma de ubicarse en relación al espacio físico, la gestualidad facial y de las manos, la apariencia personal en cuanto al carácter como la calma, la paciencia y la afectividad. Todas ellas fueron englobadas como “trato” hacia el interlocutor o hacia el niño, debido a las dificultades de tiempo para explicar múltiples conceptos a tantas personas, y a la diversidad en su alfabetización.

➤ **Técnicas de procesamiento y análisis estadístico**

La carga, edición y análisis de los datos se realizó mediante una planilla de cálculo. Las técnicas estadísticas que se aplicaron fueron descriptivas y de verificación de diferencias mediante Chi², utilizando el software *OpenEpi* (www.openepi.org). Se fijó un valor de significación de $p=0,05$.

➤ **Facilidades disponibles**

Se trabajó en la sala de espera del servicio de consultorios externos y en el hall central del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”. El material de librería requerido fue autofinanciado. Se obtuvieron las autorizaciones correspondientes.

➤ **Aspectos éticos**

El proyecto contó con el aval del Director de Docencia e Investigación del Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”, Dr. Oscar Lotero (Anexo 1).

Las madres/padres/tutores participantes del estudio leyeron un texto *ad-hoc* con la información esencial general del proyecto, donde se detallan los objetivos y los fines del mismo (Anexo III). Una vez de acuerdo con los términos generales establecidos, firmaron al pie del consentimiento, como constancia de autorización de uso de la información provista en la encuesta a completar. En ese mismo escrito se solicitó autorización a los efectos de utilizar los datos como parte del trabajo de la presente tesis doctoral y publicaciones.

En ningún caso se darán a conocer datos filiatorios, los que se manejan en las bases de datos solamente con códigos identificatorios de las encuestas.

➤ **Sistema de citas y referencias bibliográficas**

Se utilizó el Sistema de Normas APA, 6° edición, año 2016.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

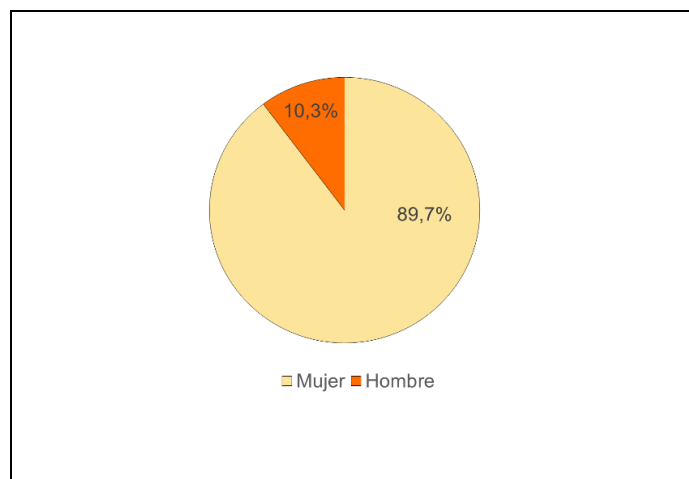


PARTE I: CARACTERIZACIÓN DE PEDIATRAS Y CONSULTANTES

En la Figura 2 se presentan los médicos que fueron consultados, según sexo; tener en cuenta, que de los 20 pediatras que atienden las consultas ambulatorias clínicas (seguimiento y atención a la demanda espontánea - ADE), el número de profesionales hombres es de 4.

Figura 2

Profesionales Involucrados Según Sexo



La Figura 3 muestra las edades de los pediatras, distribuidas en 3 grupos; muy jóvenes (en verde), mediana edad (en amarillo) y añosos (en naranja).

Figura 3

Edades de los Profesionales

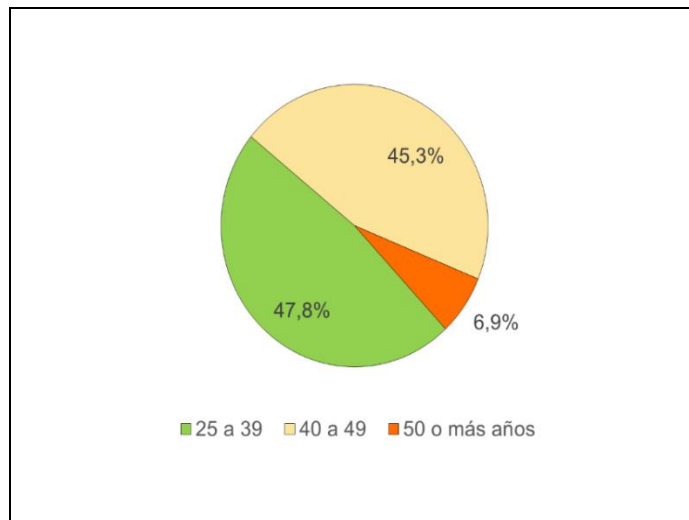
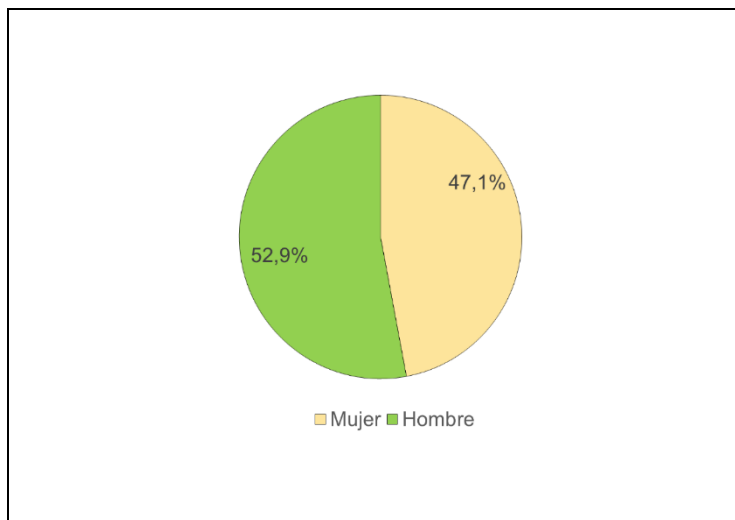


Figura 4

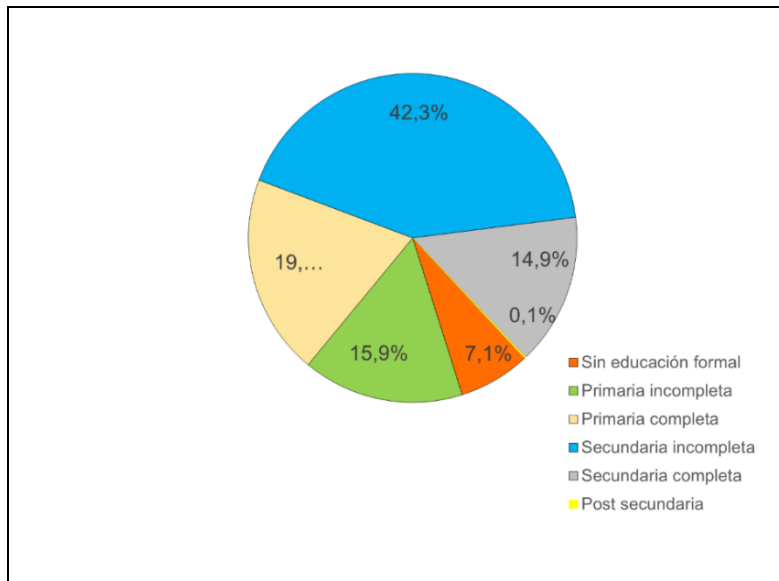
Proporción Mujeres/Varones de Niños Atendidos en el Periodo



Se valoró el nivel de escolarización de los acompañantes, hallándose una proporción sin escolarización formal, padres con primaria o secundaria incompletas y algunos con nivel post secundario. Estos datos se grafican en la figura 5.

Figura 5

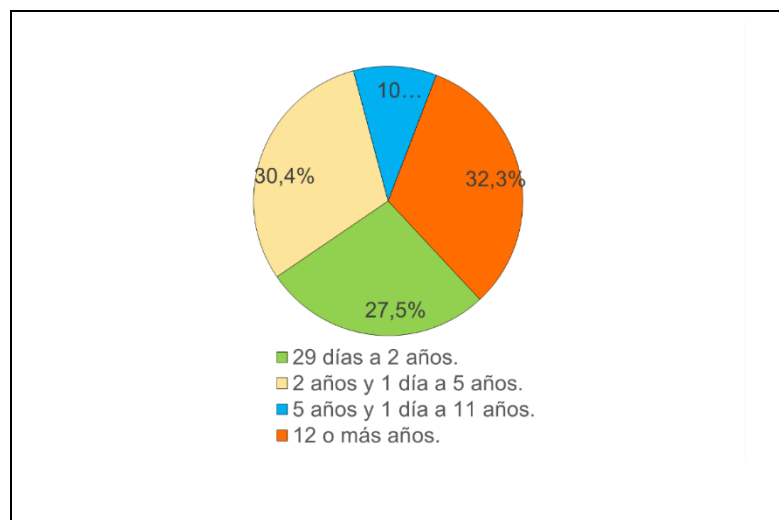
Nivel de Escolarización de los Padres



Como se observa en la figura 6, los niños fueron divididos por edades en 4 grupos.

Figura 6

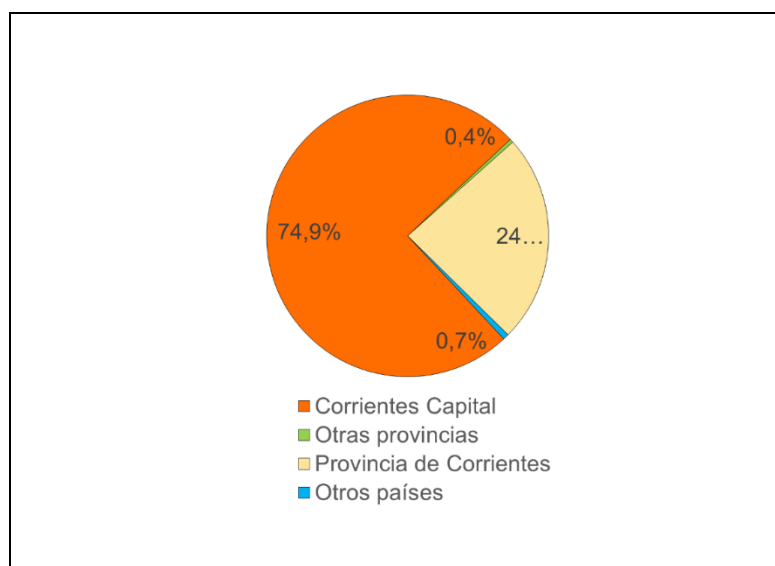
Grupos Etarios en la muestra Estudiada



Se observó que los consultantes fueron niños provenientes de la capital correntina en primer término, y, en segundo lugar, del interior de la provincia. En la figura 7 se grafican las proporciones referidas a la procedencia.

Figura 7

Distribución de la Procedencia de los Pacientes Atendidos en el Periodo

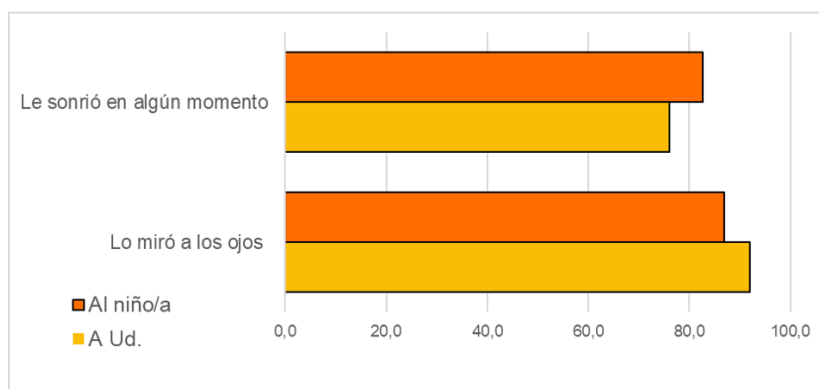


PARTE II: COMUNICACIÓN NO VERBAL

Siendo la comunicación no verbal, una competencia esencial en la RMP, y dentro de aquella, las dos manifestaciones más ostensibles la mirada y la sonrisa, se valoró la frecuencia de percepción de ambas expresiones dirigidas tanto a los niños como a sus acompañantes. La Figura 8 muestra la percepción de ambas en forma comparativa.

Figura 8

Frecuencia de Percepción de dos Expresiones de la Comunicación no Verbal: Mirada y Sonrisa

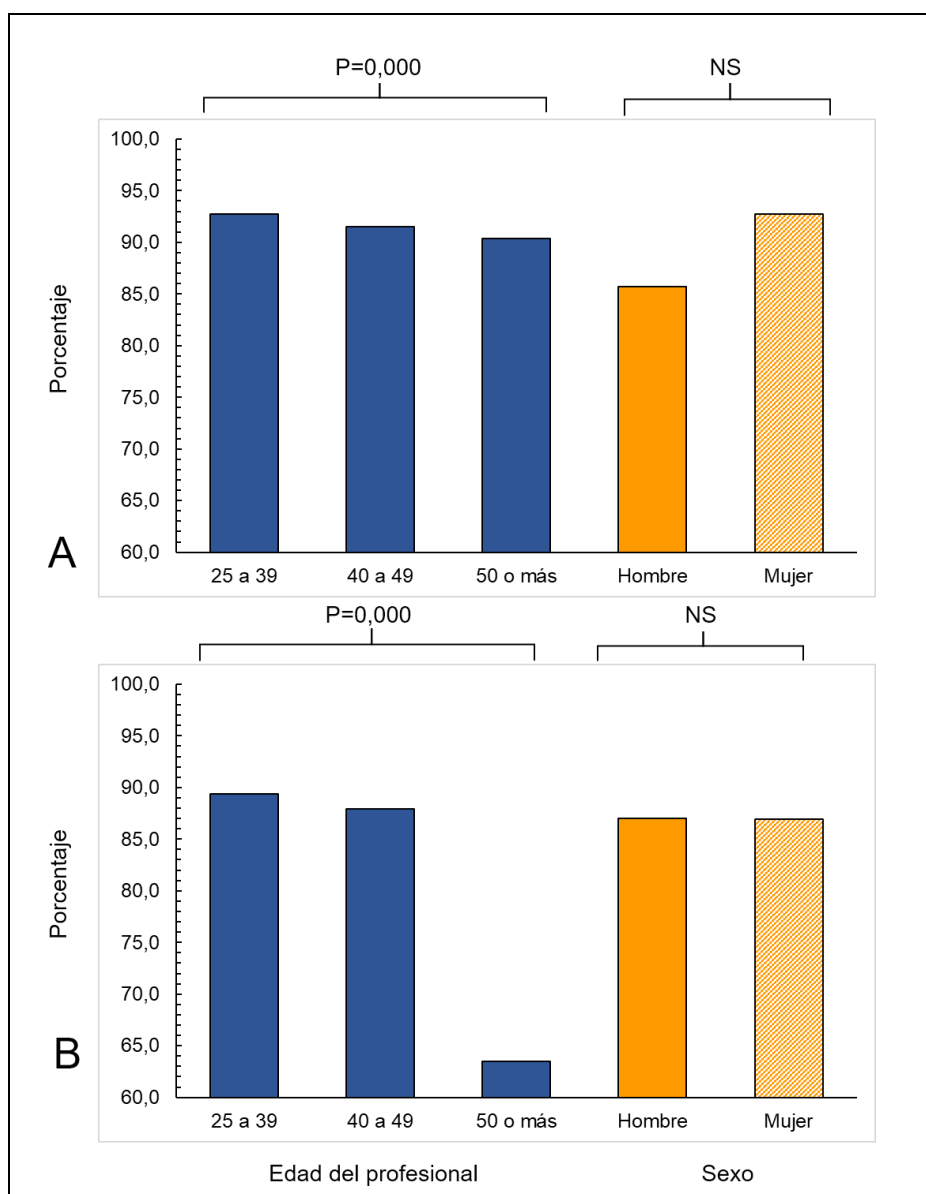


Las figuras 9 y 10 reflejan la frecuencia de percepción del contacto visual y la sonrisa de los pediatras respectivamente, en relación a su edad y sexo (en las que P hace referencia a la presencia de significancia estadística del resultado obtenido y NS a su ausencia).

En la parte superior de la figura 9 (A) se grafica la mirada dirigida al progenitor, y en la inferior (B), la dirigida al niño.

Figura 9

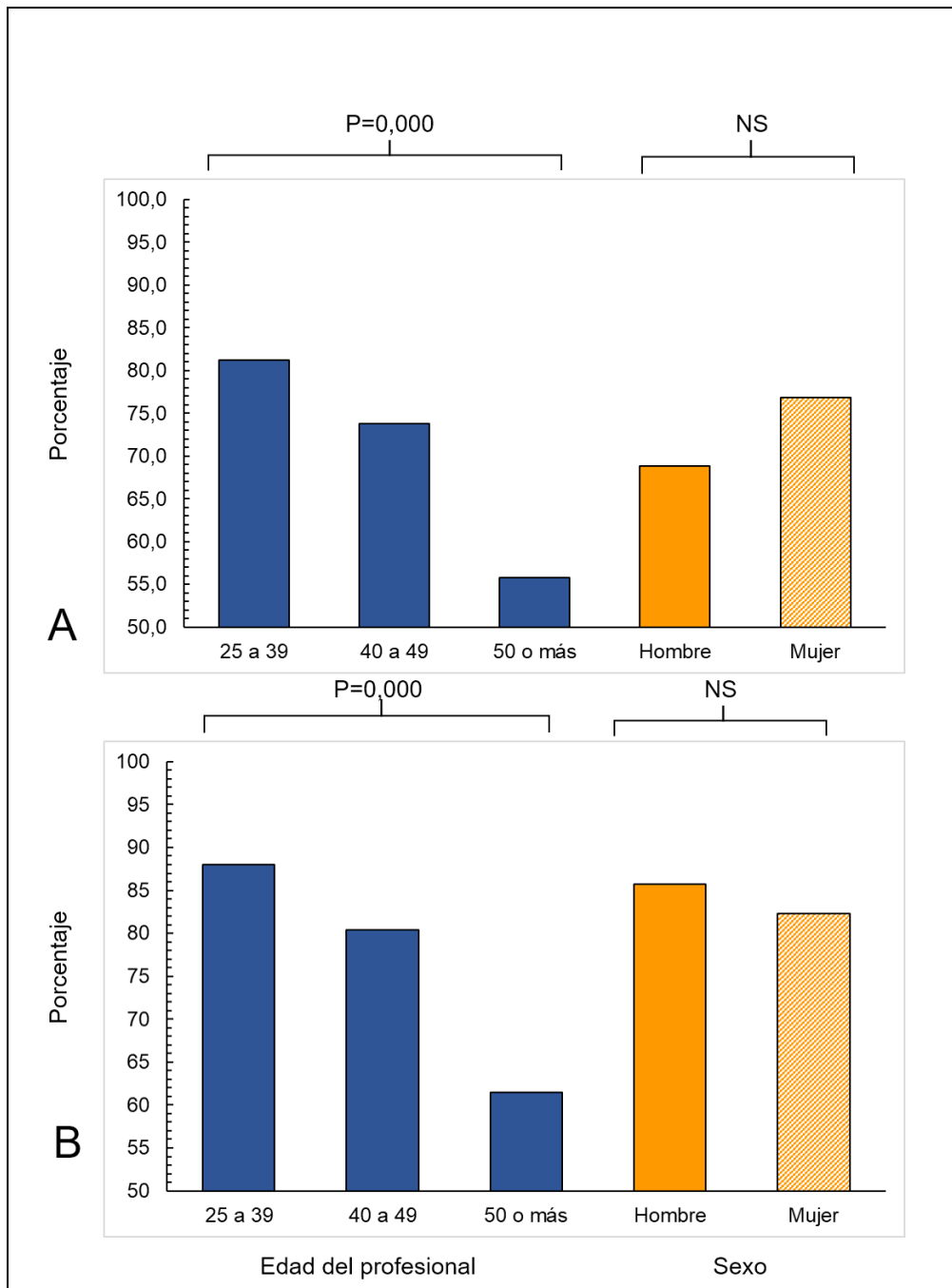
Frecuencia de Percepción de la Mirada del Médico Según Grupo Etario y Sexo de los Profesionales



La figura 10 muestra, en la parte superior (A), la frecuencia de la sonrisa del médico dirigida al acompañante y en la parte inferior (B), la sonrisa dirigida al niño.

Figura 10

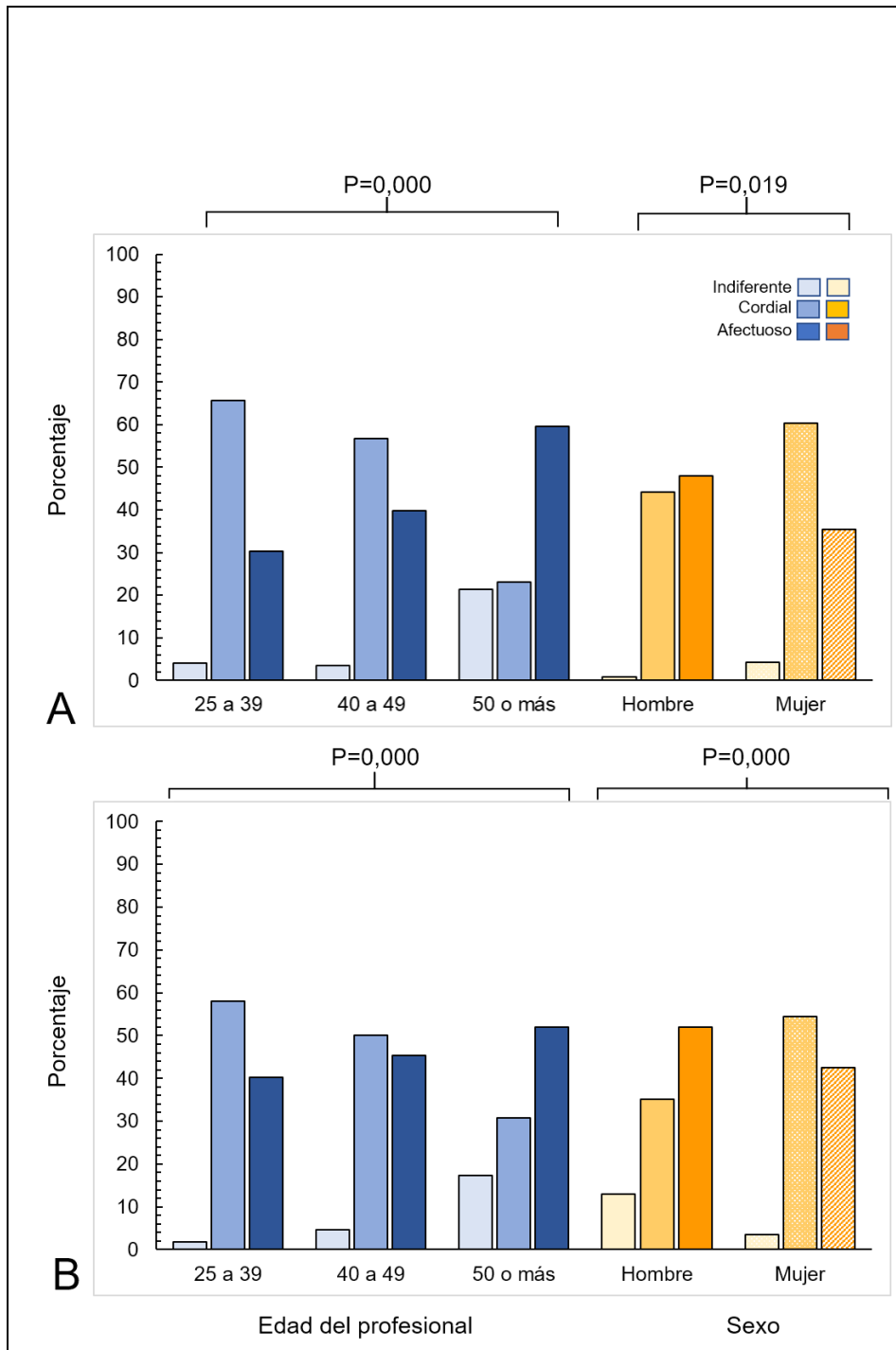
Frecuencia de Percepción de la Sonrisa Según Características de los Profesionales



Como se mencionó en el capítulo de metodología, además de la mirada y la sonrisa, las demás expresiones no verbales se resumieron en el vocablo “trato”. Las percepciones se graficaron en relación a la edad y sexo de los pediatras en la Figura 11 (arriba (A), el trato hacia el acompañante; abajo (B), hacia el niño).

Figura 11

Percepciones Subjetivas de los Pacientes en Relación al Trato Recibido en la Consulta; hacia el adulto (A) y hacia el niño (B).

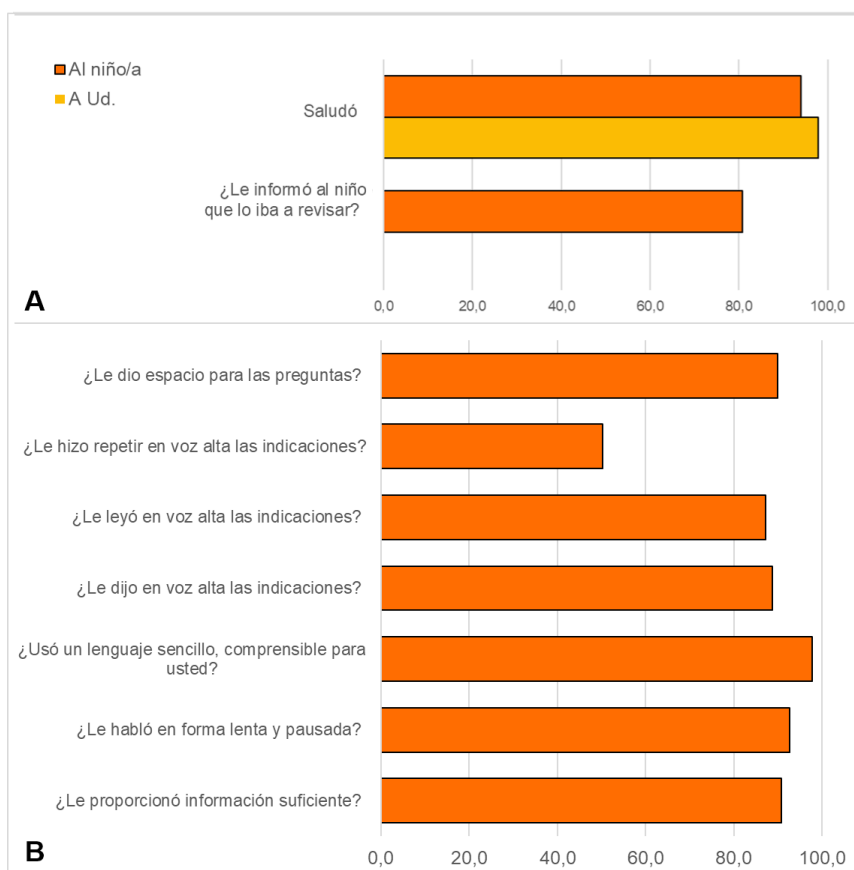


PARTE III: COMUNICACIÓN VERBAL

La figura 12 evidencia los resultados obtenidos a partir de la evaluación de las habilidades profesionales de comunicación verbal, a partir de la valoración de los padres o tutores de los pacientes, tales como: el saludo, el espacio para hacer preguntas leer y decir en voz alta las indicaciones, el uso de lenguaje comprensible y la información proporcionada por el pediatra en su relación triangulada.

Figura 12

Habilidades Profesionales de Comunicación Verbal desde la Valoración de los Acompañantes, en la Relación Triangulada Pediatra-Paciente-Padre

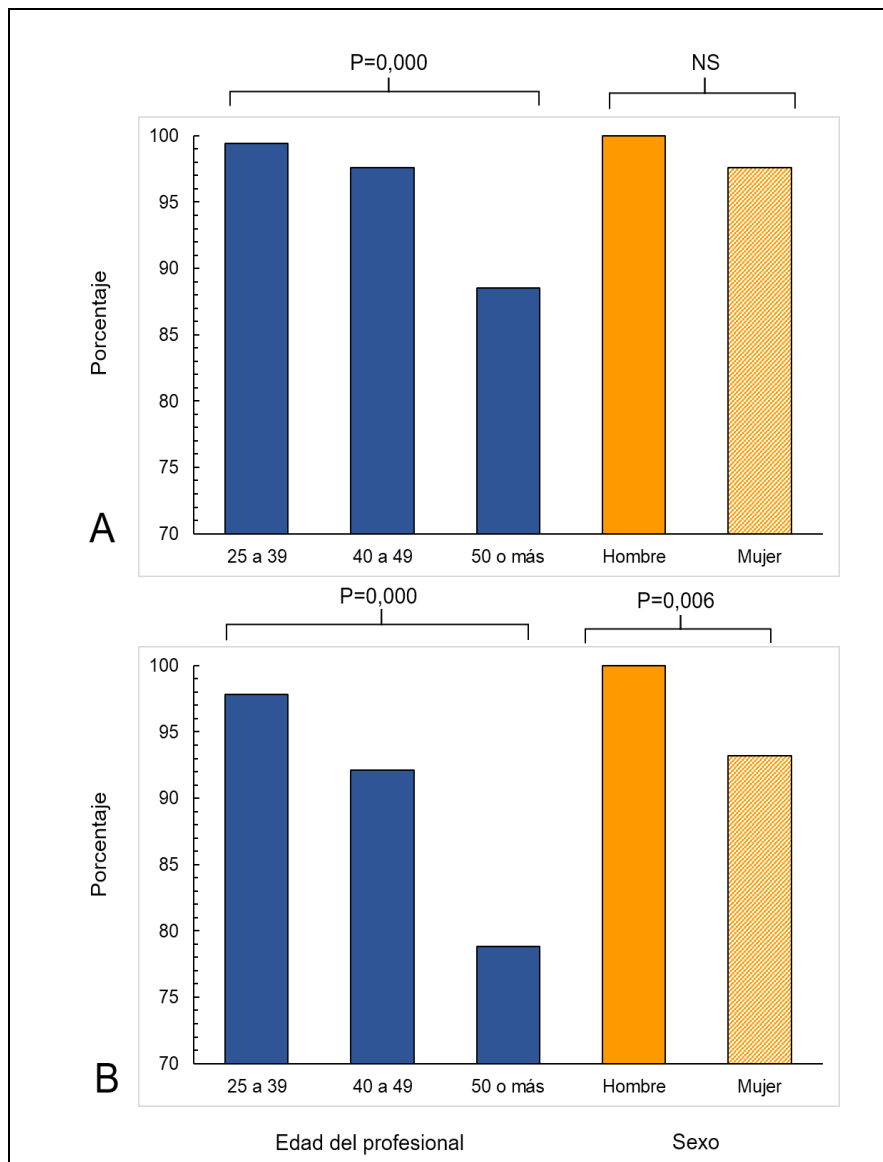


En la serie estudiada se valoró en los padres la percepción de habilidades de comunicación verbal en los pediatras en relación a la edad y sexo de los profesionales, que pueden observarse en las Figuras 13 a 17.

La Figura 13 muestra el saludo del médico al acompañante, (A) y el saludo al niño (B).

Figura 13

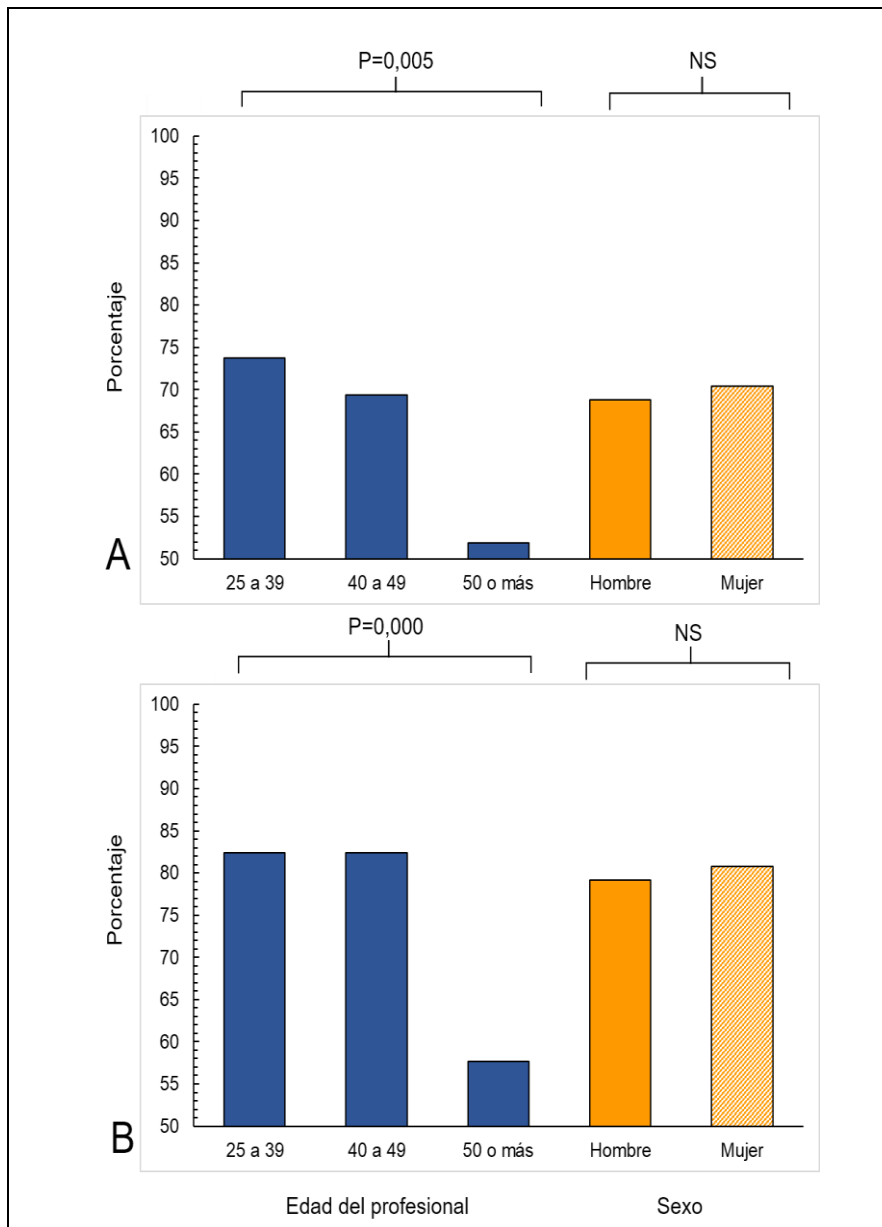
Frecuencia del saludo del profesional



Se interrogó si los pediatras entablaron algún tipo de conversación con el paciente, una charla casual (tal como preguntar cómo va en la escuela, si practica algún deporte, el nombre de su maestra, si se porta bien), lo cual se expone en la Figura 14 (A), y también si los profesionales comunicaron anticipadamente a los niños que los iban a revisar (B).

Figura 14

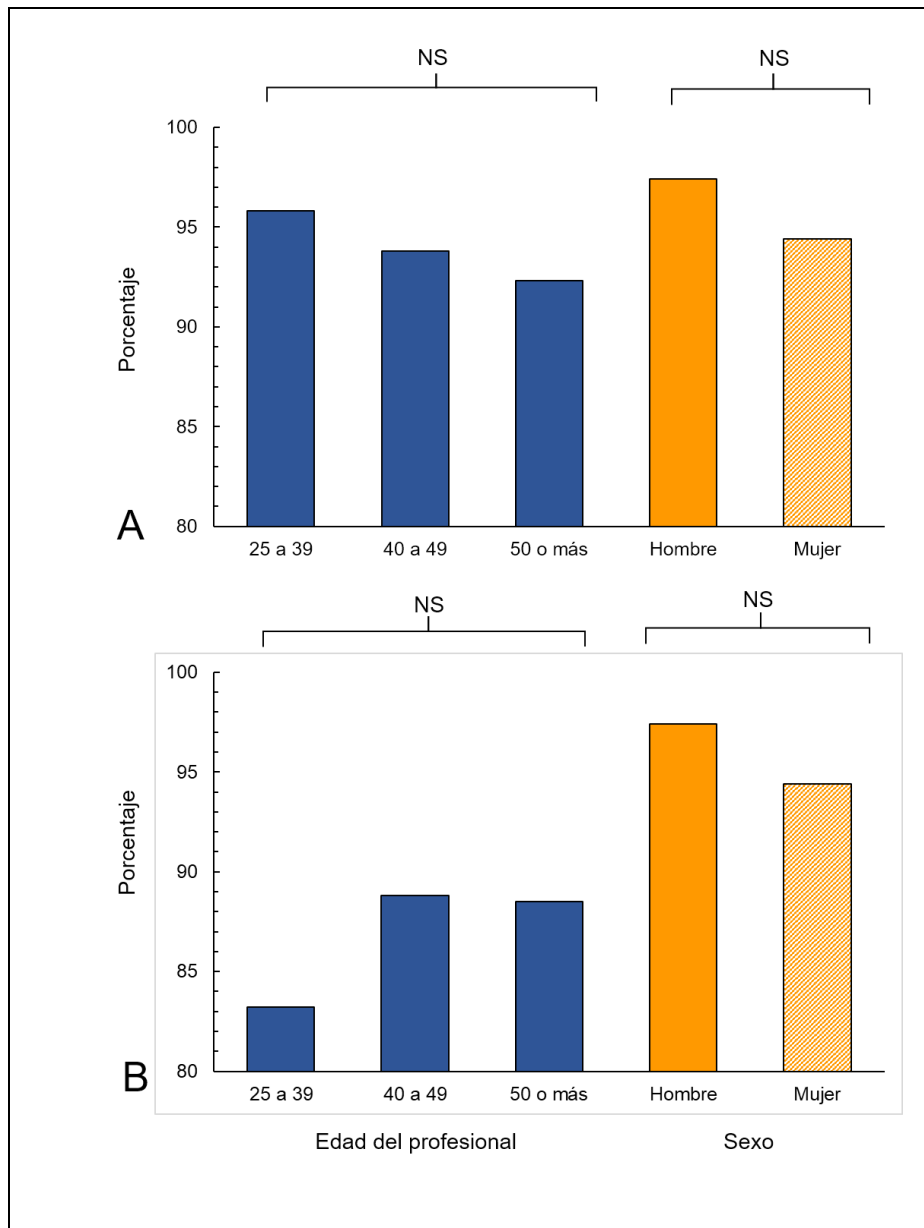
Diálogo con el Niño y Advertencia de su Abordaje Para el Examen Físico



La Figura 15 exhibe la percepción de predisposición de los médicos a escuchar a sus pacientes. Arriba (A), a los padres o acompañantes. Abajo (B), a los niños.

Figura 15

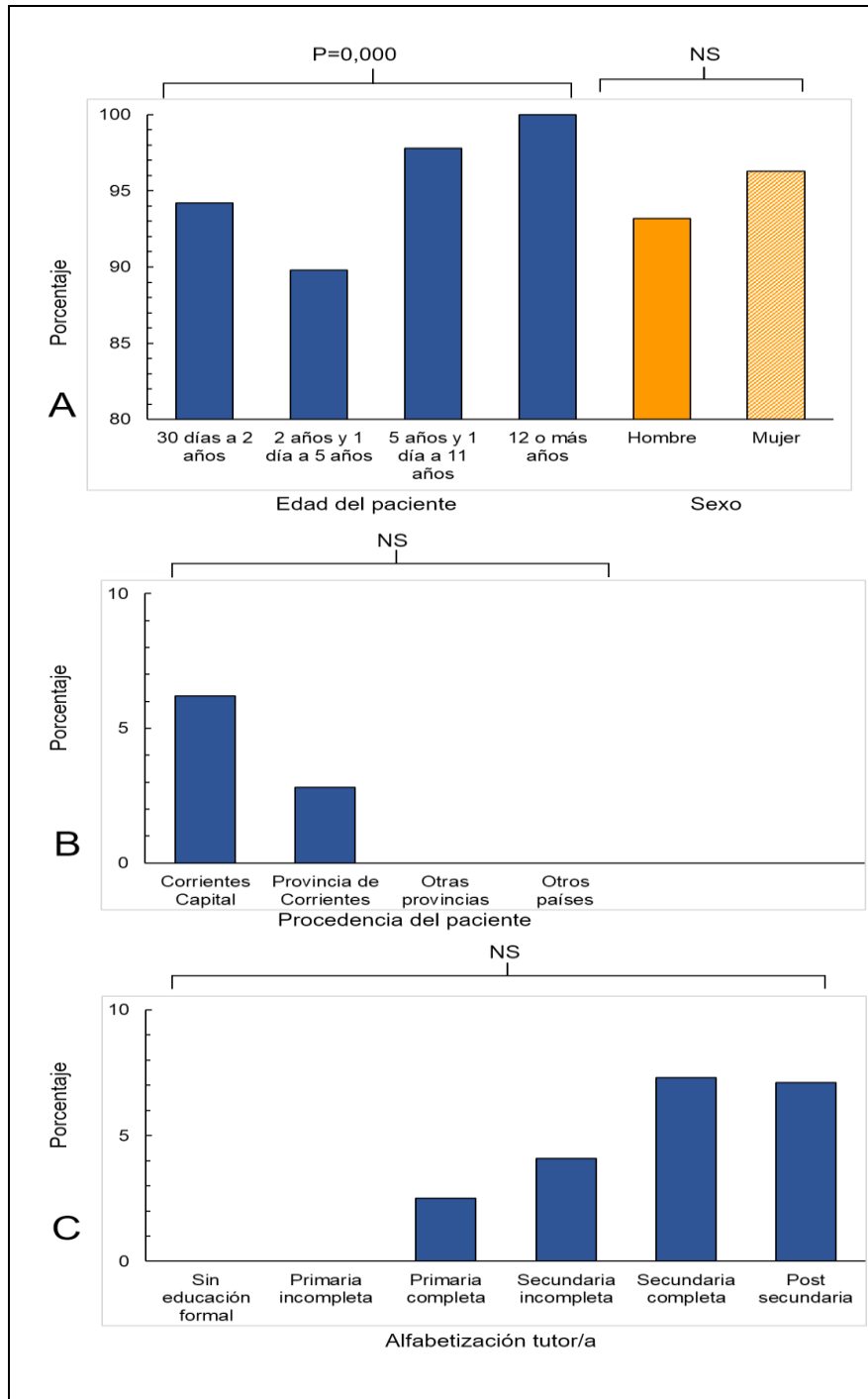
Predisposición del Pediatra a la Escucha



La Figura 16 compara las interrupciones en los relatos percibidos por los pacientes teniendo en cuenta sus características: edad y sexo del niño (en la parte de arriba), procedencia (en el medio) y grado de alfabetización del tutor (abajo).

Figura 16

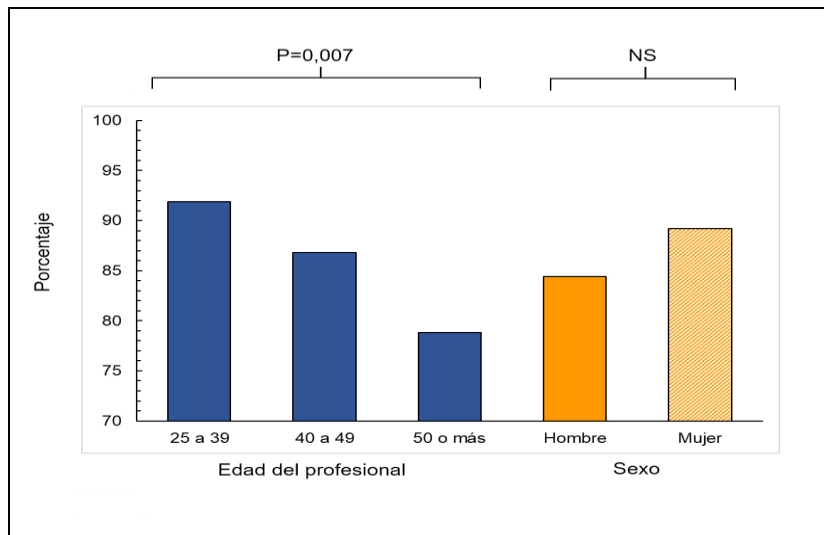
Interrupciones al Relato de los Interlocutores



La figura 17 muestra la competencia verbal de los pediatras para expresarse al hacer las indicaciones, según su edad y sexo.

Figura 17

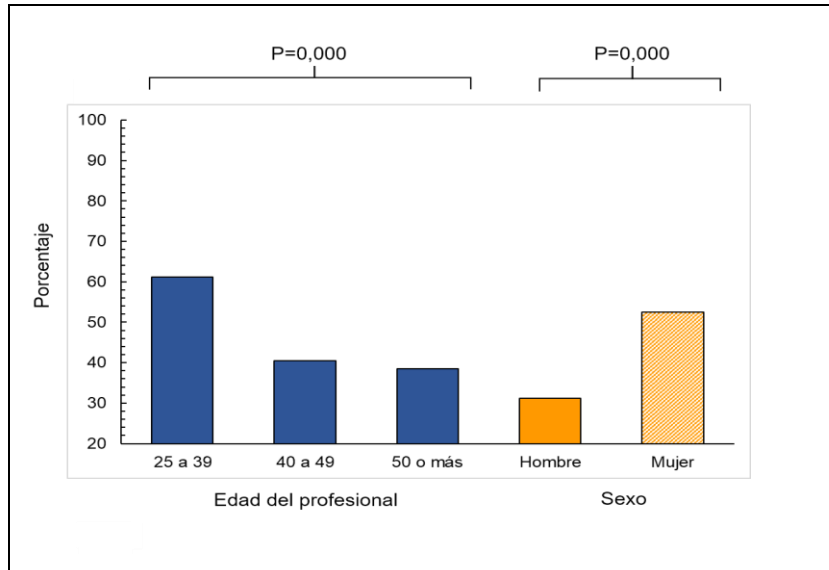
Habilidad del Médico de para dar las Indicaciones en voz Alta



En la figura 18 se exhibe la frecuencia con que los profesionales que solicitaron a los pacientes que repitieran las indicaciones, asegurándose que las comprendieron.

Figura 18

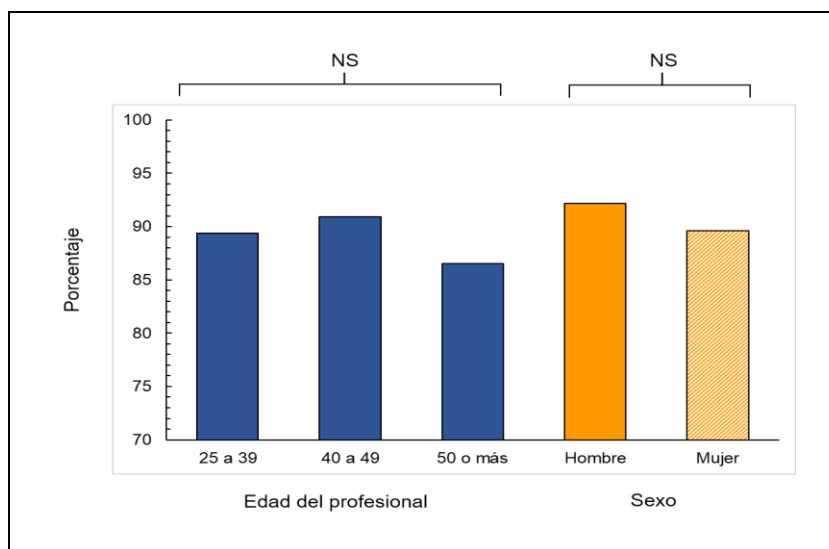
Pediatras que se Aseguraron de Haberse Hecho Entender en las Prescripciones Verbales



La Figura 19 expresa otra capacidad evaluada: la de permitir al paciente o darle espacio para que hiciera preguntas o evacuara sus dudas teniendo en cuenta edad y sexo del médico.

Figura 19

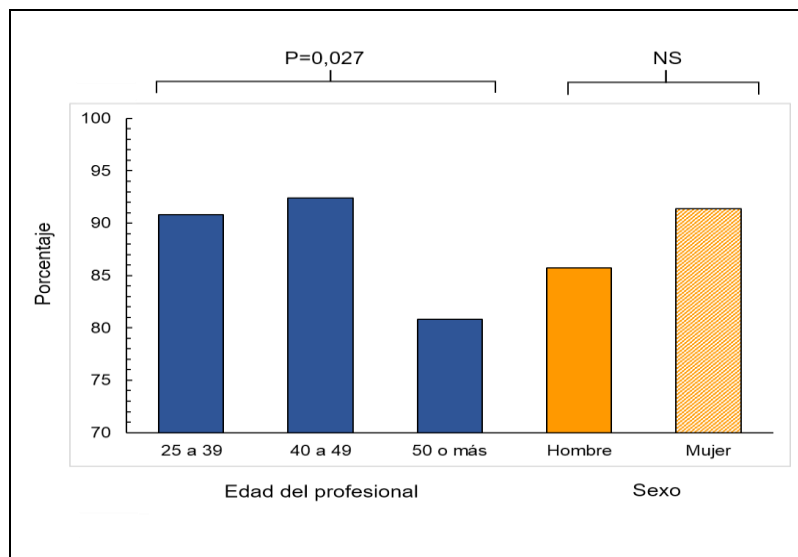
Espacio Para las Preguntas Durante la Consulta



En la Figura 20 se observa la frecuencia con que los pacientes percibieron haber recibido información suficiente según sexo y edad de los profesionales.

Figura 20

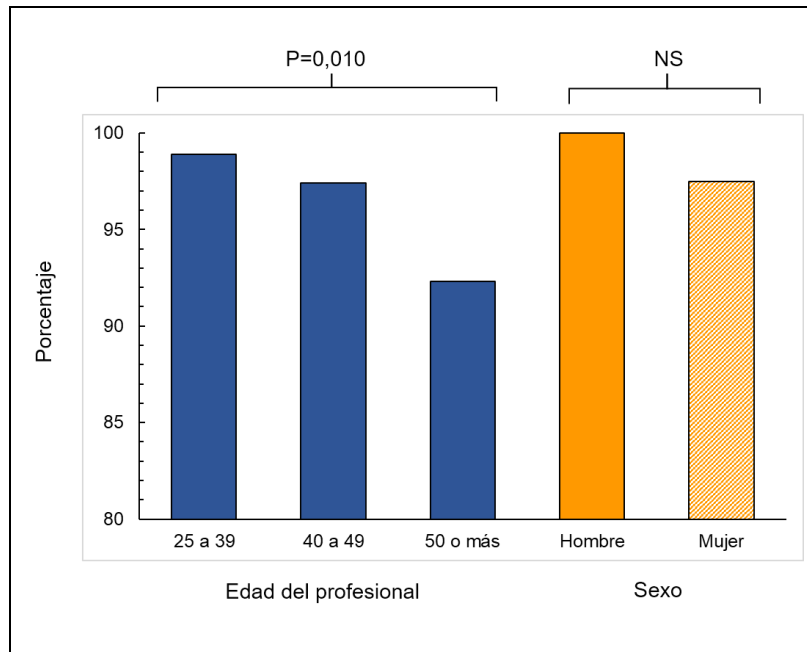
Médicos que Ofrecieron Información Suficiente



En la Figura 21 se observa la frecuencia de utilización de lenguaje comprensible por parte del profesional, cuando se les interrogó a los consultantes si se hizo entender adecuadamente. En este caso, se tuvo en cuenta la edad y el sexo de los pediatras.

Figura 21

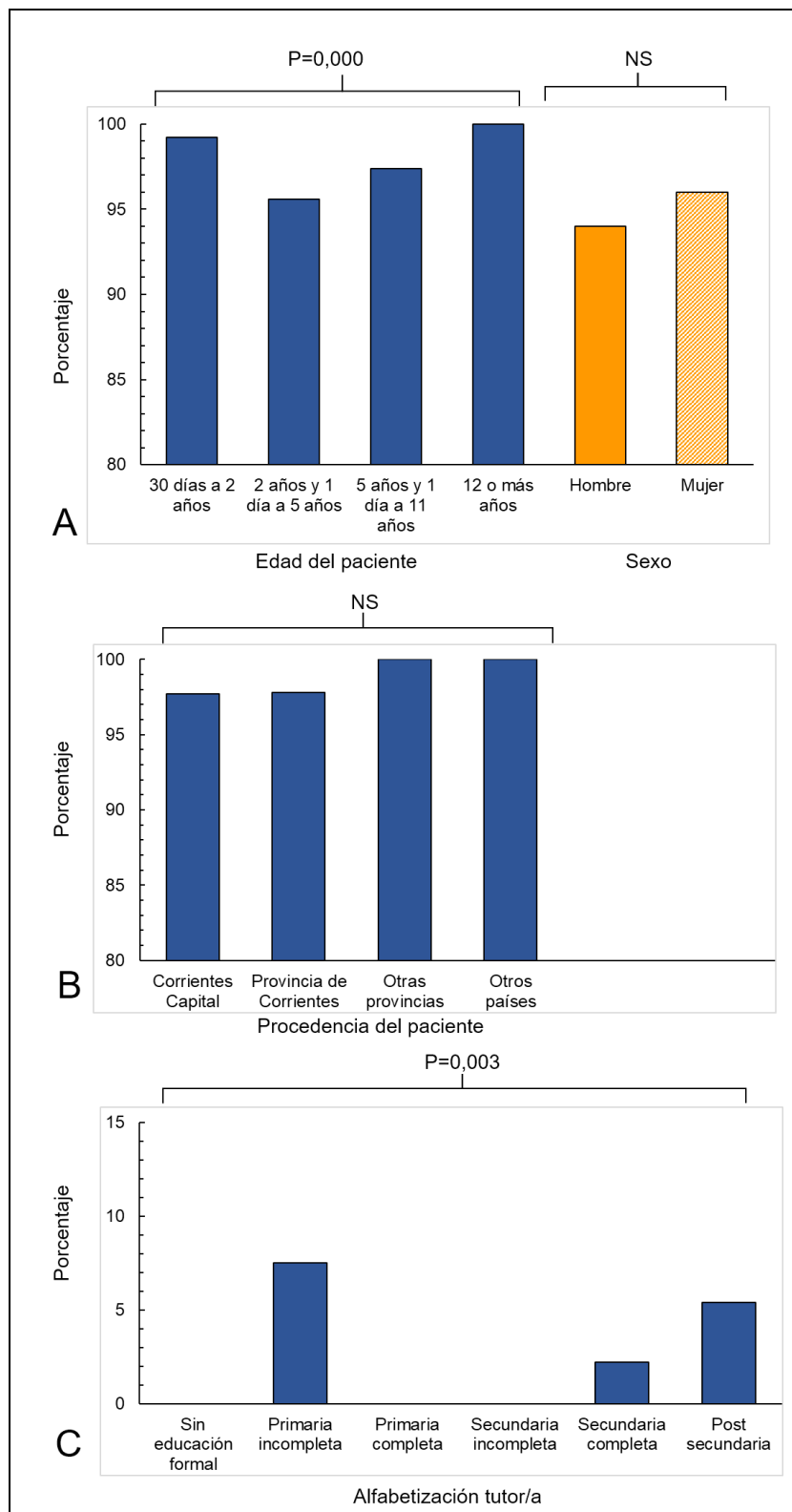
Utilización de Lenguaje Comprensible Para los Pacientes Según Características de los Pediatras



Teniendo en cuenta las características de los receptores del mensaje (padres/tutores/acompañantes), en la Figura 22 se visualiza la frecuencia de la comprensibilidad del lenguaje utilizado por el profesional. En la parte A, las edades y sexo de los niños; en B la procedencia de los pacientes, y en C la alfabetización de la madre, padre, tutor o acompañante.

Figura 22

Comprensión del Lenguaje del Médico Según Características de los Consultantes

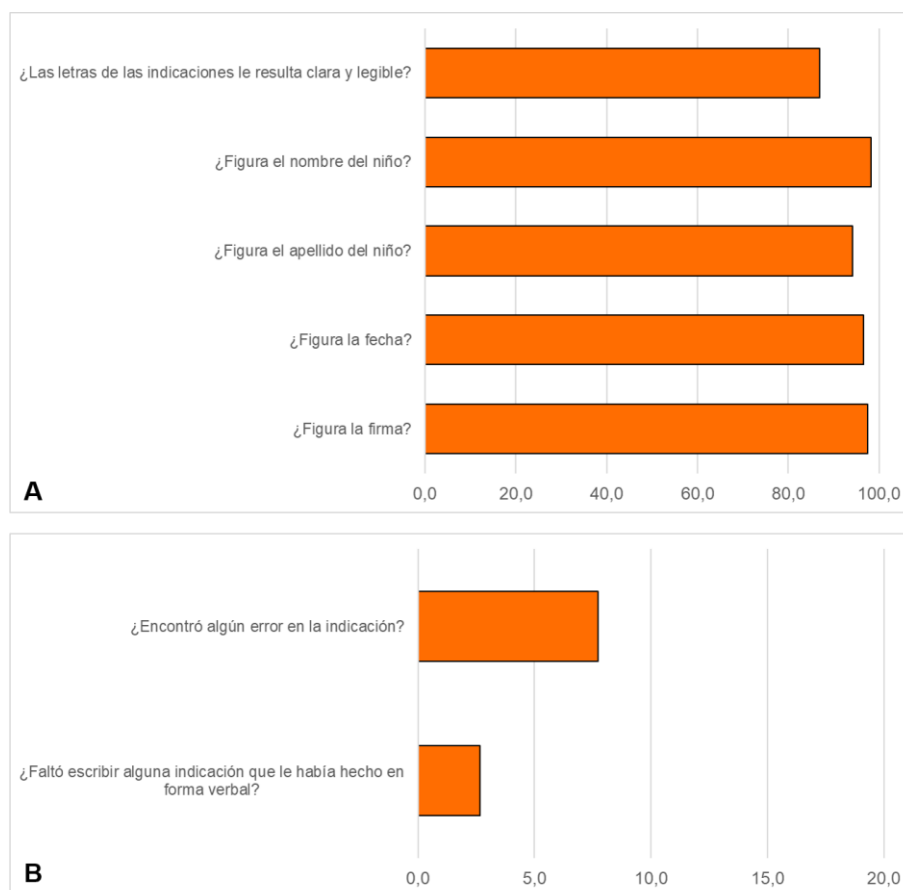


PARTE IV: COMUNICACIÓN ESCRITA

En referencia a la comunicación escrita, se valoró en cada paciente a la salida de la consulta y con sus respectivas indicaciones/solicitudes y recetas médicas, si éstas le resultaron legibles, invitándolos a cada uno a realizar su lectura. También se evaluó la presencia de errores detectados por los consultantes, y se les interrogó si las indicaciones escritas fueron previamente explicadas en forma verbal. La Figura 23 revela la presencia de habilidades específicas de la competencia en cuestión teniendo en cuenta características de los prescriptores.

Figura 23

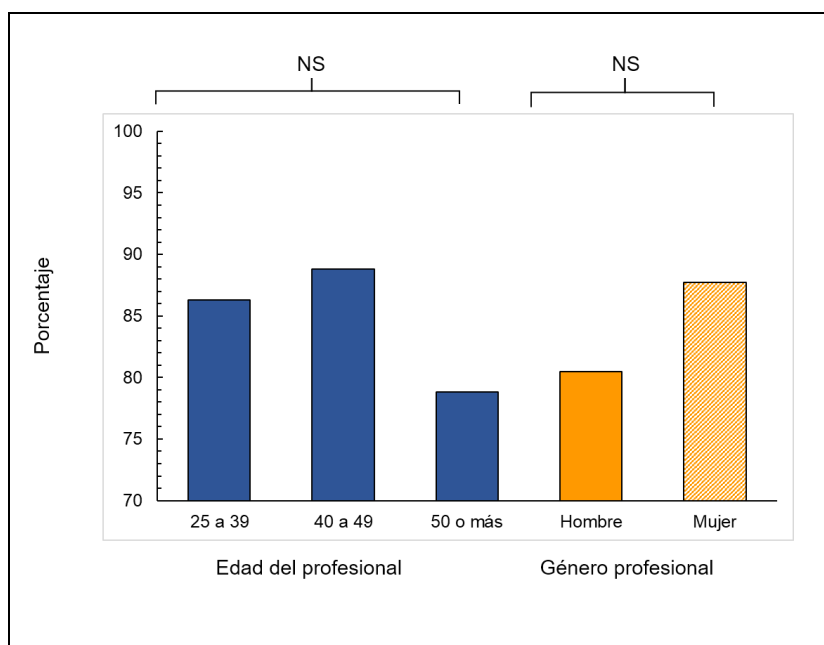
Valoración Global de la Legibilidad de la Letra del Pediatra y de la Presencia de Errores en la Escritura de Prescripciones Médicas



En la figura 24 se pueden observar los porcentajes de legibilidad de la letra de los profesionales, de acuerdo con la edad y el sexo

Figura 24

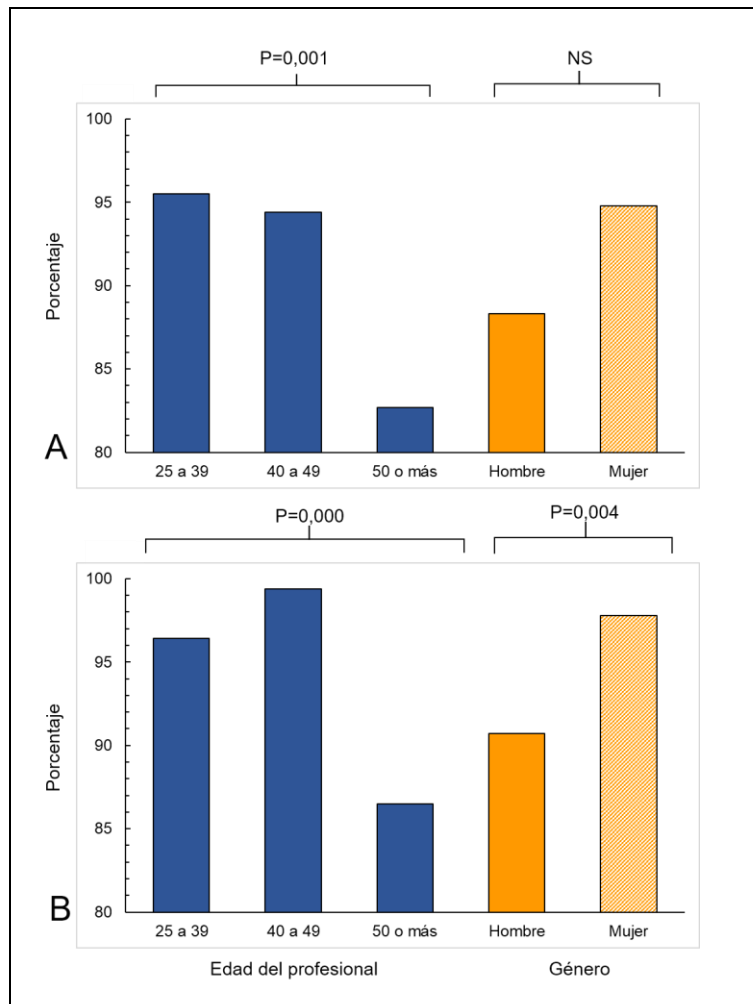
Legibilidad de las Prescripciones/Solicitudes/Recetas Según Características del Médico



En los registros escritos que extendieron los pediatras se analizó la presencia los datos de inicio y final: identificación del niño (nombre y apellido), identificación del prestador (firma o sello) y fecha. La Figura 25 muestra los datos recopilados en relación a las características de los profesionales.

Figura 25

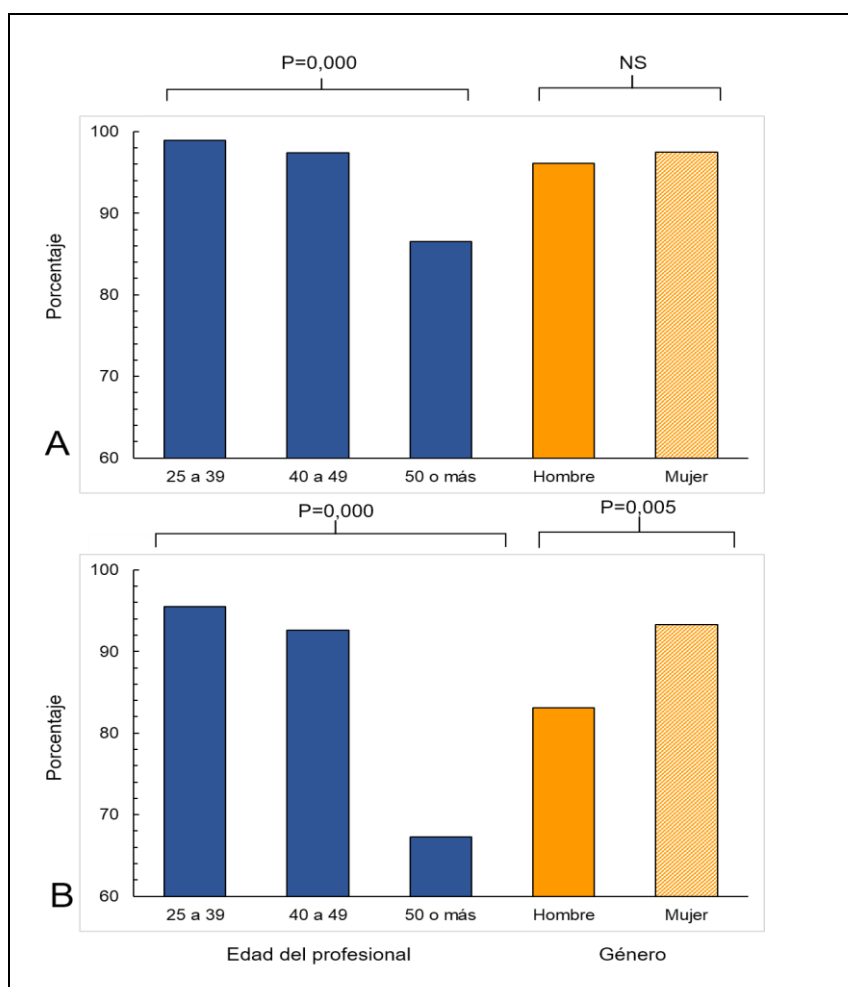
Presencia de Datos Completos en Prescripciones y Recetas Médicas



Luego de la lectura de las prescripciones/recetas, se solicitó a los acompañantes declarar si percibieron errores (como se observa arriba en la Figura 26, parte A) y omisiones (abajo, parte B) y se relacionaron estas variables con la edad y sexo de los pediatras.

Figura 26

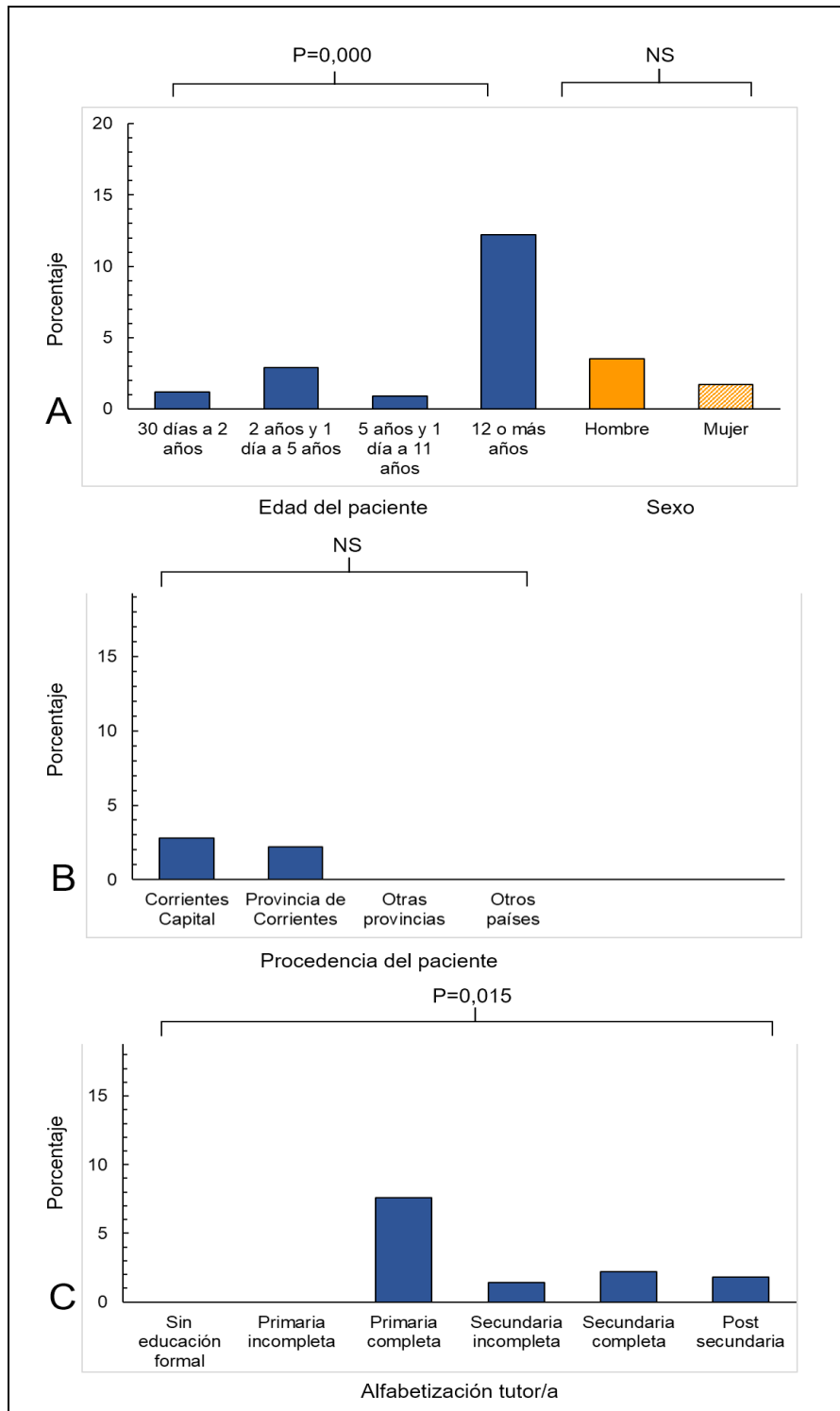
Errores / Omisiones en las Prescripciones Según Características del Profesional



La Figura 27 muestra también la frecuencia de percepción de las variables errores y omisiones, pero en este caso en relación a las características de los pacientes (edad, sexo en la parte A, procedencia en la parte B, y alfabetización de los padres en C).

Figura 27

Errores / Omisiones en la Escritura Según Características de los Pacientes y Consultantes

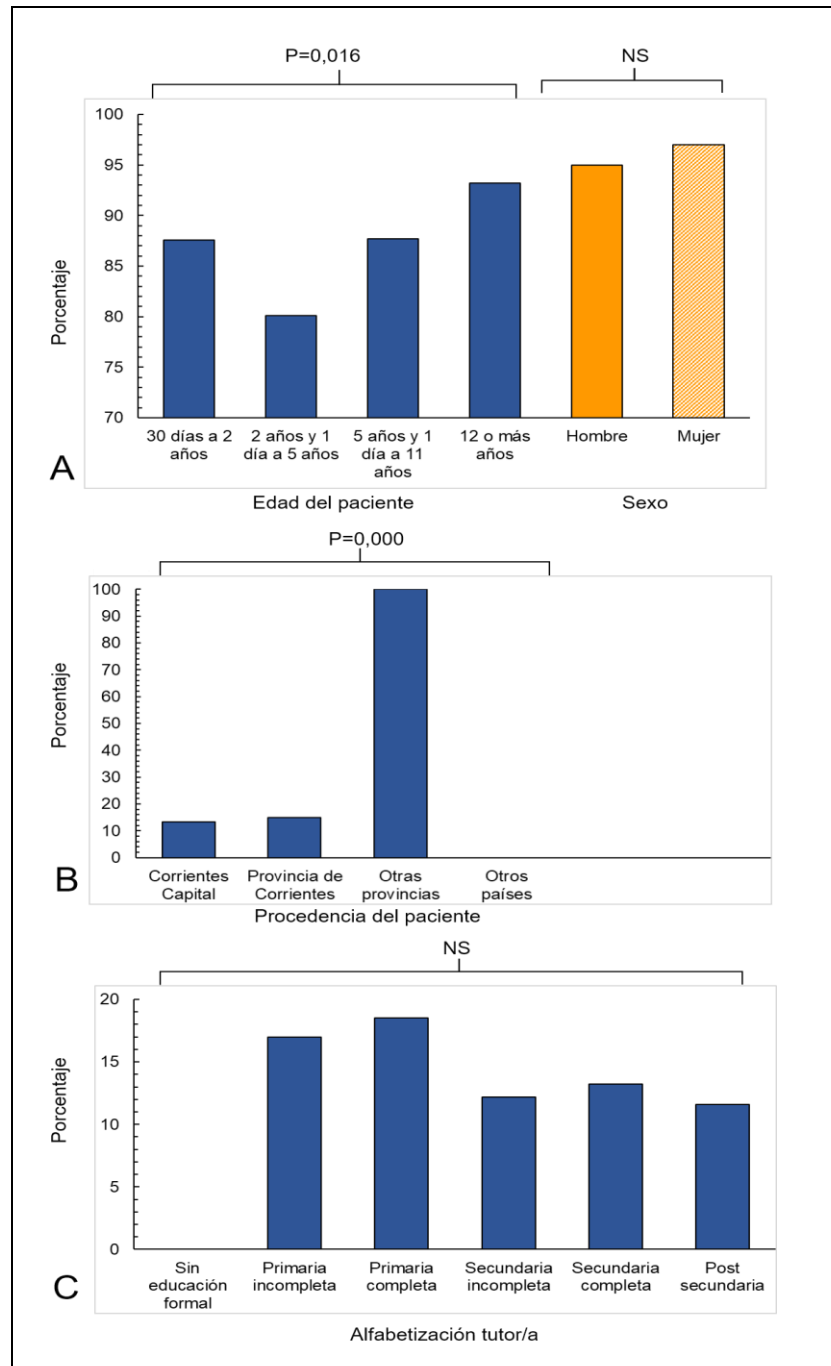


PARTE V: PERCEPCIONES GENERALES DE LOS PACIENTES

Las siguientes figuras reflejan las percepciones de los pacientes que surgieron como corolario de la consulta, según algunas de sus características socio-demográficas.

Figura 28

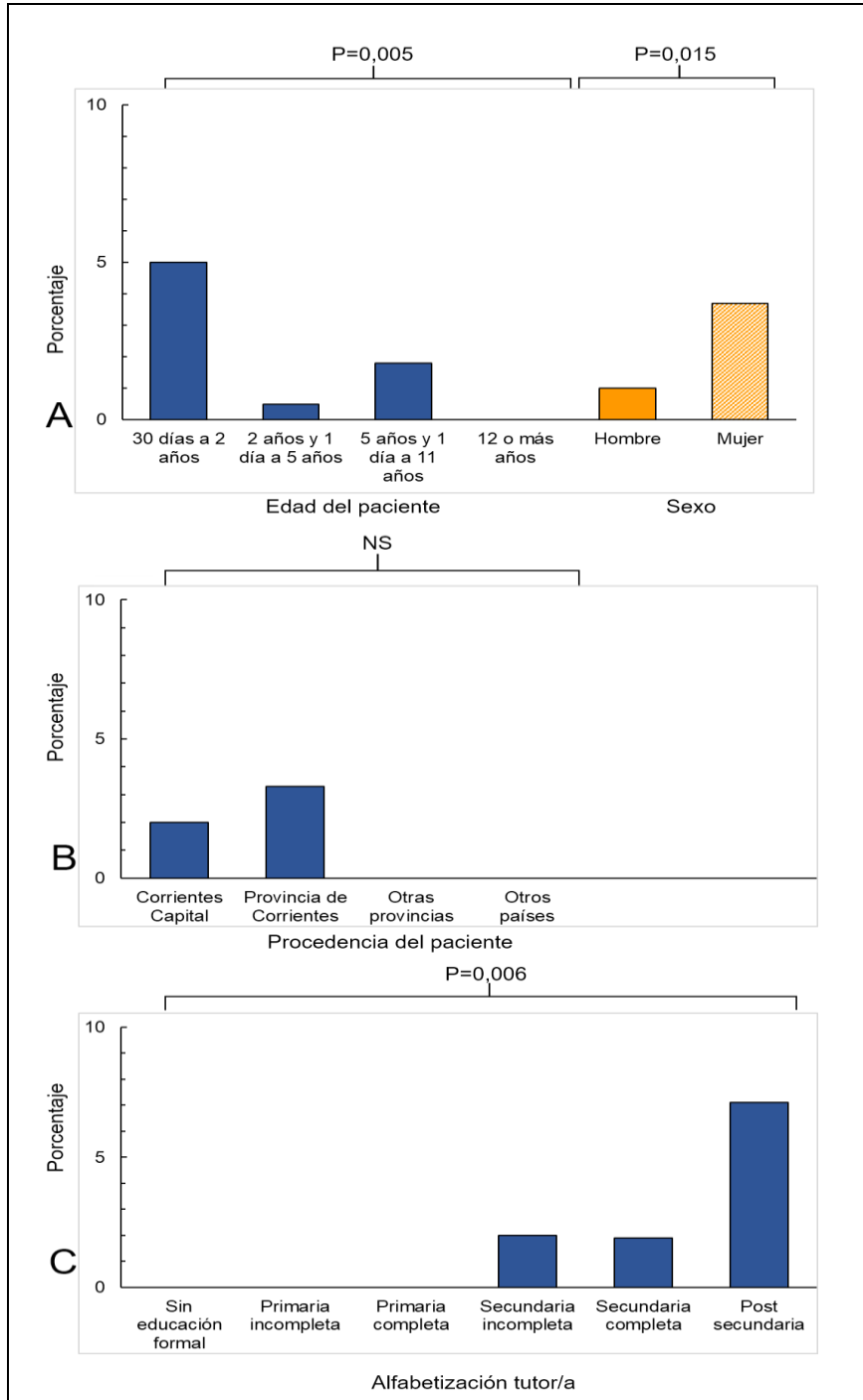
Percepción de los Interlocutores de Sentirse Escuchados por el Médico



Se interrogó a los padres si durante la consulta se habían sentido juzgados por el profesional. En la Figura 29 se exponen los resultados de este dato.

Figura 29

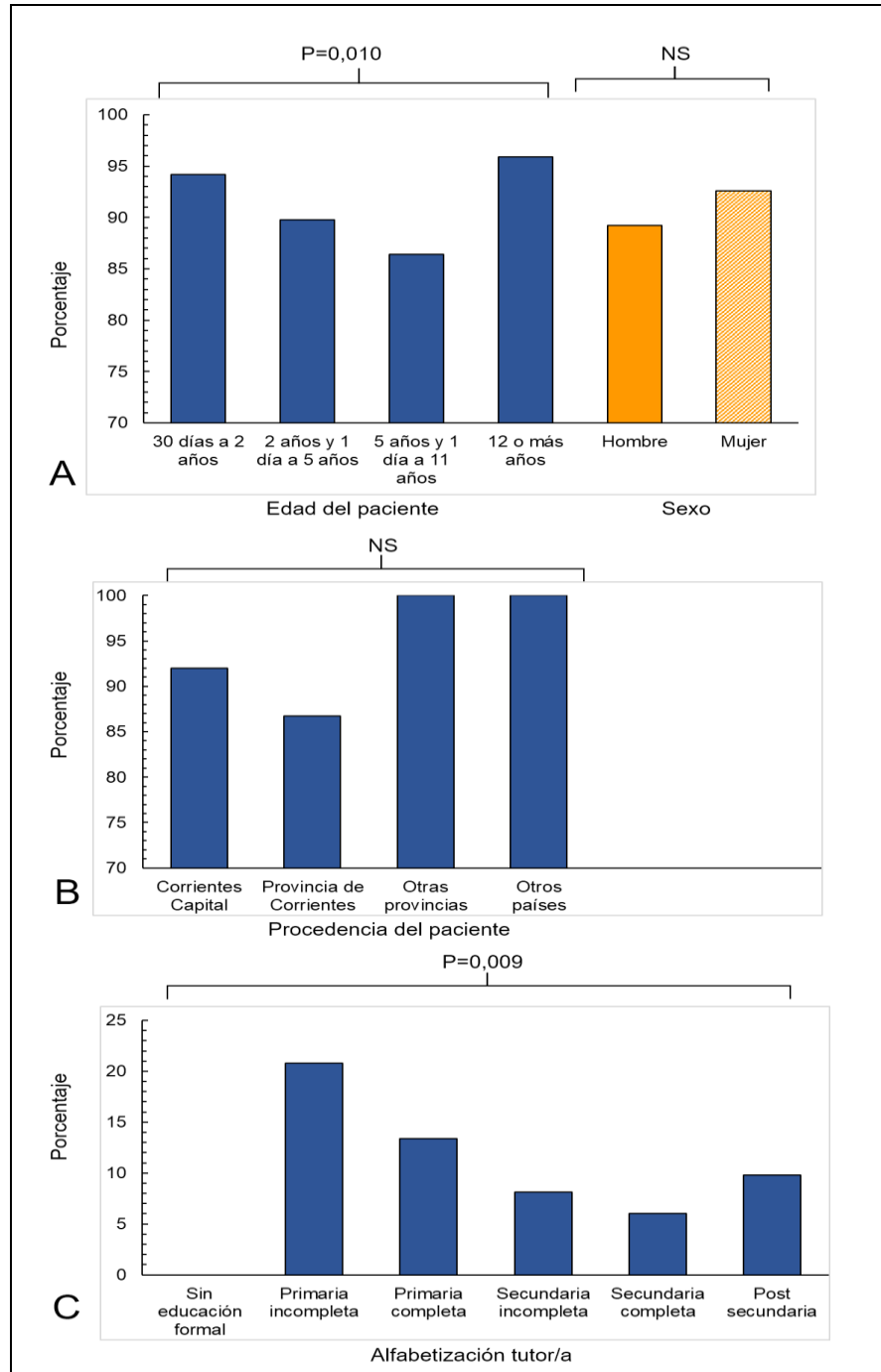
Percepción del Consultante de Sentirse Juzgado



La Figura 30 muestra los pacientes que percibieron haber recibido más información según sus características socio-demográficas.

Figura 30

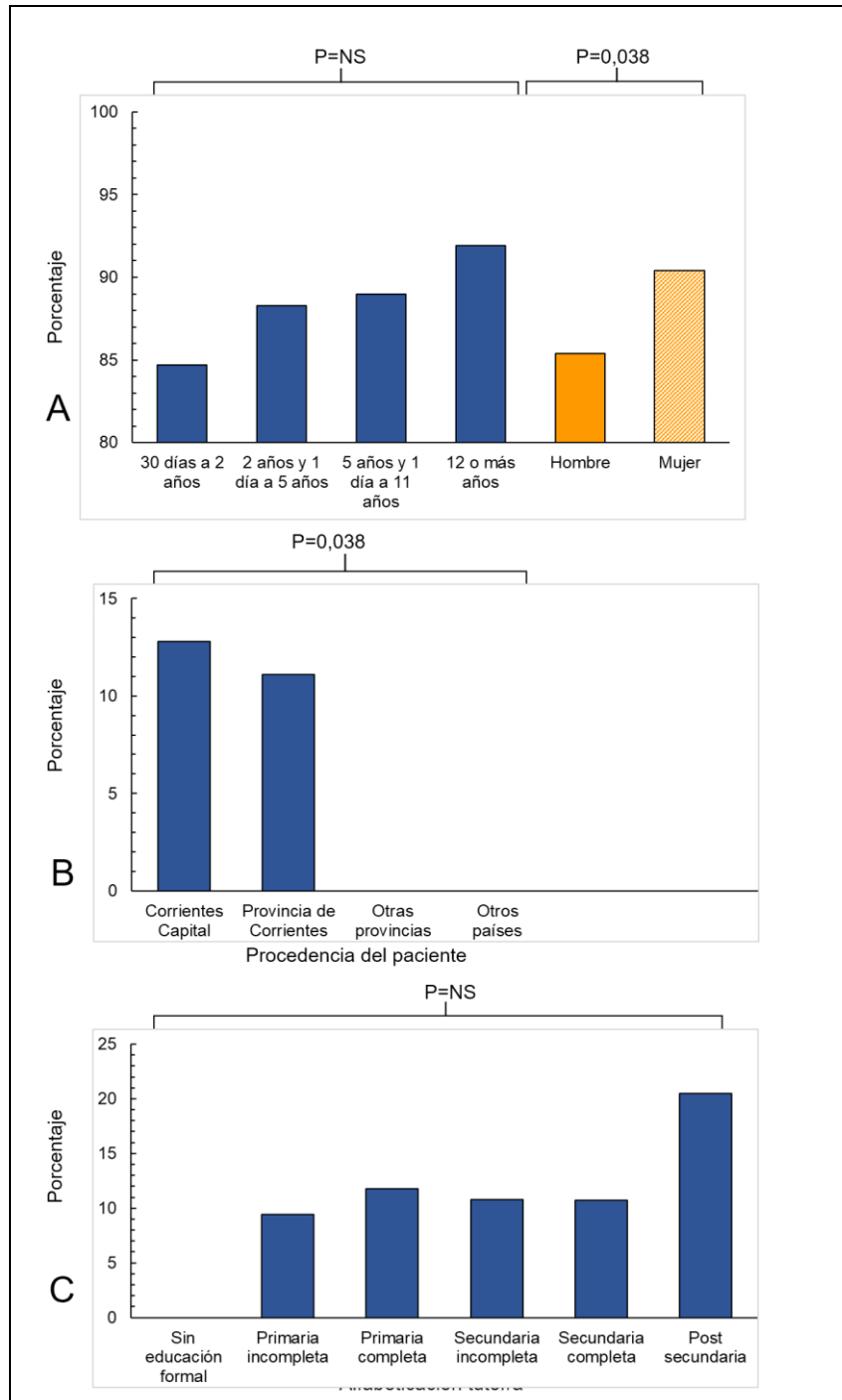
Pacientes que Refirieron Recibir más Información



La Figura 31 revela la proporción de pacientes se sintieron juzgados durante la consulta teniendo en cuenta algunas características socio-demográficas: la edad y sexo del niño, la procedencia de los consultantes y la alfabetización del tutor.

Figura 31

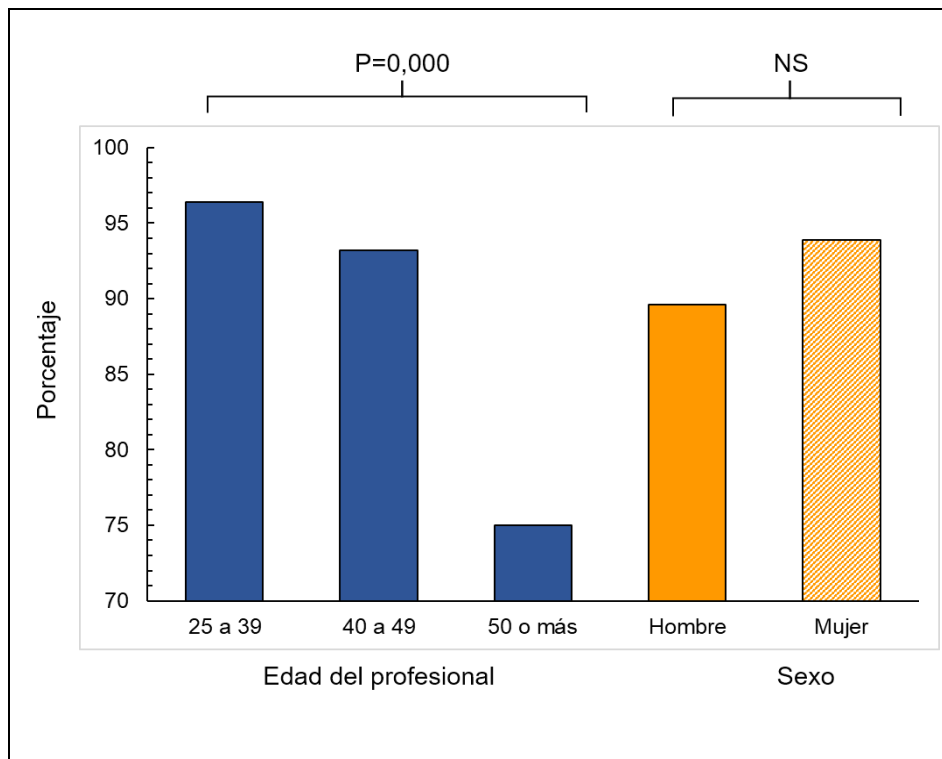
Satisfacción del Padre/Madre/Tutor en relación al Tiempo Dedicado a la Consulta



La Figura 32 revela la frecuencia con la que los interlocutores sienten que los médicos le dan importancia a su consulta, en relación a características de aquellos.

Figura 32

Percepción de Importancia de la Consulta



PARTE VI: PERCEPCIONES DE QUIENES ELIGIERON PEDIATRA

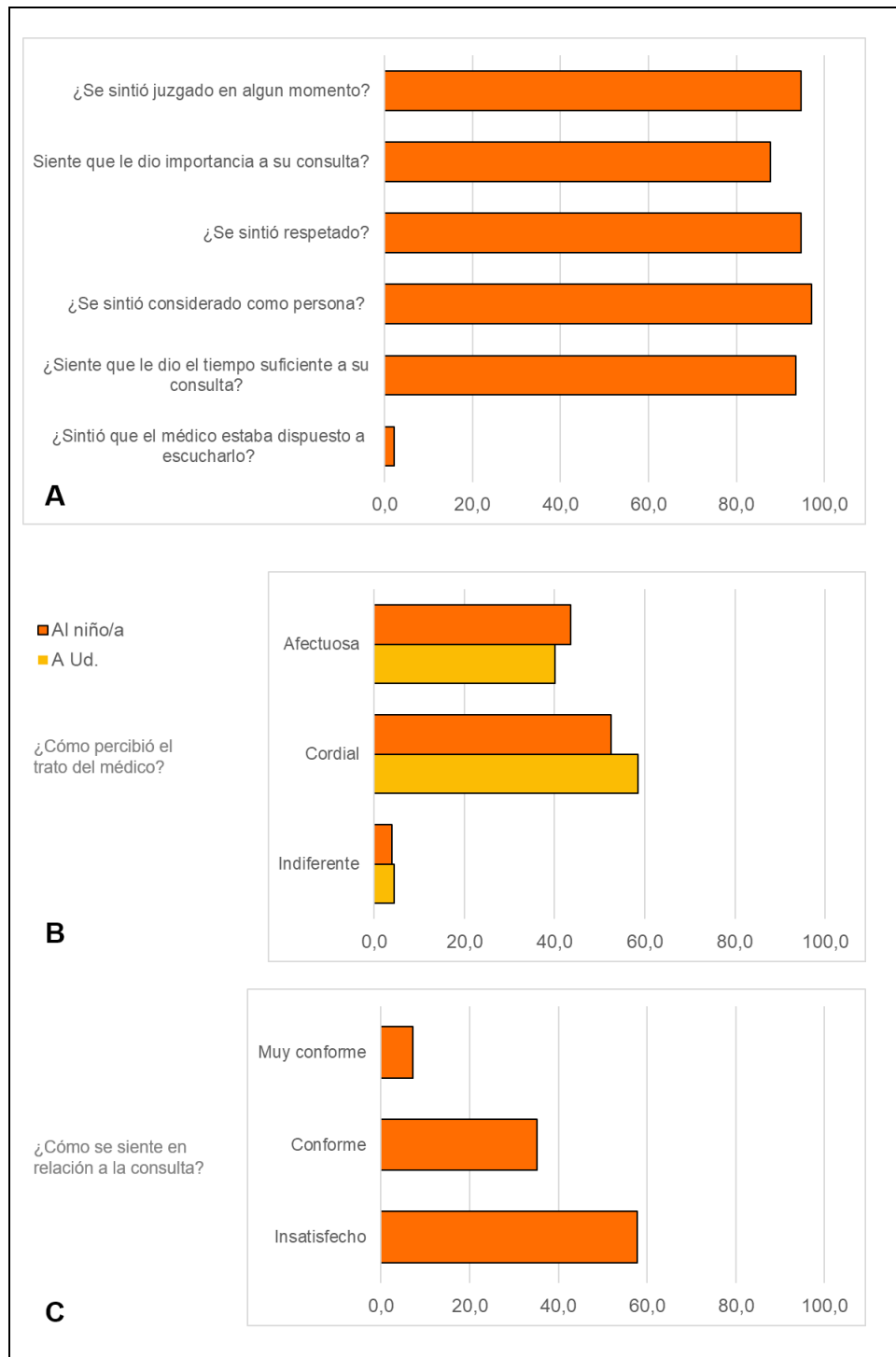
En las Figuras 33 a 35 se representan todas las percepciones que tuvieron respuesta afirmativa por parte de quienes concurren a la consulta.

La figura 33 muestra en la parte A las percepciones del acompañante con respecto a la consulta, en aspectos tales como el tiempo destinado, la consideración y la importancia que le otorgó el profesional y su disposición a escuchar. En la parte B se analiza el trato recibido a los consultantes, es decir, al niño y al acompañante. En la parte C, se observa el grado de satisfacción del acompañante.



Figura 33

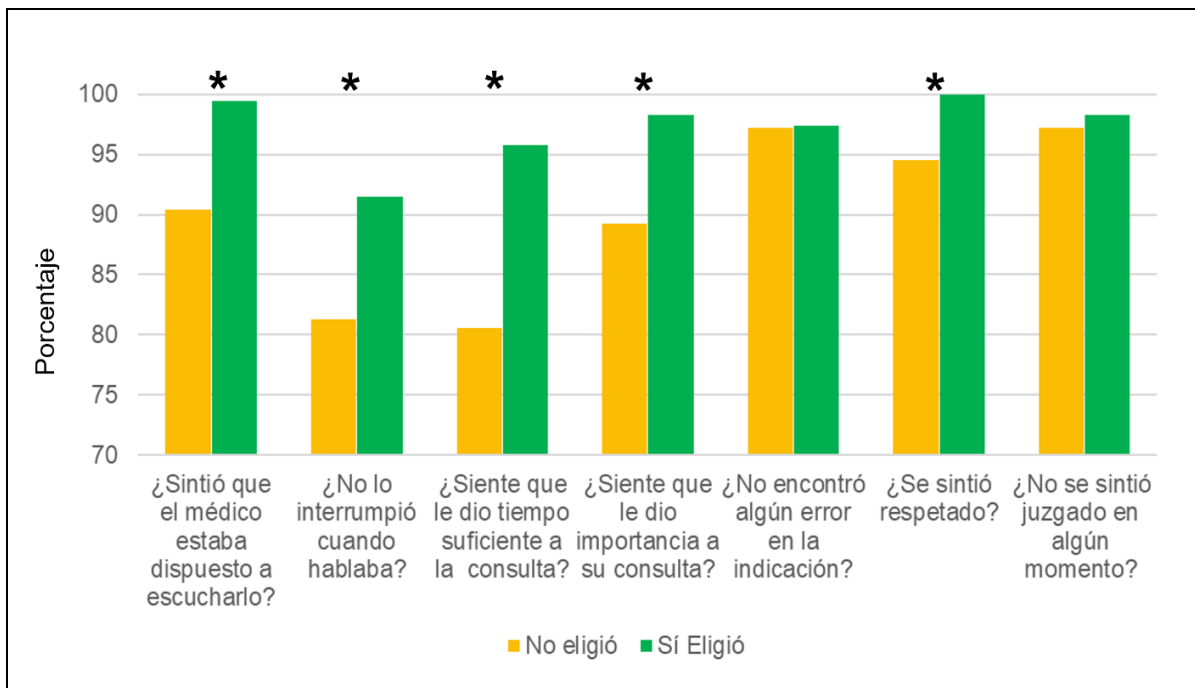
Percepciones de los Pacientes Sobre Aspectos Generales de la consulta



En la figura 34 se puede observar la percepción de actitudes generales y de errores/omisiones de los médicos, en forma comparativa entre los pacientes que tuvieron la oportunidad de elegir en el sistema hospitalario, al pediatra que los atendería y los que no.

Figura 34

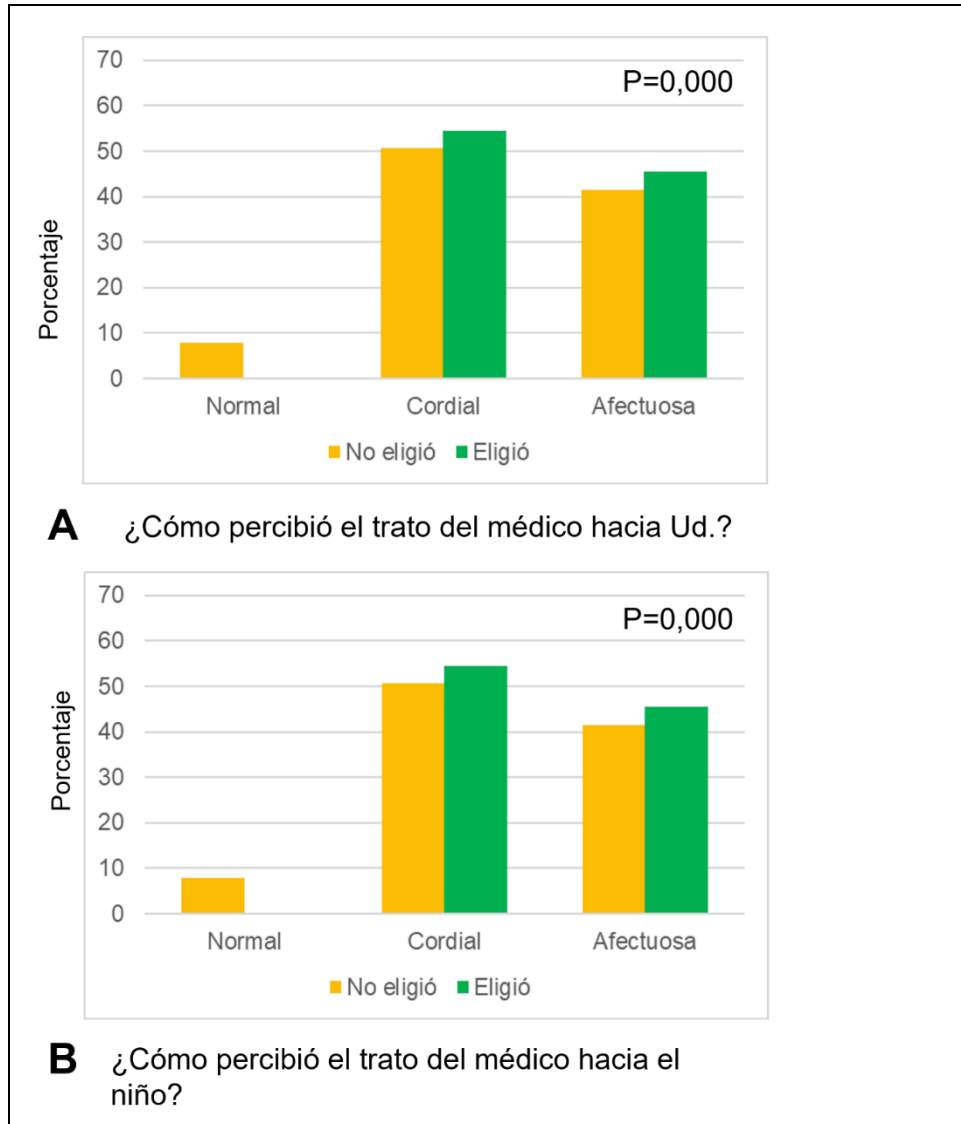
Percepciones Generales de los Pacientes que en la Consulta Hospitalaria pudieron Elegir al Pediatra que los Atendió



La Figura 35 muestra comparativamente cómo se sintieron tratados los pacientes que pudieron elegir el pediatra para su consulta y los que no tuvieron esa posibilidad.

Figura 35

Percepción del Trato Recibido Entre Quienes Eligieron Pediatra y Quienes no Pudieron Hacerlo



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN



El estudio de las competencias comunicacionales es un tema relevante y relativamente poco estudiado, menos aún en pediatría. En efecto, la mayoría de las investigaciones en la comunicación médico-paciente se ha llevado a cabo con pacientes adultos, en las cuales, quienes cuentan sus percepciones son los mismos pacientes.

Los resultados se organizaron en 6 partes:

- ✓ Caracterización de pediatras y consultantes.
- ✓ La comunicación no verbal o gestual.
- ✓ La comunicación verbal.
- ✓ La comunicación escrita.
- ✓ Percepciones generales sobre la consulta.
- ✓ Percepciones de quienes pudieron elegir pediatra y quiénes no.

La hipótesis inicial de este trabajo doctoral sostenía que los profesionales más jóvenes, al tener menos experiencia, tenían más dificultades en la comunicación con los pacientes y sus acompañantes. Por ese motivo, los análisis se realizaron dividiendo a los profesionales en tres grupos etarios; jóvenes, edad mediana y mayores. El grupo de pediatras mayores de 50 años fue reducido y el resto repartido más o menos proporcionalmente entre jóvenes y de edad mediana. En relación a los tutores se observó una proporción sin escolarización formal, padres con primaria o secundaria incompletas y en menor porcentaje algunos con nivel post secundario. La edad de los niños osciló entre los 31 días y hasta los 12 años, la gran mayoría provenientes de la capital correntina.

De todos los componentes de la comunicación no verbal, el presente estudio evaluó dos de los más objetivables a la percepción de los pacientes: la mirada y la sonrisa como expresiones gestuales del pediatra que los atendió.

Se constató que la mayoría de los consultantes percibieron que los profesionales (más del 90 %) les dirigen la mirada, aunque el porcentaje va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Refirieron que tanto los pediatras jóvenes como los de edad media también miran al niño en un elevado porcentaje (88 - 90%), en tanto que los profesionales de mayor edad lo hacen en un porcentaje marcadamente menor (Fig. 9). No se han encontrado en la literatura resultados similares a éste. Se podría especular que, de alguna manera, estos profesionales de mayor edad se han percatado que lo relevante es la atención brindada al adulto acompañante y que no es indispensable prestar tanta atención al

paciente en lo que concierne específicamente a la temática de la consulta. En un estudio en odontopediatría, la mirada del profesional fue una de las competencias de la comunicación no verbal que más se utilizó, coincidiendo en parte con las características propias de la atención de esta disciplina (Araya-Godoy & Velásquez-Prado, 2017).

La comunicación gestual tiene una trascendencia tal que, si el mensaje verbal y el no verbal se contradicen, prevalece este último en la psiquis del paciente. Si un médico pretende dar un mensaje tranquilizador, pero él mismo está angustiado, el paciente creerá más en sus expresiones corporales que en su relato (Rodríguez-Sanz, 2011), (Camarena-Robles, 2011). La comunicación no verbal es considerada una competencia esencial en la RMP, y dentro de ella, las dos manifestaciones más ostensibles son la mirada y la sonrisa. Para algunos autores, “entre el 65 y el 70% del significado social de una interacción entre personas se transmite mediante el componente no verbal. En otros casos, hasta el 93% de un mensaje podría considerarse como no verbal” (Rodríguez Sanz y cols., 2011).

Al analizar la sonrisa al inicio de la consulta, los pacientes percibieron una relación inversa con la edad, siendo los profesionales más jóvenes los más proclives a sonreír tanto al acompañante como al niño (Fig. 10). Esta actitud coincide con el reporte de Ruiz-Moral y cols., quien en 2005 analizó conductas comunicativas de médicos residentes concluyendo que eran propensos a sonreír al paciente en un alto porcentaje, a pesar de registrar baja frecuencia en el uso de otras habilidades comunicativas.

En contraposición a los resultados obtenidos, el grupo de Kee, Khoo, Lim & Koh (2018) en un estudio mediado por entrevistas en profundidad a pacientes, encontró problemas en la comunicación no verbal y paraverbal de médicos jóvenes y señaló la necesidad de la formación universitaria y post-universitaria de estas habilidades, que entrene a estos profesionales en las funciones básicas de la mirada y la sonrisa. Quizás estas diferencias puedan explicarse porque este estudio fue realizado en Singapur, un país con una cultura mucho menos expresiva que la que caracteriza a Latinoamérica y Estados Unidos.

Como señalan acertadamente Sanz, Luna & Cotera (2011), la sonrisa juega un rol preponderante en la RMP:

“En la entrevista clínica la sonrisa tiene un papel fundamental a la hora de recibir a los pacientes, en ese primer instante en el que médico y paciente se analizan en fracciones de segundo, tratando de averiguar el estado de ánimo del otro y el impacto que se generan mutuamente. En este momento, la sonrisa es



un gesto que demuestra buena disposición y que algo nos gusta, aunque sea una sonrisa forzada. Es un puente hacia el afecto, un desbloqueo mental, un equivalente a “sea usted bienvenido”, con la que fomentamos que se inicie una relación cálida y cordial”.

En línea con estas consideraciones, se ha descrito cómo la sonrisa representa un gesto social muy relevante, que estimula el sistema de retroalimentación cerebral vía los ganglios basales, la corteza prefrontal y, en menor extensión, la amígdala (Beamish, Foster, Edwards & Olbers 2019). Reconocemos una sonrisa al menos al doble de la distancia que otros rasgos faciales (Walk & Walters, 1988) y, una vez que sonreímos, es típico para quien la percibe automáticamente imitar la expresión, usualmente en medio segundo (Dimberg & Thunberg 1998). En efecto, la reciprocidad en la respuesta a la sonrisa, mediante activación de los músculos de la sonrisa (como el cigomático mayor) es tan veloz que la persona no tiene posibilidad de evitarlo mediante un acto consciente.

Entonces, cuando un médico sonríe a un paciente, hay una posibilidad elevada que sienta una sensación de felicidad, consciente o no, un efecto conocido como “contagio emocional” (Niedenthal, Mermillod, Maringer & Hes, 2010), que resulta en un paciente más predispuesto a la consulta y a sobrellevar en mejores condiciones el estrés del momento y el contar la situación de enfermedad que o lleva a la misma. Si bien estos estudios fueron realizados en personas adultas, como lo es la persona que acompaña al paciente pediátrico, es claro que su efecto también se traslada al menor.

El lenguaje no verbal se ha visto limitado por el uso del barbijo, a partir de la aparición de epidemia provocada por el virus SARS-Cov2, cobrando valor otros aspectos del lenguaje no verbal como el asentimiento con la cabeza, la actitud de disposición a la escucha, los gestos de cercanía y los movimientos de las manos.

En una primera conclusión parcial, de esta sección se desprende que los profesionales del Hospital “Juan Pablo II” tienen una adecuada comunicación no verbal con quienes acompañan a los pacientes y que en la población de profesionales de mayor edad hay ciertas falencias en este sentido.

En esta tesis las respuestas señalaron que no hubo diferencias entre hombres y mujeres respecto de la mirada o la sonrisa hacia el niño (Figs. 9 y 10, respectivamente) ni en la mayoría de los ítems estudiados. Sin embargo, aparecieron resultados dispares en algunos ítems. Los hombres saludaron más al niño (Fig. 13 B), en un sentido contrario al

informado por otros autores. En efecto, un estudio hecho en consultorios externos de un hospital de Lima, Perú, Mendoza (2016) señaló que el hecho de ser atendido por un médico mujer fue un factor asociado a una adecuada relación médico-paciente. En forma coincidente, Remón-Torres (2013) concluyó que las internas de medicina tenían un mayor nivel de empatía que sus pares varones, asumiendo que los pacientes perciben que las mujeres tienen una mayor sensibilidad y mejor trato con los pacientes. Sin embargo, Nuñez-Morales (2015) no encontró asociación en la calidad de relación percibida y sexo del médico. Una observación similar fue señalada por Agudo, De la Trinidad Rufino, Marco & Martínez (2021) en España y por Basílio, Vitorino & Nunes (2017) en Portugal, ambos utilizando una escala de medición general de empatía.

La mayoría de los trabajos que analizan comunicación no verbal y CMP toman al grupo de características en su conjunto y no separadas en sonrisa, mirada, etc. Utilizan técnicas de observación, cuestionarios *ad-hoc* o, más frecuentemente, cuestionarios estándares; incluso el uso de tecnologías tales como la filmación de las consultas, Larsen & Smith (1981). Esto mismo ocurrió en el estudio de Sosa-Trotti y cols. (2021), donde consideran al “lenguaje gestual/no verbal” como un todo.

La elevada tasa de satisfacción respecto del trato recibido en esta tesis, concuerda con otros estudios, como el de Martínez-Roda y cols. (2021) con *ServQual*. Si bien no realizaron un desglose de los diversos ítems como en esta investigación, sus resultados mostraron un nivel de satisfacción del 99,2 % en 115 padres encuestados. Asimismo, los resultados obtenidos en el Hospital donde se realizó esta tesis son muy superiores a los reportados en Ecuador por Aguilar Samamé (2016), quien, en una muestra de 230 adultos acompañantes de pacientes pediátricos, señaló que el 83,3 % respondió negativamente o muy negativamente a la pregunta: ¿Cuándo usted necesitó información, el personal (médico) le proporcionó la información requerida? No obstante esta disconformidad, el porcentaje de personas que respondió negativamente a la pregunta de ¿En qué medida está satisfecho con los servicios del médico que lo atendió? fue muy bajo, del 9,6 %. Es decir, señalan falencias en la atención, pero no quedan insatisfechos con los servicios brindados, señalando una cierta contradicción en ese estudio. Esto no ocurrió en esta tesis, donde quienes estaban disconformes, aunque en porcentajes muy bajos, mantuvieron una coherencia a lo largo de toda la encuesta. Por otro lado, Ruiz-Moral y cols. (2011) en España hallaron entre un 96% y un 99% de satisfacción en pacientes de médicos de familia por la información recibida sobre las causas del problema y sobre la acción terapéutica. Quizás el



hecho que ambos estudios hayan sido hecho en países muy disímiles explique esta diferencia.

Otro componente estudiado en esta tesis fue la comunicación verbal, es decir, todos los actos en donde se ponen en juego aspectos lingüísticos. Se registró alta frecuencia del saludo verbal del profesional (entre 98 y 99% entre los médicos jóvenes y de mediana edad), con menor proporción en el grupo de mayor edad. En todos los grupos, los pediatras saludaron menos frecuentemente al niño, con menor proporción en los médicos de mayor edad y ligeramente menor en profesionales mujeres. Montes de Oca-González (2010) también encontró 95% de saludo verbal percibido por los consultantes, en un estudio hecho en consultorios de médicos de familia en Cuba. En este estudio, los pediatras más jóvenes fueron los que más entablaron un diálogo con los niños, no habiendo diferencia significativa según sexo, lo que se considera una buena forma de entrar en confianza con ellos y una manera de tranquilizar la ansiedad del momento. Los médicos jóvenes y los de edad mediana fueron los que más frecuentemente informaron al niño que lo van a revisar. Hubo percepción de predisposición de más del 92% de los profesionales a escuchar al interlocutor en todos los grupos etarios y en ambos sexos, sin embargo, los consultantes refirieron que los que menos escuchan al niño fueron los pediatras jóvenes y el grupo de mujeres pediatras (Fig. 15).

Los consultantes refirieron que fueron los pediatras jóvenes quienes más frecuentemente dieron indicaciones en voz alta. Y los médicos jóvenes, y las mujeres, quienes más se cercioraron de que los consultantes hayan entendido las indicaciones, solicitando se las repitan en voz alta (Figs. 17 y 18). En Perú, en 2019, Postigo-Cazorla encontró que, de 78 adultos acompañantes de pacientes pediátricos al hospital, un número elevado (18%), manifestaron que las indicaciones que le dieron y la receta no fueron claras ni precisas. Al respecto, nuestros resultados fueron más bajos (del 7 %) que los hallados por este investigador.

En general, la mayoría de los pediatras, independientemente de su edad y sexo, otorgaron al paciente un espacio para hacer preguntas o aclarar sus dudas. Fueron los profesionales de mediana edad, quienes más ofrecieron información suficiente a sus pacientes, sin diferencia significativa de acuerdo al sexo (Fig. 19).

Se evaluó la percepción de haber recibido información suficiente de acuerdo a las características sociodemográficas de los pacientes y sus acompañantes, hallándose que independientemente del sexo de los niños, los consultantes que refirieron recibir más información fueron los de los extremos de los grupos etarios: en primer lugar, los padres de

preadolescentes y adolescentes, y, en segundo término, los padres de lactantes (Fig. 30). Esto podría deberse a que en ambos grupos los padres podrían ser más demandantes, debido a que, en estas edades, el número de consultas es mayor (como a nivel mundial) y los padres están más ansiosos con niños muy pequeños o con los que están cursando el proceso de cambios en la pubertad. A este respecto, no hubo diferencia significativa con respecto a la procedencia, y los que percibieron recibir más información fueron los acompañantes con primaria incompleta (Fig. 30).

Los médicos jóvenes fueron quienes más utilizaron un lenguaje sencillo, al alcance de la comprensión de los consultantes, independientemente de su sexo (Fig. 21).

Teniendo en cuenta las características de los consultantes, los que percibieron mayor comprensibilidad del lenguaje del profesional (Fig. 22) fueron los padres de niños de 12 o más años, sin diferencia significativa según su procedencia, y también los acompañantes que tenían primaria incompleta.

Bustamante-Vidal y Samboni- Hernández (2019) observaron que los pacientes con más dificultades para comprender al médico han sido las personas provenientes del ámbito rural. Esto es discrepante con los hallazgos de esta tesis, donde los pacientes que provienen del interior de la provincia manifestaron un nivel de comprensión elevado y sin diferencias respecto de quienes provenían de la capital provincial (Fig. 23). Podría pensarse que los pediatras estudiados aquí, adaptan su lenguaje a los pacientes que son del interior, o a los que perciben con menos nivel de instrucción.

Con respecto a la comunicación verbal, se constató que los pediatras tienen el hábito de saludar en casi la totalidad de la muestra, y ligeramente más frecuente al adulto que acompaña.

En un alto porcentaje, comunican que procederán a revisar al paciente. El 20 % de los profesionales que no lo hizo podría explicarse teniendo en cuenta que muchos no lo comunican al niño en la etapa pre-verbal, a pesar de que el pediatra tiene plena conciencia de que el niño que aún no habla puede comprender los lenguajes verbal y gestual.

Los acompañantes percibieron positivamente la comunicación verbal del pediatra. Para más del 80 % habló en forma lenta y pausada, proporcionó información suficiente, y explicó en voz alta las indicaciones según los consultantes. Se destacaron como más frecuentes las habilidades de utilizar un lenguaje sencillo y comprensible, y generar un espacio para las preguntas y dudas del paciente. La habilidad menos percibida fue la de

asegurarse que el paciente comprendió las indicaciones, solicitando al paciente que se las repita. Esto difiere sensiblemente de los hallazgos de Nuñez-Morales (2015), quien mostró los porcentajes de pacientes que refirieron haber entendido las indicaciones del médico y que sus dudas fueron respondidas, solo en 25% y 12,5% respectivamente.

La interrupción del relato espontáneo del paciente ha sido objeto de estudio en todo el mundo, incluso se ha medido el tiempo en que se produce la primera interrupción en segundos (Alves de Lima, 2002). En este trabajo, los pacientes de 12 años o más son los que percibieron más interrupciones en su narración, sin diferencia significativa en cuanto a sexo (Fig. 16). Esto podría deberse a que tanto el preadolescente como el adolescente toman un rol más activo a la hora de consultar y muchas veces son ellos quienes interceptan el relato del acompañante, incluso contradiciéndolo, lo que lleva al médico a hacer preguntas en medio de la conversación para organizar su anamnesis.

Las interrupciones pueden constituir una interferencia al entablar la relación entre el médico y su paciente, como lo afirmó Beck (2002) en una revisión sistemática de 25 años sobre comunicación médico-paciente en el primer nivel de atención. El autor concluyó que luego de una consulta, la satisfacción del paciente decrece si el médico hizo excesivas preguntas interrumpiendo su relato espontáneo.

Alves de Lima (2002) afirma que algunos estudios demostraron el tiempo promedio de la primera interrupción es a los 18 segundos. Borrás (2004) hace alusión a los reportes de Beckman & Frankel, quienes, tras examinar 74 grabaciones de visitas médicas, también encontraron que los pacientes eran interrumpidos una media de 18 segundos después de que hubieran empezado a responder a las preguntas que les formulaba el médico. En el presente estudio solo se determinó la percepción de interrupciones, mayor en el grupo de adolescentes, ya que la medición del tiempo conlleva el empleo de tecnología audiovisual, que por la magnitud de la muestra no hubiera sido factible. No se halló diferencia significativa en la percepción de interrupciones al tener en cuenta la procedencia del paciente o la alfabetización del padre o tutor (Fig. 16).

Curiosamente, los que refieren sentirse más escuchados en esta tesis, son los acompañantes de niños de 12 o más años. Uno podría teorizar que muchos pacientes pudieran considerar a las interrupciones como un mayor interés demostrado por el profesional al hacer muchas preguntas durante el relato o que el médico les presenta más oportunidades de ser escuchados al interrogarles. Para otros podría ser más fácil ir contestando las preguntas para ir construyendo el relato. Los que provienen de otras

provincias, también se sienten escuchados (Fig. 16). No se registró diferencia significativa al respecto considerando el nivel de alfabetización de los padres.

Dada la dificultad de estimar la cantidad de componentes que intervienen en la relación médico-paciente, algunas corrientes engloban todos estos componentes -mirada, sonrisa, diálogo, escucha, etc.- en un solo concepto: empatía, como Agudo, De la Trinidad-Rufino, Marco & Martínez (2021); Basílio, Vitorino & Nunes (2017); Salazar-Blanco & Dupuy (2017); Remón-Torres, Remón-Torres & Tataje-Lavanda (2013). Los resultados mostrados por estos investigadores son contradictorios, señalando alta o baja empatía y, en esta última situación, sugiriendo la necesidad del dictado de cursos de grado y posgrado para mejorar este aspecto (Salazar-Blanco & Dupuy, 2017). Al no avanzar en el desglose de los componentes que conforman el concepto de empatía, como se realizó en esta tesis, resulta complejo realizar comparaciones.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta en la práctica médica es la comunicación escrita. Pocos profesionales exponen más su caligrafía que los médicos, y en pocas situaciones resulta tan relevante para la vida de una persona lo que éstos escriban.

Las prescripciones médicas presentaron un 8% de errores y un 3% de omisiones de alguna indicación que se dio en forma oral, según las personas respondientes (Fig. 23 B). Estas cifras son preocupantes, dado que señalan errores que fueron percibidos por quienes respondieron, lo que permite suponer que la tasa de error es mayor, si tales errores no se perciben en el momento de la encuesta. Esto podría atentar contra la seguridad del paciente, la falta de mejoría o empeoramiento, y en casos extremos, incluso la muerte, además de eventuales denuncias por mala praxis (Charatan, 2000; Rodríguez-Vera y cols, 2002; Brits y cols., 2017). El grupo de los médicos mayores es el que más errores registró, sin diferencia significativa en cuanto al sexo.

La calidad de la escritura de las recetas es un factor relevante en los errores que se cometen en la prescripción y ha sido ampliamente estudiado (entre otros, Goldsmith, 1976; Paz, 2000; Souza y cols. 2021).

Hartel y cols. (2011) hallaron un 52% de recetas médicas que resultaron ilegibles. Rodríguez Vera (2002) reportó un menor porcentaje habiendo encontrado que el 15% de los informes escritos y 4 % de las recetas no podían leerse. Dunea, (1999) en un estudio efectuado en un Hospital de Chicago mostró que el 16% de los médicos tenían letra ilegible y el 17% la tenían apenas legible. Sin embargo, en un estudio similar al presente, Pabón



(2003) documentó que el 90% de los pediatras prescriptores tuvo letra legible, susceptible de ser comprendida por familiares del menor. En concordancia con este autor, en esta investigación, la letra de los pediatras fue considerada legible en alta proporción (88%, Fig. 23). Los médicos con letra menos legible han sido los más añosos, sin diferencia entre sexos. Respecto del grado en que estaban completas las prescripciones médicas, en la mayoría figuran los datos del paciente; los que más frecuentemente omitieron esos datos fueron los médicos de más edad, independientemente del sexo.

En el estudio de Pabón, señalado anteriormente, el autor halló que el 4,3% de las prescripciones no contaban con fecha, firma ni identificación alguna. En las indicaciones y recetas médicas, los pediatras de este estudio, omitieron el nombre del niño en un 3%; el apellido del paciente en un 5%; la fecha en un 3% y la firma en un 2%; omisiones que sumadas alcanzan el 13% (Fig. 24). Esta es una cifra bastante elevada y señala la necesidad de implementar sistemas de aseguramiento de la calidad, a fin de evitar posibles perjuicios al paciente y a la Institución. Más aún, el propio profesional podría verse involucrado en litigios por mala praxis por estas omisiones.

En efecto, las denuncias por mala praxis están en aumento. En Argentina al menos 10.000 profesionales de la medicina, (aproximadamente un 7,2 % del total), han sido objeto de una demanda por presunta mala praxis profesional en al menos una oportunidad (Tobar, 2011).

Teniendo en cuenta las características socio-demográficas de los pacientes, quienes más errores u omisiones hallaron en las indicaciones y recetas médicas en esta tesis (12%) fueron los acompañantes de adolescentes. Podría pensarse que este grupo cuenta también con la mirada del propio paciente, que, al tener más edad, pudiera contribuir a esos hallazgos. Menos del 3 % de los pacientes de la capital y del interior encontraron aquellos déficits. Y un hallazgo que llama la atención, es que los acompañantes con solo estudios primarios completos fueron los que encontraron más errores u omisiones en la escritura del médico (8%, Fig. 27). La implementación universal de recetarios electrónicos sin duda será un factor clave para disminuir esta tasa de errores, como ya están implementado algunos médicos en el consultorio privado o en algunas obras sociales, en que al menos las recetas, las solicitudes de exámenes complementarios e interconsultas a especialistas se realizan de esa manera. Aún no se implementan sistemáticamente las prescripciones, lo que sería fundamental para que todo paciente pudiera comprenderlas al pie de la letra.

Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez (2016) y en coincidencia con lo hallado en este estudio, señaló entre los factores asociados a una buena relación médico paciente el



hecho de ser atendido por un profesional joven. Asimismo, Núñez Morales (2015) encontró asociación estadísticamente significativa entre el grupo etario del médico y la calidad de relación percibida, resaltando que las consultas a médicos jóvenes fueron mejor calificadas, atribuyendo la razón de este hallazgo al hecho de tener pocos años de egresados y estar más enfocados en el paciente en general y no solo en su enfermedad.

Núñez-Morales (2015) no encontró asociación entre la buena calidad de la RMP percibida y el grupo etario del paciente. Reportó que los pacientes calificaron la RMP como adecuada en 62,5% sugiriendo que podría ser un porcentaje relativamente bajo en comparación con estudios similares atribuyendo la causa precisamente al nivel de instrucción de la población estudiada, ya que los pacientes con estudios superiores conformaron el 55,1% de la muestra.

Fernández y cols. (2010) en un servicio madrileño de salud reportaron el perfil del sujeto más satisfecho en el análisis univariante es el de una persona de mayor edad, que vive en ámbito rural, con una renta familiar algo menor, sin estudios o con estudios primarios y con enfermedades crónicas. En el presente estudio ocurrió algo similar, con mayor tasa de disconformidad según aumentaba el nivel educativo de las personas acompañantes.

Nuevamente, el trabajo de Hidalgo Jara (2015) difiere de los resultados obtenidos en este trabajo: él informa que el 71 % de las personas encuestadas declaró estar insatisfecho respecto de la pregunta sobre “trato amable, respeto y paciencia”.

Por otro lado, teniendo en cuenta algunos aspectos generales de la consulta, hubo diferencia significativa en la percepción del consultante de sentirse juzgado por las mujeres (Fig. 29), aunque los valores globales son bajos, del orden del 5%. Si bien no se encontró bibliografía acerca de este punto, podría especularse que cuando la consulta tiene alguna arista relacionada a falta de cuidado por parte de la madre –la usual cuidadora de niños y la adulta responsable que llevaba al paciente a la consulta– haya algún gesto, comentario o actitud negativa por parte de la profesional. Quizás el hecho de compartir funciones de cuidadora más que los hombres entre las profesionales y las madres que llevaban a sus niños ayude a explicar este efecto.

Al estudiar ciertas facetas relacionados con la consulta, se encontraron resultados contradictorios. Por un lado, más del 85 % los pacientes se sintieron respetados, escuchados, considerados como personas, que el profesional les dio suficiente tiempo para la consulta. En general el trato recibido fue percibido como cordial o afectuoso, tanto el

dirigido hacia el niño como al acompañante. Menos del 5 % percibió el trato como indiferente.

A pesar de muchos hallazgos que cualifican positivamente la mayoría de los aspectos de la comunicación del profesional en este trabajo doctoral, curiosamente solo poco más del 40 % refirió sentirse muy conforme o conforme con la consulta. En discordancia con este punto, Sosa Trotti y cols. (2021) en un estudio realizado en Corrientes en consultas ambulatorias de adultos, halló un 83% de pacientes que percibió una CMP adecuada, con lo que concluye que casi 1 de cada 5 pacientes no está conforme. Los resultados de esta tesis muestran cifras más elevadas, del doble de insatisfacción. Una posible explicación para esta discrepancia es que, en su estudio, Sosa Trotti y cols. trabajaron con población ambulatoria adulta, en tanto que en esta tesis se trabajó con la percepción de acompañantes de pacientes pediátricos.

El comportamiento aparentemente contradictorio en la percepción de conformidad con la consulta entre las respuestas pormenorizadas de cada ítem estudiado y una insatisfacción del trato recibido frente a una pregunta globalizadora ha sido mencionado por diversos autores (Aguilar-Samamé, 2016), Agudo, De la Trinidad Rufino, Marco & Martínez, (2021); Basilio, Vitorino & Nunes (2017); Salazar-Blanco & Dupuy (2017); Remón-Torres, Remón-Torres & Tataje-Lavanda, (2013). Quizás la insatisfacción global se deba a cuestiones ajenas a la CMP, como espacios de sala de espera incómodos, periodos extensos para conseguir un turno, horarios inadecuados para la consulta, larga espera para recibir la atención médica, entre otros. Estos factores de calidad global del servicio que no han sido abordados en este trabajo de tesis doctoral, son altamente criticados en muchos estudios latinoamericanos (Vargas Cruz, 2014) y podrían explicar este comportamiento dispar.

En 2014 se adaptó un cuestionario para medir la calidad de un servicio de salud, público o privado, el cuestionario ServQual (Ibarra & Espinoza, 2014), desarrollado originalmente en 1985 para diversas empresas e instituciones (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Este cuestionario ha sido ampliamente usado en Latinoamérica para valorar la percepción de pacientes en establecimientos de salud, entre otros, Cosquillo-Machuca (2022); Cruz Azañero (2022); Fernández-Ruíz (2022), Maggi Vera, 2018; Peralta y cols. (2019); Vargas Cruz (2014).

Este cuestionario incluye varias preguntas referidas a satisfacción del paciente, a nivel de trato recibido y similares. En este trabajo de tesis no se eligió este cuestionario porque las preguntas eran muy generales y no permitían separar las diversas formas de



comunicación, no verbal, paraverbal, verbal, trato, etc. No obstante que *ServQual* no contempla todas las preguntas que se incluyeron en esta tesis, resulta interesante comparar algunos resultados del empleo de ese cuestionario en Latinoamérica.

En cambio, los resultados de este estudio difieren con los encontrados por Hidalgo Jara (2015), quien describió, en una muestra de 232 adultos que acompañaban a pacientes pediátricos, que solo el 41 % manifestó estar conforme con el tiempo para satisfacer dudas o hacer preguntas. En forma similar, en otro estudio, solo el 44 % mostró conformidad (Sánchez Ayala, 2019). Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez (2016) reportaron en su estudio un porcentaje más bajo aún (23%) de pacientes que percibieron una buena RMP. Esta situación de disconformidad con la atención médica no se limita al instrumento: mediante el empleo de otro cuestionario, Caballero Manjón (2010) llegó a similares tasas de insatisfacción en un estudio realizado en un hospital pediátrico en Bolivia.

Con respecto al tiempo dedicado a la consulta, en general los pacientes han estado satisfechos, particularmente las acompañantes mujeres, madres o tutoras, los pacientes de la capital, y aquellos con estudios post-secundarios. En este aspecto, Bustamante-Vidal & Samboni Hernández (2019) también encontraron que las personas respondientes se sienten contentas por el tiempo que el médico les dedica en cada consulta, y que hubo tiempo para preguntar inquietudes.

La percepción de los consultantes fue mucho mejor cuando tuvieron la posibilidad de elegir al profesional para la atención. En efecto, todas las preguntas dirigidas a esta cuestión dieron diferencias significativas en favor de la elección, excepto dos preguntas, con resultados muy similares: ausencia de errores en la indicación y sentimiento de no ser juzgado. Mingote (2008) reportó que los pacientes con más de 5 años de tratamiento con el mismo médico presentaron significativamente mayor probabilidad de evaluar como apropiada la calidad de la relación médico-paciente.

En general los acompañantes percibieron un trato cordial o afectuoso hacia ellos, independientemente de haber elegido o no al pediatra para su consulta. Sin embargo, en referencia al trato hacia el niño, los pacientes que no eligieron al médico percibieron un trato cordial, y los que sí lo hicieron refirieron un trato afectuoso. Un mínimo porcentaje percibió un trato solamente correcto. Es probable que el perfil del médico pediatra determine en general la percepción de un buen trato. En este sentido, Mendoza, Ramos-Rodríguez & Gutiérrez (2016) en el análisis de los factores asociados apreciaron que los pacientes que eligieron a su médico tuvieron mucha más probabilidad de tener una buena RMP, considerando que el paciente ya entabló previamente una relación de cordialidad con

su médico tratante, por lo cual emite puntajes altos en cada uno de los ítems evaluados. Por el contrario, en ese trabajo los pacientes que acuden por primera vez no perciben una buena relación con los médicos tratantes.

En síntesis, en este trabajo de tesis doctoral se ha realizado un estudio profundo de las características de la comunicación entre médico y paciente, a través de sus diversas facetas: no verbal, verbal, escrita, trato general, poniendo énfasis en analizar estas características con mayor nivel de detalle que el realizado promedio de baterías de tests estandarizados como *ServQual* (Ibarra & Espinoza, 2014) u otros.



CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que emergen de esta tesis son:

En el Hospital “Juan Pablo II” de Corrientes hay una percepción, por parte de los acompañantes de los pacientes, de una comunicación no verbal, verbal y escrita que supera los estándares de muchos otros hospitales. Los padres y acompañantes perciben que:

- ✓ Los profesionales jóvenes tienen mayores habilidades en comunicación verbal y no verbal que sus pares de mayor edad.
- ✓ Los profesionales de mayor edad cometen más errores en la comunicación escrita que sus colegas de menor edad.
- ✓ La valoración global del trato que perciben quienes respondieron la encuesta da un valor relativamente alto (40%), que puede atribuirse a otros factores adicionales a la comunicación en sí.



LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones del cuestionario es la visión unilateral centrada en el paciente en la relación médico-paciente. Sería, por tanto, interesante desarrollar en futuras investigaciones un instrumento orientado al médico, que englobara todos y cada uno de los aspectos recogidos en el presente cuestionario.

La pregunta directa sobre satisfacción no proporciona información que pueda ser utilizada para diseñar intervenciones específicas de mejora dirigidas a profesionales. Esta es una limitación que ya ha sido apuntada por otros autores (Ibarra & Espinoza, 2014).

Igualmente, el inconveniente sobre la resistencia habitual a hacer comentarios críticos sobre la actuación de sus propios médicos, un problema frecuente en este tipo de encuestas (Beatty & cols. 2020), puede superarse si el planteamiento de la pregunta abierta se hace en términos como los aquí planteados: “sugerencias para ayudar a su médico a...”. La principal limitación o desventaja de esta aproximación sería que en la práctica requiere más tiempo y pericia para su recogida, registro y codificación.

No obstante las limitaciones señaladas, la adaptación realizada ha permitido obtener un cuestionario fiable, válido y de fácil cumplimentación. Este instrumento permite evaluar la calidad de la relación médico-paciente desde la óptica de acompañantes de pacientes pediátricos, lo que brinda una importante visión de conjunto.

RECOMENDACIONES

Un panorama que surge de los resultados de esta tesis es que son necesarias acciones de formación en habilidades de comunicación tanto a nivel de grado como de posgrado. Este tema es de permanente actualidad y, como se mostró en la Fig. 1, el número de publicaciones científicas que abordan el tema desde diferentes lugares crece año a año, estimándose que a fines del año 2022 superará las 2.000 publicaciones anuales. El impacto es todavía mayor si se considera que *PubMed*, la base de datos de donde se extrajo la información, nuclea a un número pequeño de revistas científicas y prácticamente excluye revistas en otros idiomas que no sea el inglés.

En un aporte en la Revista de Educación Médica, Ruiz-Moral (2021) plantea “saber qué deberían ellos dominar para afrontar mejor los retos clínicos futuros y cómo podemos nosotros ayudarles para que adquieran esas habilidades comunicativas”, a través de preguntas: ¿Qué debemos enseñar? y ¿Cómo debemos enseñar? Sostiene que, más allá de los avances tecnológicos y los sistemas de inteligencia artificial, las habilidades comunicacionales son el pilar sobre el que se funda toda la atención adecuada que un profesional pueda brindar a su paciente. La pregunta inmediata es cómo se pueden efectivizar estas propuestas y, en este sentido, resulta interesante el trabajo de Esteves y cols. (2020), de una universidad mendocina que relatan un modelo educativo para este tema. Ellos describen

“... un curso diseñado para optimizar la comunicación con pacientes y colegas en estudiantes de sexto año de medicina que han recibido formación en comunicación desde primer año. Es un curso optativo de 5 semanas que se realiza parcialmente *online*, con sesiones presenciales semanales y una evaluación final. Como metodología para el aprendizaje y evaluación se utiliza la técnica de *role play* y se desarrolla un *feedback* grupal: del alumno involucrado, pares y docentes”.

En este trabajo de Esteves y cols. y en un análisis posterior del mismo (Ricci, 2022), se resalta por un lado la aceptación y valoración del curso y, por otro, se pone énfasis en que quienes respondieron una pregunta sobre obstáculos para implementar lo aprendido aparece en primer lugar y con alto porcentaje, la falta de tiempo que disponen médicos residentes. Ricci también plantea como otra complicación la exigua cantidad de horas que se dedican a la formación en áreas humanísticas en las currículas de las carreras de medicina.



La enseñanza de estas habilidades debe darse a lo largo de la carrera. Tanto la enseñanza mediada por competencias que se está implementando en muchas Facultades de Argentina, así como el concepto de prácticas con pacientes desde los primeros años de la carrera sin duda contribuyen a una mejor habilidad comunicacional.

Además, considero importante la necesidad de incorporar el concepto de inteligencia emocional, definida como “la habilidad de percibir e identificar tanto las emociones propias como las ajenas, utilizando dicha información para guiar el pensamiento y actuar en consecuencia” (Marco y cols., 2021) a la enseñanza de las habilidades comunicacionales del profesional médico. Si bien no se hizo referencia explícita en los objetivos de esta tesis, varias de las características estudiadas en detalle, como la sonrisa y la mirada, son elementos básicos de la inteligencia emocional. Es muy alentadora la observación que los pediatras del Hospital “Juan Pablo II” emplean en alto grado estas habilidades.

De entre la extensa bibliografía sobre el tema, se rescata el trabajo de observación de eventos comunicacionales de Urtasun, Tittarelli, Pumará & Davenport (2021) que, en consonancia con este trabajo de tesis doctoral, señala que los profesionales jóvenes de pediatría tienen habilidades comunicacionales aceptables, aunque es necesaria una mayor formación. También de manera coincidente, remarca que las pediatras tienen mayores habilidades comunicacionales.

En un paso más, de la Victoria Rosales (2021) señala:

“La relación médico paciente se describe medular en la profesión médica, y se le reconoce el poder de movilizar fuerzas humanas como la fe, la esperanza y la fortaleza moral, para lograr la aceptación de la adversidad que representa el estar enfermo. Se señala la importancia de informar al paciente su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento indicado, considerando que esta obligación no transfiere al paciente la responsabilidad por el acto médico, sino que le da la posibilidad de interferir en el tratamiento, opinar sobre lo que se hará con su cuerpo y, consecuentemente, hacer elecciones que van a definir su calidad de vida.”

En este sentido, la educación de las habilidades comunicacionales es de mucha utilidad para incorporar los conceptos de decisiones médicas compartidas (Ruiz-Moral, 2007) y, en general, de derechos del paciente.



Dado que la comunicación efectiva conduce a optimizar los resultados en salud y a aumentar la satisfacción del paciente, sería importante integrar esta formación en los programas de las carreras de medicina, desde el inicio, quizás, con talleres extracurriculares, utilizando la simulación y el *role play* como técnicas para incorporar estas competencias a las asignaturas disciplinares.

El modelo formativo utilizado en Mendoza recientemente (Esteves y cols., 2021) es una opción a imitar, más allá que cada institución debe hacer su propio camino, atendiendo a las particularidades de cada entorno cultural y cada programa de estudios.

Dentro del marco de la enseñanza es fundamental enseñar los conceptos básicos de las diversas formas de comunicación que comprendan cómo una sonrisa, una mirada, una frase o gesto afectuoso marca una gran diferencia en la ansiedad con la que acude el paciente –o su acompañante– a la consulta (Santos García, 2017). Debe comprender también el criterio de la escucha atenta y activa, que constituye uno de los problemas en la comunicación y la importancia de demostrar con gestos de empatía, como el asentimiento con la cabeza y otros, que sugieren al paciente que está siendo escuchado y comprendido.

En el mundo “mercantilizado” ya “nadie escucha a nadie”. Al escuchar, no solo oímos, sino que aprendemos y comprendemos una situación particular para poder encaminar una posible resolución. Hay un intercambio que considero indispensable para entablar el vínculo médico-paciente. El paciente o su acompañante necesita ser escuchado y en este acto, la importancia reside en que éste puede escucharse, y al hacerlo tiene la posibilidad de “darse cuenta”, que no es lo mismo que “saber”. Por otro lado, médico oyente, si realmente está escuchando, tendrá la posibilidad de hacer pequeñas intervenciones que contribuyan a que el paciente “se dé cuenta”, sin llegar al extremo de cortar la exposición del relato.

Si con la escucha activa y aquellas sutiles intervenciones de comunicación no verbal, verbal y escrita podemos lograr un cambio de giro, aunque sea ligero, en la consideración del paciente respecto de su enfermedad, de su sanación, de sus perspectivas, la inversión realizada en la formación de estas habilidades comunicacionales se habrá justificado plenamente.

El uso de la tecnología puede ser de suma utilidad para poder hacer una devolución objetiva en las prácticas simuladas, como también para realizar el análisis de la comunicación en la actividad asistencial real. No obstante, se necesita también el interés y la participación de docentes interesados en la problemática, que además de guiar al



estudiante puedan erigirse en ejemplo, fundamentalmente en uno de los aspectos más subliminales como lo es el lenguaje no verbal.

También, habrá que saber hacer uso de la tecnología en tanto herramienta; evitar dentro de lo posible que intercepte con nuestra mirada al paciente en el sentido amplio de lo que esto implica, e incorporarla para las indicaciones al paciente, con lo cual, el problema de la ilegibilidad, los errores en el cumplimiento del tratamiento y todas las dificultades derivadas de aquella, habrán de subsanarse.



FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA



- Aguilar Fleitas, B. (2014). La relación médico-paciente. *Dimensiones. Rev. Urug. Cardiol*; 29:290-294.
- Aguilar Samamé, I. (2016). Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario de consulta externa de la especialidad de pediatría en el Hospital Regional Lambayeque-Chiclayo 2016. Pimentel-Perú: Universidad Señor de Sipán.
- Alejandro Lázaro, G., López de Castro, F., Barca Fernández, I., Parejo Miguez, R., Gutiérrez Martín, P., & Fernández Alarcón, F. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*, 33(7), 361-364.
- Alves de Lima, A. (2002). Capítulo 1: Habilidades de comunicación, págs. 11-22. En *PRONAP* (Programa Nacional de Actualización Pediátrica). Bs. As. 2002. Ed. Ideográfica. SAP. Sociedad Argentina de Pediatría. ISBN 987-9051-39-4.
- Araya Godoy, C. I., & Velásquez Prado, A. J. (2017). Comunicación no verbal entre acompañante de paciente pediátrico y alumno de odontopediatría, clínica odontológica. Tesis, Universidad Andrés Bello, Chile.
- Arias, S. A., Vigil, J. F., & Gutiérrez, M. N. (2008). Cómo interpretar la comunicación no verbal. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15(5), 275-281.
- Arrubarrena Aragón, V. M. (2011). La relación médico-paciente. *Cirujano General*, 33(S2), 122-125.
- Astudillo, W. & Mendinueta, C. (2016). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 34(2), 46.
- Barrera Romero, N. B., Corona, M. E. J., Soto, J. R., Ochoa, R. V., Cisneros, A. R., Lee, G. R. M., ... & Tamayo, C. T. (2003). Recomendaciones para prevenir la mala práctica médica en pediatría. *Revista CONAMED*, 8(1), 15-28.
- Bascuñán, R., & Luz, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista Médica de Chile*, 133(1), 11-16.
- Basílio, N., Vitorino, A. S., & Nunes, J. M. (2017). Caracterização da empatia em internos de medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(3), 171-175.

- Beamish, A. J., Foster, J. J., Edwards, H., & Olbers, T. (2019). What's in a smile? A review of the benefits of the clinician's smile. *Postgraduate Medical Journal*, 95(1120), 91-95.
- Beatty, P. C., Collins, D., Kaye, L., Padilla, J. L., Willis, G. B. & Wilmot, A. (2020). Advances in Questionnaire Design, Development, Evaluation, and Testing. John Wiley & Sons, Hoboken, Cap. 11.
- Beca, J. P. (1994). Relación médico paciente en pediatría. *Revista Chilena de pediatría*, 65(4), 242-246.
- Beck, R.S., Daughtridge, R., Sloane, P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1):25-38.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696.
- Bensing, J. M., Tromp, F., Van Dulmen, S., Van Den Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. G. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC family practice*, 7(1), 1-7.
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient education and counseling*, 84(2), 152-162.
- Borrás, F. X. (2004). La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o iatrogenia: psiconeuroinmunología. *Barcelona: Monografías Humanitas*, 2, 27-38.
- Braga, M. L., & Tarantino, M. G. (2011). La comunicación en pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(1), 36-41.
- Brits, H., Botha, A., Nicksch, L., Venter, K., Terblanché, R., & Joubert, G. (2017). Illegible handwriting and other prescription errors on prescriptions at National District Hospital, Bloemfontein. *Professional Nursing Today*, 21(2), 53-56.
- Burbinski, B., & Naser, M. A. (1999). Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch Argent Pediatr*, 97(1), 43-6.



- Bustamante-Vidal, D. C. & Samboni Hernández, W. F. (2019). Análisis del comportamiento médico-paciente de un centro de especialistas de la ciudad de Popayán. Tesis. Fundación Universitaria de Popayán, Colombia.
- Caballero Manjón, F. J. (2010). Elementos de la relación médico paciente y calidad de la atención en hospitalización pediátrica Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U.". Tesis maestría. Universidad Mator de San Andrés, Bolivia.
- Camarena-Robles, E., Hernández-Torres, F., & Fajardo Dolci, G. (2011). La comunicación humana y su relación con la queja médica. *Revista CONAMED*, 16(3), 141-147.
- Carrió, F. B. (2007). Competencia emocional del médico. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14(3), 133-141.
- Castañeda Hernández, M. (2013). Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 24(3): 343-353.
- Castro Maestre, M. M. (2013) La cortesía: códigos verbales y no verbales en la comunicación interpersonal. *Historia y Comunicación Social*, 18:365-375.
- Ceriani Cernadas, J. M. (2011). La insatisfacción en la práctica médica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(6), 474-475.
- Charatan, F. (2000). Family compensated for death after illegible prescription. *BMJ*, 319:1456.
- Cófreces, P., Ofman, S. & Dorina, S. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. 4:19-34.
- Cordella, M. (2003). En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas. *Oralia*, 6(1), 147-168.
- Cosquillo Machuca, J. D. (2022). Satisfacción del cuidado posquirúrgico inmediato del paciente adulto en el centro quirúrgico del Hospital de Essalud la Oroya en el año 2021. Tesis. Universidad María Auxiliadora, Lima.

- Cruz Azañero, A. C. (2022). Percepción de la calidad del servicio de los pacientes frente a la atención odontológica en una clínica odontológica privada, Tesis, Universidad César Vallejo, Piura.
- Cruz-Hernández, M. (2004). Un renovado reto en la formación pediátrica: la relación médico-paciente-familia. *Educación médica*, 7(4), 23-28.
- de Cristo, L. M. D. O., & de Araujo, T. C. C. F. (2013). Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 59-68.
- de la Victoria Rosales, M. (2022). Comunicación en la relación médico-paciente. *Vida y Ética*, 22(2), 9-26.
- de Oca González, Y. M., López, A. F., Ballona, Y. C., Bermúdez, G. I. M., & Bermúdez, R. E. M. (2010). Diagnóstico de la relación médico-paciente en Floyd de médico de la familia. *Revista Información Científica*, 66(2):1-11.
- Debrouwere, I. (2008). *La comunicación médico-paciente en la consulta médica: un modelo de consulta y algunas técnicas para una buena entrevista*. Salud de Altura. Tesis. Quito.
- Díaz, A. R., González, A. M. P., & Osorio, M. H. (2020). Prevención de la Mala Praxis Médica. *Revista Científica Hallazgo* 21, 5(2), 193-202.
- Dimberg, U. & Thunberg, M. (1998). Rapid facial reactions to emotional facial expressions. *Scand J Psychol*. 39: 39-45.
- Dunea, G. (1999). Beastly handwriting. *BMJ*, 319(7201), 65.
- Eiguchi, K. (2017). La feminización de la medicina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(30), 6-7.
- Epstein R.M., Street R.L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* M; 9(2): 100-103.
- Essers, G., van Dulmen, S., Van Weel, C., Van Der Vleuten, C. y Kramer, A. (2011). Identifying context factors explaining physician's low performance in communication assessment: an explorative study in general practice. *BMC Family Practice*, 12:138.

- Eymann, A. M., Maxit, C., Cacchiarelli, N., Imach, E., & Wahren, C. (2005). La vestimenta del médico pediatra en el consultorio hospitalario. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(3), 212-217.
- Fernández Ruiz, D. F. (2022). Satisfacción del usuario en consulta externa de la Clínica Central de Montería en el cuarto trimestre del 2021. Tesis. Universidad de Córdoba, Colombia.
- Fernández, J. M., Del Cura González, M. I., Gómez Gascón, T., Fernández López, E., Pajares Carabajal, G. y Moreno Giménez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria*, 42(4):196-20.
- Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. (2014). Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Atención Primaria*, 47(7): 399-410
- Flórez Lozano, J. A. (1997). La comunicación verbal (CV) y no verbal (CNV). *La comunicación y comprensión del enfermo oncológico*. Madrid: Ergón, 25-43.
- Flórez Lozano, J. A., Suárez, P. C. M., & Sánchez, C. V. (2000). Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*, 36(3), 113-119.
- Floyd Rebollo, M., & Dago-Elorza, R. (2014). La importancia de buena comunicación entre el médico y el niño, la familia, y otros profesionales. *Revista de Educación Inclusiva*, 7(3):148-163.
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2011). A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. *Psicologia Argumento*, 29(65).
- García Mendiola, J., Chi Gil, G., Piñeiro Barreiro, M., & Callejas Sánchez, N. (2010). Dilemas éticos y bioéticos de la práctica pediátrica en la Atención Primaria de Salud. *MediSur*, 8(2), 38-45.
- Gianantonio, C. (1990). Ética clínica en pediatría. *Rev Med Uruguay*, 6, 3-5.
- Goldsmith, H. (1976). The facts on the legibility of doctors'handwriting. *Medical Journal of Australia*, 2(12), 462-463.



- Hamui-Sutton, A., Grijalva, M. G., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barrios, P., Sandoval-Ramírez, E., García-Téllez, S. E., Durán-Pérez, V. D. y Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1):17-26.
- Hartel, M. J., Staub, L. P., Röder, C., & Egli, S. (2011). High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-6.
- Headache Study Group of the University of Western Ontario. (1986). Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians. A one year prospective study. *Headache*, 26: 285-94.
- Hidalgo Jara, H. (2015). Estudio comparativo entre el nivel de satisfacción de los usuarios en los consultorios externos de pediatría del HNSB, y de los policlínicos del distrito de Comas. Tesis doctoral, Universidad Nacional Hemilio Valdizán, Perú.
- Ibarra, L., & Espinoza, B. (2014). Servqual, una propuesta metodológica para evaluar la percepción de la calidad. *Rev Iberoam Ciencias*, 1(4), 107-20.
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), 97-106.
- Lacasa Maseri, A., Lacasa Maseri, S., & Ledesma Albarrán, J. M. (2012). ¿Quién acompaña a los pacientes a la consulta pediátrica?: El acompañante de los pacientes pediátricos en Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 14(55), 217-224.
- Larsen, K. M., & Smith, C. K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract*, 12(3), 481-488.
- Lascariz Jiménez, G. (2000). Mala praxis: responsabilidad del profesional en medicina. *Medicina Legal de Costa Rica*, 17(1), 9-11.
- Maggi Vera, W. A. (2018). Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro. Tesis de maestría. Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.

- Marcos, J. F., Cerdio, D., Del Campo, E., Gutiérrez, R. E., Castro, L. A., & Cedillo, A. C. (2021). Relación médico-paciente e inteligencia emocional, un reto en la educación médica. *Medicina y ética*, 32(3), 635-664.
- Martínez Delgado, D. A., Rodríguez Prieto, Y. M., & Cuan Colina, M. (2011). Aspectos éticos en pediatría. *Revista Cubana de Pediatría*, 83(2), 173-181.
- Martínez González, C. & Ortega González, C. (2016). Entrevista con el adolescente. Problemas de la comunicación. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*; 7: 23-26.
- Martínez-Roda, M. J., Ruiz-Romero, M. V., Torres-Ruiz, M. Á., & García-Garmendia, J. L. (2021). Evaluación de la experiencia de niños y padres en un servicio de Pediatría. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(4), 217-224.
- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient education and counseling*, 67(3), 315-318.
- Mendoza, C., Ramos-Rodríguez, C., & Gutiérrez, E. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horizonte Médico (Lima)*, 16(1), 14-19.
- Mingote Adán, J., Moreno Jiménez, B., Rodríguez Carvajal, R., Gálvez Herrer, M., & Ruiz López, P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas españolas de psiquiatría*, 37(2).
- Moore, P., Gómez, C., Kurt, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev. Med. Chile*, 138: 1047-1054.
- Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365.
- Niedenthal, P. M., Mermillod, M., Maringer, M. & Hess, U. (2010). The Simulation of Smiles (SIMS) model: Embodied simulation and the meaning of facial expression. *Behav Brain Sci.*, 33: 417-33; discussion 33-80.
- Olaya, H. L. G., Pérez, C. J. U., & Rico, H. D. D. (2015). Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educación médica*, 16(4), 227-233.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Peralta, R., Díaz, C. M. L. R., Avalos, N. F. B., Alderete, A. A. F., Cañete, A. N. F., & González, J. L. O. (2019). Nivel de satisfacción de los pacientes egresados del Servicio de Clínica Médica del Hospital Nacional en 2018. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 6(1):41-53.
- Petra-Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 1(4), 218-224.
- Postigo Cazorla, J. A. (2019). Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el consultorio externo de pediatría del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque de noviembre 2016 a abril 2017. Tesis maestría. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Perú.
- Quiñones, A. (2008). La aportación de la enfermera en la relación médico-paciente: un plus de intuición, cercanía y competencia. *Revista de Humanidades UP*, 1(1), 11-8.
- Ramos-Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina* 69(1):12-16.
- Remón-Torres, M. A., Remón-Torres, M. M., & Tataje-Lavanda, M. K. (2013). Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Revista Médica Panacea*, 3(1):2-5.
- Ricci, R. T. (2022). “La vuelta de tuerca propuesta por la P. 18” Valorando la enseñanza de las habilidades comunicacionales en medicina. *Revista Medicina Cuyo*, 18(1):69-72.
- Rivero Varona, M. M. (2011) La Relación médico-paciente: una dimensión virtuosa y digna. *Bioética Mayo*:14-17.
- Robaina Bordón, J. M., Morales Castellano, E., López Rodríguez, J. F., & Sosa Henríquez, M. (2014). La letra de médico. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 6(4), 122-126.
- Rodríguez Collar, L. T.; Blanco Aspiazú, M. A. & Parra Vigo, I. B. (2009). Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*; 38(3-4)79-90.

- Rodríguez Sanz, J., Sanz, J. R., Luna, C. K., & Cotera, F. Á.-U. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 18(7), 401-409.
- Rodríguez-Vera, F. J., Marín, Y., Sánchez, A., Borrachero, C., & Pujol, E. (2002). Illegible handwriting in medical records. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(11), 545-546.
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 28-34.
- Rueda, E. P., & Quevedo, F. J. L. (2002). *El pediatra eficiente*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 619-623.
- Ruiz-Moral, R. (2021). Enseñar Comunicación Clínica para los nuevos retos en medicina. *Educación Médica*, 22(4), 185-186.
- Ruiz-Moral, R., Parras-Rejano, J. M., Alcalá-Partera, J. A., Castro-Martín, E., & de Torres, L. P. (2005). ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Atención Primaria*, 36(10), 537-541.
- Ruiz-Moral, R., Pérula de Torre, L.A., Muñoz Alamo, M., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Alba Dios, A., Barrios Blasco, L. y Criado Larumbe, M. (2011). Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev. Esp. Salud Pública*; 85: 315-322 núm. 3.
- Salazar-Blanco, O. F., & Dupuy, L. P. (2017). Concepciones sobre empatía: desarrollo de un instrumento para la evaluación formativa a partir de una experiencia docente con residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 20(5), 227-233.
- Sánchez Arrastía, D. & Contreras Olivé, Y. C. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.

- Sánchez Ayala, I. G. (2019). Nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en los consultorios externos del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en setiembre del 2018. 2019. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Santos García, B. (2017). Comunicación no verbal: El poder terapéutico de la sonrisa en el ámbito hospitalario. Tesis. Universidad de Comillas, España.
- Sanz, J. R., Luna, C. K., Cotera, F. Á. U., & Comunicación, G. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 401-409.
- Scott, J. G., Cohen, D., DiCicco-Bloom, B., Miller, W. L., Stange, K. C., & Crabtree, B. F. (2008). Understanding healing relationships in primary care. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 315-322
- Sosa Trotti, R. A., & Abreo, G. I. (2017). Guía para las habilidades de comunicación en la entrevista médica. Adecuación regional de la guía de observación Calgary Cambridge. Artículos Científicos en Salud. Universidad Nacional del Nordeste: Corrientes. p 73-79.
- Sosa Trotti, R. A., Almirón, L., Simeone, R., Genero, S., Abreo, G. I., & Lifschitzf, V. (2021). Percepción del paciente de la comunicación médica ¿Es adecuada? Artículos Científicos en Salud. Universidad Nacional del Nordeste: Corrientes. p 121-126.
- Souza, P. M., Santos, R. L., Cerqueira, M. G., Valasques-Junior, G. L., & Souza, T. S. (2021). Factores asociados a prescrição de medicamentos potencialmente inapropiados para idosos em um hospital público. *Revista Brasileira Farmacia Hospitalaria e Servicos do Salud*. 12(2):0586-0593.
- Schwartzberg, J. G., Cowett, A., Van Geest, J. & Wolf, M. S. (2007). Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *Am J Health Behav*. 31(1): S96-104.
- Urtasun, M., Tittarelli, M. A. J., Pumará, C. D., & Davenport, M. C. (2021). Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el Departamento de Medicina de un hospital pediátrico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 270-275.

Vargas Cruz, R. M. (2014). Satisfacción de la calidad de atención del usuario de consultorios externos de pediatría del Hospital Regional Honorio Delgado. Tesis. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, Perú.

Walk, R. D., & Walters, K. L. (1988). Perception of the smile and other emotions of the body and face at different distances. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 26(6):112-119.

Weatherspoon, D. J., Horowitz, A. M., Kleinman, D. V., y Wang M. Q. (2015) The Use of Recommended Communication Techniques by Maryland Family Physicians and Pediatricians. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/ journal.pone.0119855.

Weiss N. A. (1995). Introductory statistics, 4th Ed., Addison Wesley: Menlo Park; Cap. 7.



ANEXOS



ANEXO I

Aval del Director de Docencia e Investigación Hospital Pediátrico “Juan Pablo II”



HOSPITAL PEDIATRICO "JUAN PABLO II"
Av. Artigas N° 1435 - 3409 Corrientes
Tel: (54-763) 4-75309 al 304
Fax: 4-75296



Corrientes, de mayo de 2018

Al Sr. Director de Docencia
Hospital "Juan Pablo II"
Dr. Oscar Lotero
Su Despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar aval para la realización de mi Proyecto de Tesis Doctoral: "La comunicación del pediatra percibida por madres/padres /tutores de niños, niñas y adolescentes que consultan en el "Hospital Juan pablo II" en 2019", correspondiente la Carrera de Doctorado de la UNNE en Medicina, para su desarrollo en Servicio de Consultorios Externos del Hospital.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Roxana Estela Servin
Médica Pediatra. MP N° 2457
Jefe Servicio de Consultorios Externos
Hospital Pediátrico "Juan Pablo II"
Tesisista
Doctorado de la UNNE en Medicina

Recibido 24/05/18

Dr. JOSÉ OSCAR LOTERO
Director de Docencia y Investigaciones
M.P. 304
Hosp. Pediátrico Juan Pablo II

ANEXO II

Instrumento de recolección de datos



ENCUESTA SOBRE COMUNICACIÓN DEL PEDIATRA -“HOSPITAL JUAN PABLO II”

INSTRUCCIONES:

En la primera parte deberá contestar marcando con una X su respuesta en cada casillero. Para la segunda parte se lo invita a leer las indicaciones del pediatra que lo acaba de atender, con el propósito de saber si la letra del profesional es legible para usted. Desde ya, muchas gracias por su colaboración.

1. MARQUE CON UNA CRUZ SU RESPUESTA:

Sexo del médico que lo atendió	Masculino <input type="checkbox"/>		
	Femenino <input type="checkbox"/>		
Edad estimada del médico	25 a 29		
	30 a 39		
	40 a 49		
	50 ó más		
Usted eligió al pediatra que acaba de atenderlo?	NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	
Cuántas veces lo consultó antes?	Ninguna		
	1 a 3		
	Más de		
Sexo del paciente	Masculino <input type="checkbox"/>		
	Femenino <input type="checkbox"/>		
Edad del paciente	29 días a 2 años.		
	2 a 5 años		
	5 a 11 años		
	12 años ó más		

Procedencia del paciente	Capital		
	Interior de la Pcia.		
	Otras Provincias		
	Otros Países		
Alfabetización de padre/madre/tutor	Sin alfabetización		
	Primario incompl.		
	Primario completo		
	Secundario incomp.		
	Secundario compl.		
	Terciario/universit.		

2. LUEGO DE LEER LAS INDICACIONES, RESPONDA, POR FAVOR.

	NO	SÍ	
¿La letra de las indicaciones le resulta clara y legible?			
¿Figura el nombre del niño?			
¿Figura el apellido del niño?			
¿Encontró algún error en la indicación? (dosis del medicamento, presentación, intervalo de tomas, días de tratamiento?)			
¿Faltó escribir alguna indicación que le había hecho en forma verbal?			
¿Figura la fecha?			
¿Figura la firma?			

EL PEDIATRA QUE LO ACABA DE ATENDER:

	NO	SÍ	
¿Lo saludó?			
¿Saludó al niño/a?			
¿Dirigió algunas palabras o le habló al niño o le preguntó a él alguna cosa sobre su escuela, deporte favorito, etc?			
¿Le informó al niño que lo iba a revisar?			
¿Ud. sintió que el médico estaba dispuesto a escucharlo?			
¿Lo interrumpió cuando Ud. le hablaba?			
¿Le proporcionó información suficiente?			
¿Le habló en forma lenta y pausada?			
¿Usó un lenguaje sencillo, comprensible para usted?			
¿Le dijo o leyó en voz alta las indicaciones?			
¿Le hizo repetir en voz alta las indicaciones?			
¿Le dio espacio para las preguntas?			
¿Siente que le dio el tiempo suficiente a su consulta?			
¿Lo miró a Ud. a los ojos al hablarle?			
¿Miró al niño a los ojos?			
¿Le sonrió a Ud. en algún momento?			
¿Le sonrió al niño en algún momento?			
¿Se sintió considerado como persona?			
¿Se sintió respetado?			
¿Siente que le dio importancia a su consulta?			
¿Se sintió juzgado en algún momento?			
¿Cómo percibió el trato del médico hacia Ud.?	Indiferente		
	Cordial		
	Afectuoso		
¿Cómo percibió el trato del médico hacia Ud.?	Indiferente		
	Cordial		
	Afectuoso		

Ud. se sintió cómodo con el trato? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>			
Cómo se siente en relación a la consulta?	Insatisfecho		
	Conforme		
	Muy conforme		

ANEXO III

Consentimiento Informado



INFORMACIÓN PARA MADRES/PADRES/TUTORES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

¡Buenos días!

Como parte de un trabajo de investigación científica dedicado a conocer aspectos de comunicación entre profesionales y pacientes, solicito su colaboración, invitándolo/a participar en el llenado de una breve encuesta.

Su participación no será retribuida en términos económicos. La encuesta a completar es completamente voluntaria y si no desea hacerlo su negativa no le traerá aparejado ningún inconveniente.

Este estudio se realiza para valorar las habilidades de comunicación de los pediatras de Consultorio de Seguimiento del Hospital Pediátrico desde el punto de vista de los pacientes. No le llevará más de 10 minutos y una vez completada, Usted depositará su encuesta en un buzón, en forma anónima, por lo que sus datos personales y del/de la paciente **NO** serán revelados.

Su actividad consiste en responder una encuesta en el cual se le pedirá que detalle datos sobre cómo se comunicó y relacionó el pediatra que acaba de atender a su hijo/a. Este cuestionario consiste en una grilla con preguntas de tipo sí/no. Luego se le pedirá que lea las indicaciones escritas que le entregó el médico en la consulta.

Su participación será muy importante, ya que contribuirá a una potencial mejora de la calidad de la comunicación y por lo tanto de la atención que se ofrece en el Hospital.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y si hay algún aspecto del mismo que no comprenda, será asesorada por la persona que está distribuyendo la encuesta. Y si desea solicitar mayor información comuníquese con la investigadora Dra. Roxana Servin o al correo electrónico encuestahospital@hotmail.com

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba y autorizo a que se utilicen los datos que brindo en el estudio **“La comunicación del pediatra percibida por**



madres/padres/tutores de niños, niñas y adolescentes que consultan en el “Hospital Juan Pablo II” EN 2019”.

Firma, aclaración y D.N.I. del participante

Lugar y fecha: Corrientes/..../.....



ANEXO IV

Aval Directora de la Tesis



