

Artículo original

¿Cómo entienden los padres las indicaciones médicas?

Dra. Vilma Aliboni*, Lic. Rosana Serafini**, Dr. Julio Daniel Alfie*

Resumen

Introducción. Múltiples factores influyen en la comprensión total o parcial de las indicaciones médicas por parte de los padres (creencias, prácticas culturales, etc.).

Objetivos. En un estudio prospectivo, se analizó la comprensión del adulto a cargo en la consulta pediátrica en un Centro de Salud de atención primaria de la Ciudad de Buenos Aires.

Población, material y métodos. Se utilizó una encuesta anónima, respondida sin la presencia del profesional actuante y comparada luego con la indicación médica.

Un médico pediatra y una psicopedagoga realizaron la evaluación.

Entre los puntos de la encuesta se consideraron: nivel de educación, pautas culturales y relación médico paciente.

Resultados. Se obtuvo una coincidencia del 85,71% entre lo respondido por el paciente y lo indicado por el médico; el 82,14% consideró que el médico era claro en sus indicaciones y el 76,19% siempre aclaró sus dudas durante las consultas.

Conclusiones. Con el análisis de las respuestas, observamos un elevado grado de comprensión y posibilidad de llevar a cabo las indicaciones.

Palabras clave: relación médico-paciente-comunicación.

Summary

Introduction. Multiple factors are involved in the parents comprehension of medical prescriptions.

Objectives. We prospectively analyzed the understanding of pediatrician's prescriptions by the adults in charge of the patients attending to a primary care center in Buenos Aires.

Population, material and methods. We used an anonymous questionnaire that was answered without the presence of the physician and compared the answers with the actual medical prescriptions. Some of the items included were: educational level, cultural patterns and patient-physician relationship.

Results. A coincidence of 85.71% between parents answers and physicians prescriptions was found; 82.14% considered that the physicians have clearly explained their indications and 76.19% thought that they have always clarified their doubts.

Conclusions. In this population we observed a high level of understanding and ability to apply what has been prescribed by the physicians.

Key words: physician, patient-relationship-communication.

* Médicos Pediatras.

** Psicopedagoga
Concurrente.

Centro de Salud N° 6.
Hospital P. Piñero.
Buenos Aires.

Correspondencia:

Dra. Vilma Aliboni:
Mansilla 3762, 8° C.
Ciudad de Buenos Aires.
República Argentina.
vilmavilma@fullzero.com.ar

INTRODUCCIÓN

Habitualmente, los médicos suponemos que los pacientes o acompañantes comprenden en su totalidad las indicaciones.

Los pacientes tienen una herencia cultural que influye sobre sus creencias y prácticas relacionadas con la salud. Es difícil que el pediatra conozca todos los detalles de cada cultura; sin embargo, la interacción entre ambas (las culturas del médico y del paciente) mejora la capacidad de comunicación. Conocer los valores de la familia puede mejorar la comprensión.

El enfoque multicultural, una forma de pluralismo, promueve la convivencia del individuo con diferentes perspectivas culturales en una atmósfera de respeto mutuo e interdependencia.^{1,2}

En la práctica pediátrica, esto significa la integración de valores, creencias y prácticas culturales en la relación médico-paciente.

El presente estudio se llevó a cabo con el objetivo de determinar el grado de comprensión de las indicaciones médicas por parte de los familiares del paciente atendido, en el contexto cultural correspondiente a un centro de atención primaria.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio los pacientes que consultaron espontáneamente en el Centro de Salud N° 6, ya sea para demanda espontánea o programada, durante el período marzo 2001-marzo de 2002.

El Centro de Salud se encuentra en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, considerada la región con más necesidades socioeconómicas de la ciudad (Censo Indec 1997).

La población que habitualmente se

atiende en este Centro de Salud proviene principalmente de cuatro núcleos habitacionales: el Complejo Habitacional Villa Soldati, Villa N° 3 Fátima, Debajo de Autopista Lacarra, Barrio Villa Soldati, como así también consultan pacientes de otras zonas. Tanto Villa N° 3 como Debajo de Autopista presentan necesidades básicas insatisfechas, mientras que el Complejo Habitacional Villa Soldati y Barrio Villa Soldati, presentan necesidades básicas intermedias satisfechas (agua corriente, sistema cloacal, educación primaria completa).

Criterios de inclusión:

- Pacientes pediátricos (0 a 14 años) que consultaron por demanda espontánea o programada.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con enfermedades críticas o emergencias que imposibilitaban la confección de la encuesta.
- Acompañantes que decidieran no responder la encuesta.

Se confeccionó una planilla de siete preguntas para ser respondida con opciones múltiples, en forma anónima / voluntaria por el adulto acompañante (véase *Anexo en páginas electrónicas*).

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, transversal.

Una vez finalizada la consulta médica se proporcionaba un lugar adecuado para responder la encuesta.

Las preguntas 3 (¿Le queda claro a Ud. lo que el médico le explica?) y 4 (¿El médico es claro cuando le da las indicaciones?) se formularon adrede con igual finalidad y distinto enunciado con el objeto de corroborar la veracidad de las respuestas.

La pregunta 7 (¿Cuáles son las indicaciones que el médico le dio?) se confeccionó para ser desarrollada a fin de explicar en detalle lo indicado.

Una vez retirado el encuestado del consultorio, se procedía a colocar el número de historia clínica con el fin de cotejar las respuestas obtenidas con lo asentado en la historia clínica.

Los médicos que trabajaron con la población tienen más de 15 años de recibidos y más de 10 años trabajando en el mencionado CESAC. Tienen por hábito dar las indicaciones por escrito. Los mismos profesionales fueron los que interpretaron los resultados.

Operacionalización de las variables:

Control de niños sanos: Paciente que concurre para evaluar progreso ponderoestatural, maduración, examen físico, inmunizaciones, alimentación.

Enfermo: Paciente que concurre por intercurrentes, patologías.

Análisis estadístico: Los datos se volcaron en una base de datos y se analizaron empleando el paquete estadístico EPI6 año 1996 (CDC versión 6.03).

Para las medidas en escala ordinal se computaron número de casos, porcentajes.

Hipótesis nula

Los padres / acompañantes de los pacientes pediátricos no logran entender con facilidad las indicaciones médicas.

RESULTADOS

Se entregaron 90 encuestas.

Se evaluaron 84, el resto se respondió en forma incompleta.

A la primera pregunta, el 34,52% (n= 29 pacientes) respondió asistir habitualmente para el control de niños sanos, el 38,1% (n= 32) cuando el niño está enfermo, el 17,85% (n= 15), asiste habitualmente a ambas, un 4,76% (n=4) se atienden en otros centros, 4 de las encuestas fueron invalidadas (4,76%).

El 15,48% (n= 13) respondió ser atendido siempre por el mismo médico, el 71,43% (n= 60) a veces, y el 10,71% (n= 9) refirió que nunca era atendido por el mismo profesional; 2,38% de las respuestas (n= 2) fueron invalidadas.

El 82,14% (n= 69) consideró que el médico siempre era claro al dar las indicaciones, el 17,86% (n= 15), a veces.

Al 80,95% (n= 68) siempre le quedaban claras las indicaciones médicas, al 14,28% (n= 12) a veces, mientras que al 1,19% (n= 1), nunca. El 3,57% (n= 3), fueron invalidadas.

El 67,86% (n= 57) respondió que siempre podían cumplir en su casa lo indicado por el médico, el 29,76% (n= 25) a veces, y el 1,19% (n= 1), nunca; el 1,19% (n= 1) de las respuestas fueron invalidadas.

El 76,19% (n= 64) siempre aclaró sus dudas durante la consulta pediátrica, y a veces el 20,24% (n= 17). El 3,57% de las respuestas, (n= 3) fueron invalidadas.

Cuando se cotejaron las indicaciones asentadas en las historias clínicas con las respues-

tas obtenidas en las encuestas, se observó una coincidencia del 85,71% (n= 72).

No coincidían las respuestas en un 10,71% (n= 9), mientras que el 3,57% (n= 3) no respondió.

El 90% de los encuestados fueron madres, el 10% padres y/u otros.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de los encuestados respondió poder cumplir en su casa lo indicado por el médico, aclarar sus dudas durante la consulta pediátrica y consideró en general que el médico era claro al dar sus indicaciones.

DISCUSIÓN

Al analizar el trabajo actual, se observa que el nivel de comprensión de los padres respecto a las indicaciones impartidas debe considerarse alto acorde a los resultados arriba descriptos. Queda evidenciada la veracidad de las respuestas, al cotejar lo interpretado por el encuestado con lo asentado en la historia clínica, con una coincidencia del 85,71%.

Asimismo, el hecho de que un alto porcentaje siempre aclare sus dudas, permite inferir que entre médico y paciente existe suficiente confianza, y, por ende, trato adecuado.

El motivo por el cual los pacientes no fueron controlados habitualmente por el mismo médico responde a razones de organización institucional que impiden el seguimiento personalizado.

Existe un abordaje terapéutico aceptable desde los profesionales al demostrarse, con el análisis de las respuestas, un grado de comprensión elevado de las indicaciones impartidas, posibilidad de concretarlas y colaboración con las encuestas realizadas.

Nos ha resultado muy difícil efectuar comparaciones con trabajos publicados por otros autores ya que ellos no se basan en encuestas similares. Es probable que justamente, las características de la herramienta utilizada sea, en parte, condicionante de las respuestas obtenidas.

En el acto médico, es histórico que uno de los pilares fundamentales es la relación médico-paciente.

Desde la antigüedad se vislumbra lo antedicho: Platón, en su libro "Las leyes", dife-

rencia dos tipos de relación médico-paciente: la del hombre libre y la del esclavo, este último tratado como un objeto, mientras que al primero se le explicaba detalladamente a él o a sus familiares la patología y su tratamiento.³

Un modelo de atención tradicional en salud no le permite a la persona y a su familia participar en la toma de decisiones referente a su salud, dándole más bien un rol pasivo. Generalmente, es el personal de salud el que asume el cuidado de la persona.¹

Los pediatras que deseen asegurar un enfoque multicultural querrán conocer los factores económicos, históricos y políticos que afectan la salud de los niños de diferentes ascendencias.²

Según la concepción convencional, los pacientes tienen pautas culturales que los profesionales de la salud deben manejar.

Esto implica que los médicos tienen una escala de valores. Zola refuta esta noción, haciendo suyo el adagio que dice: "para conocer a otros primero debemos conocernos a nosotros mismos".⁴

Si los médicos conocen el punto de vista que resulta de la propia herencia cultural, pueden considerar las posibles interacciones de esta perspectiva con la del paciente.²

Pacientes y médicos con frecuencia elaboran modelos explicatorios discordantes para el mismo proceso de dolencia/enfermedad. Por lo general, estos modelos intentan explicar algunos de los componentes del proceso, o todos: etiología, inicio, y evolución de los síntomas, fisiopatología, pronóstico y tratamiento.

El pediatra, el paciente y su familia suelen interpretar el estado clínico a partir de la anamnesis, el examen físico y los exámenes complementarios.

La percepción del médico sobre el motivo de la consulta se basa en la interpretación de la anamnesis y los signos clínicos. Asimismo, la interpretación del paciente sobre el diagnóstico y tratamiento se sustenta en una comunicación clara sin necesidad de empatía.

Es a través de este reconocimiento formal de la experiencia subjetiva del paciente que el profesional puede comenzar a construir una relación basada en la confianza. Kleinman llamó a esto "proceso de elaboración de una realidad clínica".⁵

El médico y el paciente tienen, idealmen-

te, una comprensión coherente de la realidad clínica y llegan a un acuerdo sobre las medidas terapéuticas adecuadas, pero esto no es necesariamente así. Aun después de discusiones francas, la visión de la familia y la del pediatra pueden diferir.

La principal ventaja de este enfoque es que los pediatras aprenderán que la experiencia de la enfermedad está ligada al contexto social del paciente y del médico.

Conocer las prácticas culturales específicas de un grupo étnico en general posibilita prever y evitar situaciones de conflicto.²

La comunicación debe considerarse el principal ingrediente del cuidado médico.

No hay duda de que la relación médico-paciente enmascara un elemento central y crítico de la medicina ambulatoria. Una entrevista favorable es esencial para crear una buena relación interpersonal, intercambio de información y óptima decisión médica.

Varios autores intentaron codificar distintos patrones de comunicación, tanto verbal como no verbal, en la relación médico-paciente. Dentro de la verbal se analizaron conductas tales como empatía, contención y participación del paciente.^{6,7} Entre las no verbales se destaca la mirada.⁸

Las conductas asociadas con resultados desfavorables incluyeron: una orientación física de 45 a 90° respecto del paciente, brazos cruzados, palmadas frecuentes.

Se debería prestar especial atención a escuchar, educar para la salud, hablar el lenguaje del paciente y aclarar indicaciones, prestar atención a las dificultades de la vida cotidiana y relaciones sociales,⁹ alentar, tranquilizar, explicar y ser receptivos a las preguntas del paciente.^{10,11}

La actitud del profesional, dominante, agresiva, enojosa y rígida debería ser evitada.

Cuando los pacientes son informados y comprometidos en la toma de decisiones, aceptan las recomendaciones médicas y llevan a cabo cambios beneficiosos en sus conductas. La decisión conjunta y el conocimiento de las alternativas y potenciales riesgos del tratamiento aumentan la confianza en el médico.

Schneider refiere distintos mecanismos

en la relación médico-paciente,¹² desde el abordaje frío como objeto que se suele utilizar durante el examen físico, hasta la relación interpersonal subjetiva, en la que el médico escucha y contiene.

Las dificultades observadas en el cumplimiento de las indicaciones médicas, a menudo se analizan en términos de la incapacidad del paciente para comprender instrucciones y no de la dificultad del médico para brindar la atención adecuada a las creencias, pautas culturales y hábitos del paciente.

Llama la atención el alto nivel de cumplimiento de las indicaciones por parte de los padres, consecuencia de una comunicación adecuada.

Los avances tecnológicos y la complejidad de la medicina actual no reemplazan la importancia de una buena relación médico-paciente. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagel L, Parra G. Implementación de un modelo de autocuidado en salud infantil en atención primaria. *Pediatría* al 1991; 7 (2): 70-72.
2. Kinsman S, Sally M, Fox K. El enfoque multicultural en la práctica pediátrica. *Pediatr Rev* 1996; 17 (10):349-355.
3. Enciclopedia Británica. Platón: Las Leyes. Chicago: University of Chicago, 1952.
4. Zola I. Problems of communication, diagnosis and patient care: the interplay of patient, physician and clinic organization. *J Med Ed* 1963; 38:829-838.
5. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. *Ann Intern Med* 1978; 88:251-258.
6. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277:350-6.
7. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32:1216-31.
8. Harrighan J, Oxman T, Rosenthal R. Rapport expressed through nonverbal behaviours. *J Nonverbal Behav* 1985; 9:95-110.
9. Bar M. La educación de la comunidad en la práctica médica. *Pediatr Rev* 2001; 22(3):75-81.
10. Beck MD, Daughtridge R, Sloane MD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15(1):25-38.
11. Wassermann R, Inuit S, Barriatua RD. Pediatric clinicians support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinicians-parents interaction. *Pediatrics* 1984; 74:1047-53.
12. Schneider P. Los diferentes modelos de relación médico-paciente. *Psicol Med* 1980; 5:363-79.