

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



**CREENCIAS SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN
PEDIATRAS QUE ATIENDEN EN UN HOSPITAL DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presenta la Bachiller

ROSA MILAGROS ISLA CASTILLO

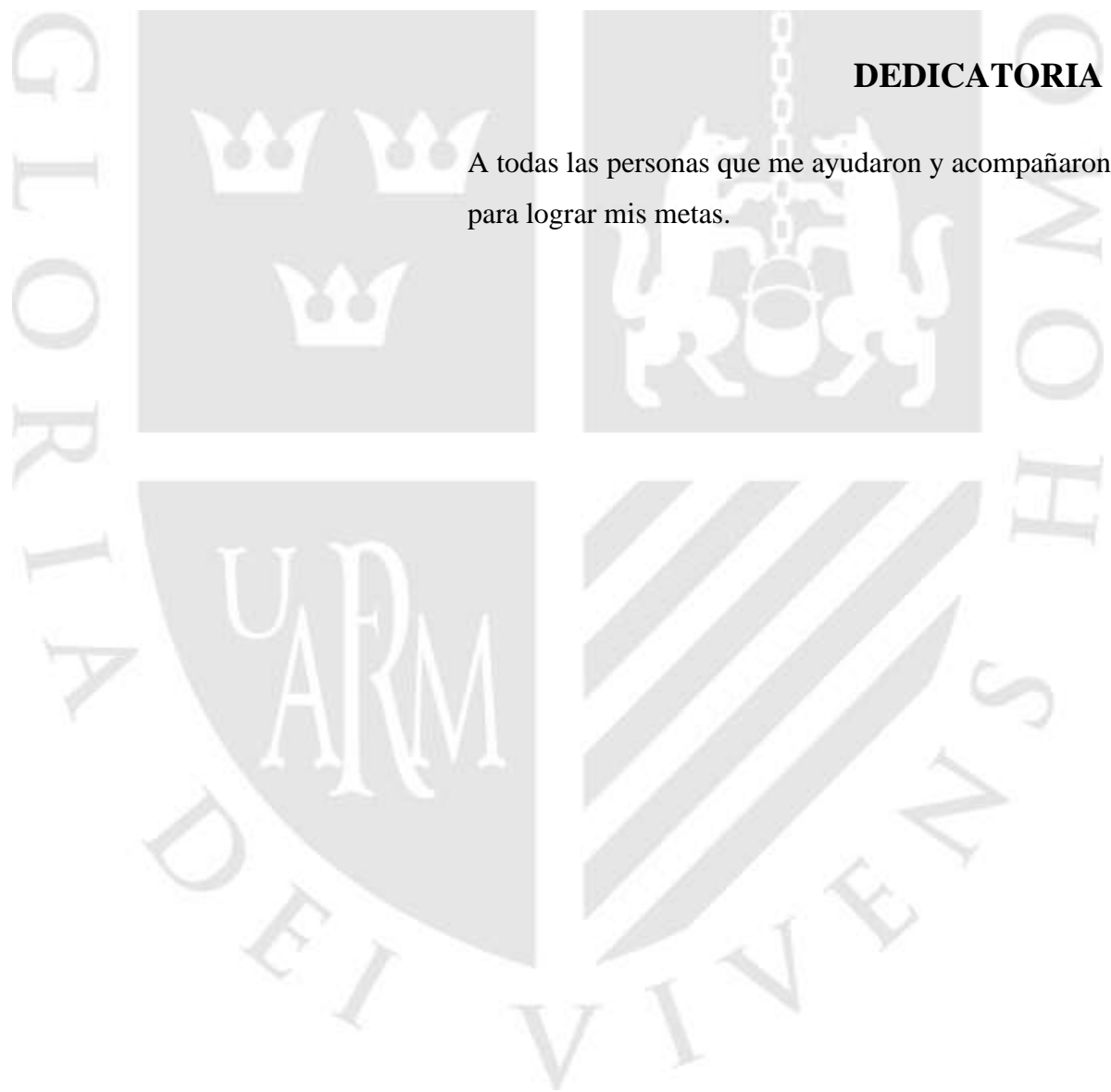
Presidente: Gabriela Gutiérrez Muñoz

Asesora: Beatriz Oré Luján

Lector: Patricia Cabrerizo Rey de Castro

Lima – Perú

Diciembre de 2019



DEDICATORIA

A todas las personas que me ayudaron y acompañaron para lograr mis metas.

AGRADECIMIENTO

A las dos familias que tengo por el apoyo, aliento y confianza constante que me brindaron, sobre todo, en los momentos difíciles.

A Beatriz Oré, por asesorar esta tesis y brindarme su tiempo y experiencia para concluir con este proceso profesional y personal.

A Alonso Ahon y Maricielo de la Vega grandes amigos que supieron escuchar y alentar para continuar con este proceso.

RESUMEN

La presente investigación cualitativa tuvo como objetivo explorar las creencias sobre relación médico-paciente en pediatras que atienden en el área de hospitalización en un hospital de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 8 médicos especialistas en pediatría. Se eligió el método fenomenológico para indagar sobre la experiencia de estos profesionales, a través de la entrevista semi-estructurada. Los resultados de la investigación evidencian que, para los entrevistados, los inconvenientes de la relación médico paciente inician en el sistema de salud. La comunicación es una herramienta importante la cual está compuesta por la empatía, la confianza y el saber escuchar. Esta relación fue considerada relevante para que la madre reciba educación sobre el manejo de la enfermedad de su hijo, en temas de crianza y para que ella evite buscar información en otros medios o personas. Encontramos también que la vocación de servicio, la personalidad y la autoestima del pediatra influyen sobre esta relación. En conclusión, las creencias del pediatra sobre la relación médico paciente en área de hospitalización pediátrica son amplias y variadas, puesto que dejan en evidencia que los conocimientos profesionales del médico, la realidad del contexto hospitalario, y hasta su subjetividad se contraponen para establecer la RMP.

Palabras Clave: creencias, relación médico paciente, niño, familia.

ABSTRACT

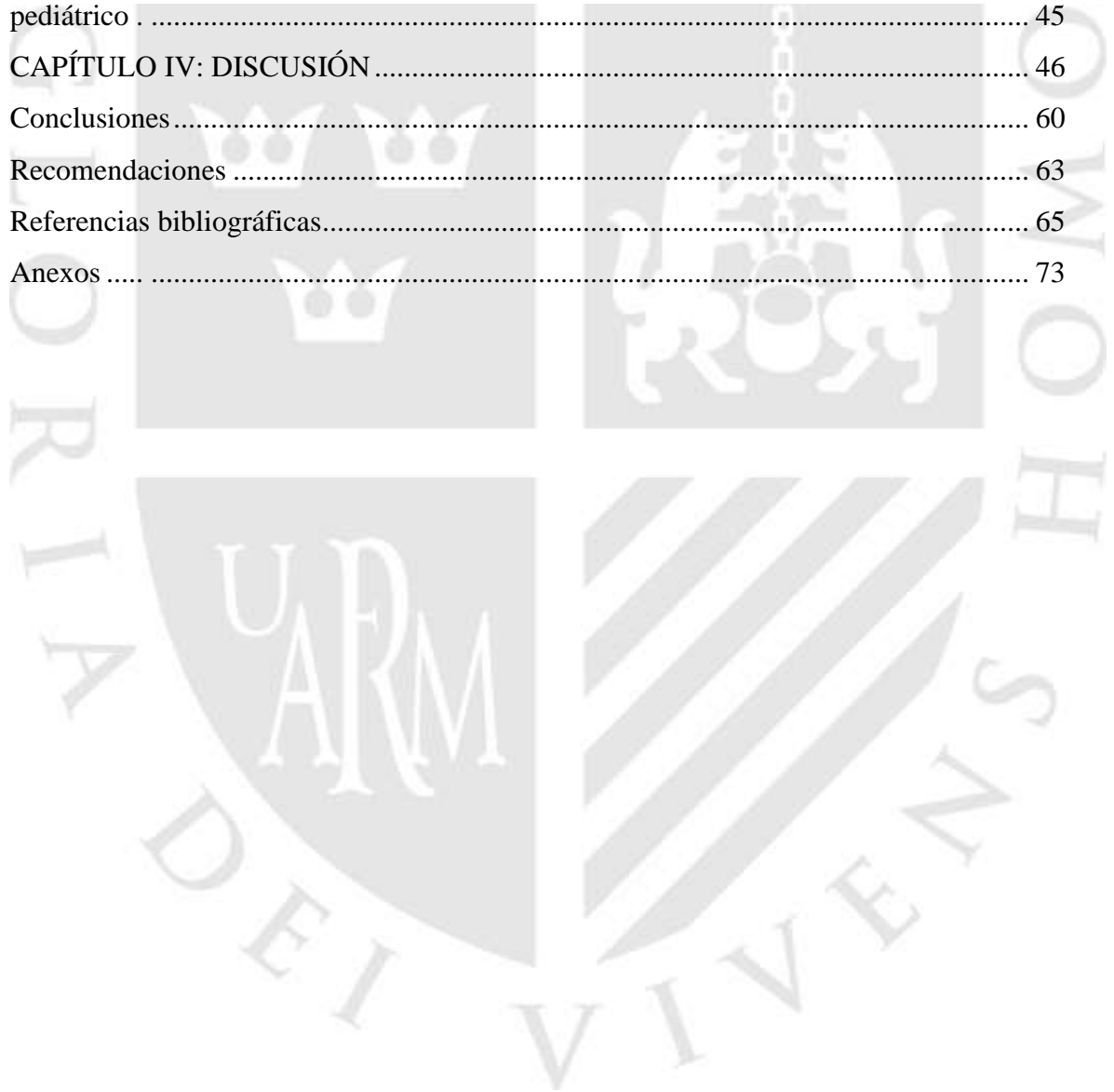
The objective of this qualitative research was to explore the beliefs between doctors/patient relationships specifically in pediatricians from Lima Metropolitan Region. For this purpose, the researcher has chosen a phenomenological method to inquire about the experience within a sample of eight pediatrician's semi-structured interview. Based on the research findings the results shows that, for interviewers, the inconvenient between the belief doctors/patient relationships begin within the health system framework. On the other hand, communication is an important tool to consider in doctors/patient relationships, since it is based on empathy, trust and the ability to listen. According to the results, this last aspect is extremely important in order to: educate the parents with managing his/her son's illness avoid searching online information or unprofessional opinions, which usually generates more confusion. Therefore, it seems that the pediatrician's vocation of service and his self-esteem influence directly in this relationship. In conclusion, beliefs between doctors/patient relationships specifically in pediatricians from Lima Metropolitan region are varied and unstructured, while they make it clear that the professional knowledge and subjectivity of the pediatrician are contrasted when practicing medical work.

Key words: beliefs, doctors/patient relationships, child, family

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	14
1.1. Médico pediatra	14
1.2. Relación médico paciente en la hospitalización pediátrica	15
1.3. Las creencias	19
1.3.1. Creencias y la relación médico paciente en la hospitalización pediátrica	20
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	23
2.1. Participantes	23
2.1.1. Criterios de inclusión	24
2.1.2 Criterios de exclusión	24
2.1.3. Criterios de selección del hospital	25
2.2. Instrumento	25
2.3. Procedimiento	26
2.4. Análisis de los datos	28
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	29
3.1. Creencias de la relación médico paciente asociadas al sistema de salud.....	29
3.2. Creencias generales de la relación médico paciente	31
3.3. Creencias específicas de la relación médico paciente en la hospitalización pediátrica..	32
3.3.1. El rol de la familia en la relación médico paciente durante la hospitalización pediátrica La relación médico paciente con el niño.....	33

3.3.2. Relación médico paciente con el niño	38
3.3.3. Características del médico pediatra	41
3.3.4. Aspectos conductuales del pediatra que favorecen la relación con el paciente pediátrico	44
3.3.5. Aspectos conductuales del pediatra que perjudican la relación con el paciente pediátrico	45
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	46
Conclusiones	60
Recomendaciones	63
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos	73



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: El sistema de salud como predeterminante de la relación médico paciente....	30
Figura 2: Creencias generales de la relación médico paciente	31
Figura 3: Rol de la familia en la relación médico paciente	34
Figura 4: Relación médico paciente con el niño enfermo	39
Figura 5: Relación médico paciente y las características del pediatra.....	42



INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) es una relación interpersonal que surge, a través de la comunicación (Ramos, 2008) que tiene por objetivo recuperar la salud del paciente. Para el médico y el paciente, dicha interacción puede verse influenciada por los diferentes significados que cada uno posee, los cuales están determinados por su conocimiento y experiencia personal (Ruiz, Rodríguez y Epsteinc, 2003). El éxito en esta relación terapéutica depende del tipo de vínculo que se establezca entre el médico y el paciente, para el caso de la presente investigación se da entre el pediatra, el niño y su familia, con la finalidad de poder identificar el diagnóstico y tratamiento adecuado que ayude a la recuperación progresiva del menor (Afonso y Nabalbo, 2012; D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio y Benitez, 2009).

Sin embargo, el logro de este objetivo puede verse influenciado por creencias que posee el médico pediatra, el paciente y la familia, ya que éstas funcionan como ideas preconcebidas que llevan a interpretar las diversas circunstancias de la vida cotidiana (Pajares, 1992; Garzón, 2006). Por ello ayudan a dar significado a lo que sucede en un entorno, hecho o problemas (Pomo-Reyna, 2013). Al mismo tiempo las creencias son un filtro de información que permiten la adaptación de las personas hacia el entorno, a través de la experiencia personal y social (Pajares, 1992). Esta razón, lleva a suponer que las creencias también tienen un componente afectivo que, a su vez, generan un impacto significativo en el pensamiento y las acciones de los individuos (Garzón, 2006; La Rosa, 2014). Por ende, podría impactar en el ejercicio profesional del médico y la forma en la que establece la relación con sus pacientes y familiares.

En este sentido, nos enfocamos sobre el médico pediatra que ejerce funciones en el área de hospitalización. En esta área los especialistas reciben niños que pueden ser derivados por consultorio externo, también llegan menores que han sufrido algún evento inesperado que impacta sobre su estado de salud (García y Flora de la Barra, 2005). Ante esto, el pediatra debe considerar que un niño es vulnerable por la enfermedad que lo hace llegar a la hospitalización y por su propia etapa de desarrollo, la cual será determinante para su desarrollo cognitivo, físico y socioemocional del menor en etapas posteriores (Irwin, Siddiqi y Hertzman, 2007). Por ello, las decisiones médicas que pueda ejercer este profesional sobre su paciente niño podrían impactar sobre su desarrollo físico, emocional y social. Por eso es preciso destacar la importancia de que estos especialistas establezcan una adecuada RMP considerando el ciclo vital y las particularidades de cada paciente (Beca, 1994).

De igual modo, otro aspecto importante que nos lleva a enfocarnos en la RMP dada por pediatras, son los problemas secundarios que manifiestan los niños durante a después de la hospitalización; entendiéndolos como aquellas manifestaciones emocionales y conductuales negativas que impactan sobre su bienestar integral. Cuando los menores son ingresados, deben adaptarse a una nueva realidad en la que dependen del médico pediatra y otros profesionales de la salud (Tarrillo, 2014). Ello puede tener consecuencias como la pérdida de la autonomía e intimidad, lo que podría aumentar los niveles de estrés y ansiedad que experimenta, con esto aparecen sentimientos de temor, inseguridad y miedo (López, 2011; Velásquez, 2014). En Chile el 25% de los menores de 18 años han sido hospitalizados al menos una vez en su vida. De ellos, el 37% presentó algún malestar psicológico (Alfaro y Altria, 2007). Esta realidad demuestra que una adecuada RMP, debería enfocarse en minimizar el impacto psicológico que provoca la hospitalización. De hecho, algunas investigaciones plantean que una buena RMP, favorece la adherencia al tratamiento y recuperación del paciente, a través de la comunicación y el apoyo médico (Camacho, Vázquez, Agazzi, Fernández, y Ferreira 2013).

Considerando lo mencionado en Chile, no se encontró información suficiente que describa nuestro contexto sobre la RMP durante la hospitalización pediátrica, por lo que refuerza la importancia de abordar la presente investigación. En nuestro país, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2016, el 51.2% de la población entre los 0 a 11

años han sufrido algún problema de salud, siendo 33.5% malestares o síntoma generados por alguna enfermedad y/o accidente (INEI, 2016). La carencia de información sobre el tema en mención hace suponer que los lineamientos de atención pediátrica se pueden estar basando en estudios de otras especialidades y experiencia profesional, recordando que la construcción de las creencias surge con la experiencia y la formación profesional.

Los estudios sobre la RMP enfocados en otras especialidades refieren que, los médicos creen tener una relación positiva con el paciente. Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud (INEI, 2014), los médicos entrevistados expresaron estar satisfechos con la RMP establecida durante la consulta. Señalaron que los factores asociados con la satisfacción de la atención dependen de la edad, el nivel socioeconómico, el tiempo de espera, y si se trata de un paciente nuevo o continuador. Por lo tanto, este estudio desde el punto de vista del médico podría evidenciar que la RMP depende de otros factores ajenos a su ejercicio profesional.

Por otro lado, en estudios sobre la hospitalización pediátrica realizados en otros contextos como Argentina, Montesi y Álvarez (2016) refieren que las madres expresaron no sentirse satisfechas con la atención recibida por parte del especialista. Según mencionaron no se sintieron escuchadas y la información que recibieron les resultó compleja de entender. En otras investigaciones, los familiares expresaron que no conocen a todos los médicos especialistas y el pediatra no les informó sobre el estado de salud de su familiar (Yépez, 1998; González et. al, 2004; Jaramillo, Pinilla, Duque y Gonzáles, 2004).

Es conveniente resaltar la importancia de considerar la participación de los padres y/o familia, ya que el cuidado principal del niño depende de sus padres. La presencia de los padres ayuda a minimizar los efectos negativos de la hospitalización como la angustia o el miedo, y facilita la cercanía entre el pediatra y el niño. Los padres son el medio de información para que el médico pueda indagar sobre las causas de la enfermedad. Asimismo, son los responsables del cumplimiento de las indicaciones médicas y recuperación progresiva e integral de los menores (Grau y Fernández, 2010). Sin embargo, los padres podrían estar afectados emocionalmente, sobre todo, si la enfermedad apareció inesperadamente, por lo que el pediatra podría encontrarse con padres en fase de negación, miedo, angustia y confusión (Sánchez, 2012) lo que podría dificultar la RMP durante la hospitalización.

Por estas evidencias es importante enfocarnos en el médico pediatra y específicamente en aquellos que trabajan en el área de hospitalización, ya que interactúan terapéuticamente con el menor y sus decisiones médicas impactarán sobre los aspectos físicos, biológicos y psicológicos del paciente. Considerando que, estas decisiones son parte de sus creencias, las cuales son un bagaje de información que contiene ideas preconcebidas según su experiencia personal y profesional (Pajares, 1992; Pomo-Reyna, 2013).

Conocer qué piensa el médico pediatra sobre la RMP durante la hospitalización, puede contribuir a comprender cómo ellos interactúan y establecen el vínculo con el niño enfermo y su familia, esto permitirá reconocer las formas de comunicación y los posibles cuidados médicos hacia el menor para su recuperación integral. Además, con este estudio se podrá observar al pediatra desde una posición real, es decir, observarlo como una persona que también percibe su entorno subjetivamente y no solo desde la visión de sus conocimientos.

Con esta investigación se espera lograr mayor conocimiento sobre las posibles discrepancias entre lo que cree el médico pediatra sobre el niño enfermo y su familia durante la hospitalización, así como motivar el interés de continuar investigando en temas sobre RMP en nuestro contexto. Sobre todo, se busca incentivar a las personas pertinentes para planificar, implementar o reestructurar políticas públicas que contribuyan al desarrollo de un sistema de salud adecuado al ciclo vital de cada niño, ya que algunas veces las acciones del profesional de la salud no se ciñen a las normas establecidas (Gamboa y Valdés, 2015). Todo con la finalidad de mejorar la calidad de atención durante la hospitalización pediátrica en beneficio del niño, su entorno y del profesional de la salud.

Tras conocer las implicancias de la RMP en pediatras durante la hospitalización y la existencia de un vacío en la bibliografía sobre lo que cree este especialista durante su relación con el niño enfermo y su familia, nos preguntamos cuáles son las creencias sobre la relación médico-paciente en pediatras que atienden en la hospitalización en un hospital de Lima Metropolitana. Para responder esta pregunta se planteará el diseño fenomenológico que permitirá explorar la experiencia individual y subjetiva de los pediatras sobre su relación con el niño hospitalizado.

CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1. Médico pediatra

En nuestro país el médico pediatra, es aquel especialista que atiende pacientes recién nacidos hasta los 18 años (Ministerio de Salud, 2007). Esto lleva a suponer que este especialista ejerce el cuidado de la salud integral durante la infancia y la adolescencia tratando de interpretar, hallar y aplicar soluciones terapéuticas para la recuperación del niño o/y adolescente enfermo (Díaz, Marín y Muñoz, 2013). De tal manera que, el pediatra como figura de saber y autoridad en temas de salud, debe ser consciente de la influencia que posee en la sociedad, con esto podría asegurar una relación de calidad con su paciente y familia (Moreno, Roales y Blanco, 2006). En este sentido, existen estudios que evidencian que el paciente no puede alcanzar por si solo su recuperación, sobre todo cuando se trata de menores, es necesario que el médico ejerza su autoridad sobre las decisiones del paciente y la familia, basándose en su conocimiento y experiencia. Para lograrlo, este especialista debe transmitir la confianza y seguridad que permitan cumplir con el diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente (Afonso y Nabalbo, 2012).

Según los autores Bitran, Zúñiga, Lafuente, Viviani y Mena (2005) para el desempeño profesional del médico pediatra no basta con la experiencia y formación profesional, también es importante que como ser humano reconozca sus rasgos personales, es decir sus fortalezas y debilidades para mantener una buena interacción con el paciente niño y su familia. El estudio de estos autores en Chile muestra que los pediatras tienen tendencia a la empatía y extroversión, los cuales son características que facilitan la interacción con niños y/o adolescentes (Bitran, Zúñiga, Lafuente, Viviani y Mena, 2005). También, se encontró una investigación que evidencia características específicas de la personalidad de quienes eligen la especialidad de pediatría. La investigación realizada en el

Instituto Nacional de Pediatría en México evaluó los aspectos psicológicos de 44 médicos, hallando que el 77.3% tiene actitud de servicio. Según los rasgos de personalidad, el 95.5% parece tener tendencia a la depresión y el 90.0% a la somatización. Mientras que, el 65.9% tiene capacidad para controlar la ansiedad y el 40.9% puede tolerar la frustración y manejar su emotividad (Bustamante, Rosas, Barcelata, Vásquez y Espinoza, 2014).

Lo anteriormente expuesto es importante, ya que la bibliografía hace referencia a dos tipos de relación médico paciente que podría depender de los rasgos de personalidad de este especialista para establecer una relación profesional con su paciente y familia. El primero es la RMP paternalista, se da cuando el médico tiene una actitud autoritaria, de modo que se relaciona con su paciente imponiendo su saber médico y no establece una relación empática con él y su familia. Y el segundo es la RMP super-subjetivo, en este caso el pediatra tiene una actitud de benevolencia exagerada por su paciente, la cual se evidencia por una preocupación excesiva para el cumplimiento de las recomendaciones médicas (Mazo, 2006, Arrubarrena, 2011). De manera que, algunos rasgos de la personalidad del pediatra podrían influenciar en la construcción de esta relación. Incluso, el mencionado estudio del Instituto Nacional de Pediatría en México evidencia la aparición de comportamiento autoritario y ansioso, y sentimientos y emociones de enojo y tristeza frente a la problemática de salud del menor, los cuales podrían ser determinantes para establecer la RMP (Bustamante et. al, 2014).

1.2. Relación Médico Paciente en la hospitalización pediátrica

La relación que el pediatra establece con su paciente en la hospitalización pediátrica es un elemento básico para su ejercicio profesional. Dicha relación es entendida como el acercamiento del niño que tiene algún problema de salud, hacia el pediatra que cuenta con conocimientos específicos para ofrecer una solución terapéutica a su dolencia (Cortese et. al, 2004). También puede definirse como la interacción de dos personalidades, culturas y estados afectivos diferentes (Sánchez y Contreras, 2014). Es una relación que surge de una interacción simple, algunas veces distante, hasta convertirse en un encuentro humano, a través de la comunicación y la empatía. En ella, además, hay un intercambio de valores como

la solidaridad, el respeto y reconocimiento del otro (Beca, 1994; Rillo, Vega y Duarte, 2013). Para que finalmente se convierta en una relación interpersonal, amistosa y de confianza (Cortese et. al, 2004; Leal y Plata, 2012).

Para Fernández, G. (2010), en este encuentro profesional, también, es conveniente que el pediatra durante la construcción de la RMP en la hospitalización observe al niño desde su ciclo vital ya que, todas sus dimensiones fisiológicas, cognitivas y emocionales se encuentra en plena maduración, crecimiento y desarrollo, los cuales están en constante interacción con el medio que lo rodea (Irwin et. al, 2007; Figueiras, Neves de Souza, Ríos y Benguigui, 2011). En este sentido, el pediatra tiene que reconocer que el niño se encuentra en mayor vulnerabilidad, y más aún cuando es afectado por alguna enfermedad alterando su bienestar integral (Fernández, G.,2010).

Para lograrse la RMP en la hospitalización pediátrica es necesario que el especialista considere la edad y desarrollo psicológico tanto del paciente, como de su familia y que decida el tipo de lenguaje más adecuado para comunicarse con ellos, así como para seleccionar apropiadamente el tipo de información a solicitar (Rodríguez, 2003). De tal manera que, el médico tendría que hacer uso adecuado de la comunicación para ofrecer información necesaria y hacer participar al paciente; según su ciclo vital, y/o familia en la toma de decisiones terapéuticas, recuperación y cuidado del niño hospitalizado (Beca, 1994).

Dentro de los aspectos influyentes que el pediatra puede emplear durante la RMP en la hospitalización, se encuentran las habilidades en las técnicas de entrevista para establecer el diálogo terapéutico. A nivel comunicacional, se encuentran la expresión verbal y no verbal, como el lenguaje, la autoobservación y la escucha activa (Reyes, Gheorghiu y Mulligan, 1998; Cortese et. al, 2004). Estos elementos son importantes porque generan un marco de confianza en el paciente que, a su vez, fortalece la relación con el médico tratante (Castañeda, 2013).

En la hospitalización estos elementos son necesarios para facilitar la adaptación del niño enfermo y de su familia, ya que durante los primeros encuentros el médico es un desconocido, por lo que será necesario que el pediatra transmita confianza y empatía, para evitar el rechazo del menor (López, 2010). Por ello, las autoras Sánchez y Contreras (2014)

expresan que, recopilar la información física y emocional que pueda manifestar el paciente niño, genera una RMP positiva a largo plazo, necesaria para la permanencia del niño enfermo que dependerá de la evolución de la enfermedad y eficacia del tratamiento. Además, cuando el pediatra emplea estas herramientas el paciente y su familia pueden percibir el respeto e interés de este profesional (Rodríguez, Blanco y Parra, 2009; Sánchez y Contreras, 2014).

Se puede considerar que la hospitalización es la separación del niño enfermo de su entorno familiar hacia un espacio desconocido. En palabras de Gellert: “para el niño el hospital es como un país extranjero a cuyas costumbres, lenguaje y horario debe acostumbrarse” (como se cita en Herrero, 2014, p. 14). Estudios revelan que los niños hospitalizados pueden presentar niveles altos de estrés, depresión, ansiedad, síntomas somáticos y conductas desadaptativas (Herrero, 2014; López, 2011; Tarrillo, 2014). Autores como Cruz, Hernández y Pérez (2017) indican que la hospitalización podría producir en el menor y en su familia malestares psicológicos como ansiedad, miedo e inseguridad. Incluso, esta nueva situación puede reestructurar la dinámica familiar aumentando las preocupaciones de sus miembros (Grau y Fernández, 2010; Cruz, Hernández y Pérez, 2017).

Ante la perturbación del niño y su familia por el contexto de la hospitalización es necesario considerar lo dicho por Adis (1991) es vital que el médico pediatra durante la relación con su paciente hospitalizado evite confundir el empleo de los elementos instrumentales y/o expresivos para que pueda establecer una adecuada RMP; el primero alude a la aplicación de los conocimientos teóricos y científicos del profesional para determinar un diagnóstico. Y el segundo, aborda la destreza, habilidad y humanidad del pediatra, la cual será percibida por el paciente y su familia. Este último elemento incluye la RMP, ya que ésta depende de la capacidad interpersonal del médico para poder interactuar con el menor (Adis, 1991).

A pesar de lo descrito no se encontró investigaciones que evidencien la experiencia del médico pediatra sobre su relación con el niño hospitalizado, sin embargo, si se halló estudios de la RMP en el consultorio pediátrico que permiten observar lo que sucede en este encuentro profesional. En un estudio sobre la humanización en la pediatría, los pediatras consideraron que el médico debe hacer uso de la comunicación para explicar adecuadamente al niño y/o familia sobre el proceso de la enfermedad (Oliveros-Donohue, 2015). Además,

otra investigación sobre “¿De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil?” participaron 5 pediatras, su hallazgo muestra que existe una adecuada comunicación entre pediatras y madres cuando este profesional de la salud emplea palabras sencillas, y cuando la madre puede entender los temas en salud que aqueja a su hijo (Nunes y Ayala, 2011). Asimismo, se encontró un estudio que recoge el punto de vista de 5 pediatras, mostrando que estos especialistas se encuentran satisfechos con su trabajo, porque ellos atienden al niño enfermo de manera integral. La mayor parte de los participantes expresaron la importancia de entablar un buen vínculo con la familia, el cual favorece el acercamiento hacia sus pacientes niños (Pueyo, Baranda, Valderas, Starfield y Rajmil, 2011).

Llama la atención una investigación que revela una aparente insatisfacción reflejada en niños y adolescentes hacia la relación con su médico. El estudio sobre experiencia del paciente en urgencias: “¿Qué opinan los niños y adolescentes?”. Esta investigación menciona que el 19,4% de los niños piensan que la espera en la atención fue larga y el 46,2% opinaron que las actividades lúdicas fueron inadecuadas. Asimismo, 4.6% piensa que los médicos no le explicaron adecuadamente el procedimiento y el 23% afirmó que no tuvieron privacidad (Parra, Vergés, Carreras, Blesa, Sainz de la Maza y Luaces, 2017)

Incluso, también se encontró una investigación sobre los profesionales de la salud como fuentes de información de Montesi y Álvarez (2016) donde las madres afirmaron la falta de relación interpersonal con el médico pediatra. Se halló la existencia de un conflicto informacional y la percepción de información contradictoria, y la desigualdad de la RMP. Las madres entrevistadas aseguraron que, la información que recibieron fue insuficiente para la solución de sus problemas, choca con sus expectativas, valores, instinto y sentir. Algunas madres califican la interacción con el médico como ausencia de sintonía, ya que sienten un trato despersonalizado, y porque los pediatras no se implican con ellas. Así como también, el pediatra no mira, no saluda o no toca al niño (Montesi y Álvarez, 2016).

Tampoco se encontró estudios que evidencien que la buena RMP en la hospitalización pediátrica favorezca a la adherencia al tratamiento, sin embargo, existen algunos estudios sobre la RMP en el consultorio pediátrico que señalan que una relación positiva entre especialista y paciente favorecen el éxito del tratamiento, basándose en la

intervención integral del médico. El estudio sobre adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1, entrevistó a 25 adolescentes entre 10 y 19 años en Montevideo. Los hallazgos encontraron que el éxito a la adherencia al tratamiento está relacionado con los aspectos positivos del apoyo profesional del médico pediatra a través de la RMP, y de manera externa con el apoyo de la familia y amigos (Camacho, Vázquez, Agazzi, Fernández y Ferreira, 2013).

Estos estudios muestran que el médico pediatra, el niño enfermo y su familia podrían tener opiniones diferentes sobre la RMP durante la hospitalización, por lo que sería relevante analizar las creencias sobre la relación médico paciente en aquellos pediatras que atienden en la hospitalización y por carecer de información bibliográfica en este contexto de vulnerabilidad para el menor.

1.3. Las creencias

Según Díez (2017), las creencias se construyen a través de ideas preconcebidas conscientes e inconscientes a lo largo de la vida que producen un juicio o conclusión sobre un hecho particular, lo que permite interpretar las diversas circunstancias de la vida cotidiana. Ante esto se considera que las creencias tienen tres mecanismos que dan paso a la interpretación de lo que sucede en un contexto determinado; el cognitivo, el afectivo y el conductual, procesos que llevan a las personas hacer valoraciones según la experiencia que van adquiriendo (Zavala y Rokeach, 1970). Autores como Garzón (2006), La Rosa (2014) y Díez (2017), aseguraron que las creencias primero se instalan en lo cognitivo, sin embargo, se vuelven fuertes cuando están ligadas a lo afectivo y se evidencian a través de los pensamientos, sentimientos y acciones. De acuerdo con Zavala y Rokeach (1970) las creencias tienen mayor centralidad e importancia para la persona cuando se encuentra interactuando constantemente en el contexto donde se generó.

Las creencias se transmiten a través de definiciones, opiniones, la manifestación de los deseos, representaciones, interpretaciones, otras creencias, ideas, sentimientos, actitudes, valores y símbolos (Cortese et. al, 2004; Defez, 2005; Fernández, 2006; Garzón, 2006). Sin

embargo, pueden variar según el contexto de cada persona, de su propia jerarquía de valores, por la unión de ideas, por la fe religiosa y por ideologías políticas (Fernández, 2006).

1.3.1. Creencias y relación médico paciente en la hospitalización pediátrica

Se podría suponer que las creencias del pediatra sobre la RMP pueden estar basadas en dos componentes que se derivan del sistema de creencias de salud: la primera es la meta que tiene el pediatra para lograr la recuperación de su paciente niño. La segunda es la estimación que hace este especialista sobre su decisión para llegar a la curación, la cual puede estar dirigida por sus deseos y sentimientos (Moreno y Roales-Nieto, 2003). En otras palabras, las creencias sobre la RMP pueden darse por las expectativas que tenga el especialista sobre la recuperación de su paciente niño. Incluso, puede contar con ideas preconcebidas basadas en su experiencia con otros casos similares. Este profesional de la salud puede no tener un bagaje de información adecuada sobre su paciente, pero tiene la capacidad de confiar en sus conocimientos para poder interactuar con ellos y sus familias, y poder actuar sobre la enfermedad (Dewey, 1989; Fernández, 2006; Otamendi, 2009).

Conocer esta definición, nos permite observar que el médico pediatra tiene creencias, las cuales se construyen sobre sus conocimientos y experiencia laboral, de manera que este profesional de la salud tiene convicción en el conocimiento que va adquiriendo, para luego plantear soluciones según el padecimiento de sus pacientes (Garzón, 2006). Esto le permite reconocer los síntomas, interpretar, diagnosticar y, sobre todo, disminuir las conductas de riesgo de los pacientes (Berenzon, Hernández y Saavedara, 2001; Moreno, Roales y Blanco, 2006). Sin embargo, no solo importan sus creencias respecto a los conocimientos que son necesarios para ejercer adecuadamente la medicina, también es necesario que desarrollen creencias respecto a la importancia de reconocer su carácter, estilos de comunicación, limitaciones personales, manejo de conflictos y disposición de recurrir a otro colega para hacer una interconsulta, recordando que también pueden existir creencias conscientes que permiten interactuar con el entorno (Sánchez y Contreras, 2014; Díez, 2017).

Desde una perspectiva macro, la formación de creencias del médico sobre cómo hacer su trabajo y establecer la RMP, también dependerá de la sociedad y cultura a la que pertenece. Es de ellas de donde obtendrá significados, experiencias y referentes que estructurarán su forma de ver y entender el mundo. Tal como dice Garzón (2006), las creencias son parte de la construcción individual y social de cada persona. Por ello, el médico a través de sus creencias puede afirmar o rechazar una ley, principio o teoría asociada a su ejercicio profesional. La descripción de estos indicios teóricos y prácticos llevan a considerar que la RMP estaría influenciada por las creencias de los médicos, considerando que éstas cumplirían un rol importante al momento de aconsejar a sus pacientes sobre los hábitos de salud en los que deberían incurrir para recuperar la salud (Moreno, Roales y Blanco, 2006).

Estudios como el de Curlin, Lawrence, Chin y Lantos (2007) encontraron que las creencias personales del médico pueden influir en su ejercicio profesional. Dichos autores, en su estudio sobre Religión, Conciencia y Prácticas Clínicas realizado en Estados Unidos hallaron que, algunos de los médicos participantes no estaban de acuerdo con ir en contra de su religión. El 29% de ellos ocultaban información y se resistían a derivar a sus pacientes hacia otros colegas por sus creencias religiosas. Esto debido a que, el 42% no está de acuerdo con el control de la natalidad en los adolescentes sin el consentimiento de sus padres y el 52% refutaba en contra del aborto. Siguiendo a los autores mencionados y a Garzón (2006), las creencias personales y profesionales de los médicos podrían influenciar en la relación con sus pacientes y los procesos terapéuticos que recomiendan ya que, las creencias varían según el contexto, la religión u otros tipos de creencias (Fernández, 2006).

Se encontró estudios que permiten observar la influencia de las creencias sobre el cuidado de la salud. La investigación realizada por Cardona (2012) sobre el sistema médico tradicional de comunidades indígenas muestra que las creencias son un determinante para cómo se abordan los temas relacionados a la salud. Este sistema médico tradicional; conformado por curanderos y parteras, se caracteriza por conservar su identidad para definir las relaciones culturales, ello permite prevenir, curar, restaurar y preservar la salud (Cardona, 2012). Otra investigación sobre percepciones y creencias en torno a la salud evidencia que los curanderos no hacen una división entre salud mental y salud en general. Esto impacta positivamente en la recuperación de los pacientes, ya que expresan preocupación, tienen un

servicio personalizado y su lenguaje es sencillo. Por ello, las personas presentan fe y confianza en las habilidades del curandero para recuperar su salud. (Berenz, Hernández y Saavedra, 2001).

Mientras que, existen algunos estudios que permiten observar la desconfianza del paciente hacia el médico científico, como lo hallado por Franco y Pecci (2002) que exploraron sobre la relación médico-paciente tanto en casos donde se aplicó la medicina científica, como terapias alternativas. Los autores encontraron que el 55% de los pacientes que utilizaron terapias alternativas (ej. hierbas medicinales), consideraron no conveniente discutir su uso con el médico científico, ya que sienten insatisfacción en las formas que el doctor encontró las causas de su enfermedad y tratamiento, además sienten desconfianza hacia la medicina científica (Franco y Pecci, 2002).

Los resultados del mencionado estudio permiten, también, reflexionar sobre la necesidad de conocer si el pediatra logra identificar las creencias de la familia sobre el cuidado del niño. A través de la buena RMP se podría ayudar a disminuir las conductas de riesgo hacia la salud (Ramahlo, 2008). Se sabe que existen prácticas y creencias culturales que pueden impactar sobre la salud de los niños; de hecho, una reciente investigación en un grupo de madres en Colombia observó que el 52% de las prácticas de cuidado en niños menores de un año, son un riesgo para la salud como, por ejemplo, colocar un botón en el ombligo para evitar la aparición de hernias. Ante esto el médico pediatra debe aprender a reconocer la connotación del significado de las creencias de la familia, de este modo su relación con ellos tendría mayor acercamiento y podría fermentar los beneficios de la medicina científica con éxito (Rodríguez, 2014).

Parece quedar claro que las creencias sobre RMP dependen de un conjunto de elementos relacionados con la experiencia profesional y las características personales y sociales del pediatra, las cuales se pueden evidenciar al establecer la RMP con el niño y su familia (Beca y Astete, 2015). Por ello, considerando la relevancia del tema y la falta de estudios en nuestro país, se planteó el objetivo de explorar las creencias sobre la relación médico-paciente en pediatras que atienden en la hospitalización en un hospital de Lima Metropolitana. Específicamente, describir las creencias del pediatra entorno a su relación con el niño hospitalizado y describir las creencias del pediatra sobre su relación con la familia.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de naturaleza cualitativa – exploratoria, por lo que se utilizó el método fenomenológico, se empleó este diseño para el recojo y análisis de los datos que comprenden la naturaleza del ser humano y el fenómeno a estudiar, a través de la herramienta del lenguaje. Esta metodología se dirigió hacia la experiencia individual y subjetiva de cada participante frente a un mismo evento (Martínez, 2006) y trató de conocer interpretaciones, discursos, puntos de vista, las imágenes, representaciones o significados según las experiencias de cada participante, a través del análisis de las opiniones y el diálogo (Rodríguez, Gil y Gracia, 1996; Mazo, 2006; Salgado, 2007; Hernández, Fernández y Batista, 2014). Esto permitió explorar las creencias sobre la relación médico-paciente en pediatras que laboran en un hospital de Lima Metropolitana, específicamente en el área de hospitalización.

2.1. Participantes

Los participantes considerados para este estudio fueron 8 médicos especialistas en pediatría (5 hombres y 3 mujeres), la mayoría de ellos tiene una subespecialidad en esta área. La aproximación a los especialistas fue por conveniencia, para facilitar la obtención de información dentro de un rango de tiempo reducido. El número total de la muestra fue determinado por saturación, es decir hasta que la información recolectada empezó a repetirse o ser similar (Alvares, 2003).

Se decidió elegir médicos pediatras que trabajan en el área de hospitalización de un hospital de Lima Metropolitana por ser los primeros profesionales de la salud en entablar contacto directo con los niños hospitalizados y sus familias. Estos médicos se encuentran a cargo de hacer las evaluaciones pertinentes, ya que pueden determinar si el niño que es llevado por emergencia y/o por consultorio externo requiere ser hospitalizado, considerando que el menor transita por un ciclo vital de vulnerabilidad y pueden adquirir cualquier enfermedad intrahospitalaria (Minsa, 2007).

2.1.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron aquellos médicos que tienen la especialidad en pediatría, con experiencia laboral igual o mayor a 5 años; antes de este periodo los médicos se encuentran en formación académica y práctica de la especialidad (Inga, Toro, Arestegui, Torres y Taype, 2016). Se consideró que estos especialistas se encuentren nombrados por el Ministerio de Salud, con una jornada de trabajo de 150 horas al mes, siendo 7 horas por día, distribuidas en atención del consultorio, hospitalización y docencia, estos profesionales de la salud atienden a menores de todas las edades.

2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron a los médicos residentes en pediatría, porque se encuentran en un proceso formativo de la especialidad que comprende la obtención de habilidades asistenciales, académicas, investigativas y de docencia (Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME) et. al, 2017). Tampoco se consideró aquellos médicos que no se encuentran nombrados por el Ministerio de Salud, porque se requirió especialistas que laboren tiempo completo en el hospital. Fueron excluidos de la investigación los especialistas en neonatología que son médicos que solo se enfocan en el cuidado del recién nacido (Ota, 2018). Y, por último, se evitó estimar a los pediatras que realizan exclusivamente consultorio externo, porque su trabajo está orientado a la solución precisa e inmediata de los problemas

de salud que pueden aquejar al niño en el momento, a través del control, prevención y promoción de la salud (Vásquez y Reynes, 2014).

2.1.3. Criterios de selección del hospital

El criterio de selección del nosocomio fue intensional por ser un hospital docente. Se consideró esta característica, porque un hospital docente es aquella institución que fomenta la capacitación de los profesionales de la salud, a través de oportunidades de desarrollo y de la investigación en temas de salud en todos sus ámbitos (Dvoredsky y Rosselot, 2009; Civeira, 2010). Por tal motivo, el proceso institucional y la disposición para contactar con los médicos especialistas para la recolección de la información fue de acceso rápido y adecuado (Quintana, 2006; Hernández, Fernández y Batista, 2014).

2.2. Instrumento

La recolección de los datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada; herramienta abierta y flexible que permitió explorar la subjetividad de los participantes (Hernández, Fernández y Batista, 2014),

Este proceso permitió construir cinco ejes pertinentes para la recolectar la información basada en la revisión teórica. El primer eje fue el significado del ser médico y del paciente niño, esto enfocado en la experiencia del médico como sujeto de saber (Moreno, Roales y Blanco, 2006). El segundo eje, la RMP, tuvo la finalidad de conocer la opinión del pediatra sobre su relación con el niño y familia a través de su experiencia. El tercer eje se planteó en base a las emociones y sentimientos del pediatra en la RMP, considerando que las creencias tienen un componente afectivo que puede generar un impacto significativo en el pensamiento y acciones de los especialistas (Garzón, 2006; La Rosa, 2014). El cuarto eje estuvo orientado a los factores internos y externos que influyen sobre esta relación (Giron, Begoña, Medina y Simón, 2002; Loayssa y Gonzáles, 2001). Y, el quinto eje fue la experiencia personal y profesional del médico pediatra, según la literatura las creencias se

forman por la sociedad y cultura a la que pertenece cada persona para interactuar con el entorno (Dewey, 1989; Fernández, 2006; Otamendi, 2009).

Luego, para considerar la validez y credibilidad del instrumento se usó la revisión teórica y la consulta de investigadores expertos en el tema (Palacios, Sánchez y Gutiérrez, 2002); un médico residente en pediatría, a un médico especialista en el área de estudio y a un médico docente en investigación; este último fue el asesor que exigió el hospital donde se llevó a cabo el estudio. Posteriormente, se incorporó las sugerencias de los expertos y se procedió a realizar el piloto a 2 médicos pediatras del staff; que no fueron parte de la muestra final. Así se validaron los ejes y preguntas de la entrevista semiestructurada.

2.3. Procedimiento

El contacto inicial con el hospital elegido para esta investigación y la solicitud de los permisos correspondientes se realizó a través del área académica y del Comité de Ética de dicho nosocomio; quienes revisaron el proyecto de tesis para su respectiva evaluación y aprobación, cumpliendo con las consideraciones éticas del estudio y los requisitos exigidos, y se buscó un asesor médico del hospital a solicitud de la institución.

Con ayuda del asesor designado y del apoyo del Cuerpo Médico del nosocomio, se contactó a los pediatras a entrevistar, se recibió una lista de nombres, apellidos y teléfonos celulares de todos especialistas en el área de estudio, se coordinó la disponibilidad de fecha, hora y ambiente; consultorio, aula docente o/y área pediátrica, para llevar a cabo las entrevistas.

Luego, se procedió a realizar el piloto que se basó en la conversación con 2 médicos especialistas para la construcción de significados sobre el fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Batista, 2014), estuvo guiado por las preguntas consignadas en el instrumento. Las entrevistas piloto tuvieron una duración de 60 minutos aproximadamente. Se entregó antes de su inicio el consentimiento informado especificando el objetivo del trabajo, uso de la información y confidencialidad de los datos personales. Con los resultados del piloto se reformuló y ordenó la secuencia de las preguntas. Además, sirvió para identificar aquellas

interrogantes que repetían información. Asimismo, facilitó identificar y establecer las categorías adecuadas para el estudio.

Después de las correcciones pertinentes del instrumento se procedió a su aplicación formal. Cada entrevista tuvo una duración de una hora aproximadamente y con la anticipación debida se alcanzó al entrevistado el documento de consentimiento informado. Todas las entrevistas fueron grabadas, con el debido consentimiento de los participantes, de manera que se pudiera captar la experiencia de los médicos pediatras frente al fenómeno estudiado. Además, ayudó al control de los sesgos por parte de la investigadora al momento de realizar el análisis de la información. El equipo de grabación estuvo a la vista de cada participante, por tanto, todos tuvieron conocimiento de los momentos de inicio y término de las grabaciones.

Se realizó las transcripciones de las grabaciones de todos los participantes a fin de facilitar la organización y análisis de la información recolectada. Cabe resaltar que, fueron 9 audios, de los cuales un audio se dañó perdiendo la información almacenada, en total se llegó a transcribir 8 audios. En esta parte del proceso, para controlar y reducir los riesgos de la investigación, se contó con el apoyo de una experta en transcripciones. De esta manera se buscó asegurar mayores niveles de rigurosidad y confiabilidad en el tratamiento de la información.

Las consideraciones éticas para el estudio fueron abordadas a través de la solicitud de la participación voluntaria de todos los médicos especialistas. Se brindó información detallada sobre el objetivo del estudio, el uso de los datos recolectados y la confidencialidad de estos. Tales consideraciones fueron expuestas explícitamente en el consentimiento informado que se entregó a cada uno de ellos antes de iniciar la entrevista (González, 2002). Asimismo, para la descripción de los resultados se empleará seudónimos que protejan la identidad de los participantes. Y, al término de la investigación se entregará a la institución una copia del estudio, con la finalidad que los participantes puedan tener acceso a los resultados.

2.4. Análisis de datos

Para organizar los resultados se realizó una base de datos en el programa Excel (en su versión en español 2016). De manera deductiva la información se ordenó por temas generales para tratar de observar los temas en base a los ejes planteados en la entrevista semiestructurada (Abreu, 2014), se construyó las siguientes categorías: significado de ser médico y ser paciente niño, RMP, emociones y sentimientos del pediatra en la RMP, factores internos y externos que influyen sobre la RMP, y experiencia personal y profesional del médico pediatra.

Luego, se observó que la información ordenada de manera deductiva necesitaba ser clasificada en análisis de contenido por los temas nuevos que surgían, con la finalidad de ordenar estas nuevas categorías en temas específicos (Moreno, Santos, Ramos, Sanz, Fuentes y Del Villar, 2002). Según Fernández (2002) y Abreu (2014), este análisis facilita el orden y clasificación de la información expresada por los participantes, mediante la identificación y descripción del fenómeno estudiado para conocer características comunes que se reflejan en un contexto determinado.

Para ello se elaboró una segunda base de datos en el programa Excel (Versión en español 2016) y se siguió los siguientes pasos para aplicar esta metodología; de toda la información deductiva se seleccionó las citas relevantes para establecer los códigos pertinentes para la nueva categorización. Después, se identificó las ideas repetidas por los participantes para la construcción de temas generales y específicos. Con ello se procedió a identificar los temas dirigidos al objetivo de la investigación y finalmente, se realizó un análisis general de la subjetividad de los participantes frente al fenómeno estudiado y la bibliografía obtenida en el marco teórico de la investigación (Moreno et al, 2002; Averbach y Silverstein, 2003).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

El objetivo general de la presente investigación fue explorar las creencias sobre la relación médico-paciente en médicos pediatras que atienden en el área de hospitalización en un hospital de Lima Metropolitana. La descripción de los resultados se inicia con los aspectos que se desprenden del sistema de salud que pueden impactar sobre la RMP. Luego, se describirán los aspectos generales de la RMP, y posteriormente se presentan los hallazgos específicos sobre la relación médico paciente en la hospitalización pediátrica.

3.1 Creencias de la RMP asociadas al sistema de salud

La RMP es contextualizada en el sistema de salud, la cual afecta tanto al paciente como al médico. Los pacientes son afectados por el maltrato que reciben del personal administrativo; como el personal de seguridad y/o las enfermeras, como se aprecia en las siguientes citas.

"(...) una relación puede ser desde el momento que entró y fue tratado mal por el wachiman, por un sistema engorroso, que el trámite se borre, que el papel se borre a la mitad, entonces, esa persona per se, llega predispuesto a la relación (...)" (Dr. Enrique).¹

Así mismo, los pacientes sufren por ineficiencias propias del sistema de salud.

"(...) el sistema de salud, el principal problema del sistema de salud en la RMP no es el médico, son los administrativos, maltratan al paciente, o sea es el paciente que llega acá 6, 7 de la mañana hacer cola, y

¹ A partir de aquí se inicia el uso de seudónimos para conservar la confidencialidad del estudio.

luego le dicen, lo acabo de ver, el doctor Lizardo no atiende el día de hoy, más de 20 años que yo atiendo martes y viernes, por qué, porque se equivocó la secretaria de arriba y los de acá abajo no se dignaron en decir el doctor Lizardo atiende este día y este día, por qué lo están cambiando, llamar y confirmar, no pum! Ellos me movieron fue todo un desbarajuste, (...) administrativos para mi es, el maltrato que les dan a los pacientes es lo que va en contra" (Dr. Lizardo).

Por su parte los médicos son afectados por las políticas del Ministerio de salud, específicamente mencionan que hay un énfasis en los derechos de los pacientes, pero se invisibilizan los deberes de los pacientes.

"(...) la RMP se ha trastocado, porque una política del ministerio hace ver que el paciente tiene derechos, que los tiene, pero no le hace ver sus deberes (...)" (Dr. Juan Diego).

Así mismo, los médicos señalan que no se cuenta con el presupuesto suficiente para brindar los tratamientos que los pacientes necesitan.

"(...) aquí se depende de lo que da el Estado, todo eso deteriora la RMP, un cirujano quiere operar un paciente, pero al paciente no lo pueden operar porque no hay medicina, porque no hay sala, porque no hay esto, entonces posterga, obviamente eso deteriora la RMP (...)" (Dr. Juan Diego).

Los médicos también consideran que no están bien pagados, razón por la cual se verían obligados a buscar otros trabajos. Todo esto terminaría afectando la RMP, como se sintetiza en la Figura 1.

"Yo, estoy atendiendo un paciente acá, pero tengo una consulta en la tarde, lo tengo que hacer porque el sueldo del hospital no me alcanza, entonces tengo que tener un trabajo extra, eso dificulta la atención, eso va hacer que yo realmente trate de atender lo más rápido al paciente del hospital, y tratar de irme un poco más temprano, para poder atender al paciente para tratar de sobrevivir, eso puede afectar la relación con el paciente" (Dr. Carlos).

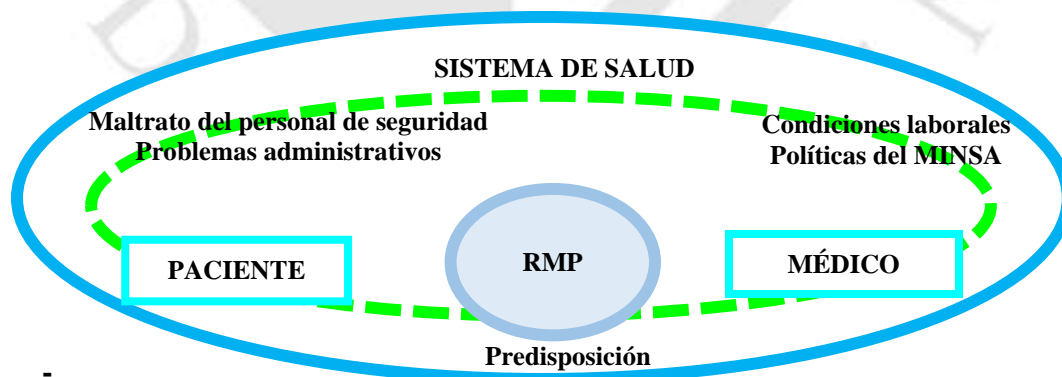


Figura 1 El sistema de salud como predeterminante de la RMP

Los entrevistados resaltaron un aspecto positivo del sistema de salud que hace referencia al conjunto de médicos que trabajan en el hospital, mencionaron que los pacientes deben sentir confianza de asistir al hospital, porque el equipo médico de la institución comparte la misma formación profesional.

"(...) que los pacientes se sientan en la confianza de seguir dependiendo de la institución, si estoy en un contexto que los médicos como en otras sedes son varios los tratantes, que ellos se sientan en confianza del sistema, somos de la misma escuela decimos, entonces no importa que sea yo, o sea que no cree esa dependencia no! siempre habrá un médico que lo va a atender, somos de la misma escuela, manejamos los mismos conceptos, va a hacer tratado de la misma manera que venimos trabajando" (Dra. Maricielo).

3.2 Creencias generales de la RMP

A pesar de los aspectos que se desprenden del sistema de salud, los médicos definieron y caracterizaron la RMP como una relación abierta y de respeto, sostenida por el diálogo en ambos sentidos.

"(...) es una relación que debe ser muy abierta, muy franca, pero de mucho respeto, como dos libros abiertos de un lado y del otro que se intercambian experiencias, conocimientos, (...) esa relación inicia cuando el paciente pregunta y uno responde, el paciente transmite y uno escucha, el médico habla y el paciente escucha y cumple con las indicaciones (...)" (Dr. Alonso).

En este encuentro profesional, la comunicación surge como herramienta importante para establecer la RMP; la cual está compuesta por la empatía, la confianza y el saber escuchar, así se detalla en la Figura 2.

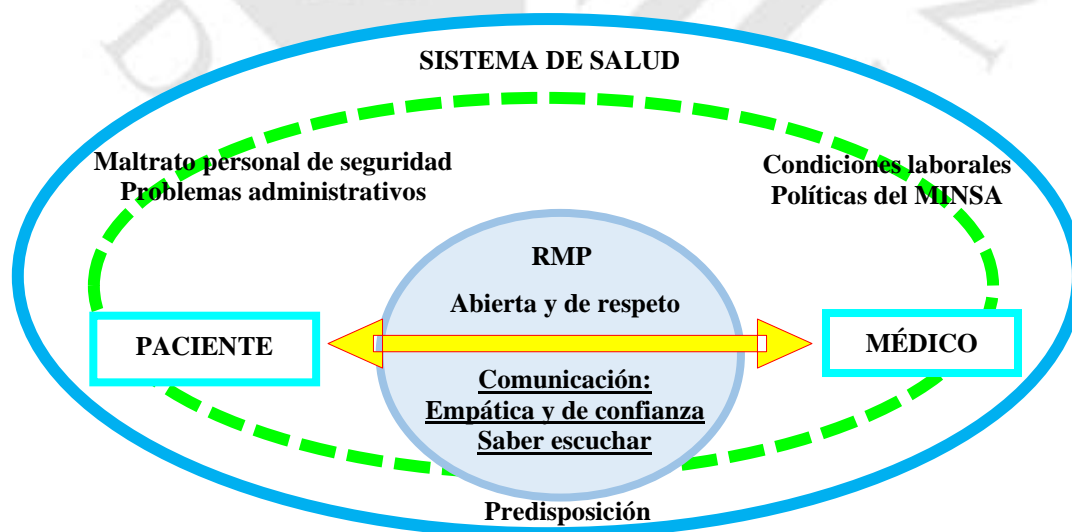


Figura 2 Creencias generales de la relación médico paciente

La empatía es la intención de reconocer los sentimientos del paciente, hecho que facilita la comprensión del médico sobre las diversas situaciones que vive el paciente como resultado de su enfermedad.

“(…) es entender que la persona está pasando por cosas, ayuda para acercarnos al paciente de forma empática” (Dra. Maricielo).

Para los médicos, la confianza es la esperanza del paciente que deposita sobre su médico tratante, por esta razón es necesario que el médico gane su confianza para que pueda actuar sobre la enfermedad y logre su recuperación.

“Para comunicarse con el paciente hay que entablar una confianza no! del paciente hacia el médico, pero para eso el médico se la tiene que ganar, la comunicación es importante” (Dra. Amalia).

Así mismo, saber escuchar es concebido como la capacidad del médico para concentrarse en lo que manifiesta el paciente sobre su enfermedad.

“Saber escuchar eso es bien importante porque muchas veces es un monologo, donde el único que habla es el médico y cuando el paciente, y lo hemos visto, cuando el paciente quiere expresar algo más, señor ya está bien, suficiente” (Dra. Amalia).

Según los entrevistados, el médico que pone en práctica los componentes descritos logra ejercer una comunicación adecuada con su paciente, incluso facilita que solucione los errores médicos que pudiera cometer en las indicaciones médicas, por tanto, evitaría que la relación médico – paciente se vea afectada.

“(…) le das un medicamento en lugar de darle una dosis, le diste otra dosis y presento un problema adverso, si tú le explicas y tú tienes una buena comunicación, te van a comprender, pero si tú eres unos de esos que viene por la mañana y pasas tu visita, pero cuando quieres arreglar la situación eso no va a ayudar (...)” (Dr. Lizardo).

3.3 Creencias específicas de la relación médico paciente en la hospitalización pediátrica

Los pediatras describieron el rol de la familia durante la hospitalización pediátrica y la relación que establece el especialista con el niño. Dentro de estos hallazgos, se encontró que la vocación de servicio, la personalidad y autoestima del pediatra son características que influyen para establecer la relación con el niño y la familia.

3.3.1 El rol de la familia en la relación médico paciente durante la hospitalización pediátrica

Para los entrevistados, la RMP en la hospitalización pediátrica incluye al niño, pero también a sus padres e incluso a la familia. Está basada en la confianza profesional que pueda tener el familiar sobre el médico. Por esta razón los especialistas puntualizaron que el pediatra debe ser atento, amable y con disposición para generar un vínculo de confianza.

Los pediatras indicaron que esta relación se construye progresivamente con los padres al cumplir con las expectativas que tengan sobre la enfermedad de su hijo, como se describe en la siguiente cita.

“En el entorno de todo paciente hay una familia, hay expectativas que tú tienes que en la medida de lo posible solucionar adecuadamente, yo lo veo, tienen muchas expectativas, confían en la persona que está al frente, en caso los papás están depositando toda su esperanza, toda su fe, está esperando comprensión, está esperando alguien profesional, alguien que haga la forma correcta, por eso es un reto, porque hay una persona que te está diciendo yo confío en ti y que tú estés a la altura de esa confianza es complicado no!” (Dr. Enrique).

Para otros pediatras, la construcción de la RMP inicia con el interrogatorio a la mamá para obtener toda la información necesaria sobre el niño.

“Para mí la presencia de la mamá es muy importante, porque es información muy valiosa para recuperar completamente al niño” (Dr. Alonso).

“Usualmente quien se queda es la mamá, al costado del niño, para mí es muy importante la opinión de la mamá, porque ella es quien conoce mejor a su hijo y por tanto cualquier mejoría que yo pueda mirar, no solamente lo que mis ojos ven, sino lo que ella me pueda transmitir” (Dr. Alonso).

“En el caso de un niño, la mamá, quien lo cuida, debe interpretar primero que es lo que tiene para informe y poder ayudar” (Dr. Juan Diego).

Uno de los pediatras considera que esta relación se construye cuando los padres observan el lenguaje gestual del médico, la dedicación que éste tiene con su hijo y con ellos, y cuando los padres escuchan atentamente lo que menciona el pediatra.

“(…) los papás ven quienes al niño, desde el momento que se sienta el papá contigo, ve tú lenguaje gestual, escucha lo que le dices, tu dedicación y eso es como cuando te enamoras por primera vez, el que cree en ti, (...) hay familiares que están dolidos, que están obnubilados, ahí tienes que construir poco a poco, y de pronto dicen creo que es el correcto, veo que de verdad se preocupa por mí” (Dr. Enrique).

Todos los pediatras reconocieron que la presencia de los padres es fundamental para que el médico explique sobre el proceso de la enfermedad del niño y puedan recibir educación, así se observa en la Figura 3.

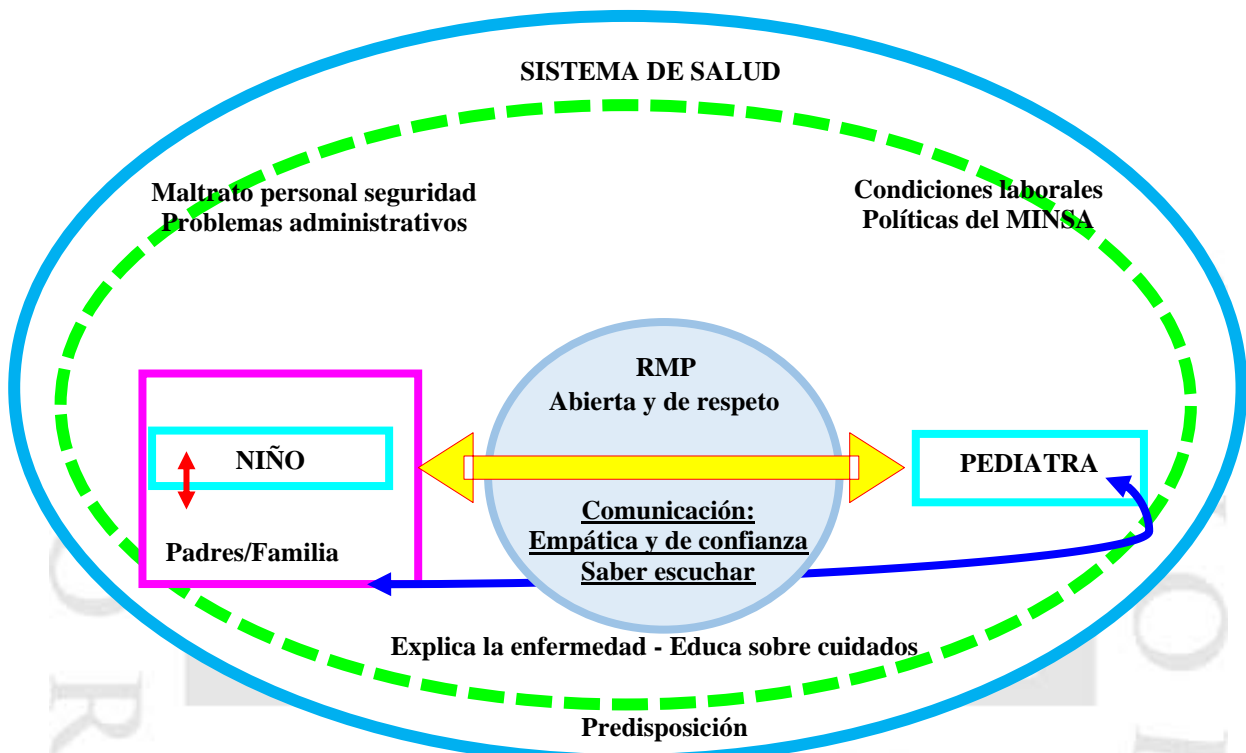


Figura 3 El rol de la familia en la RMP

Según los pediatras una vez establecida la relación de confianza con la familia, los médicos pueden explicar el impacto y evolución de la enfermedad, a través de una adecuada comunicación, para evitar malas interpretaciones sobre la recuperación del menor, sobre todo dirigido a la madre quien es la responsable del cuidado.

“Muchas veces de los problemas que tenemos los médicos, entre comillas por parte de los médicos, porque los padres no comprendieron bien lo que se les dijo, sobre un procedimiento que se iba hacer o una serie de cosas, entonces ellos creen que están haciéndole daño, cuando en verdad ningún médico hace daño, solo que suceden cosas imprevistos por un lado, u otra cosa es que no comprendieron bien lo que se le iba hacer, o no comprendieron el estado del niño. EJEMPLO: hay niños que tienen problemas neurológico y pobremente toda su vida, no van a llegar, van a estar en colegio especial, y todas esas cosas y los padres muchas veces se pueden agarrar ciertas cositas, palabritas que agarran por ahí, y creen que el niño se va a desarrollar perfectamente normal”. (Dr. Lizardo).

“Le pediré a la mamá que esté presente y le explicare para qué voy a hacer tal o cual cosa” (Dr. Alonso).

Según refieren los entrevistados, para explicar a los padres sobre la condición de salud de su niño y las acciones que deben realizar para su recuperación, los pediatras deben

utilizar un lenguaje sencillo, claro y preciso. Además, el empleo de gráficos y dibujos favorece que los padres comprendan el padecimiento del menor.

“utilizar un lenguaje apropiado este no! ¡Un lenguaje apropiado significa términos sencillos, no utilizar términos técnicos y luego también verificar si el familiar o el paciente han entendido no!” (Dra. Amalia).

“se les explica con dibujos, o con gráficos, se les explica que está pasando en su órgano comprometido y se le pregunta y repregunta si ha entendido, si lo tiene claro, y hay que decirle qué es lo que puede pasar” (Dra. Amalia).

Los pediatras mencionaron que la RMP es un medio para enseñar, comprender al paciente y saber cómo son los padres. Esto lleva al médico en lo posible a fomentar la educación para la madre, reconocer el entorno familiar del niño y evitar que la madre cambie de médico.

La educación para la madre tiene el objetivo de enseñarle a convivir con la enfermedad de su hijo y evitar el gasto excesivo para su cuidado.

“Yo trato de educarles, trato que aprendan cosas nuevas y que se den cuenta en el tiempo de que se puede vivir una enfermedad con muy pocas cosas y que se puede recuperar muy fácilmente y sin gastar mucho dinero” (Dr. Alonso).

Los pediatras asumen la responsabilidad de educar a los padres, sobre todo en temas de crianza, para evitar que los problemas de salud mental trasciendan a lo físico, considerando que la educación es preventiva, así se explica en las siguientes citas.

“El pediatra, para mí una de las responsabilidades grandes es enseñar a esos padres muchas veces jóvenes, a criar a esos niños, que trasciende incluso solamente en cuidar su salud, la salud mental” (Dra. Maricelo).

“Una de mis misiones primordiales es prevenir que los pacientes se enfermen, para prevenir que los pacientes se enfermen hay que educarlos, hay que ayudarlos en su problema, porque muchas veces no son tantos problemas de salud, sino son problemas que hoy día a nivel de su mente, por más que sean niños, pero al hablar con los padres se puede ayudar, ayudar al niño para que pueda sobre llevar su problema” (Dr. Lizardo).

“Para prevenir que los pacientes se enfermen hay que educarlos, hay que ayudarlos en su problema, porque muchas veces no son tantos problemas de salud, sino son problemas que hoy en día a nivel de su mente” (Dr. Juan Diego).

Los pediatras hicieron énfasis en orientar a los padres en pautas de crianza para que aprendan actuar frente a su hijo, con el fin de evitar la recurrencia hospitalaria.

“Son los que tienen que apoyar al niño, además, a ellos va dirigida generalmente la educación, o sea son a ellos a quienes tenemos educarlos en cómo deben seguir al niño, qué cosas deben hacer, porque no es cuestión que nosotros apaguemos incendios, o sea el médico y el personal de salud, no es una persona que apague incendios, de cosas que se van dando en el tiempo, no quiere comer y lo dejas sin comer, sin comer y no hacen nada para que comen y cuando ya están en grado de mal nutrición recién lo llevan” (Dr. Lizardo).

Así mismo, conversan con los padres al observar que el niño tiene malestares conductuales al realizar el examen físico, para que comprendan que se trata de una inadecuada educación.

“(…) les explico que el niño no es así, si tiene pataletas, si llora, si no se deja examinar, si hace un escándalo, no es culpa del niño, sino de como los papitos han formado al niño, y que necesita ayuda para educarlo (…)”(Dra. Luciana).

Los pediatras tienen en claro que con la educación los padres comprenden la enfermedad de su hijo, sobre todo, evita que busquen explicaciones en otras personas que se encuentran ajenas al manejo médico. Según los pediatras los padres buscan información producto de la ansiedad que sienten por el padecimiento del niño.

“(…) educarles, hay que hacerles entender que está pasando con ellos, si uno no lo hace por lo general el padre está ansioso, tenso, y usualmente busca información por otros lados, le pregunta al técnico, a la enfermera, entonces la información que va a tener es distorsionada, por lo tanto, va a tener una ansiedad total” (Dr. Carlos).

Los pediatras consideran que para mejorar el entorno familiar es necesario atender a los padres que se encuentra preocupados por la enfermedad de su hijo.

“(…) cuando el niño viene a la hospitalización siempre está acompañado de una madre o padre que están muy preocupados (...). Por lo tanto, cuando un niño viene a la hospitalización hay que tratar al padre, a la madre (…)” (Dr. Enrique).

“la madre se enferma porque el chico está enfermo, el padre reacciona distinto porque el chico está enfermo, es tratar que todo ese ambiente se mejore” (Dr. Alonso).

Los médicos identificaron que los padres se sienten afectados cuando son informados sobre el diagnóstico de su hijo, más aún, si se trata de alguna enfermedad severa. Incluso, algunos padres prefieren escuchar términos sencillos para evitar afrontar la realidad. Por ello, los pediatras recomendaron no minimizar el impacto de la enfermedad para lograr el cumplimiento del tratamiento y recuperación del menor.

“(…) entonces uno tiene que explicarle tu hijo es asmático, los padres muchas veces entran en shock cuando le dices que son asmáticos, prefieren escuchar que tienen una bronquitis, pero eso es engañar, explicarles, decirles cómo es la evolución de la enfermedad, para que sepan cómo será la enfermedad y para que vengan a sus controles (…)” (Dr. Lizardo).

Los pediatras son conscientes que las madres cambian de médico al no sentirse escuchadas, esta situación se da cuando la madre se enfrenta a un médico que no considera su participación y, en consecuencia, su estado emocional de ve afectado, pero también el estado emocional del niño provocando que la RMP no sea idónea.

“Si no me relaciono bien con la madre, si se pone a discutir con la mamá, estamos muertos, porque el niño depende de la madre y el niño va a estar influenciado por todo el ambiente familiar” (Dra. Luciana).

“(…) Primero es que la madre se sienta bien, pero parece mentira no podemos trabajar o hacer que el niño se sienta bien si la madre no se siente bien, ¿porque si no la madre o el familiar que está acompañando al niño pues esta desde muy fastidiada hasta muy deprimida, también pues no! los dos extremos y eso repercute en la sensación o la actitud que pueda tener el niño no! (…)” (Dra. Amalia).

Los pediatras consideran que estar adecuadamente cerca de la familia, permite llegar a la adherencia al tratamiento, la cual es la confianza que requieren los médicos para el cumplimiento del tratamiento. Su funcionalidad radica en dos situaciones: si los padres o el niño aceptan indicaciones médicas y si aceptan el tratamiento, por ello creen que es responsabilidad exclusiva de la familia.

“(…) el que tú estés bien adherido a la familia es como la clave de que vayan bien las cosas, porque finalmente la adherencia al tratamiento, a lo que puedas hacer es absolutamente depende de la familia (…)” (Dr. Enrique).

“(…) consiste que el padre o el niño confíe y tenga mucha aceptación de lo que uno le dice, que acepte el tratamiento y tus indicaciones, y eso es la clave de que todos los tratamientos funcionen (…)” (Dr. Carlos)

La gran mayoría de los pediatras indicó que las limitaciones de la RMP son dadas por acciones de los padres, llegan a la hospitalización sensibilizados al realizar búsquedas de información en internet. Esta situación da facultad a los padres para sugerir procedimientos para su hijo, escenario que para los médicos complica las ordenes médicas, sobre todo, la relación médico paciente.

“(…) el internet, viene el paciente y dice doctor quiero que a mi hijo le hagan una ecografía. Ya se perdió ese vínculo que el médico dice y el papá hace, sino que ellos quieren imponer (…)” (Dr. Juan Diego).

“(…) una cosa que yo hago y funciona mucho, es decirles a los padres que no vayan a internet, que no busquen información, porque la información del internet es pésima y mala (…)” (Dr. Carlos).

Los pediatras piensan que la familia está constantemente observando sus acciones para encontrar un error médico y, poder hacer un reclamo legal.

"La familia está detrás de un error para poder hacerlo legal, para hacer sus reclamos judiciales, entonces actualmente ya se nos enseña y enseñamos que el médico debe tener mucho cuidado con lo que se escribe, con lo que se habla, entonces eso de por sí también frena esa relación" (Dra. Maricielo).

Así mismo, algunos pediatras se limitan a aproximarse cariñosamente hacia el niño, para evitar malas interpretaciones por parte de la familia, hecho que impide una relación íntima con el paciente niño, así se expresa en la siguiente cita.

"Uno puede acercarse a un niño cariñosamente, por decir un ejemplo, un médico joven se acerca y que tal si es la niña pequeña, pueden tildarlo sabe dios de que, también ocurre, nosotros hace mucho tiempo se enseña que la RMP tanto hospitalizado y en consultorio preferible no debe estar solo el médico y el paciente siempre debe estar rodeado de un personal, de terceras personas técnicos, del servicio esos son aspecto que no permiten que este una relación íntima, la familia está detrás de un error para poder hacerlo legal, hacer sus reclamos judiciales" (Dra. Maricielo).

3.3.2 La relación médico paciente con el niño

Los pediatras consideran que la RMP con el niño es un proceso distante, el menor desconoce al médico y, por tanto, este especialista necesitará tiempo para ganarse su confianza. Ante esta situación también tratan de respetar y cuidar su privacidad.

"(...) es respetar lo que para el niño puede ser importante, por ejemplo, si yo tengo que revisar de la cintura para abajo y el niño se siente incómodo simplemente tengo que respetarlo y de repente buscare un espacio donde se sienta cómodo y le pediré a la mamá que esté presente (...)" (Dr. Alonso).

Así mismo, indicaron que el juego ayuda que esta relación se vuelva cordial y amena en los momentos que realizan la exploración física. Consideran que el juego es la herramienta principal de la relación con los niños, sobre todo, si es un niño pequeño. Además, el juego propicia el acercamiento del pediatra, especialmente si el menor se encuentra nervioso.

"(...) se le da juegos, ahí tengo mis videos que a veces le hacemos jugar cuando están muy nerviosos, se le dan algún juguete, siempre se les distrae antes de asomarnos (...)" (Dra. Luciana).

"(...) la principal cosa que uno hace con los niños y sobre todo con los pequeños tiene que trabajar jugando (...)" (Dr. Lizardo).

En esta relación también los pediatras consideran las características particulares y el ciclo vital del menor necesarias para establecer la RMP, así se observa en la Figura 4.



Figura 4 Relación médico paciente con el niño enfermo

Las características particulares del paciente niño son caracterizadas desde sus diferencias con el paciente adulto, por su vulnerabilidad y dependencia. Los pediatras consideran que el niño es diferente al adulto por tener mecanismos físicos y psicológicos inmaduros y las decisiones médicas pueden impactar en su vida.

“(…) con sus características particulares de ser niño, lo que hagamos hoy es para su vida, un adulto viene y dice, nunca más viene y se acabó, pero es negativo para este niño, qué le queda para el futuro, cómo crece, qué piensa sobre su salud (…) (Dra. Maricielo).

Así mismo, el paciente niño es una persona vulnerable por encontrarse transitando en el momento más frágil de su vida.

“Es un niño absolutamente vulnerable, y te está diciendo oye lo que tú hagas va a trascender en mi vida” (Dr. Enrique).

En este sentido es considerado persona dependiente de sus padres y del pediatra, por su incapacidad de decisión y conciencia.

“un niño es todo aquel pequeño que no tiene la capacidad, todavía depende… no tiene la capacidad de decisión y conciencia de lo que está haciendo” (Dra. Luciana).

“Para ese niño, es el momento en el que está totalmente indefenso, en el que no toma decisiones, en el que todo está supeditado a lo que haga su papá, el médico” (Dr. Enrique).

Además, los pediatras comentaron que las molestias, signos y síntomas que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento, también dependen los padres.

“Al depender de los demás todas sus molestias, sus signos, síntomas ehhh que requerimos nosotros tener como médico poder hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado depende de terceros y muchas veces de los padres” (Dra. Amalia).

En este contexto los pediatras también diferencian al paciente niño por su ciclo vital; niño pequeño, niño escolar y adolescente. Los niños pequeños fueron descritos como personas incapaces de expresar sus signos y síntomas, por lo que la presencia de la madre ayuda al pediatra en la interpretación de sus malestares.

“No puede expresar lo que siente, la mamá debe interpretar lo que tiene para ayudar” (Dr. Juan Diego).

Los pediatras consideran que el niño pequeño indirectamente puede transmitir alguna información. Sin embargo, refieren que la RMP se da directamente con los padres.

“Los más pequeñitos no hablan, no pueden expresar, y la mirada, la posición de cómo está el niño es importante” (Dra. Luciana).

“Generalmente al más pequeño, tú tratas de sacarle algunas cosas, pero generalmente con el que más te relacionas es con los padres, aunque indirectamente te pueden ir diciendo algunas cosas” (Dr. Lizardo).

Para los participantes, el niño escolar es un menor que tiene participación en la hospitalización y conciencia de la atención médica. Los pediatras directamente interrogan al niño para conocer sus molestias, sin recurrir a los padres. Esta situación le permite al paciente niño tomar decisiones y expectativas sobre su enfermedad, a su vez, deciden el tipo de procedimientos más conveniente y menos doloroso para ellos.

“(…) un niño por ejemplo en edad escolar es un niño que ya habla, el niño sabe lo que es ir al médico, sabe a qué viene a un médico, es diferente a un RN, por lo tanto, sus problemas son diferente, por lo tanto, el enfoque es diferente, probablemente requiere ya no entrevistar a los padres, sino entrevistar a él solo (...)” (Dr. Carlos).

“(…) Yo diría que, a partir de los 6,7 años, el niños ya participa de alguna manera activamente, yo creo que un poco menos 5 años, él ya te puede referir que le molesta o que no, entonces desde ese punto de vista, ya cuando pueden expresar sus dolencias” (Dr. Juan Diego).

Según los pediatras, relacionarse con el niño escolar permite que el médico transmita su preocupación hacia él y puede explicarle su enfermedad, significado y consecuencias, y con ello lograr el cumplimiento de las indicaciones médicas. Además de simplificar el trabajo del médico.

“Para mí esa relación en un chico mayor es más fácil, porque uno directamente puede hablar con ellos, puede conversar con ellos, puede mostrarle la preocupación que uno tiene por ellos, puede transmitirle lo que significa su enfermedad sí que él no colabora desde el punto de vista de cumplir con ciertas indicaciones” (Dr. Alonso).

“Con el niño escolar como que el trabajo se simplifica, porque ya no hay un intermediario, entonces consideramos que a partir de esa edad el niño ya tiene una participación activa (...)” (Dr. Juan Diego).

Uno de los pediatras consideró que los adolescente son personas complejas por los problemas de ansiedad y depresión que presentan. Según este especialista también es complicada la relación con el adolescente porque se encuentra en una etapa activa para reconocer y reclamar sus derechos.

“Luego tienes una etapa más compleja, cuando tienes chicos en la transición de la adolescencia, entonces es otro punto ya más difícil, porque son chiquitos que tienen problemas de ansiedad, depresión, o simplemente están en etapa muy activa en lo que es reclamar derecho todo eso es” (Dr. Enrique).

3.3.3 Características del médico pediatra

Para los pediatras no solo basta con identificar las características generales y el ciclo vital del paciente niño, también son necesarias reconocer las peculiaridades que se desprenden del médico pediatra para establecer la RMP, tales como la vocación de servicio, la personalidad y la autoestima, así se observa en la Figura 5.



Figura 5 Las características del médico pediatra y la relación médico paciente

Todos los pediatras coincidieron que la vocación de servicio es importante en la relación médico paciente, ya que el médico tiene que reconocer sus cualidades personales para cumplir con los objetivos de esta relación; tratar personas dolientes, aliviar dolencias físicas y brindar cuidados para la salud, como describe en la siguiente cita.

“el médico debe meditar mucho sobre esta situación, y nuevamente, así como el artista a mí me gusta esto voy a hacer, debe tener actitudes, las actitudes ya con las cuales uno nace lo que llamamos vocación. Creo que hay ciertas profesiones que difícilmente alguien que no tiene la vocación, la actitud, las cualidades innatas va a poder desarrollarlos solo porque lo aprende, eh entonces uno tiene que tomar esa decisión, no solo es... estudias bien, eres primer alumno puedes ser médico, eso es una cosa necesaria, porque es real hay que estudiar, pero ahí viene los factores personales, no solo de ser buen estudiante, sino que te mueve a tratar a un doliente, cierta inclinación de servicio” (Dra. Maricelo).

Los pediatras también identificaron que su personalidad influye en la RMP. Reconocieron que existen médicos con actitud indiferente y otros con disposición para comunicarse adecuadamente con los niños. Otros entrevistados refirieron que hay especialistas irritables y prepotentes. Todos resaltando que esta situación no es ajena al pediatra y puede darse en este tipo de médicos como en otros, afirmando que el médico es una persona individual y cada uno tiene personalidad diferente.

“Para mí la personalidad del pediatra influye en la RMP, es un médico indiferente, que apenas habla, que no se comunica adecuadamente con ellos” (Dra. Amalia).

“(...) la relación depende de la personalidad del médico sin duda, algunos les costará, cuando uno escoge pediatría se supone que tiene ya una actitud que se inclina a esta edad, y desarrollamos una serie de actitudes favorables a la relación” (Dra. Maricielo).

Para una de las pediatras el autoconocimiento de su personalidad ayuda que puede reconocer su temperamento y aprender a manejar su carácter. Además, facilita la conciencia de sus limitaciones que le permite crecer afectiva y espiritualmente, con la finalidad de desempeñar adecuadamente su trabajo y ayudar al paciente niño.

“Creo que es importante que el médico se conozca, o sea uno tiene que conocerse, tengo que saber cuál es mi temperamento y qué estoy haciendo con mi carácter” (Dra. Maricielo).

“(...) vas a notar que tu relación se construye mejor, que tú mismo vas siendo mejor, que tú puedes ayudar mejor al paciente, entonces, en la medida que seas consciente, que seamos conscientes de que tenemos que crecer más, en la parte afectiva, en la parte espiritual, vas a lograr mejores resultados (...)” (Dr. Enrique).

Así mismo, la pediatra expresó que el autocontrol de su carácter es parte del autoconocimiento de su personalidad, el cual es fundamental para relacionarse con el paciente niño, sin embargo, resaltó que no implica su participación en ciertas actividades que traspasen sus límites personales.

“El pediatra, su carácter que se forma es fundamental, debe tener un buen carácter, no significa que este dispuesta a ponerme la bola de payaso, ni riendo siempre, pero el carácter es fundamental para el pediatra” (Dra. Maricielo).

Para otros pediatras, el médico tiene que ser una persona optimista, para evitar sentimientos de fatalidad que pueden limitar su relación con el menor y la posibilidad de lograr algo más por el niño.

“Entonces el mirar con optimismo, es una cualidad que creo es fundamental en el médico, o sea nunca mirar de manera fatalista y no hay nada más que hacer, ese sentimiento fatalista no debe existir en el médico, siempre debe mirar la opción que algo más se puede hacer” (Dr. Enrique).

Una pediatra identificó que la autoestima en el médico es importante para su relación con el menor, así se lee en la siguiente cita.

“Lo primero que tiene que hacer es ser sensible consigo mismo, para tiene que ser sensible con los demás que es su paciente, para eso tiene que haber aprendido amarse, quererse, respetarse” (Dra. Luciana).

3.3.4 Aspectos conductuales del pediatra que favorecen la relación con el paciente pediátrico

Los pediatras al comentar sobre la vocación de servicio, su personalidad y la autoestima descartaron que estas particularidades ayudan al pediatra a mirar al niño como persona no ajena, a llamar al menor por su nombre, a usar un léxico de acuerdo con su edad y a hablar cariñosamente con ellos.

Los pediatras consideraron que mirar al niño como persona no ajena, facilita su aproximación con ellos para ganar su confianza y respeto.

"Primero no mirar a los niños como personas extrañas es mirarlo como al contrario uno necesita ser cercano en general, yo vivo feliz cuando mis pacientes te mando un saludo, siento que lo que construí fue diferentes núcleos familiares en los cuales los conozco a todos, entonces creo que por ahí debería ser, primero mirarlos como personas que no son ajenas a uno" (Dr. Alonso).

Así mismo, llamar al niño por su nombre también es un medio para relacionarse adecuadamente con el paciente, de lo contrario la relación se vuelve impersonal.

"Yo creo que en pediatría si uno se esfuerza por llamar al niño por su nombre, todas las camitas tienen los nombres de los niños, yo creo que es importante para relacionarse, a veces cuando me dicen doctora falta la historia de la cama 560 no sé qué es eso le digo a la enfermera, o la auxiliar o la chica que viene a recoger las órdenes médicas, no sé quién" (Dr. Maricielo).

"Al niño este por su nombre, valga verdades, hay médico que tratan de ya mamita, ya papito, o el paciente de este de la cama 50" (Dr. Carlos).

También, el pediatra que emplea un léxico de acuerdo con la edad del niño tiene mayor oportunidad de establecer una adecuada RMP, sobre todo, considerando que la hospitalización puede ser un contexto de agresión para el menor; el pediatra es un desconocido y el entorno hospitalario es un ambiente nuevo para el niño.

"Para el niño puede ser una agresión que algún un extraño lo aborde, se trata de conversar según su edad para acercarnos, aproximarnos" (Dra. Luciana).

Para los participantes, el médico que habla cariñosamente con el niño y emplea ejemplos, logra calmar la ansiedad producida por la hospitalización. Además, el menor puede comprender la situación que experimenta y disminuir el miedo y temor que produce el contexto hospitalario.

“(…) cuando hablas con el paciente, pones ejemplos, resuelves ansiedades el chiquito se calma (….) con cariño se va explicando, le vas diciendo y los chiquitos usualmente entienden. En el niño es básicamente quitarle los temores, los miedos y sentarse a conversar (….)” (Dr. Enrique).

Para los pediatras existen diversas maneras de entablar una conversación con el niño hospitalizado. En niños grandes emplean frase como las que se indican en la siguiente cita.

“(…) se puede decir hola caballero, cómo estas”, cómo te sientes, y eras buen alumno, besos, cómo estamos, la maestra es chinchosa, y si está más o menos distraído, le digo porque te distraes, te aburre, te aburre el colegio, la profesora te dice lo mismo siempre, tratando de llegar a la confianza con el niño” (Dra. Luciana).

Con niños pequeños el pediatra reconoce emplear mayormente lenguaje no verbal.

“(…) en todo momento me estoy comunicando, así el niño no hable, empleamos gestos, actitudes, de juegos, de darle un beso, cargarlo, “hola cómo estas”, hacerle cosquillas, diferentes maneras cuando ves a un niñito pequeño” (Dra. Luciana).

Casi todos los pediatras aseguraron que hablar con niños grandes facilita su trabajo. Mientras que con niños pequeños tiene que emplear una actitud de cariño e interés.

“Con el niño pequeñito hay que tener esa actitud de... demostrarle cariño, interés, hacerle alguna gracias para que se permita examinar, primero examinar a la mamá, primero a tu mamá, después a ti, miles de trucos” (Dra. Luciana).

3.3.5 Aspectos conductuales que perjudican la relación médico paciente durante la hospitalización pediátrica

Los pediatras identificaron dos aspectos que provocan una mala relación con el niño; el examen físico a la fuerza e imponer sus ideas. La primera situación lleva al médico a forzar al menor para realizar la revisión física, sin considerar su consentimiento y provocando una mala relación entre ambos.

“Un examen físico bajo la fuerza, es cogerlo al niño de la cama y tratar de examinarlo cuando la mamá no está ahí, o sea no con la colaboración estrecha del niño, eso definitivamente crea más rechazo en experiencias futuras de parte del niño, algo que no favorece en la relación entre el médico y el paciente” (Dr. Alonso).

La segunda situación se da cuando estos profesionales no respetan la decisión del niño y no consideran que cada menor tiene un contexto familiar diferente.

“La mala relación con un niño estaría dada, porque no respeto la decisión, trato de un principio de imponer lo que yo pienso, la manera que debe ser, la manera de cómo debo abordarlo y no me pongo a pensar que cada niño es distinto, el uno del otro, que vienen de un ambiente familiar distinto del uno del otro, con problemas distintos” (Dr. Alonso).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

En nuestro país las investigaciones sobre la RMP en pediatría son escasas, más aún en el área de hospitalización. Llama la atención este vacío por la complejidad que implica la vulnerabilidad física, psicológica y social del niño hospitalizado. Por ello con la presente investigación se busca poner en evidencia que las creencias sobre la RMP involucran varios aspectos que no pueden ser ignorados y son necesarios para conocer la dinámica de esta relación, los cuales son discutidos en este estudio.

Primero para discutir los resultados, describimos el contexto de la RMP concebida desde el testimonio de los participantes del estudio. Según lo hallado, esta relación inicia con los factores externos que se asocian al sistema de salud. Luego, se determina por el ciclo vital y las características del ser niño, y las cualidades del pediatra por medio de su vocación de servicio, la personalidad y la autoestima. En este encuentro profesional, la RMP está constituida por el respeto y la apertura en ambos sentidos. Así, surge la comunicación compuesta por la empatía, la confianza y la escucha activa. Además del juego como herramienta para la aproximación del pediatra hacia el niño.

Así mismo, la relación con los padres se construye con el lenguaje verbal del pediatra, su dedicación para atender al paciente y la escucha de los padres. Mientras se termina de consolidar con las cualidades del médico para mirar al niño como persona no extraña, llamarlo por su nombre, emplear un vocabulario acorde a su edad y hablarle cariñosamente.

Observando este contexto se puede decir que las creencias sobre la RMP tienen un marco amplio y complejo, en este sentido es importante considerar lo dicho por Pérez, Vidaillet, Carnot, Orgel y Duane (2003), al señalar que la relación es un proceso que se basa

en factores socioeconómicos, ético-moral, psicológicos y en un marco legal para establecer las políticas de atención, situación que hace difícil definirla desde una sola perspectiva. Por ello en este estudio, desde el sistema de salud se encuentra y clasifica dos tipos de relación que impactan en el paciente como en el médico antes de su encuentro; la relación sistema de salud – paciente y la relación sistema de salud – médico.

La relación sistema de salud – paciente y sistema de salud – médico son relaciones que surgen implícitamente del discurso y realidad de los participantes al manifestar los inconvenientes del sistema de salud e involucra los servicios administrativos que brinda el hospital, los cuales interactúan ineficientemente con ambos y los predispone antes de su interacción. Esta clasificación se construye a partir de la experiencia de los pediatras, la cual nos lleva a pensar que las creencias de los participantes se preconiben por su propia vivencia en este contexto hospitalario que, a su vez, se determinan por la jerarquía de sus valores profesionales (Fernández, 2006). La problemática del sistema de salud que percibe el pediatra no es un hecho aislado y puede surgir de otros inconvenientes que, en el caso de la presente investigación, solo se está centrando en un punto que es amplio para establecer una adecuada RMP, pero con este estudio se busca dejar un marco de referencia para que las personas pertinentes en el área de estudio inicien con algunos cambios que podrían ser posibles ejecutar. Primero es importante que las autoridades acepten sin temor que algunas de las dificultades de atención médica en niños se encuentran supeditada a la desorganización o dificultades que se desprenden del sistema de salud y pueden ser mejoradas si se alinean con la realidad que manifiestan los participantes. Una estrategia posible es implementar capacitaciones para el personal administrativo que los lleve a concientizar sobre su labor en el hospital y asumir su responsabilidad en la orientación del paciente, a través de pautas de buen trato y comportamiento para interactuar con personas vulnerables por su enfermedad y condición personal.

El pediatra desde su valoración profesional considera que el paciente encuentra profesionales calificados para su atención médica en el hospital. Este escenario permite observar la confianza que tiene en su experiencia profesional para interactuar con su paciente y recuperar su salud, como lo refiere Dewey (1989), Fernández, (2006) y Otamendi (2009). Las creencias de los pediatras son contradictorias, y complejas para estructurarlas, parece

que interactúan entre sus conocimientos profesionales, sobre la realidad del contexto hospitalario y sus acciones como especialista (Garzón, 2006; La Rosa, 2014; Díez, 2017). Pero no se debe confundir como una connotación puramente negativa, pues debemos tener presente que son creencias construidas por su experiencia profesional y están ajustadas a su realidad.

Las creencias de los pediatras sobre la RMP son variadas y con grandes componentes subjetivos, ya que son ideas preconcebidas que llevan hacia un juicio o conclusión sobre un hecho particular, a partir de la experiencia construida por sus vivencias profesionales, y hasta personales porque no se puede desligar de ellas en su ámbito laboral (Díez, 2017). De este modo, los resultados llevan a reflexionar que la creencia en el pediatra se puede considerar como un constructo que expresa, esencialmente, una clasificación común aplicable a una serie de hechos semejantes sucesivos o coexistentes, como lo expresa Korn (1935). Por lo tanto, pueden existir infinidad de creencias, pero que, en el contexto del presente estudio, están circunscritas a lo que expresa los pediatras sobre su experiencia en tratar niños hospitalizados y sus concepciones teóricas personales de lo que debería ser la relación entre el médico y el paciente pediátrico. Por ello durante las entrevistas el discurso de los participantes estuvo orientado hacia el deber, expresando lo bueno y lo razonable para construir la RMP, pero cuando se acerca a su experiencia surge otras formas de establecer la relación, por lo que al verbalizar su experiencia se encuentran contradicciones, tal vez su discurso inicial es por deseabilidad social, recordando que el médico es socialmente visto como sujeto de saber y altamente responsable del cuidado de la salud. Por tal razón su discurso refleja la construcción social del médico que esta incorporada en él y en la cultura, la cual exige que este profesional sea una figura de autoridad que demanda lo correctamente aceptado por la sociedad.

La experiencia profesional de los pediatras se ve reflejada a través de sus opiniones, deseos, interpretaciones, ideas, valores y actitudes (Cortese et. al, 2004; Defez, 2005; Fernández, 2006; Garzón, 2006). Lo que lleva a suponer que las creencias de cada profesional tienen mayor centralidad en sí mismos por encontrarse sumergidos en su contexto laboral, y tienen carga afectiva al momento de relacionarse con el paciente niño y su familia (Zavala y Rokeach, 1970; Garzón, 2006; La Rosa, 2014; Díez, 2017).

En este sentido se comprende que la relación que establece el pediatra con el paciente niño y sus padres es un elemento necesario para ejercer su labor profesional (Cortese et. al, 2004). Según Sánchez y Contreras (2014), esta relación es una interacción de dos personalidades entre pediatra y niño, pero también, con las personalidades de ambos padres, a su vez, en todos ellos emerge la afectividad y la cultura. Por ello como refiere Beca (1994), Rillo, Vega y Duarte (2013) esta relación entre pediatra - paciente niño – padres es considerada un encuentro humano, a través de la comunicación y la empatía, y como indica la presente investigación, a través del respeto y la confianza como elementos fundamentales para los participantes.

Por lo dicho es comprensible que las creencias sobre la RMP se caractericen en una relación abierta y de respeto. Surgiendo del trato que tiene el pediatra con sus pacientes que va más allá de los inconvenientes del sistema de salud. Por ello, existen autores que consideran que esta relación lleva al médico hacer un reconocimiento interpersonal de su paciente, esto vuelve a la RMP un momento psicológico donde se conjugan los factores personales, sociales y culturales del especialista sobre su paciente en un contexto profesional que, a su vez, se rige por la ética y lo afectivo (Cruz, Fragoso, González, Sierra y Labrada, 2010).

Entre estos factores culturales, sociales, éticos y afectivos del médico, pero también, del paciente y su familia, surge la comunicación como papel importante en esta relación. La comunicación es considerada en este estudio un proceso que contiene empatía, confianza y el saber escuchar, habilidades que favorecen al médico para comprender al paciente y ganarse su confianza. En la actualidad, autores como Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010), refieren que el desarrollo de estas habilidades comunicacionales son parte de la formación profesional de los médicos en las facultades de medicina. Además, para las investigadoras las habilidades comunicacionales tienen la finalidad de alcanzar un adecuado diagnóstico y la adherencia al tratamiento. Así como también, desvanece la relación tradicional centrada solo en el médico como sujeto de saber (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).

En la misma línea de las autoras, emplear una adecuada comunicación reduce y evita los problemas a nivel administrativo legal que el paciente puede cursar en las instancias pertinentes como queja a la labor médica (Para Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010), al

igual que se evidencia en la presente investigación. La comunicación es útil para que el paciente comprenda los errores médicos y evitar que la RMP se dañe. Cabe destacar que, los participantes de este estudio aceptan que pueden cometer algún error en las indicaciones médicas, pero tienen la capacidad de informar a la familia, siendo un gesto ético de su formación profesional.

Esto nos lleva hacia la ética médica que también es importante en la RMP, permite evaluar las conductas y comportamientos de las personas, en este caso, el propio pediatra entrevistado puede autoevaluarse para actuar frente a los inconvenientes que enfrenta y tomar decisiones médicas en medida de su jerarquía de valores, y según el contexto particular de cada paciente (Lizarazo y Benavides, 2018). Por ello es relevante destacar que la comunicación y la ética médica son indispensables para el ejercicio profesional del médico, a través de la RMP (Cruz et. al, 2010), hallazgo que debe ser considerado por las facultades de medicina para el desarrollo integral de los futuros profesionales.

En esta comunicación profesional, la RMP con los padres está basada fundamentalmente en la confianza que sienten los padres hacia el médico, esto se valida con lo dicho por los autores Floyd y Dago (2014) que consideran el vínculo de confianza esencial para que los padres se sientan seguros en brindar apoyo emocional, social y hasta económico a su hijo y fomentar la recuperación integral. Asimismo, los resultados de esta investigación puntualizan que la construcción de esta relación con los padres se determina por la escucha de los padres, y por el lenguaje no verbal y la dedicación que tiene el pediatra con ellos. Sin embargo, la falta de información por parte de los propios pacientes niños y de sus familias no permite determinar que estas características sean las únicas para la construcción de esta relación, por lo que para futuras investigaciones se sugiere incluir a los tres actores de la RMP para describir un marco amplio y completo de este contexto, más aún, considerando que en nuestro país se carece de detalles bibliográficos.

Si se considera el vínculo de confianza como parte de los lineamientos de atención médica, el pediatra puede educar a la familia para mejorar el entorno del paciente. Recordando que, con el niño enfermo, también se enferman sus padres; sienten preocupación y ansiedad. Ante esto es necesario que los pediatras expliquen sobre las condiciones de salud del menor con un lenguaje sencillo, claro y preciso, y para hacer dinámico el entendimiento

de los padres deben emplear gráficos y dibujos como soporte. Este punto se puede tomar como referencia para reflexionar, implementar y/o mejorar la atención en la hospitalización pediátrica, no solo en beneficio del niño y su familia, también es una ganancia para el trabajo del pediatra, ya que aplicada estas bases podrían lograr los objetivos de su labor y sobre todo minimizar los inconvenientes con la familia que afectan el estado emocional del pediatra.

En este estudio la RMP es un medio para educar a los padres y evitar problemas de salud mental en el niño, pero no se encontró bibliografía que detalle la importancia de la RMP para abordar este tema. Por esta razón abordaremos la educación como aquel proceso que sirve para transmitir conocimientos y generar cambios (León, 2007), para fines de este estudio son cambios para fomentar la buena salud del niño, a través de actos preventivos. Según lo hallado, estos actos preventivos se basan en brindar conocimientos a los padres para manejar la enfermedad del menor y lograr la recuperación del niño en la medida de sus posibilidades y las de su familia. El pediatra como figura de saber en temas de salud y basado en su experiencia profesional debe ejercer su autoridad para asegurar los cuidados del niño, a través de una relación de calidad (Moreno, Roales y Blanco, 2006; (Afonso y Nabalbo, 2012). Este hallazgo permite que el pediatra reflexione sobre su rol, no solo como médico, sino también como educador y abre el paso para dialogar y fomentar nuevas estrategias para abordar los problemas y la falta de conciencia en los cuidados de la salud del menor. Se puede pensar en crear programas preventivos educativos para las familias, pero también para que incluyan al niño en su propio cuidado, a modo de incorporar su participación y responsabilidad en estos temas, tan necesarios para evitar las recaídas o recurrencias a la hospitalización pediátrica.

Sin embargo, como refiere Ramahlo (2008) es importante que el pediatra antes de fomentar la educación reconozca las creencias de la familia sobre el cuidado del niño, para disminuir las conductas de riesgos hacia la salud del menor y respetar su cultura. Como bien se sabe la educación es el intercambio de conocimiento que se suma a la experiencia de este profesional, los cuales pueden sufrir un conflicto con lo que piensa la madre y/o familia (León, 2007). Además, Rodríguez (2014) señala que el médico pediatra al aprender a reconocer la connotación del significado de las creencias de la madre o familia logra mayor acercamiento y puede fermentar los beneficios de la medicina científica con éxito y, por

tanto, una buena relación médico paciente. Cabe enfatizar que el pediatra, también, tiene que ser consciente que educar es un proceso complejo, el emisor es un sujeto que educa a través de su experiencia, subjetividades y cultura, y el receptor configura otras (León, 2007).

Así mismo, la educación para los pediatras puede funcionar como la motivación para lograr que los padres tengan interés por la salud del niño, con el propósito de reducir los cuadros de ansiedad por la experiencia de la hospitalización, evitar malas interpretaciones sobre la enfermedad del menor y controlar o evitar la búsqueda de información en otras fuentes. Sin embargo, en este contexto los pediatras manifestaron su malestar al enfrentarse con padres que se informan previamente sobre la enfermedad de su hijo, asumiendo la pérdida del vínculo el médico dice y el paciente cumple. Esto hace pensar que, este profesional de la salud siente mayor comodidad al ejercer una relación paternalista.

Según Sánchez (2002), la relación paternalista, se basa en la direccionalidad del especialista sobre el paciente, este tipo de relación tiene como objetivo la búsqueda del bien de la persona, pero no considera la opinión del paciente para su recuperación. Este profesional desde la pediatría puede sentir comodidad para dirigir al paciente y su entorno, por la vulnerabilidad del menor y con la esperanza de evitar complicaciones. Así el pediatra toma decisiones médicas desde su experiencia, basado en sus valores y criterios, pero omitiendo los del paciente y su familia (Sánchez, 2002). Ante esta situación Adis (1991) refiere que es importante que el médico pediatra aborde al niño desde su sensibilidad, la cual es percibida por las personas, pero ésta depende de la capacidad interpersonal del médico para poder interactuar con el niño y la familia.

Si se considera lo dicho por Adis, los pediatras de este estudio muestran capacidad interpersonal para reconocer y responsabilizarse sobre la madre que no se siente escuchada, aceptan que este hecho se da como consecuencia de la actitud distante del médico. Este hallazgo se corrobora con la investigación de Montesi y Álvarez (2016), que refleja el malestar de las madres al expresar que sienten un trato despersonalizado y no sienten que el pediatra se implique con ellas. Estos hechos hacen énfasis que en futuras investigaciones la madre, el padre y el niño tienen que ser incluidos para conocer cuál es su experiencia en esta relación. Cabe resaltar que, en el presente estudio los entrevistados hacen razón sobre la importancia de la estabilidad emocional de la madre y su impacto en el niño. Consideran que

el niño percibe la incomodidad de la madre y este malestar es expresado a través de una actitud negativa hacia el médico, provocando una mala RMP.

Lo encontrado se valida y nos dirige hacia el estudio de Panduro (1998) que considera que el estado interno de la madre impacta directamente en las habilidades emocionales del niño. Este autor, asegura que el niño percibe el estado emocional de la madre al verse afectado por cualquier acontecimiento, y en él se incrementa los niveles de estrés y ansiedad, limitando la identificación de sus propias emociones para afrontar las adversidades presentes. Por ello, Martín, Saldaña y Morales (2019) señalan que los niños comprender sus emociones al interactuar con sus padres, sobre todo con la presencia de la madre. Estos autores enfatizan que es importante que el menor pueda procesar sus emociones en situaciones complejas o nuevas, como es el caso de la hospitalización que puede impactar en la vida del paciente niño a nivel biopsicosocial (Martín, Saldaña y Morales, 2019). En este contexto es necesario que los pediatras tengan una relación adecuada con la madre para brindar un ambiente seguro que va más allá de los cuidados físicos del niño.

Así mismo, si se desarrolla una buena RMP en la hospitalización pediátrica la adherencia al tratamiento se logra. Actualmente, autores como Bordato, Nielsen y Norton (2017) refieren que la adherencia se basa en la confianza del pediatra, el niño y sus padres para tomar decisiones médicas en beneficio del menor. También, estos autores indican que esta adherencia es la aceptación y cumplimiento del cuidado de la salud, y funciona con la participación de los tres. Los participantes de la presente investigación conciben que la adherencia al tratamiento está supeditada solo por la confianza de la familia hacía el médico, y su cumplimiento es responsabilidad exclusiva de la familia.

La adherencia al tratamiento como responsabilidad exclusiva de la familia, es validada por las referencias que hacen Ortiz M. y Ortiz, E. (2007) al considerar que el cumplimiento del tratamiento no puede recibir un seguimiento fuera del hospital, por lo que la familia tiene la libertad de aceptar o rechazar los recomendaciones médicas. Estos autores citan el trabajo de Martín y Grau (2005) los que señalan que el 40% de los pacientes y sus familias no logran cumplir las recomendaciones médicas, ya que los tratamientos implican cambios en los hábitos de salud como; alimenticios y cuidados físicos, entre otros. Esto lleva a pensar que incluso para los niños adaptarse a los cambios médicos es complejo de

sobrellavar, sobre todo, si se encuentra con limitaciones para jugar, sociabilizar, estudiar, comer. Por ello, nuevamente, es necesario conocer el punto de vista de los niños y sus familias, para mapear cuáles son las dificultades con las que se encuentra durante y después de la hospitalización pediátrica. Por otra parte, si se considera programas preventivo educativo para el cuidado del niño, la adherencia al tratamiento tendría un impacto positivo, ya que llevaría a sensibilizar y concientizar la importancia del cumplimiento del tratamiento para lograr la recuperación del menor.

Sabemos que, concientizar a la familia puede ser una tarea difícil y compleja, por esta situación los pediatras consideran que la funcionalidad de la adherencia al tratamiento es la aceptación de las indicaciones médicas por parte de los padres y el niño, situación que nos dirige hacia la autonomía de los padres para decidir sobre los cuidados de su hijo. Existen estudios como el de Lora (2005) que asegura que la adherencia tiene éxito al darse en una relación horizontal, permite decidir acuerdos entre paciente, familia y pediatra para compartir la responsabilidad. Pero la autora no deja de resaltar que en esta responsabilidad los conocimientos y habilidades profesionales del médico son relevantes, con el objetivo de establecer alianzas para el cumplimiento del tratamiento, sin imponer su jerarquía.

Además, para que el pediatra involucre al niño en el cumplimiento de su tratamiento, el médico tiene que considerar que la relación con el niño inicia distante, por ello es importante pensar en lo dicho por Reyes (2005) menciona que el pediatra para construir la relación necesita demostrar disposición, buen trato y una sonrisa que ayuden al niño sentirse cómodo y seguro. Según nuestros resultados la relación con el niño se elabora respetando la privacidad del menor. Por la complejidad de la RMP, algunas investigaciones sugieren que el pediatra emplee técnicas de entrevista que le permitan utilizar un adecuado diálogo terapéutico, expresión verbal y no verbal, y una escucha activa para ganarse la confianza y fortalecer la relación (Reyes, Gheorghiu y Mulligan, 1998; Cortese et. al, 2004; Castañeda,2013). Cabe indicar que algunos de las técnicas mencionadas son señaladas por los participantes de este estudio

Para el pediatra, además de las técnicas de entrevista, el juego es un herramienta útil para acercarse al niño, de manera que disminuyan los niveles de ansiedad que siente por la hospitalización, y lograr el tratamiento y recuperación. En algunos estudios se evidencia que

la hospitalización produce en los niños reacciones negativas como miedo, temor, conductas desadaptativas, síntomas somáticos, entre otros (Grau y Fernández, 2010; Herrero, 2014; Tarrillo, 2014; Cruz, Hernández y Pérez, 2017). Debido a este contexto, otros estudios manifiestan que el juego ayuda a compensar la estabilidad emocional ante situaciones estresantes como la manifestada (Valdés, 2011). Valdés (2011) expresa que el juego en la hospitalización brinda experiencias sanas en un medio estresante, evita las regresiones del desarrollo y ayuda a la comunicación.

A esto se suma que el pediatra considere el ciclo vital del niño para establecer una adecuada RMP. En algunos estudios el ciclo vital es un determinante para establecer la vulnerabilidad del menor y, más aún por la enfermedad que padece; atenta contra su madurez y desarrollo físico, psicológico y social (Irwin et. al, 2007; Fernández, G.,2010; Figueiras, Neves de Souza, Ríos y Benguigui, 2011). Mientras que, para los entrevistados del estudio, el ciclo vital configura la relación, es decir, si el pediatra atiende a un niño en etapa escolar considera que su participación es activa y no necesita la presencia de los padres. Sin embargo, en este contexto, el pediatra al definir al niño desde sus particularidades, lo define como dependiente y vulnerable, características que invisibilizan su presencia e impiden automáticamente su participación en la hospitalización y la RMP es exclusiva con los padres.

Para Rodríguez (2003) los niños deben ser escuchados activamente, aún, si se encontraran en los primeros años de su vida, ya que su lenguaje verbal y no verbal brinda información sobre la enfermedad, así también lo refieren los participantes de la investigación al indicar que la postura corporal del menor brinda información. A pesar de ello, Rodríguez (2003) no deja de mencionar que el niño, visto desde cualquier dimensión, es el principal agente para referir sus malestares, la presencia de los padres solo debería contribuir a complementar la información. Pero, resalta que el niño participa en la medida que tenga conciencia de lo que sucede, hecho que también es mencionado por los participantes del estudio.

Todo esto permite observar que, la experiencia del pediatra se construye con los hechos que vive y se mezclan con sus conocimientos profesionales, y como producto sustenta una realidad. Esta experiencia es dinámica, si bien los pediatras pueden coincidir en un marco general para adaptarse a cada niño y familia, sus contradicciones nos llevan a pensar que su

relación dependerá de particularidades. Por ello, en el discurso del pediatra parece que se basa desde un modelo teórico para concebir esta relación, pero al verbalizar su experiencia se acerca a la realidad de su RMP con el niño y su familia, por ende, la información encontrada evidencia contradicciones. También se puede considerar que esta contradicción surge debido a que, la gran mayoría de los participantes desempeña labores en consultorio y hospitalización, por lo que al momento de llevar a cabo las entrevistas resaltaban ambas experiencias, y algunas veces el énfasis sobre las vivencias en el consultorio fueron mayores, en este caso se tenía que volver puntualizar en el objetivo principal.

Con los hallazgos del estudio, también, podemos reflexionar sobre la relación que hacen los participantes sobre su vocación de servicio para establecer la RMP. Según los entrevistados, la vocación de servicio es la motivación para cuidar a sus pacientes y aliviar sus dolencias físicas. En este sentido, existen investigaciones que explican la vocación de servicio como el “llamado interno” que se produce en el especialista, a través una actitud y conducta para ejercer un rol específico y cumplir con los objetivos del cuidado médico (Perales, Mendoza y Sánchez, 2013).

Para los investigadores Perales, Mendoza y Sánchez (2013) la vocación de servicio es la motivación interna del profesional, en este caso relacionada al cuidado del niño. Según estos autores esta motivación está regida por el entusiasmo de lograr resolver los inconvenientes del paciente, considerándose un sentimiento (Perales, Mendoza y Sánchez 2013). Desde esta línea, la vocación de servicio es un proceso afectivo que está direccionada por el deseo de seguir un modelo de vida, por la incorporación de los valores personales y la autoafirmación del yo (Perales, Mendoza y Sánchez, 2013).

Esto último nos dirige hacia la personalidad del pediatra. Para Alarcón (2012) cualquier médico llega a la RMP con su historia familiar, personal y profesional, así como con sus ideologías, deseos y metas, todo esto es configurado por el pediatra según sus rasgos de personalidad. Autores como Izquierdo (2002) menciona a Allport para definir la personalidad como aquella organización del sujeto que establece su conducta y pensamientos característicos. Falco de Torres (2016) considera que la personalidad es un conjunto de rasgos y cualidades de cada persona, y son estructurados de manera independiente a otros sujetos.

En este sentido, los participantes del estudio reconocen que cada pediatra tiene rasgos de personalidad diferentes, algunos son irritables, prepotentes, comunicativos. Esto nos lleva hacia el estudio de Bitran et al. (2005) que indica que no solo basta que el médico tenga una adecuada formación profesional y experiencia médica, también es importante que haga conciencia sobre sus rasgos personales para mantener una adecuada interacción con el niño y la familia. Alarcón (2012) refiere que el médico al conocer sus particularidades es consciente de sus limitaciones para tener compromiso y una adecuada RMP. Lo dicho por Alarcón valida los hallazgos del estudio, los pediatras aseguran que el autoconocimiento de sus limitaciones, temperamento y carácter contribuye a establecer una relación idónea.

Para comprender por qué es importante el temperamento y el carácter para los entrevistados, se hace referencia a lo dicho por Suarez (2010) el temperamento se constituye por las características biológicas de cada sujeto, el cual determina la conducta de la persona ante una situación. Asimismo, el autor define el carácter como la particularidad del sujeto que se evidencia en sus decisiones, valoraciones, juicios y acciones frente a un hecho o situación, por ello es variable en el tiempo. Esto último coincide con lo expresado por los participantes, entienden que el carácter ayuda al pediatra para relacionarse con el niño y, a través de él muestran su interés profesional.

También para los pediatras es importante ser persona optimista, para evitar el sentimiento de fatalidad y hacer algo más por el paciente niño. Los autores Sánchez, García, Gómez, M., Gómez, R. y Delgado (2016) explican que el optimismo es la convicción de que sucederán cosas positivas ante cualquier situación, en este caso el pediatra está convencido que puede hacer algo positivo para llegar a la recuperación del menor y lograr resultados exitosos. Sin embargo, los autores dejan en claro que este especialista deber tener la precaución de no caer en la negación ante la realidad del paciente niño.

A esta discusión se suma la autoestima del pediatra, si bien no fue considerada por todos los participantes, es necesario referirnos a ella. Autoras como Naranjo (2007) indica que la autoestima se va configurando con el contacto social. Desde este estudio, este contacto entre pediatra y niño puede sensibilizar al médico y manifestarse a través de su conducta, pero parece que, también, dependerá de la formación de su personalidad. Por ello, este

hallazgo podría ser útil para considerar la importancia de autoestimarse para desarrollar sensibilidad que permita percibir lo que siente el paciente y la familia.

Lo discutido sobre la vocación de servicio, la personalidad y el autoestima del médico pediatra, nos lleva a pensar en las competencias que debe desarrollar este profesional. El estudio de Ortiz, Vicedo, Rodríguez y Sardiñas (2015) muestra que el perfil de los pediatras está basado en competencias a nivel de atención médica integral, administrativa, docente educativa, investigación y resolver casos especiales, pero no determinan las habilidades del pediatra para actuar frente al paciente niño durante la hospitalización. Otra investigación realizada por Schonhau, Millán y Hanne (2009), sobre competencias transversales en la formación pediátrica agrega competencias en bioética, en comunicación efectiva y en medicina basada en la evidencia. Cabe resaltar que, en el estudio mencionado sus entrevistados manifestaron tener déficits sobre la competencia comunicativa, ya que no cuentan con un modelo a seguir. Durante la búsqueda de bibliografía en nuestro país no se encontró detalles sobre el perfil del pediatra basados en las habilidades personales para una adecuada relación médico paciente.

La falta de bibliografía sobre el perfil del pediatra y el poco conocimiento sobre la RMP en nuestro país permite hacer énfasis sobre las manifestaciones conductuales del médico que benefician la RMP, las cuales están basadas en la experiencia profesional de todos los entrevistados. Resulta importante que el pediatra tenga presente la necesidad de no mirar al niño como extraño, llamarlo por su nombre, usar un vocabulario de acuerdo con su edad y hablar cariñosamente con él, con la finalidad que el niño se sienta cómodo y el pediatra evite inconvenientes durante la RMP, además para que este profesional se sienta bien consigo mismo en el desarrollo de su trabajo. Este panorama nos hace reflexionar que, estos médicos desarrollaron estas habilidades por medio de su experiencia laboral, las cuales pueden ser un referente para determinar un modelo de competencias pediátricas más allá de lo convencional, para evitar actitudes negativas del pediatras que contribuyen a una mala RMP con el niño, por ejemplo, realizando un examen físico a la fuerza y ejerciendo poder al imponer sus ideas. Esta situación se toma como referente sobre la urgencia de incluir el desarrollo de competencias y habilidades personales en el perfil del pediatra y en el futuro se

fomente una interrelación adecuada en beneficio del médico, paciente y su familia, para evitar experiencias negativas producto de una ineficiente RMP.

Por ello es necesario continuar investigando sobre lo que piensa el pediatra sobre su rol en la hospitalización pediátrica, además de incluir al paciente niño y su familia en esta experiencia. En este contexto es importante profundizar sobre los inconvenientes que se encuentra el médico pediatra para desarrollar su labor desde el ámbito personal, laboral y social, así como también los del paciente y su familia. Con la finalidad de tomar conciencia que tanto el médico como sus pacientes no pueden ser vistos de manera fragmentada, porque limitaría la RMP y los intentos que se hagan para mejorar esta interacción profesional serían pocos efectivos. Para tener una buena RMP y un entorno hospitalario saludable, los ámbitos mencionados tienen que ser vistos de manera integral para desarrollar lineamientos de atención adecuados que traten de ver a las personas como seres humanos y no como hechos aislados.

Las personas pertinentes en el tema pueden empezar por discutir sobre el perfil del pediatra desde una formación integral que permita incorporar lo personal, lo profesional y social. Sin embargo, por la complejidad que implica el desarrollo de las habilidades personales, las facultades de medicina deberían dialogar sobre la necesidad de incluir en su formación académica sistemas de acompañamiento psicológico, psicoterapias, talleres de grupo para fomentar la conciencia de las limitaciones personales que podrían encontrar los futuros médicos al interactuar con sus pacientes. Además de ser un factor protector para autocuidarse y establecer los límites adecuados que le permitan ejercer saludablemente su trabajo.

CONCLUSIONES

En conclusión, las creencias del pediatra sobre la relación médico paciente en área de hospitalización pediátrica son amplias y variadas, puesto que dejan en evidencia que los conocimientos profesionales del médico, la realidad del contexto hospitalario, y hasta su subjetividad se contraponen para establecer la RMP.

- Si bien el objetivo solo está enfocado en las creencias sobre relación médico paciente en la hospitalización pediátrica, se concluye que para los participantes la RMP se enmarca en un contexto amplio que abarca los inconvenientes del sistema de salud, los cuales no se pueden dejar de lado por ser parte de la experiencia profesional de los pediatras.
- Se concluye que la estructura de la RMP entre el pediatra, el niño y su familia está dada de la siguiente manera: inicia por el respeto y la apertura. En este encuentro profesional surge la comunicación compuesta por la empatía, la confianza y el saber escuchar. Específicamente la relación con la familia se va construyendo por el lenguaje verbal del médico, su dedicación para atender al paciente y la escucha de los padres. La RMP con el niño se estructura a través el juego como herramienta para el acercamiento del pediatra. También por medio del ciclo vital y las características particulares del niño. Y se termina de estructurar por las particularidades del pediatra como su vocación de servicio, personalidad y autoestima, siendo cualidades que

permiten al médico mirar al niño como persona no extraña, llamarlo por su nombre, emplear un vocabulario acorde a su edad y hablarle cariñosamente.

- El pediatra que tiene habilidades de comunicación logra explicar a la familia sobre la evolución de la enfermedad, su impacto y evita las malas interpretaciones, a través del lenguaje sencillo, claro y preciso, con la finalidad que el paciente niño tenga cuidados integrales para su recuperación. A su vez, todo genera una adecuada RMP.
- Se concluye que en nuestro contexto es necesario reflexionar sobre las formas de comunicación del médico con su paciente. Recordando que el desarrollo de las habilidades comunicacionales están asociadas al desarrollo personal; que debe estar incluido en la formación de este especialista desde su preparación en pregrado. Es un tema que le corresponde dialogar a las diversas facultades de medicina del Perú.
- La RMP es un medio para que el pediatra eduque a la madre en tema de convivencia con la enfermedad del niño, pautas de crianza, prevención para la salud mental y mejorar el entorno familiar. Cabe resaltar que estos temas pueden ser abordados siempre y cuando la RMP sea la idónea.
- Se concluye que la educación es para los pediatras un medio preventivo para evitar que los inconvenientes de la vida cotidiana impacten en la salud del menor y en sus padres, es un tema que los pediatras deben considerar en su ejercicio médico para fomentar cuidados integrales en las familia en beneficio del menor y evitar las recurrencias a la hospitalización.
- Con una adecuada RMP los pediatras pueden lograr la adherencia al tratamiento, sobre todo, al considerar que es responsabilidad exclusiva de la familia. Para ello es necesario que el médico y la familia dialoguen sobre alternativas médicas. Hay que considerar que en este diálogo entra en juego los valores, conocimientos y experiencias del especialista, así como también las vivencias de la familia. En este contexto pueden existir diferencias que limitan la recuperación del menor.

- La vocación de servicio está ligada a la afectividad de los participantes. Se considera esta vocación como la motivación para realizar su trabajo médico con los niños, con ello poder fomentar su propio interés para resolver los problemas de salud del menor y establecer una adecuada RMP.

- Se concluye que para los pediatras el autoconocimiento de sus limitaciones, temperamento y carácter les facilita establecer una relación idónea con el niño y su familia.
- Se pone en evidencia la necesidad de dialogar sobre el perfil del pediatra en nuestro contexto. Considerando que la formación integral es esencial para incorporar lo personal, lo profesional y lo social.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos, las fortalezas, las conclusiones y limitaciones, se harán recomendaciones para futuras investigaciones y para la implementación de acciones concretas.

Para futuras investigaciones se recomienda:

- En relación con la muestra se recomienda incluir al paciente niño y a la familia para contrastar la información que se logre recolectar. De manera que se podrían conocer a profundidad que opinan los principales actores de la relación médico paciente y, por ende, desarrollar con mayor precisión los elementos principales de esta relación.
- Se sugiere que las entrevistas se lleven a cabo fuera de la institución laboral del pediatra, con el fin que los entrevistados sientan comodidad y libertad para expresar su punto de vista. Así, también, evitar respuesta por deseabilidad social. En lo posible es necesario que los participantes respondan desde lo que piensan y opinan del fenómeno estudiado, y no desde una imagen positiva de su experiencia. Con la finalidad que se conozca la realidad de la RMP en la hospitalización pediátrica.

Para la implementación de acciones concretas:

- Se propone indagar sobre el rol del pediatra para educar a la familia en los cuidados de salud del niño, sobre todo, considerando que es una figura de autoridad en temas de salud y su impacto puede ser positivo si se tienen los lineamientos claros de este rol. Además, su participación como educador puede impactar positivamente en el desarrollo biopsicosocial del menor y su entorno.
- También, se recomienda estudiar ampliamente sobre los rasgos de la personalidad del médico pediatra y su correspondencia con la relación médico paciente, a modo de comprender sus acciones y sus formas de relacionar con el paciente, sobre todo, por la vulnerabilidad del menor, más aún, en su estado de enfermedad.
- Por último, se sugiere que las personas pertinentes y las facultades de medicina puedan reflexionar sobre el perfil del médico pediatra que se da en nuestro contexto, de modo que se despierte el interés por dialogar sobre los lineamientos que se siguen para abordar al niño hospitalizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2014). Research Method. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195 – 204.
- Adis, G. (1991). Aspectos psicológicos de la práctica médica. 260 – 267.
- Afonso, P., Évora M., Nobalbo, A. y Yunexis, T. (2012). Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. *Humanidades Médicas*, 12(2), 252-261.
- Alarcón, R. (2012). Psicología Médica. En Alarcón, R., Mazzotti, G. y Nicolini, h. (Ed). *Psiquiatría* (163-193). Washington, D.C, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud
- Alfaro, A. K. y Altria, R. P. (2007). Factores ambientales y su incidencia en la experiencia emocional del niño Hospitalizado. *Revista Pediatría Electrónica*, 6(1), 36 – 54.
- Alvares, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Editorial Paidós Educador
- Arrubarrena, V. (2011). La relación médico paciente. *Revista Cirujano General*, 33(2), 122 – 125.
- Averbach, C. y Silverstein, L. (2003). *Qualitative data an introduction to coding and analysis*. Washington: New York University Prees
- Bardato, A., Nielsen, V. y Norton, E. (2017). Adherencia al tratamiento en niños y adolescentes. *Revista Medicina Infantil*, 24(2), 155-159.
- Beca, J. (1994). Relación médico paciente en pediatría. *Revista Chilena de pediatría*, 65(4), 242 -246.
- Beca, J. y Astete C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica. *Revista Médica de Chile*, 143, 493-498.

- Berenzon, S., Hernández, J. y Saavedara, N. (2001). Percepciones y creencias en entorno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos en la ciudad México. *Gaceta de Antropología*, 17(21), 1-12.
- Bitran, C. M., Zúñiga, P. D., Lafuente G. M., Viviani, G. P. y Mena, C. B. (2005). Influencia de la personalidad y el estilo de aprendizaje en la elección de especialidad médica. *Revista médica de Chile*, 133(10), 1191-1199.
- Bustamante, J. C., Rosas, R., Barcelata, B., Vázquez, M., y Espinosa, E. (2014). Evaluación psicológica de los médicos aceptados al posgrado de Pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta pediátrica de México*, 35(3), 202-211.
- Camacho, L., Vázquez, L., Agazzi, B., Fernández, Á. y Ferreira, A. (2013). Adherencia al tratamiento en adolescentes con diabetes tipo 1: un enfoque desde la perspectiva de los actores. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 1(3), 169-178.
- Cardona, J. (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 630-643.
- Castañeda, 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.
- Civeira, F. (2010). El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la medicina. *Educación Médica*, 13(1), 533 – 535.
- Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME), Escobedo, S., Nieto, W., Taype, A., Timaná, R., Alva, C., y Jumpa, D. (2017). Características del residentado médico en el Perú: resultados de la Primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). *Acta Médica del Perú*, 34 (4), 273 – 282.
- Cortese, E., Cortese, R., Díaz, V., Equisito, A., Kuzmicki, R., Alicia, Salvati, N., Van, G.I (2004). *Psicología médica – Salud Mental*. Argentina: Librería Técnica de Nobuko.
- Cruz, O., Fragoso, M., Gonzáles, I., Sierra, D. y Labrada, J. (2010). La relación médico paciente en la actualidad y en el valor del médico clínico. *Revista electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos*, 8(5), 110-120.
- Cruz, O., Hernández, D. y Pérez, M. (2017). Bienestar en Niños Hospitalizados. *Revista Humanidades Médicas*, 17(2), 396 – 414.
- Curlin, F., Lawrence, R., Chin, M. y Lantos, J. (2007). Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. *The new england journal of medicine*, 356(6), 593 – 600.
- D'Anello, S., Barreat, Y., Escalante, G., D'Orazio, A., Benítez A. La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18, 33-39.
- Defez, A. (2005). ¿Qué es una creencia? *Anales del Seminario de Metafísica*, 38, 199-221.

- Dewey, John (1989). *Cómo pensamos*. Buenos Aires – Argentina: Ediciones Paidós
- Díaz, J., Marín, L., y Muñoz, A. (2013). *Manual de Pediatría Social*. Málaga, España: Ediciones del Cenal
- Díez, A. (2017). Más sobre la interpretación (II). Ideas y Creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127 – 143.
- Dvoredsky, A. y Rosselot, E. (2009). Hospital docente del siglo XXI. *Revista Clínica Universitaria de Chile*, 20, 296 – 301.
- Falco de Torres, E. (2016). Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo? *Revista CONAMED*, 21(3), 136-140.
- Fenández, Ch., F. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96), 35 – 53.
- Fernández, G. (2010). Paciente pediátrico hospitalizado. Departamento de psicología médica. Área Materno Infantil Facultad de Medicina. UDELAR. Recuperado de: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/ Disciplinas%20Asociadas/PACIENTE%20PEDIATRICO%20HOSPITALIZADO%20-%20Ps.%20Gabriela%20Fernandez.pdf>
- Fernández, M. (2006). *Creencia y sentido en las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires
- Figueiras, A., Neves de Souza, I., Ríos, V., y Benguigui, Y. (2011). *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0 – 6 años) en el Contexto de AIEPI*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiempi-2011.pdf>
- Floyd, M. y Dago, R. (2014). La importancia de la buena comunicación en el médico y el niño, la familia y otros profesionales. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 7(3), 148-163.
- Franco, J. y Pecci, C. (2002). La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (Buenos Aires)*, 63(2), 111-118.
- Gamboa, C. y Valdés, S. (2015). *Responsabilidad de los profesionales de la salud*. (Segunda parte). México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.
- García, R. y Flora de la Barra, M. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Clínica Médica Condes*, 16(4), 236 – 241.
- Garzón, A. (2006). Evolución de las creencias sociales en España. *Boletín de Psicología*, 86, 53 – 84.

- Garzón, A. y Seoane, J. (1991). Estructura del espacio de creencias. *Boletín de Psicología*, 32, 73 – 91.
- Giron, M., Begoña, B., Medina, E. y Simón, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Salud Pública*, 76(5), 561 – 575.
- Gonzales, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29, 85 – 103.
- González, I., Chávez, A., García A., González, A., Orozco, I. y Sandoval, L. (2004). Relación estudiante de medicina-paciente: la perspectiva de los usuarios de un hospital. *Investigación en Salud*, 6(3), 188-193.
- González., A. T. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Psicología para América Latina*, (1) Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100005&lng=pt&tlng=es.
- Grau, M. y Fernández H. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw-Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V
- Herrero, N. (2014). *Hospitalización infantil: el niño y su familia*. (Tesis de pregrado). Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud de Valdecilla, Cantabria, España.
- Inga, F., Toro, C., Arestegui, L., Torres, V., y Taype, A. (2016). Características de la residencia médica en sedes docentes de Lima, Perú. *Educación Superior Médica*, 30(2). Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v30n2/ems14216.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud*. Consulta: 15 de abril de 2017. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1192/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Estado de la Niñez y la Adolescencia. Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2016*. Lima. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_ninez-y-adolescencia-oct-dic2016.pdf
- Irwin, L., Siddiqi, A y Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la primera infancia: Un potente ecualizador*. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf?ua=1
- Izquierdo, A. (2002). Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción. *Revista Complutense de Educación*, 13(2), 617-643.

- Jaramillo, L. G., Pinilla, C. A., Duque, M. I., y González, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.
- Korn, A. (1935). *Apuntes filosóficos*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Claridad
- La Rosa, M. I. (2014). *Concepciones y Creencias Docentes sobre el Colegio Democrático*. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Católica del Perú, Lima, Perú.
- Leal, F. J. y Plata, E. (2012). *El Pediatra Eficiente*. Colombia: Editorial Médica Panamericana
- León, A. (2007). Qué es educación. *Revista Educare*, 11(39), 595-604.
- Lizarazo, F. y Benavides, A. (2018). Ética médica. *Revista Horizonte médico*, 18(4), 4-8.
- Loayssa, J.R. y González, F.M. (2001). Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 28(3), 158-166.
- López, N. I. (2011). *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- López, R. (2010). Técnicas en entrevista médica – psicológica. *Revista de Investigación Psicológica*, 6, 31 – 34.
- Lora, A. (2005). Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. *Revista Pediátrica de atención Primaria*, 7(2), 97-105.
- Martín, N., Saldaña, E. y Morales, A. (2019). Relación entre el apego paterno e infantil, habilidades sociales, monoparentales y exclusión social. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 44-48.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9(1), 123 – 146.
- Mazo, A. (2006). *Los niños hospitalizados: ante las relaciones con los profesionales de la salud*. (Proyecto pedagógico). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Ministerio de Salud (2007). *Reglamento de Organizaciones y Funciones*. Hospital Cayetano Heredia. Recuperado de: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/rof/ROF_HCH_2007.pdf
- Montesi, M., y Álvarez, B. (2016). Los profesionales de la salud como fuentes de información. *Revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas*, 34, 27-43.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente. ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138, 1047-1054.

- Moreno, E. y Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Revista Internacional de psicología y Terapia psicológica*, 3(1), 91-109.
- Moreno, E., Roales, J., y Blanco, J. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1) 99-110.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de las personas y tema esencial del proceso educativo. *Revista electrónica: Actualidades investigativas en educación*, 7(3), 1-27.
- Nunes, C. y Ayala M. (2011). ¿De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil? *Anales de Pediatría*, 75(4), 239 – 246.
- Oliveros-Donohue, M. (2015). Humanización de la Pediatría. *Acta Medicina Peruana.*, 32(2) 85-90.
- Ortega, J. (1983). Ideas y Creencias. *Revista de Filosofía*, 5(10), 173 – 176.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia al tratamiento. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Ortiz, M., Vicedo, A., Rodríguez, I. y Sardiñas, M. (2015). Propuesta de competencias profesionales específicas para el perfil del egresado en pediatría Cuba. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(4), 516-526.
- Otamendi, A. (2009). "La Creencia", de Alexander Bain (1868). *Mental and Moral Science. Part First.* pp. 371-385.
- Pajares, F. (1992). Teachers' Beliefs and Educational Research: Cleaning Up a Messy Construct. *Review of Educational Research Fall*, 62(3), 307-332.
- Palacios, B., Sánchez, C. y Gutiérrez, A. (2002). Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. Guías o checklists. *Acta del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación*, 581 – 595.
- Panduro, J. (1998). *Revista de psicología de la PUCP*, 16(2), 243-264.
- Parra, C., Vergés, C., Carreras, A., Blesa, N., Sainz de la Maza, V. y Luaces, C. (2017). Experiencia del paciente en Urgencias: ¿qué opinan los niños y los adolescentes? *Anales de Pediatría*, 86(2), 61-66.
- Perales, A., Mendoza, A. y Sánchez, E. (2013). Vocación médica en médicos de prestigiada conducta profesional. *Anales Facultad de Medicina*, 74(4), 291-300.

- Pérez, A., Vidaillet, E., Carnot, J., Orgel J. y Duane, O. (2003). La relación médico paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 19(6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600006
- Poma-Reyna, O. (2013). Las creencias populares en la medicina moderna. *Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 26(1), 37-43.
- Pueyo, M., Baranda, L., Valderas, J., Starfield, B. y Rajmild, L. (2011). Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada, *Anales de Pediatría Barcelona*, 75(4), 274 – 252.
- Quintana, A. (2006). Metodología de investigación científica cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*, 47-84.
- Ramalho, R. (2008). La relación médico paciente. Nuevas perspectivas. *Facultad de Ciencias Médicas de Asunción*, 41(1 y 2), 82 – 84.
- Ramos, R. C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Facultad de medicina*, 69(1), 12-6.
- Reyes, C., Gheorghiu, S. y Mulligan, T. (1998). Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Corporación Editora Médica del Valle*, 29(4), 134-137.
- Reyes, U. (2005). La relación médico paciente en pediatría. *Archivos de investigación Pediátrica de México*, 8(2), 3- 4.
- Rillo, A., Vega, L. y Duarte, M., (2013). Responsabilidad médica: entre la libertad y la solidaridad con el paciente. *Medicina Interna*, 29(3), 311-317.
- Rodríguez, F. (2014). Prácticas y creencias culturales acerca del cuidado de niños menores de un año en un grupo de madres de Chocontá, Colombia. *Revista Colombia de Enfermería*, 9(9), 77-87.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada, España: Editorial Ediciones Aljibe
- Rodríguez, M. (2003). Relación médico-niño. *Facultad de Ciencias Médicas de Holguín*, 7(3), 3.
- Rodríguez, T., Blanco, M. A. y Parra, I. (2009). Las Habilidades Comunicativas en la Entrevista Médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(4), 79 – 90.
- Ruiz, R., Rodríguez, J. y Epsteinc, J. (2003). ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 32(10), 594-60.

- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Revista LIBERABIT*, 13, 71-78.
- Sánchez, D. y Contreras, Y. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
- Sánchez, M. D. (2012). Aspectos emocionales del niño enfermo y su familia. *Formación Activa Pediátrica Atención Primaria*, 5, 149-56.
- Sánchez, P., García M., Gómez M., Gómez, R. y Delgado, S. (2016). Bienestar emocional. *Revista comunitaria*, 42, 159 -160.
- Sánchez, M. A. (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona, España: Editorial Masson
- Schonhaut, L., Millán, T. y Hanne, C. (2009). Competencias transversales en la formación de especialistas en pediatría, Universidad de Chile. *Revista Educación Médica*, 12(1), 33-41.
- Suarez, D. (2010). El temperamento en la regulación de la personalidad. *Revista Facultad de las Ciencias de la Salud*, 7(1), 125-129.
- Tarrillo F., Y. (2014). *Vivencias de los escolares frente a la hospitalización en el servicio de pediatría del hospital nacional Almanzor Aguinaga asenjochiclayo-2014*. (Tesis de Maestría). Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
- Valdés, C. (2011). El desarrollo del juego y las actividades lúdicas en la hospitalización pediátrica. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/303811116_el_desarrollo_del_juego_y_las_actividades_ludicas_en_la_hospitalizacion_pediatica-game_development_and_ludic_activities_in_the_pediatric_hospitalization
- Vázquez, M. y Reynes, J. (2014). Lo imprescindible del consultorio de un pediatra. *Acta Pediátrica Mexicana*, 35(1), 77 – 81.
- Velásquez A., L. (2014). *Niños hospitalizados: Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles*. Lima, Perú: Editorial UPC
- Yépez, T. M. (1998). *Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes pediátricos hospitalizados en el hospital pediátrico "Dr. Agustín Riera Zubillaga" desde agosto 97 hasta enero 98*. (Tesis de Maestría). Hospital Pediátrico Agustín Riera Zubillaga, Barquisimeto, Venezuela.
- Zabala, A. y Rokeach, M. (1970). La Dimensión Periférica Central de los Sistemas de Creencias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(3), 387-398.



ANEXOS

ANEXO N° 1: GUÍA DE ENTREVISTA

CREENCIAS SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PEDITARAS QUE ATIENDEN EN LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL LIMA METROPOLITANA

Buenos días, mi nombre es Rosa Milagros Isla Castillo, estudiante del último año de psicología en la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. Me encuentro realizando una investigación para la obtención de la licenciatura que tiene como objetivo **EXPLORAR SU OPINION SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN PEDIATRAS QUE ATIENDEN EN LA HOSPITALIZACIÓN.**

Por tal motivo, lo invito a participar del estudio de manera voluntaria. Quiero pedir su consentimiento para que esta entrevista sea grabada. En caso desee colaborar, recibirá un documento donde se hace una breve explicación de los objetivos de la investigación, así como del tratamiento confidencial que se dará a la información que brinde.

Le pedio que responda sinceramente sobre lo que piensa. No hay respuestas buenas o malas, todos sus comentarios son importantes y valiosos.

I. Información general de la entrevista

Subespecialidad	
Años de experiencia de pediatra	
Años de trabajo en el hospital	
Horas de trabajo en el hospital	

II. Ideas previas sobre la RMP

- ¿Para Ud. qué es ser médico?
- ¿Para Ud. qué es un paciente niño? ¿Qué ideas tiene si piensa en un paciente niño?
- ¿Cómo es la participación durante la hospitalización niño? ¿Cómo así? ¿Por qué lo considera?
- ¿Cómo es su acercamiento hacia el niño enfermo durante la hospitalización? ¿Por qué? ¿cómo lo hace? Un ejemplo.
- ¿Cuál cree que es el rol de la familia durante la hospitalización?

III. RMP pediatra

- Desde su experiencia, ¿cómo puede definir la RMP con el niño enfermo?
- ¿Cómo cree Ud. que se construye la RMP con el niño durante la hospitalización? ¿Cómo así? Un ejemplo.
- ¿Cómo cree que influye la familia en la RMP? ¿Cómo así? ¿de qué manera? **(limitaciones y dificultades).**
- ¿Qué características considera que tiene una buena RMP? ¿Por qué eligió estas características? ¿Cómo así? ¿Conoce algún caso?
- ¿Qué características considera que tiene una mala RMP? ¿Por qué eligió estas características? ¿Conoce algún caso?

❖ *Lenguaje y comunicación en la RMP*

- *¿Ud. cómo cree que es una buena comunicación entre el pediatra, niño y la familia? ¿Qué elementos considera? ¿Por qué? En qué casos se da. (tipo de lenguaje, si se deja entender, comprender, si considera el ciclo vital y condiciones de la familia).*
- *¿Ud. cómo cree que es una mala comunicación entre el pediatra, niño y familia? ¿Por qué? ¿Cómo así? Conoce algún caso.*

IV. Factores internos y externos que influyen en la RMP

- ¿Qué factores pueden influenciar en la RMP? ¿Por qué? ¿cómo así? ¿de qué manera?

V. Emociones y sentimientos en la RMPP

- Desde su experiencia profesional, ¿Cómo se siente Ud. ante un niño enfermo? ¿Por qué? ¿Cómo así?
- ¿Cómo maneja Ud. sus emociones/sentimientos durante la atención del niño enfermo y su familia? ¿Cómo así? ¿Por qué?

VI. Experiencia personal y profesional

- Para Ud. ¿Qué es curar?
- Cómo cree que su experiencia personal y profesional influye sobre la RMPP.

VII. Cierre

- Hay algo más que desee agregar sobre la RMP que no hayamos hablado que sea importante.

ANEXO N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por ROSA MILAGROS ISLA CASTILLO, estudiante de psicología en la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco del curso SEMINARIO DE TESIS II La meta de este estudio es EXPLORAR LAS CREENCAS SONRE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN PEDIATRAS QUE ATIENDEN EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas, a través de una ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, LA CUAL SERÁ GRABADA, lo que le tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus datos personales serán anónimos.

Su participación en este estudio es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que dese sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. He sido informado(a) del objetivo, duración y otras características de la investigación.

Reconozco que mi participación es voluntaria y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mirian Lúcar ASESORA DEL SEMINARIO DE TESIS II al miriamlf7@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al correo anteriormente mencionado.

Nombre y firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha: