

Punto de vista de la comunicación en la relación médico-paciente desde pacientes pediátricos hospitalizados y residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia que hacen su prácticas en salas del Hospital San Vicente Fundación, Medellín, 2018

Standpoint about communication in the doctor-patient relationship from hospitalized pediatric patients and residents of pediatrics of the University of Antioquia who do their practice in wards of Hospital San Vicente Fundación, Medellín, 2018

Víctor Daniel Montenegro-Useche¹, Verónica Johanna Ramírez-Durán¹, Olga Lucía Restrepo Espinosa¹

¹ Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Correspondencia: Víctor Daniel Montenegro-Useche ¹

Correo electrónico: victordan93@hotmail.com

Dirección postal: Calle 26 BN # 4-50, Barrio Villadocente, Popayán, 190002

Teléfono: 3505299882

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses para publicar este artículo. La fuente principal de recursos económicos fue la Universidad de Antioquia (los investigadores son estudiantes y empleados adscritos a esta institución). Todos los autores arriba citados hicieron parte del diseño y corrección del protocolo de investigación, trabajo de campo y redacción del informe final.

Resumen: La comunicación es un proceso social determinado por dimensiones subjetivas de las personas y por tanto atraviesa toda relación humana. En el ejercicio profesional médico es una competencia imprescindible para asegurar buena calidad en la atención. **Objetivo:** Interpretar el punto de vista de escolares y adolescentes hospitalizados en una institución de prestación de servicios de salud de alta complejidad de la ciudad de Medellín respecto a la relación comunicativa con pediatras, sus formas de respuestas y reacciones ante el enfoque de comunicación que despliegan los médicos cuando los interrogan y examinan, y exponer percepciones y puntos de vista de residentes de pediatría respecto a esta forma de relación comunicativa en el acto médico que prevalece en este programa de formación en Pediatría.

Métodos: estudio cualitativo con enfoque epistemológico fenomenológico con perspectiva hermenéutica desarrollado en el Hospital Universitario San Vicente Fundación en la ciudad de Medellín, Colombia. Incluyó pacientes escolares y adolescentes hospitalizados entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019, residentes de pediatría de la Universidad de Antioquia y pediatras que hacen labor asistencial en esa institución. Se utilizaron las técnicas de observación participante, encuesta electrónica, entrevista semiestructurada y grupo focal para la recolección de la información, realizando el análisis mediante sistema de códigos abiertos.

Resultados: se entrevistaron 8 pacientes, se hizo observación de 5 encuentros entre profesionales médicos y los mismos pacientes entrevistados y se realizaron 3 grupos focales con 14 residentes de los 3 niveles de formación del programa de Pediatría de la Universidad de Antioquia. Se encontró que el modelo médico hegemónico (MMH) predomina en la atención de los pacientes, con un enfoque paternalista adultocéntrico que se acata de forma natural por parte de los niños y adolescentes entrevistados a pesar de que expresan el deseo de ser reconocidos como sujetos con derecho y ser tratados como iguales en la relación comunicativa con sus médicos. Los residentes reconocieron la persistencia de este paradigma y la reproducción involuntaria de ese modelo y expresaron el deseo de recibir formación en

habilidades comunicativas para transformar la relación médico–paciente a un modelo de comunicación democrático, en el que se haga partícipe al paciente pediátrico, sin embargo, esto contrasta con la sensación de confort que les genera este paciente, dada su respuesta comunicativa pasiva, que acepta sin cuestionamientos, las decisiones en la práctica clínica tomadas unidireccionalmente por el profesional de salud y que representó uno de los motivos determinantes en la elección de su especialidad médica. **Discusión y conclusiones:** el MMH predomina en la relación comunicativa entre médico y paciente en Pediatría. Se tiende a ignorar el punto de vista del paciente pediátrico, especialmente el escolar con exclusión en el acto comunicativo. Esto conduce a una práctica médica que convierte al niño en objeto (cuerpo biológico) sobre el que recae la mirada y atención médica con complicidad de los adultos acudientes e interiorización con normalización del menor. Sin embargo, se encuentra que el deseo de los pacientes de ser reconocidos como sujetos activos en la comunicación y con derechos subyace, así como un anhelo de los profesionales encuestados de cambiar la forma de ejercer su profesión, recibir de manera formal entrenamiento en competencia comunicativa en el marco del programa curricular de Pediatría para empezar a practicar el modelo médico democrático.

Palabras claves: niño, adolescente, comunicación, relación médico-paciente, modelo médico hegemónico.

Abstract: Communication is a social process determined by subjective aspects of the people involved in it, therefore it is transversal to all human relationships. In medical practice, it becomes an essential competence to ensure good quality in patient care. **Objective:** to interpret the standpoint of children and adolescents hospitalized in a high complexity level of health care center in Medellín city regarding the communicative relationship they encounter with pediatricians, their responses and reactions to the communication approach that doctors deploy when they assess their health condition, as well as to expose the perceptions and standpoint of

residents of the Pediatrics Program of the Universidad de Antioquia that pursue their practice in this hospital regarding the communicative relation during de health care act. **Methods:** qualitative study with a phenomenological epistemological approach with a hermeneutic perspective developed at the San Vicente Fundación University Hospital in the city of Medellín, Colombia. It included school patients and adolescents hospitalized between September 2018 and December 2019, pediatric residents of the University of Antioquia and pediatricians who do healthcare work in that institution. Participant observation techniques, electronic survey, semi-structured interview and focus group were used to collect the information, performing the analysis using an open source system. **Results:** eight patients were interviewed; 5 encounters of pediatricians with the same patients interviewed were observed; and 3 focal groups were carried out with 14 residents of the three levels of the Pediatrics Residency program at the University of Antioquia. It was found that a Medical Hegemony Communication Model – MHCM (translation from Spanish *Modelo Médico Hegemónico: MMH*) is the communication approach that persists in the pediatric care practice of this residency program. This medical practice is reinforced with the addition of adult-centered paternalistic approach that the children and adolescents decide to abide as the norm and natural way. Although they also express their desire to be recognized as subjects with the same and equal rights as adults to participate in a more active way in the communication process with their doctors. The residents recognized the persistence of this paradigm and the involuntary reproduction of that model and expressed the desire to receive training in communication skills to transform the doctor-patient relationship towards a democratic communication model, in which the pediatric patient is involved. However, this contrasts with the feeling of comfort that this patient generates, given his passive communicative response, which accepts without question, the decisions in clinical practice made one-way by the health professional and which represented one of the determining reasons for the choice of your medical specialty. **Discussion and conclusions:** There is a predominance

of the MHCM in the doctor-patient interaction in the field of Pediatrics as proved by the results in the studied population. This research reflects how there is a tendency to exclude the participation and ignore the pediatric patient standpoint, especially children, which are seen as objects or biological bodies upon the doctor's eyes and practice focus on with blindness to the emotions and important psychological and social determinants of the child healthcare. However, there is a desire of patients to be recognized as active subjects with equal rights to be in the communicative relation, also as the desire of the professionals surveyed to change the way they practice their profession, to receive formal training in communicative competence within the framework of the Pediatrics curriculum program to begin practicing the democratic medical model.

Keywords: child, adolescent, communication, physician-patient relation, Medical Hegemony Communication Model

Introducción

La comunicación se define como un proceso social determinado por dimensiones subjetivas de dos o más personas que participan en él y que intercambian dinámicamente la función de emisor y receptor. El contenido, forma y matices de la comunicación varían dependiendo de lo que el emisor pretenda compartir u obtener con el mensaje exteriorizado y las interpretaciones, reacciones y respuestas de retorno por parte de quien recibe, categorizando para efectos operativos de esta investigación cuatro funciones básicas: informativa, expresiva, apelativa y poética (1–4). Ante el mensaje entregado por el emisor, el receptor puede desplegar cuatro tipos básicos de respuesta comunicativa (5): constructiva-activa, cuando ejerce un rol dinámico y empático, enriqueciendo la conversación; constructiva-pasiva, cuando ejerce un rol secundario, limitándose a escuchar, sin aportar nuevos elementos al acto comunicativo; destructiva-activa, cuando contradice al emisor y se centra en lo negativo del mensaje; o destructiva-pasiva, donde el receptor ignora el mensaje y evita la interacción, omitiendo al emisor.

Siendo la comunicación un proceso determinado por aspectos subjetivos que permean la interacción entre los sujetos involucrados, se infiere que el resultado final no podrá ser copia objetiva y uniforme de la realidad sobre la que se propone comunicar, sino el producto de un consenso alcanzado entre los sujetos (6–9). Cada actor observa y experimenta los hechos de forma diferente, desarrolla percepciones y vivencias para finalmente configurar su punto de vista respecto a la situación o realidad expuesta (10). Es por tanto, dinámico al depender de la disposición y oportunidad que tenga la persona para exteriorizar su voz y compartirla con el otro, y que ese otro reaccione con disposición y sensibilidad para interpretarla y retornar otro mensaje (11).

La acción comunicativa es transversal a todas las relaciones humanas, y en el ejercicio médico se convierte en una competencia imprescindible para asegurar una buena calidad en la atención a los pacientes. (12–15) . En el campo de la Medicina la acción comunicativa debe suplir tres funciones: recolectar información, desarrollar y mantener una relación terapéutica empática, y comunicar información (16,17). Para desarrollar estas funciones, se sugiere que el médico siga 7 pasos secuencialmente para asegurar una asertiva, efectiva y adecuada interacción con el paciente: 1. Construir la relación; 2. Apertura de la discusión; 3. Reunir información; 4. Entender la perspectiva del paciente; 5. Compartir información; 6. Llegar a un acuerdo en problemas y planes de tratamiento; 7. Proveer un cierre (17,18). Sin embargo, la práctica de la medicina contemporánea no ha girado en torno a los principios antes mencionados, sino que ha hecho que la relación médico paciente se mantenga asimétrica en cuanto al poder que le otorga al médico como figura de autoridad que subsume al paciente a sus decisiones de forma unilateral. Este tipo de relación que se ha configurado desde las bases institucionales que erigieron el mundo de la modernidad ha sido descrita por el antropólogo Eduardo Menéndez como un paradigma social distintivo de la institución médica y lo denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH), el cual se manifiesta por una tendencia a las prácticas de medicina

dirigidas únicamente a tratar síntomas y enfermedades físicas observables, confinadas exclusivamente en la dimensión biológica de la persona, una práctica de medicalización de la vida cotidiana de la gente con prescripciones que rigen las decisiones y comportamientos moralmente válidos para el médico y la mirada ciega para abordar de forma integral al paciente, (19–23). Alrededor de este modelo, aparecen cuatro enfoques en la comunicación médico-paciente descritos en la literatura: Activo pasivo, en el que el saber y experticia son prerrogativas para el médico y el paciente se debe limitar a acatar órdenes sin derecho a interpelación. Se argumenta que este enfoque le otorga ese privilegio al médico sobre la base de que prima el principio ético de la beneficencia; Clientelista o consumista, en el que el paciente ostenta el lugar de poder y privilegio y el médico se ve obligado a suplir las demandas del paciente sobre la base de que prima el principio de autonomía del paciente para que opte por el camino que considere más conveniente para su salud; Interpretación y guía, en el que el médico brinda información en medio de un diálogo que procura recoger el punto de vista y expectativas del paciente, ofrece instrucciones que el paciente debe seguir sin que por ello él quede desprovisto de su derecho a preguntar, opinar y acordar; Democrático, el que refleja un ejercicio de poder más horizontal, con claro cumplimiento del principio de comunicación bidireccional en donde el paciente es protagónico para agenciar su propio bienestar y el médico asume una función de educar pero bajo el acuerdo de que es una responsabilidad compartida para demarcar el mejor camino para la mejoría del paciente (16,19,24–28).

En el campo de la Pediatría, dicha relación comunicativa se hace más compleja porque se enfrenta a una triada pediatra-paciente-cuidador (29–31), que aparentemente en aras de la legislación vigente que les concede derechos a los niños de poder conocer y decidir sobre su salud y cuerpo no resulta ser tan garante de los mismos. En muchas ocasiones, el médico olvida que el paciente es el niño, e inicia una comunicación bidireccional con el cuidador, que entorpece la posibilidad de construir empatía con el paciente al evitar la participación de este.

Esta tendencia a excluir el niño como un sujeto se ve fortalecido por imaginarios sociales sobre la infancia y adolescencia que justifican mantener el mismo orden jerárquico estipulado desde el adultocentrismo que sigue considerando a estos sujetos como seres incompletos y con incapacidades para comprender y decidir por causa de un curso de vida de crecimiento y desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. Por esta misma razón se supone que no cuentan con recursos para enfrentar y asimilar dificultades y/o adversidades como las que pueden aparecer por causa de una enfermedad. Este imaginario legitima una práctica que deja por fuera de la comunicación al preescolar y escolar y asume al adolescente como un adulto menor más habilitado para entendimiento y con libertad autorizada para que tomen las debidas decisiones en materia de su salud (27,29,31–37). Lo inquietante es que estas construcciones sociales siguen circulando en el ámbito de la práctica médica y pediátrica a pesar de que los derechos de niños y adolescentes están amparados por convenios internacionales y leyes nacionales que claman que sus voces sean escuchadas cuando hay de por medio decisiones que directamente afecten sus cuerpos y vidas (38–40). La reproducción automática de estos enfoques de comunicación, incluso la reproducción del MMH por parte de aprendices en Pediatría y pediatras le niega al paciente la posibilidad y capacidad de ejercer un papel diligente, con potencial riesgo de victimización por vulneración de sus derechos al punto que podría repercutir en el desarrollo libre de su personalidad. (24,40).

Entendiendo el punto de vista como una interpretación de la realidad, y siguiendo la teoría del punto de vista (*standpoint theory* en inglés), descrita por Sandra Harding dentro de la teoría feminista y adaptada por Dorothy Smith como una forma de objetivar las nociones de la realidad a partir de los relatos de individuos social y culturalmente marginados, quienes pueden, desde su realidad, señalar patrones de comportamiento que las personas pertenecientes al grupo dominante no reconocerían (11,41–43), y evidenciando cómo en el escenario de la Pediatría el encuentro comunicacional entre los sujetos se da desde lugares distintos; el uno en el lugar de

privilegio con el poder como médico y el paciente desde un lugar marginal y de sumisión por una práctica que ha naturalizado su exclusión, reconocer la voz del niño y descifrar sus percepciones al respecto es un paso importante para incluir socialmente a poblaciones históricamente marginadas (10,11,31,32,41). Esta investigación se planteó como objetivo interpretar el punto de vista de escolares y adolescentes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad de Medellín respecto a la relación comunicativa con los pediatras del hospital, así como exponer las percepciones que los residentes de Pediatría que realizan sus prácticas en esta institución tienen respecto a esta relación de comunicación en su ejercicio médico. Como hallazgo secundario, se determinó si el Modelo Médico Hegemónico (MMH) circula con preponderancia en la práctica diaria de Pediatría y cuáles enfoques de la relación comunicativa médico-paciente se evidencian, así como las implicaciones que la persistencia de esta forma de relacionamiento en la comunicación tiene en las respuesta comunicativa que interiorizan los pacientes frente al personal médico que les atiende.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se desarrolló un estudio de corte cualitativo desde un enfoque epistemológico fenomenológico con perspectiva hermenéutica en el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) en la ciudad de Medellín, Colombia, institución prestadora de servicios de salud de alto nivel de complejidad y centro de referencia en la atención de pacientes pediátricos en la región.

El enfoque fenomenológico en investigación permite ampliar la mirada investigadora hacia el estudio de experiencias subjetivas en la vida de las personas como elementos con poder de afectación y determinación en el resultado del objeto de estudio; analiza aspectos complejos de la vida humana que se encuentran más allá de lo materialmente visible y cuantificable para el método científico empírico analítico convencional, interpretando los relatos de la gente como

reflejos de un mundo social moldeado por valores, normas y prácticas (44–47). La hermenéutica como proceso comunicativo permite revelar los significados de las cosas que se encuentran en la conciencia de la persona e interpretarlas por medio de la palabra (46–49). Por tanto, la fenomenología hermenéutica como método se orienta a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia vivida y al reconocimiento del significado del valor de esta experiencia. Este método compone un acercamiento coherente y estricto al análisis de las dimensiones éticas, relacionales y humanas (44–49).

Población estudiada

En el caso de los pacientes escolares y adolescentes, los sujetos se seleccionaron a partir de la población correspondiente a pacientes hospitalizados en salas del HUSVF de la ciudad de Medellín, que aceptaron participar en el estudio durante un periodo de 16 meses (septiembre de 2018 a diciembre de 2019), pertenecientes al grupo de edad entre 6 y 18 años, que hablaran español. Se excluyeron pacientes con condiciones que impidieran una comunicación fluida con los investigadores (p. ej. estado vegetativo, infecciones agudas del sistema nervioso central, cuadros de delirium), discapacidad cognitiva que represente una barrera para la comunicación (p. ej. Síndrome de Down, trastornos del espectro autista, parálisis cerebral infantil), pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica o presencia de discapacidad cognitiva en los padres que representara una barrera para la comunicación.

Cada uno de los pacientes entrevistados se codificó con la letra P seguida de valores alfanuméricos que representan de forma consecutiva la fecha en que fue evaluado, su sexo, si es escolar o adolescente y si tiene o no una enfermedad crónica.

Para la selección de los residentes de Pediatría incluidos en el estudio, se realizó una encuesta electrónica anónima donde se preguntó acerca de las habilidades comunicativas en la relación médico – paciente pediátrico y se les indagó si deseaban participar en el estudio. En el consentimiento informado de la encuesta se incluyó un apartado que les explicaba a los

estudiantes que al aceptar responder la encuesta, aceptaban también ser invitados al grupo focal. De los 38 residentes matriculados en el programa de Pediatría de la Universidad de Antioquia en el momento de la investigación, 29 respondieron la encuesta, y 14 asistieron a los grupos focales, por lo que se distribuyeron en 3 sesiones con grupos de 4 a 5 estudiantes. Cada uno de los residentes de grupos focales se codificó con la letra R seguida de valores alfa-numéricos que representan de forma consecutiva la fecha en que participó en el grupo focal, su sexo, año de residencia y orden de participación en el grupo focal correspondiente.

Adicionalmente, en el transcurso de la recolección de información, se preguntó a los pediatras y residentes que evaluaban a los pacientes escogidos para las entrevistas si aceptaban ser observados durante la evaluación clínica que realizaban en la ronda diaria. Cada uno de los profesionales observados se codificó con la letra M seguida de valores alfa-numéricos que representan de forma consecutiva la fecha en que fue observado y su sexo.

En las Tablas 1 – 3 se resume la codificación de todos los sujetos estudiados.

Tabla 1 – Codificación de los pacientes entrevistados							
Paciente	Fecha de entrevista	Lugar	Hora	Sexo	Edad/grupo etario	Enfermedad crónica	Entrevistador
P1MAC	20/09/18	Cuarto piso HUSVF*	14:00	Mujer	16 años/adolescente	Si	Investigador 1
P2HAU	9/10/18	Tercer piso HUSVF	14:00	Hombre	14 años/adolescente	No	Investigador 1
P3MEU	1/11/18	Tercer piso HUSVF	10:00	Mujer	9 años/escolar	No	Investigador 1
P4HAU	3/12/18	Tercer piso HUSVF	14:30	Hombre	12 años/adolescente	No	Investigador 1
P5HEC	12/12/18	Cuarto piso HUSVF	11:00	Hombre	10 años/escolar	Si	Investigador 1
P6MAU	23/01/19	Tercer piso HUSVF	15:00	Mujer	12 años/adolescente	No	Investigador 1
P7MAC	12/06/19	Tercer piso HUSVF	14:30	Mujer	14 años/adolescente	Si	Investigador 1
P8MEU	30/10/19	Cuarto piso HUSVF	15:00	Mujer	8 años/escolar	No	Investigador 1

* Hospital Universitario San Vicente Fundación

Tabla 2 – Codificación de los profesionales observados

Pediatra	Fecha de la observación	Lugar	Hora	Sexo	Investigador en la observación
E1M	21/09/18	Cuarto piso HUSVF*	7:00	Mujer	Investigador 1
E2H	3/12/18	Tercer piso HUSVF	8:30	Hombre	Investigador 1
E3M	13/12/18	Cuarto piso HUSVF	10:00	Mujer	Investigador 1
E4M	14/12/18	Cuarto piso HUSVF	11:00	Mujer	Investigador 1
E5M	23/01/19	Tercer piso HUSVF	11:00	Mujer	Investigador 1

* Hospital Universitario San Vicente Fundación

Tabla 3 – Codificación de los residentes evaluados en grupos focales (fecha, hora y lugar de evaluación)

Residente	Fecha de evaluación	Lugar	Hora	Sexo	Año de residencia	Investigador a cargo del grupo focal
R1M11	29/01/20	Salón 229 Facultad de Medicina UdeA*	14:30	Mujer	Primero	Investigadores 1, 2 y 3
R1M12	29/01/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Primero	Investigadores 1, 2 y 3
R1M13	29/01/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Primero	Investigadores 1, 2 y 3
R1H14	29/01/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Hombre	Primero	Investigadores 1, 2 y 3
R1M15	29/01/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Primero	Investigadores 1, 2 y 3
R2M21	5/02/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Segundo	Investigadores 1, 2 y 3
R2H22	5/02/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Hombre	Segundo	Investigadores 1, 2 y 3
R2H23	5/02/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Hombre	Segundo	Investigadores 1, 2 y 3
R2M24	5/02/20	Salón 229. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Segundo	Investigadores 1, 2 y 3
R3M31	12/02/20	Salón 231. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Tercero	Investigadores 1 y 3
R3H32	12/02/20	Salón 231. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Hombre	Tercero	Investigadores 1 y 3
R3M23	12/02/20	Salón 231. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Segundo	Investigadores 1 y 3
R3M24	12/02/20	Salón 231. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Mujer	Segundo	Investigadores 1 y 3
R3H25	12/02/20	Salón 231. Facultad de Medicina UdeA	14:30	Hombre	Segundo	Investigadores 1 y 3

* Universidad de Antioquia

Recolección de la información

Como técnicas de recolección para la información de los sujetos estudiados se utilizó la observación participante, la encuesta electrónica, la entrevista semiestructurada y el grupo focal, capturando tal información con grabadoras de audio, con posterior transcripción de la información obtenida. Se realizaron diarios de campo que dieron cuenta de la observación

participante y las entrevistas que fueron transcritas por los investigadores en medio magnético para el análisis de la información.

En el proceso de recolección de la información, el investigador 1 se encargó de la realización de las entrevistas a los pacientes y observaciones participantes. Los grupos focales fueron realizados por los investigadores 1, 2, y 3. Lo anterior obedeció a la inclusión del investigador 3 posterior a la aplicación de dichas herramientas (previa aprobación del comité de investigación). El análisis de la información obtenida, interpretación de resultados y redacción del artículo de investigación fue realizado por los 3 investigadores.

Para la realización de la entrevista semiestructurada, se utilizó una guía basada en preguntas sencillas que se hicieron a los pacientes y se dirigió la entrevista basada en las respuestas entregadas por ellos.

La observación participante se realizó durante las rondas de evaluación a los escolares y adolescentes pacientes que aceptaron participar en el estudio que los pediatras realizaban diariamente. Mediante la observación se detalló cómo se daba la comunicación del médico con el niño y viceversa, se recogió información acerca del sexo del pediatra observado y el tiempo que llevaba ejerciendo la especialidad, así como de todos los matices que se presentaban en la relación comunicativa.

Finalmente se realizaron 3 grupos focales a los residentes de primer, segundo y tercer año que aceptaron la invitación a participar en estos, con una duración promedio de 2 horas para cada grupo.

Análisis de la información

Una vez se transcribió toda la información obtenida, se procedió a realizar el análisis mediante un sistema de códigos abiertos, generando categorías de acuerdo a los conceptos coincidentes entre los participantes. La entrevista semiestructurada fue la base para descifrar el punto de

vista del niño respecto a la relación con el pediatra. Para estructurar este punto de vista, se tomó en cuenta la teoría de punto de vista (*standpoint theory*), descrita inicialmente por Sandra Harding dentro de la teoría feminista, pero posteriormente adoptada por Dorothy Smith como una herramienta para dar voz a todos los grupos marginados (41,42,50), entendiendo que las percepciones, narraciones y relatos entregados por los sujetos investigados permiten objetivar su punto de vista. El análisis de los datos obtenidos de la observación participante se utilizó para determinar si el MMH se desplegaba en la práctica diaria de los profesionales en el HUSFV y cuáles enfoques de relación comunicativa médico paciente predominaron durante la interacción con niños y adolescentes. Finalmente, el análisis de la encuesta electrónica y las transcripciones de los grupos focales permitió detallar las percepciones y puntos de vista del personal en formación respecto a la comunicación con los pacientes y el modelo médico que predominó en su formación de pregrado y que siguen presenciando y reproduciendo durante su desempeño actual en la residencia, contrastando esta información con la relación comunicativa médico-paciente observada durante el estudio.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario San Vicente Fundación de la ciudad de Medellín, mediante Acta N° 25-2018 con fecha 27 de agosto de 2018.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para su inclusión en el estudio, previa explicación de los objetivos y metodología del mismo. En el caso de los pacientes, por ser menores de edad, se diligenció un consentimiento informado para el adulto responsable o tutor, y adicionalmente un formato de asentimiento para los escolares y consentimiento informado para los adolescentes.

Resultados

Caracterización con variables sociodemográficas y otras relevantes con la experiencia en la relación comunicativa en medicina de la población estudiada

Participaron en la investigación 8 pacientes pediátricos (3 en edad escolar y 5 adolescentes), se observaron 5 profesionales médicos (2 pediatras de planta y 3 residentes de Pediatría) y se recibió respuesta a las encuestas por parte de 29 de los 38 residentes que al momento de la investigación cursaban el programa de especialización en Pediatría de la Universidad de Antioquia. A su vez, de ese grupo de residentes, 14 asistieron a los grupos focales, de forma voluntaria.

En la Tabla 4 se detallan las características sociodemográficas de la población de pacientes entrevistados. Se resalta que la mayoría de los pacientes eran mujeres adolescentes con una edad promedio 11.87 +/- 2.74 años. Tres de los ocho pacientes tenían una condición crónica que podría indicar una mayor familiaridad, experiencia y conocimiento sobre el tema comunicación del médico con un paciente. Experiencia y punto de vista reforzados en los tres pacientes que tienen una condición crónica por sus múltiples hospitalizaciones previas. De los cinco restantes dos tuvieron una hospitalización previa dentro de los 12 meses que antecedieron a la consulta actual por causas no relacionadas con la hospitalización presente.

Tabla 4 – Características sociodemográficas de población de niños y adolescentes incluidos en el estudio								
	P1MAC	P2HAU	P3MEU	P4HAU	P5HEC	P6MAU	P7MAC	P8MEU
Edad	16	14	9	12	10	12	14	8
Sexo	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Hospitalización previa	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Si
Tiempo desde última hospitalización (meses)	5	0	0,5	0	7	0	36	72
Enfermedad crónica	Fibrosis quística	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Fibrosis quística	Ninguna	Anemia falciforme	Ninguna
Causa hospitalización actual	Exacerbación pulmonar	No aplica	Constipación	Neumonía grave	Exacerbación pulmonar	Hepatitis en estudio	Neumonía grave	Ingestión de cuerpo extraño

En las Tablas 5 y 6 se resumen las características de los pediatras y residentes observados en el momento de interacción con los pacientes entrevistados. Ninguno de los médicos había evaluado previamente a los niños entrevistados. De los cinco profesionales vistos, tres mujeres son estudiantes del programa de especialización de Pediatría de la Universidad de Antioquia y dos son pediatras de planta del hospital. El único pediatra varón observado cuenta con 23 años de experiencia en el campo disciplinar de la Pediatría y la pediatra mujer de planta que aceptó participar cuenta con cinco años de experiencia en el mismo campo.

Tabla 5 – Características de los pediatras observados durante el periodo de estudio					
Pediatra	Sexo	Tipo contratación	Años de ejercicio profesional	Paciente evaluado	Evaluación previa del paciente
E2H	Hombre	Médico de planta	23	P4HAU	No
E5M	Mujer	Médico de planta	5	P6MAU	No

Tabla 6 – Características de los residentes observados durante el periodo de estudio					
Residente	Sexo	Tipo contratación	Años de ejercicio profesional	Paciente evaluado	Evaluación previa del paciente
E1M	Mujer	Residente	0	P1MAC	No
E3M	Mujer	Residente	0	P5HEC	No
E4M	Mujer	Residente	0	P5HEC	No

La Tabla 7 detalla características sociodemográficas de 29 residentes de Pediatría de la Universidad de Antioquia que accedieron responder la encuesta anónima (la encuesta se envió a los 38 residentes matriculados en el programa). Más del 80% de los residentes encuestados eran de género femenino, con edad promedio de 28.75 +/- 1.7 años. De los 29 estudiantes, 14 provienen de la ciudad sede del estudio; Medellín y los demás de varias ciudades de otros departamentos distintos al Departamento de Antioquia. Solo 7 de 29 residentes son egresados

de la Universidad de Antioquia, 12 son egresados de otras universidades de la ciudad de Medellín y 10 provienen de universidades fuera de la región de Antioquia. La mayoría (22) de los residentes tenían una experiencia previa como médicos generales entre 1 y 5 años antes del ingreso a la residencia, 4 tenían menos de un año de experiencia y 3 tenían más de 5 años.

Tabla 7 – Características de los residentes de Pediatría de la Universidad de Antioquia y respuestas a la encuesta realizada			
	Residentes primer año (n=10)	Residentes segundo año (n=9)	Residentes tercer año (n=10)
Edad promedio (rango)	27.9 (26–31)	29.6 (27–32)	28.8 (27–30)
Ciudad de procedencia (n)	Armenia (1)	Bogotá (1)	Bucaramanga (1)
	Bucaramanga (1)	Cartagena (1)	Buga (1)
	Cali (1)	Cúcuta (1)	Manizales (1)
	Medellín (5)	Ibagué (1)	Medellín (6)
	El Plato (1)	Medellín (3)	Valledupar (1)
	Titiribí (1)	Riosucio (1)	
		Yarumal (1)	
Universidad de estudio de pregrado (n)	Antioquia (0)	Antioquia (2)	Antioquia (5)
	Otra universidad en Medellín (7)	Otra universidad en Medellín (2)	Otra universidad en Medellín (3)
	Institución por fuera de Medellín (3)	Institución por fuera de Medellín (5)	Institución por fuera de Medellín (2)
Tiempo de ejercicio como médico general en años (n)	Menos de un año (0)	Menos de un año (1)	Menos de un año (2)
	Entre 1 y 3 años (5)	Entre 1 y 3 años (3)	Entre 1 y 3 años (7)
	Entre 3 y 5 años (4)	Entre 3 y 5 años (2)	Entre 3 y 5 años (1)
	Más de 5 años (1)	Más de 5 años (3)	Más de 5 años (0)

La Tabla 8 contiene otras características de los residentes que aceptaron participar en los grupos focales. De los 14 residentes 9 son mujeres y 5 hombres, el rango de edad entre 26 y 40 años. El promedio de edad 29.4 años. Cinco cursan el primer año de residencia, 7 el segundo y 2 el último año. Ninguno había recibido entrenamiento en competencia comunicativa y solo uno es egresado de la Universidad de Antioquia.

Tabla 8 – Características de los residentes participantes en los grupos focales
--

Residente	Año de residencia	Sexo	Edad en años	Universidad donde estudió el pregrado	Formación en habilidades comunicativas en pregrado de medicina
R1M11	Primero	Mujer	27	Universidad del Valle	No
R1M12	Primero	Mujer	26	Universidad CES	No
R1M13	Primero	Mujer	31	Universidad de Manizales	No
R1H14	Primero	Hombre	30	Universidad Cooperativa de Colombia	No
R1M15	Primero	Mujer	29	Universidad San Martín	No
R2M21	Segundo	Mujer	28	Universidad Tecnológica de Pereira	No
R2H22	Segundo	Hombre	27	Universidad de Caldas	No
R2H23	Segundo	Hombre	40	Universidad Nacional de Colombia	No
R2M24	Segundo	Mujer	30	Universidad de Antioquia	No
R3M23	Segundo	Mujer	30	Universidad de Cartagena	No
R3M24	Segundo	Mujer	31	Universidad de Pamplona	No
R3H25	Segundo	Hombre	29	Universidad del Valle	No
R3M31	Tercero	Mujer	27	Universidad CES	No
R3H32	Tercero	Hombre	27	Pontificia Universidad Javeriana	No

Percepciones y puntos de vista de residentes sobre la competencia comunicativa en la relación médico paciente:

La Tabla 9 resume los conceptos más relevantes sobre competencia y habilidades de comunicación reportados por residentes en la encuesta anónima.

Llama la atención que a pesar de la escasa formación que han tenido en la competencia comunicativa todos los 29 encuestados reportan tener entre excelente (5) y buena (24) competencia comunicativa con el paciente pediátrico. Igualmente 2 afirman tener excelente competencia comunicativa con el acompañante del paciente pediátrico y 27 buena. Nueve de 29 dicen haber recibido formación en el pregrado de Medicina, 2 por parte de otro colega médico y 7 aseguran haber recibido educación para el manejo de sus emociones en los encuentros de comunicación con pacientes en el pregrado y 2 en el posgrado. Ninguno considera que tenga regular o mala competencia para comunicarse. Todos los residentes

aseguran cumplir con los principios, funciones y elementos estándares de los programas de formación de competencias comunicativas de médico-paciente en Pediatría que se mencionaron en marco teórico.

Tabla 9 - Conceptos sobre competencia y habilidades de comunicación reportados por residentes mediante encuesta anónima			
	Primer año	Segundo año	Tercer año
¿Cómo califica su competencia o capacidad comunicativa con los niños? (n)	Excelente (0)	Excelente (4)	Excelente (1)
	Buena (10)	Buena (5)	Buena (9)
¿Cómo califica su capacidad y competencia comunicativa con los acompañantes o familiares de su paciente pediátrico? (n)	Excelente (0)	Excelente (2)	Excelente (0)
	Buena (10)	Buena (7)	Buena (10)
¿Recibió algún tipo de educación acerca de habilidades comunicativas con los pacientes? (n)	Si (3)	Si (4)	Si (4)
	No (7)	No (5)	No (6)
¿Dónde recibió dicha educación? (n)	No ha recibido educación sobre habilidades comunicativas (7)	No ha recibido educación sobre habilidades comunicativas (5)	No ha recibido educación sobre habilidades comunicativas (6)
	En el pregrado (2)	En el pregrado (3)	En el pregrado (4)
	De otros colegas (1)	De otros colegas (1)	
¿Se considera un buen receptor durante la comunicación con sus pacientes? (n)	Si (10)	Si (8)	Si (10)
	No (0)	No (1)	No (0)
	A veces (3)	A veces (3)	A veces (1)
	Casi nunca (0)	Casi nunca (0)	Casi nunca (1)
¿Se considera un buen emisor? (n)	Si (10)	Si (8)	Si (9)
	No (0)	No (1)	No (1)
¿Educa al paciente al final de la evaluación? (n)	Frecuentemente (7)	Frecuentemente (5)	Frecuentemente (8)
	A veces (3)	A veces (4)	A veces (1)
	Casi nunca (0)	Casi nunca (0)	Casi nunca (1)

Los anteriores hallazgos contrastan con los resultados en los grupos focales que se organizaron en la Tabla 10. Es preciso sintetizar en esta sesión una información derivada de los grupos focales que no se consignó en la tabla por falta de espacio relacionada con los elementos teóricos explicados en la parte teórica. Se encontró como hallazgo común en los residentes que

participaron en los grupos focales que ninguno recibió formación en habilidades de comunicación.

Tabla 10 – Percepciones sobre relación y competencia comunicativa entre médicos y pacientes de los residentes que participaron en grupos focales		
Residente	Percepciones	Desean recibir formación
Año de residencia		
R1M11	<p>"Yo pienso que los niños en edad escolar es más fácil comunicarse. Y de pronto me parece a mí que los adolescentes representan un mayor reto porque cuestionan más"</p> <p>"Podría ser fácil comunicarse con un niño porque de pronto ellos son receptores muy amigables".</p> <p>"Yo pienso que lo que da la diferencia si es que en un adulto uno piensa que el adulto puede controlarse, digamos que puede tener dolor, puede estar en la misma situación de un niño pero sus mecanismos de control tienen que ser más elevados que los del niño"</p> <p>"Uno siempre intenta ser la figura de poder, la persona que sabe"</p> <p>"Uno al tener el factor del niño uno es comprensivo y digamos que uno está pensando en el bienestar del niño y uno intenta siempre estar por encima de la incomodidad que le pueda generar a uno el papá o lo que le está exigiendo."</p>	<p>SI</p> <p>"Que se haga un curso de comunicación y además pues que quienes se encargan de formarnos y en general el más personal de salud debería darle más lugar al niño y darle más importancia al niño y no solamente pensar pues que el adulto con el que nos debemos comunicar"</p>
R1M12	<p>"Uno espera que un adulto se comporte de una manera entonces uno simplemente no tolera otros comportamientos por considerar que otros comportamientos son inadecuados"</p> <p>"En adolescentes es un poco más difícil"</p> <p>"Nosotros hablamos más de los adolescentes que muchas veces no tienen la mejor imagen de un médico entonces entran como prevenidos."</p> <p>"Sería lo ideal que se le explique siempre. Escuchamos al niño pero no siempre se ve que nos detengamos a hablarle al niño, explicarle."</p>	<p>SI</p> <p>"Que le ayuden a uno como a comunicarse con el niño. Pues que vuelva la atención al niño".</p>
R1M13	<p>"A mí me parece mucho más fácil con los niños, siempre trabajé con adultos y los adultos vienen de por sí ya con una barrera y eso ya daña la comunicación"</p> <p>"Los adultos por ejemplo llegan a urgencias diciendo yo soy el que mandó y usted me va a mandar esto, en cambio un niño nunca va a llegar a hacer eso, es más fácil manejarlos"</p>	<p>SI</p>
R1H14	<p>"No he visto como cambios respecto al ejercicio médico general ante pediatría, siempre la comunicación ha sido muy buena"</p> <p>"Muchas veces no se comunica con el niño sino con la mamá entonces de pronto en eso sí cambia"</p> <p>"El problema con los adultos es que ya aparte de que la finalidad es ayudar ya digamos que el problema es cómo le digo que no le voy a dar incapacidad, cómo le digo que esto"</p>	<p>SI</p>
R1M15	<p>"Usted con la persona que finalmente termina comunicándose siempre va a ser con el adulto o sea el adulto siempre va a ser la persona, a pesar de que usted le diga al niño qué tiene, cuál es la condición actual, todo"</p>	<p>SI</p>

Primer año	<p>“El adolescente está en la tierra de nadie. Yo creo que así lo tratamos cuando llega. A mí no me parece el comentario que sea más difícil porque prácticamente cuando yo tenía la oportunidad de comunicarme con el adolescente pues uno lo trata como un igual como un adulto.”</p>	
R2M21	<p>"Todo se le pregunta a la mamá, el niño no dice absolutamente nada, incluso en niños más grandes o incluso ya en adolescentes.."</p> <p>"Uno ve a los niños como en una situación de indefensión, como de que hay que cuidarlos entonces digamos que uno siempre intenta creer todo lo que les pasa."</p> <p>"Si llega una situación en la que no hay consenso entre los médicos y los padres, en realidad es el médico, en que como profesional de la salud, debería tomar la decisión"</p>	SI
Segundo año	<p>“Si mucho se le dice a la mamá y en muchos casos a veces ni se le explica al niño que se le va a hacer algo”</p> <p>“Y si los papás dicen que no, uno dice igual hay que hacérselas, yo creo que depende de la patología”</p>	
R2H22	<p>“La mayoría vemos como el preescolar y el escolar de pronto es como un poquito más fácil”.</p> <p>“Me es más interesante, más chévere, los preescolares y los escolares, precisamente por lo que estoy diciendo, porque ya ellos le hablan a uno, porque la mayoría son niños ocurrentes, salen con cosas chistosas y eso hace parte de lo interesante...”</p> <p>“Que para nosotros de pronto solo lo patológico, lo anormal, es lo que llamamos como orgánico y nos suele generar un poco de disconfort el paciente psiquiátrico”</p> <p>“El paciente adulto, cuando se vuelven reconsultantes y esto, ya nos empieza a molestar, nos empieza a generar un poco más de intolerancia”.</p> <p>“El niño está en una situación de vulnerabilidad y de que uno tiene el deber como adulto de protegerlo”</p> <p>“El paciente agudo como no piensa, tal vez no sé, se me ocurre que es la única vez que le va a pasar esto entonces no se les pregunta”.</p> <p>“En los más pequeños, los preescolares y escolares más pequeños, normalmente si es con el papá, yo pienso que yo hago como una transición ahí, en el más grandecito empiezo la entrevista con él pero en el más pequeñito no”.</p> <p>“La mayoría de las veces uno lo que hace es informarles más que pedirles una opinión”.</p>	SI
R2H23	<p>“La forma de acercarse a los niños y lo veo como en cierta manera, fácil”.</p> <p>“En el adulto, en ciertas situaciones, podría haber de pronto cierta ganancia secundaria directamente”</p> <p>“Si mucho se le dice a la mamá y en muchos casos a veces ni se le explica al niño que se le va a hacer algo”.</p>	SI
Segundo año	<p>“Yo creo que más que preguntarles, es que se les explica lo que se va a hacer con ellos”.</p> <p>“Generalmente con escolares y con adolescentes si uno puede entablar conversación y explicar de alguna manera lo que se va a hacer”.</p>	
R2M24	<p>“Es más fácil comunicarse con niños más grandes... es más fácil con los preescolares y escolares”</p> <p>“Es que uno se relaciona muy diferente con los pacientes pediátricos que con los pacientes adultos y en eso también influye todo lo del mundo de fantasía”.</p> <p>“Con el niño uno se siente responsable también de la salud del paciente”.</p> <p>“El preescolar y el escolar era como una población más genuina”</p>	SI

Segundo año	<p>“Muchas veces es esa explicación dirigida no a un <<hagamos un consenso>> sino a explicación dirigida a <<hacerle lo que yo deseo al paciente>>”.</p> <p>“No es que no nombremos el adolescente sino que también lo tiene como más cerca de los adultos que de los niños”.</p>	
R3M23 Segundo año	<p>“No es que sea más difícil la comunicación con los niños en comparación con los adultos, de hecho incluso, va muy ligado como a la personalidad... hay personas que son más tímidas y les puede costar un poco usar ciertas estrategias para poder llegar a comunicarse”.</p> <p>“Uno se siente como renovado cuando ve esas cosas en los niños, los disparates que pueden decir, cosas que de pronto, eso va alimentando...”.</p>	SI
R3M24 Segundo año	<p>“Yo me sentía más segura dándole una fórmula a un adulto, qué dándole una fórmula a un padre de familia para que le dé al niño”.</p> <p>“A mí me encanta la consulta con el adolescente más que todo porque es un reto romper esa barrera que muchos adolescentes le colocan a uno inicialmente porque llegan a veces muy cerrados... tengo incorporado al preescolar”</p>	SI
R3H25 Segundo año	<p>“Las personas piensan que al utilizar los diminutivos, que utilizar la minorización de los términos en el niño, se le está dando un trato más cariñoso”</p> <p>“Uno siente con los niños... algo chévere, se sentía chévere... uno se siente diferente en uno pensar en ir a saludar sus pacientes pediátricos que cuando yo iba a ver el paciente adulto”</p> <p>“Cuando va a emitir un concepto, por ejemplo, uno lo hace con una fundamentación o con un procedimiento que posiblemente es un modelo académico bien hecho. Entonces uno va a ir a discutir con una persona que no ha hecho nada de proceso de formación en medicina...”.</p>	SI
R3M31 Tercer año	<p>“Es muy honesto (el niño)”.</p> <p>“A veces uno cree que porque son niños chiquitos que no entienden, ellos saben todo, cogen todo”.</p> <p>“Uno se sienta con el niño y la familia, solamente el niño, no”.</p> <p>“Yo creo que decir que solamente en el democrático sería mentiras. Uno tiene profesores que tratan los pacientes como clientes, otros que los tratan como <<yo soy el que más se y usted verá sí hace lo que yo digo o no>> y otros que se sientan, les conversan y les explican.”</p>	SI
R3H32 Tercer año	<p>“La personalidad si influye mucho en la forma como uno se comunica con otra persona...”.</p> <p>“Se relaciona el área de la pediatría, con la comunicación, digamos, con el tono de voz alto, los diminutivos, la ternura...”</p> <p>“La gratificación, va a sonar muy cliché la frase que voy a decir: la sonrisa, el comentario disparado...”.</p>	SI

En resumen, todos los residentes admiten que la función de esta interacción comunicativa con pacientes y acompañantes es únicamente informativa, solo uno de los 14 agregó la función expresiva. Diez de los 14 residentes enuncian que el enfoque que predomina en sus escenarios de práctica y de formación es el activo-pasivo y de acuerdo a la forma como lo describieron quedó claro para los investigadores que existe similitud con el Modelo Médico Hegemónico

descrito en la literatura. Apenas tres residentes indicaron al enfoque democrático como el que más han visto en estos escenarios mientras que uno asegura que el enfoque que prima en su experiencia es el consumista. Sin embargo, conscientes de esa realidad que observan todos de manera uniforme expresan su deseo e intención de procurar solo escenificar en su futuro profesional el enfoque democrático para lo que es necesario que les brinden la debida formación en esa competencia.

En cuanto a percepciones y puntos de vista sobre la comunicación en la relación médico paciente sobresalen cuatro resultados por su carácter repetitivo y/o distintivo:

En primer lugar, fue un argumento común en la mayoría de los encuestados que el tipo de comunicación médico paciente que tenían en mente durante su formación de pregrado fue la activa-pasiva, y a la que se enfrentaron en los medios institucionales donde ejercieron cuando egresaron del pregrado fue en algunos casos la consumista. Dicen que es la principal razón por la que optaron seguir por la especialización en Pediatría. Dicho punto de vista se consolida a partir de experiencias desagradables cuando se enfrentaron a las demandas y exigencias de pacientes adultos. Para ellos, estos sujetos y sus jefes en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) mostraron una abierta tolerancia y complicidad con el enfoque consumista, en el que el papel del médico queda supeditado al interés clientelista de su jefe que otorga poder y un rol dictatorial al paciente que viene a consumir servicios al parecer sin necesidad real de la atención médica. Los siguientes relatos lo ejemplifican:

“Los adultos por ejemplo llegan a urgencias diciendo yo soy el que mandó y usted me va a mandar esto, en cambio un niño nunca va llegar a hacer eso, es más fácil manejarlos”¹

¹ Residente participante: R1M13

“Entonces uno va a ir a discutir con una persona que no ha hecho nada de proceso de formación en medicina pero que leyó X cosa en una red social, en Internet, en 5 minutos y le viene a pedir a usted tal cosa... es maluco... yo todas las veces en esa situación me ha tocado decir “que pena por usted, pero aquí el que toma la decisión soy yo, porque yo tengo esto de formación, si a usted no le parece puede consultar a otro colega, que le de otro concepto, pero mi concepto es este”.²

“A mí me parece mucho más fácil con los niños, siempre trabajé con adultos y los adultos vienen de por sí ya con una barrera y eso ya daña la comunicación”¹

"Yo pienso que lo que da la diferencia si es que en un adulto uno piensa que el adulto puede controlarse, digamos que puede tener dolor, puede estar en la misma situación de un niño pero sus mecanismos de control tienen que ser más elevados que los del niño"³

“El paciente adulto, cuando se vuelven re-consultantes y esto, ya nos empieza a molestar, nos empieza a generar un poco más de intolerancia”.⁴

“Uno al tener el factor del niño uno es comprensivo y digamos que uno está pensando en el bienestar del niño y uno intenta siempre estar por encima de la incomodidad que le pueda generar a uno el papá o lo que le está exigiendo.”³

"Uno ve a los niños como en una situación de indefensión, como de que hay que cuidarlos entonces digamos que uno siempre intenta creer todo lo que les pasa."⁵

En segundo lugar, esta opción profesional deriva en una visión romántica e idealizada del niño como paciente “genuino”, “amigable”, “sincero” y sin intereses por obtener ganancias secundarias cuando los llevan a la consulta médica. Además con estos pacientes no solo se

² Residente participante: R3H25

³ Residente participante: R1M11

⁴ Residente participante: R2H22

⁵ Residente participante: R2M21

revindica el prestigio, poder, saber y papel director y conductor del médico en el encuentro comunicativo sino que les evoca sentimientos y sensaciones agradables que les ayudan a lidiar con la tensión que genera su profesión, en un medio que no les representa gratificación. Según sus opiniones el niño, particularmente preescolar, les hace agradable su ejercicio médico, al despertarles ternura, deseos de reír y jugar como distracción y sustracción de la realidad:

“Es que uno se relaciona muy diferente con los pacientes pediátricos que con los pacientes adultos y en eso también influye todo lo del mundo de fantasía”⁶

“Para los niños es más genuina digamos ellos no buscan la ganancia secundaria”⁷

“La mayoría vemos como el preescolar y el escolar de pronto es como un poquito más fácil”⁴

“Genuino, yo acá pensé en preescolares y escolares, lo relacioné directamente con ese grupo etario”⁸

“Es más fácil comunicarse con niños más grandes... es más fácil con los preescolares y escolares”⁶

“Me es más interesante, más chévere, los preescolares y los escolares, precisamente por lo que estoy diciendo, porque ya ellos le hablan a uno, porque la mayoría son niños ocurrentes, salen con cosas chistosas y eso hace parte de lo interesante y pues la mayoría somos médicos y esperamos que sea algo agradable y no es porque sea algo, pues obviamente estamos trabajando y todo pero uno quiere que sea interesante y que sea divertido lo que uno hace todos los días”⁴

“Las personas piensan que al utilizar los diminutivos, que utilizar la <<minorización>> de los términos en el niño, se le está dando un trato más cariñoso”

⁶ Residente participante: R2M24

⁷ Residente participante: R1M12

⁸ Residente participante: R2H23

“Se relaciona el área de la pediatría, con la comunicación, digamos, con el tono de voz alto, los diminutivos, la ternura, o sea, se relaciona la pediatría con un tipo de comunicación, digamos muy histriónica... Asume uno que por estar relacionándose con un niño o adolescente tiene que hablar en diminutivo, tiene que hacerle juegos”²

“La gratificación, va a sonar muy cliché la frase que voy a decir: la sonrisa, el comentario disparado, el comentario como que nada que ver, el niño como que digamos no toma su enfermedad como el punto principal de relación”⁹

“Los pediatras también son muy como los de acá, con mucho paternalismo, sin tanta competencia, sin rivalidad, como que el pediatra tiene esa forma de ser”⁸

En tercer lugar, es contradictorio que con el rescate del protagonismo y del papel incuestionable del médico como determinador de la salud y curso de enfermedad de un niño se re-affirme una visión del niño como sujeto “vulnerable”, incompleto e incapaz de asumir mayor control sobre su propio cuerpo y salud. Los siguientes puntos de vistas ilustran estos enfoques y posturas:

“Uno intenta siempre ser la figura de poder la figura que sabe”³

“En realidad es el médico, en que como profesional de la salud, debería tomar la decisión”⁵

“Muchas veces no se comunica con el niño sino con la mamá entonces de pronto en eso sí cambia”¹⁰

“Uno entender cómo quiere un niño que tú le expliques, que tú le cuentes algo me parece un reto todavía difícil”⁷

“Escuchamos al niño pero no siempre se ve que nos detengamos a hablarle al niño, explicarle.”⁷

⁹ Residente participante: R3H32

¹⁰ Residente participante: R1H14

“Usted con la persona que finalmente termina comunicándose siempre va a ser con el adulto o sea el adulto siempre va a ser la persona, a pesar de que usted le diga al niño qué tiene, cuál es la condición actual, todo”¹¹

“Siempre que explicas a alguien la enfermedad de acuerdo a lo que tenga el niño pero finalmente el adulto es el que toma la decisión”¹¹

“Si mucho se le dice a la mamá y en muchos casos a veces ni se le explica al niño que se le va a hacer algo”⁵

“A veces uno cree que porque son niños chiquitos que no entienden, ellos saben todo, cogen todo”.¹²

“El niño, cuándo empieza como a razonar, en el sentido de que empieza a entender el mundo abstracto, a coger la información que yo estoy diciendo e interiorizarla, a los 8 años”.¹²

“Uno se sienta con el niño y la familia, solamente el niño, no”.¹²

“Seguimos pensando en los niños muchas veces como algo menos, así uno no lo haga conscientemente, así uno sepa que el niño es un sujeto de derechos, que es igual que todos, que no es un adulto pequeño, uno sabe todo eso pero aun así uno inconscientemente va hacia el papá, al acudiente, al responsable y <<usted es el que tiene que hacer que él haga esto porque usted es el papá y él es su niño>>”.⁶

“Todo se le pregunta a la mamá, el niño no dice absolutamente nada, incluso en niños más grandes o incluso ya en adolescentes, niños que tienen alguna dificultad y la mamá lo expresa y a veces hay comentarios que hacen los pediatras sin pensar en lo que puede sentir el paciente, el niño o ya adolescente.”⁵

¹¹ Residente participante: R1M15

¹² Residente participante: R3M31

“Muchas veces es esa explicación dirigida no a un <<hagamos un consenso>> sino a explicación dirigida a <<hacerle lo que yo deseo al paciente>>”.⁶

En este punto, resulta llamativo que recurran a factores externos como las características de las enfermedades o las dinámicas apremiantes de los escenarios de atención hospitalaria para justificar esta reproducción de este enfoque excluyente. De otro lado apelan a rasgos como la personalidad como los que determinan la buena relación comunicativa:

“Entonces digamos que quiere pasar una ronda rápido, entonces eso afecta la comunicación entonces creo que aparte de lo que han dicho todos hay otros factores externos que pueden intervenir en eso”¹⁰

“Yo me siento diferente en urgencias, es un contexto inesperado, puede pasar cualquier cosa, uno está atareado, yo por ejemplo no me siento tan cómodo en urgencias como cuando estoy en hospitalización o consulta. Puede que a todos no les sucede lo mismo y que se sientan con la misma tranquilidad y la misma actitud. Pero en mi caso si es diferente la comunicación”.⁴

“Que para nosotros de pronto solo lo patológico, lo anormal, es lo que llamamos como orgánico y nos suele generar un poco de incomodidad el paciente psiquiátrico”⁴

“El paciente agudo como no piensa, tal vez no sé, se me ocurre que es la única vez que le va a pasar esto entonces no se les pregunta”.⁴

“Ya si es un adolescente, a ellos si se les habla más, escolar y adolescente pero en los pacientes que tienen patologías más crónicas uno si nota que esa relación se va volviendo más horizontal, se les empieza a preguntar más y a explicar más”.⁴

““Uno se centra tanto en la patología que tal vez olvida eso, es que la pediatría debe tener eso que estamos hablando o pienso yo que lo debería tener, que tal vez todo el resto de medicina lo debería tener y es de pronto adentrarse y motivarnos un poquito

más y la pediatría tiene ese toque que lo hace un poco más emocional por el hecho de que sean niños”⁴

“Yo creo que decir que solamente en el democrático sería mentiras. Uno tiene profesores que tratan los pacientes como clientes, otros que los tratan como <<yo soy el que más sé y usted verá si hace lo que yo digo o no>> y otros que se sientan, les conversan y les explican.”¹²

“La personalidad si influye mucho en la forma como uno se comunica con otra persona, desde como lo aborda, que palabras usa para digamos interaccionar con él, su misma forma de expresión facial, yo pienso que está condicionada, más no limitada hacia la personalidad”.⁹

El cuarto y último resultado de este punto tiene que ver con la predisposición a la estigmatización del adolescente como paciente difícil para la comunicación que conduce a la negligencia a que frecuentemente es sometido este actor en la institución médica y más específicamente en el campo de la Pediatría:

“Y de pronto me parece a mí que los adolescentes representan un mayor reto porque cuestionan más”³

“En adolescentes es un poco más difícil”⁷

“Nosotros hablamos más de los adolescentes que muchas veces no tienen la mejor imagen de un médico entonces entran como prevenidos.”⁷

“No es que no nombremos el adolescente sino que también lo tiene como más cerca de los adultos que de los niños”.⁶

“El adolescente está en la tierra de nadie. Yo creo que así lo tratamos cuando llega. A mí no me parece el comentario que sea más difícil porque prácticamente cuando yo

tenía la oportunidad de comunicarme con el adolescente pues uno lo trata como un igual como un adulto.”¹¹

En la Tabla 11 se expone un paralelo entre las respuestas entregadas en las encuestas y algunos relatos destacados en las transcripciones de los grupos focales. En ella se demuestra la inconsistencia entre las respuestas de las encuestas y las respuestas en los grupos focales. Es de anotar que a los grupos focales asistieron quienes NO habían tenido formación en competencia comunicativa. No obstante, como lo mencionamos previamente todos se autocalifican con buena competencia comunicativa. Percepción que se esfuma en los relatos narrados en los grupos focales.

Tabla – 11 Paralelo entre respuestas de encuestas y grupos focales			
Pregunta	Año de residencia	Encuestas	Participaciones grupo focal
¿Se considera un buen emisor?	Primero	El 100% se considera un buen emisor	Refieren que su comunicación tiene una función eminentemente informativa, y rara vez expresan ideas o conceptos diferentes a la esfera biológica de la atención en salud.
	Segundo	88.9% se considera un buen emisor	
	Tercero		
¿Se considera un buen receptor durante la comunicación con sus pacientes?	Primero	El 100% se consideran buenos receptores.	Si bien refieren capacidad de escucha, no toleran cuando son interpelados por el paciente o cuando se les exige algún servicio.
	Segundo	88.9% se consideran buenos receptores.	
	Tercero	El 100% se consideran buenos receptores.	
¿Con quién siente mayor dificultad para comunicarse?	Primero	50% percibe mayor dificultad para comunicarse con otros parientes y acompañantes del paciente, 30% no perciben dificultades para comunicarse y el 10% presenta dificultad para comunicarse con el paciente.	Expresaron que les es más difícil comunicarse con los adultos en general, y en segundo lugar con los adolescentes, principalmente porque estos pacientes interpelan, cuestionan y le exigen cosas al médico. La mayoría prefería comunicarse con pacientes preescolares y escolares. Los neonatos son excluidos del proceso comunicativo dado que se encuentran acostumbrados a la comunicación verbal.
	Segundo	33.3% siente mayor dificultad para comunicarse con otros parientes y acompañantes, 22.2% con el paciente y 33.3% dice niega presentar dificultades para comunicarse..	

	Tercero	44.4% percibe mayor dificultad para comunicarse con otros parientes y acompañantes del paciente, 33.3% no perciben dificultades para comunicarse y el 22.2% presentan dificultad para comunicarse con el paciente.	
¿Se dedica exclusivamente a escuchar al niño durante el interrogatorio?	Primero	40% frecuentemente lo hace, el 40% a veces lo hace.	Mencionan que en la práctica diaria se dedican más a escuchar al adulto, argumentan que el tiempo y la edad son factores que limitan prestar más atención al niño
	Segundo	66.7% a veces lo hace	
	Tercero	44.4% frecuentemente lo hace	Mencionan que en la práctica diaria se suele escuchar más al adulto, pero que ellos intentan cada vez más escuchar a los niños
¿Hace preguntas al niño para asegurarse que comprendió lo que le dijo?	Primero	40% frecuentemente lo hace	Refieren que la mayoría de las veces no preguntan al paciente, sino al familiar
	Segundo	55.6% a veces lo hace	
	Tercero	55.6% frecuentemente lo hace	Expresan que procuran preguntar al niño, pero no mencionan realizar este tipo de preguntas
¿Observa al niño para apreciar si comprende lo que le está diciendo?	Primero	80% frecuentemente lo hace	No suelen hablar con el niño respecto a asuntos concernientes a la atención en salud, lo consideran más un sujeto que los distrae (algo positivo para ellos) y los abstrae del acto médico
	Segundo	88.9% frecuentemente lo hace	
	Tercero	50% frecuentemente lo hace, el resto a veces lo hace	Cuando hablan con el niño, principalmente tienen una función informativa y de preguntar sobre signos y síntomas. No mencionaron que conscientemente se preocupen en verificar si el niño entiende.
¿Utiliza un vocabulario que se corresponda con el nivel del paciente?	Primero	90% frecuentemente lo hace	Refieren preocuparse por condensar la información que dan y hablar en términos que el otro pueda comprender (por otro suelen referirse al adulto, no al niño)
	Segundo	88.9% frecuentemente lo hace	
	Tercero		
¿Recibió algún tipo de educación acerca de habilidades comunicativas con los pacientes?	Primero	70% no recibió educación sobre habilidades comunicativas. El 30% de los que la recibieron, lo hicieron en el pregrado y de otros colegas.	Todos expresaron no haber recibido educación formal en habilidades comunicativas. Los de segundo año mencionaron solo una clase enfocada al proceso comunicativo con adolescentes hospitalizados.

	Segundo	55.6% no recibió educación acerca de habilidades comunicativas. De quienes sí recibieron tal educación, lo hicieron en su mayoría en el pregrado y de otros colegas.
	Tercero	55.6% no recibió educación sobre habilidades comunicativas. Del 44.4% de los que la recibieron, todos lo hicieron en el pregrado.

Interacciones en los encuentros comunicativos observadas de médicos y pacientes

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) se mantuvo presente en todos los encuentros observados. Con él se amalgaman los enfoques paternalista y *adultocentrista*. Cuando el encuentro se realizaba con escolares el profesional se comunicaba exclusivamente con el adulto acompañante. En el caso del adolescente siempre se notó un esfuerzo del Pediatra por explicar a los pacientes las causas que condujeron a su hospitalización y al final del encuentro hicieron la pregunta de si había quedado clara la explicación, ante la cual todos los adolescentes asintieron afirmativamente. Por otro lado, con los escolares aflora la predisposición a usar el lenguaje que promueva la infantilización del sujeto con un tono cariñoso y amable a lo largo del encuentro, mientras que con el adolescente el trato es distante pero cordial y respetuoso sin uso de términos cariñosos.

Un dato importante observado es que el profesional ha interiorizado la obligatoriedad de contar con el consentimiento del paciente para conducir un examen físico, por lo que siempre solicitan su autorización.

En cuanto al abordaje que escenifican los Pediatras, se evidencia un enfoque biologicista porque se centra específicamente en indagar sobre síntomas y constatar presencia de signos en una rutina ordenada y secuencial orientada a arribar a un diagnóstico sobre las manifestaciones físicas y causas biológicas de la condición del paciente. No se observó que los profesionales hicieran preguntas sobre sentimientos o emociones con notable omisión de la esfera psicosocial.

El siguiente párrafo del diario de campo del investigador resume el tipo de trato y comunicación entre un Pediatra y un escolar:

...Siempre la mira a los ojos mientras habla y tiene un trato respetuoso y cordial, refiriéndose a ella en segunda persona. La niña contesta todas las preguntas que se le hacen... Se observan expresiones faciales de amabilidad, con entrecruzamiento de miradas, el tono de voz es calmado, sin gritar ni con tono infantil... Posteriormente la médica le informa que va a examinarla y se sienta junto a la paciente, le toma los signos vitales, colocando el pulso-oxímetro en uno de sus dedos y tomando el pulso con una mano, mientras mira el tórax de la paciente... Luego procede a examinar el tórax y hacer la auscultación cardiopulmonar. No examina la cabeza, los ojos, boca ni el cuello. Por último realiza la palpación del abdomen, de derecha a izquierda, sin que se note expresión de dolor por parte de la adolescente...¹³

Es claro que cada profesional tiene su propia forma rutinaria para llevar a cabo la entrevista y evaluación de sus pacientes omitiendo partes del cuerpo de la mirada del examinador por pensar que no merecen ser indagadas en función de que la patología que sospecha no tiene por qué afectar esos determinados órganos o sistemas. Por ejemplo, en caso de sospecha de una neumonía la mirada y la acción se dirigen más que todo al sistema cardiopulmonar. Sin embargo, todos dirigen su examen de forma ritual iniciando el proceso de examinación por la cabeza y culminándolo por los miembros inferiores sin excepción, como lo ilustra bien este apartado del diario de campo del observador:

...Le pregunta al escolar ¿cómo ha estado?, él le responde que bien, que la única molestia que tiene es dolor abdominal, que no ha mejorado desde hace varios días. Ante esta respuesta, la doctora procede a indagar las características del dolor: pregunta lugar (en qué parte del estómago duele), intensidad (no usa escala de dolor solo pregunta ¿qué tanto te duele? ¿Mucho,

¹³ Pediatra observado: E1M

poquito? Además, pregunta sobre síntomas asociados con términos médicos: diarrea, estreñimiento (sin explicación) y sobre su hábito intestinal (¿Cuántas veces al día?)... Posteriormente procede a examinarlo. Se evidencia una forma habitual y ritual del acto de examinación: Comienza con una linterna la fase de observación: inicia por los ojos advirtiendo previamente la parte que va a examinar; sigue por la nariz y la boca. En seguida inicia la palpación, sin advertir le toca el cuello. Luego pasa a la auscultación del tórax anunciando que va a auscultar los pulmones. Pasa finalmente a examinar el abdomen: ausculta peristaltismo y luego palpa el abdomen partiendo del lado contrario (izquierdo) al que señaló el paciente como doloroso...¹⁴

El enfoque preponderante se extiende a la interacción con los cuidadores. A pesar de que pareciera existir una relación bidireccional, con un trato de iguales con el adulto, se observó una interacción secuencial (médico-paciente, luego médico-acompañante o viceversa), siguiendo un orden jerárquico y teniendo una función comunicacional principalmente informativa, es decir, el médico evalúa al paciente, informa primero al acompañante cuáles fueron sus hallazgos y el plan de tratamiento que de estos deriva, y luego procede a hacerlo con el niño, lo que se acentúa si es un escolar.

Cuando se trata de un adolescente sí hay esfuerzo por informar pero con la persistencia de una dirección que conduce el médico sin lugar a una retroalimentación. Por ejemplo, se le explica al paciente el motivo de su estancia actual, y si este no comprende tras una o dos explicaciones, se abandona el intento por mejorar su capacidad de comprensión. No se observó una comunicación tripartita. Es decir, el médico o habla con el adolescente ignorando al adulto o habla con el adulto ignorando al adolescente.

¹⁴ Pediatra observado: E3M

Llama la atención que los profesionales no se preocupan por averiguar el nombre de las personas con que se comunican. Ellos suelen llamar al acompañante con términos genéricos impersonales como *mamá*, particularmente, se exagera esta práctica frente a escolares:

...La pediatra saluda a la madre “Buenos días, “mamá”, ¿cómo está? (se observó respetuosa, amable y cortés con la señora). A lo largo de la entrevista se refiere al paciente por su primer nombre... No obstante, a la madre, nunca se le dirigió por su nombre, siempre usó el término “mamá” ...¹⁵

...La conversación transcurre en su gran mayoría entre el pediatra y el adolescente, casi no hay interacción entre el médico y la madre, en pocas ocasiones habla con la mamá, principalmente para complementar algunas respuestas del adolescente, principalmente sobre el tratamiento (¿cuánto tiempo lleva de antibiótico? ¿Ha tolerado bien los medicamentos?), que son cortas y a veces con monosílabos (“si, no, bueno”)...¹⁶

...Se observa una comunicación respetuosa con el paciente y con su madre, aunque esta es individual con cada uno y se observa una diferencia en el trato, reflejado por ejemplo en el uso del pronombre usted con la madre y tú con el niño, o en llamar al paciente por su nombre y a la madre por “mamá”. La escenificación de la profesional se asemeja en ocasiones al comportamiento de una madre sobreprotegiendo y con manifestaciones afectuosas con el paciente... a la madre la trata respetuosamente pero pareciera que la excluye del intercambio con el niño... Hace un intercambio secuencial donde solo se ven dos actores comunicándose: la médica y el niño, la médica y la madre. No se observó una comunicación simultánea...Termina el examen físico y le explica a la madre la condición actual del niño y cómo va el tratamiento. Se despide de ambos y se retira de la habitación...¹⁷

En la mayoría de los casos no hay educación posterior a la evaluación de los pacientes, y cuando esta aparece (dos de las observaciones), está centrada únicamente en la enfermedad actual y el

¹⁵ Pediatra observado: E2M

¹⁶ Pediatra observado: E2H

¹⁷ Pediatra observado: E4M

motivo de hospitalización, no se extiende a las otras esferas del sujeto, sin dar pie a otro tipo de inquietudes o dudas para aclarar. Además se le pregunta a los adolescentes, más no a los escolares.

En dos de las cinco observaciones sí hubo un intento deliberado por educar a los adolescentes pero específicamente enfocada en la causa de hospitalización dejando por fuera otros asuntos de dimensiones psicológicas o sociales. Es necesario aclarar que estos dos encuentros con adolescentes donde sí se cumplió con la función educativa en torno de su condición de salud la realizaron los dos profesionales que llevaban mayor tiempo de ejercicio profesional. Particularmente, quien llevaba más de dos décadas como pediatra dedicó más tiempo a esta tarea.

...Le pregunta al paciente si entiende bien por qué está hospitalizado, a lo que él responde que no, por lo cual procede a explicarle (tiene una neumonía y como complicación una trombosis femoral)... Le pregunta solo al paciente si entendió, no al acompañante. El adolescente no responde nada, por lo que interpreta que no ha entendido y procede a explicarle de nuevo, esta vez mediante una analogía... Nuevamente le pregunta si entendió, a lo que el adolescente responde que sí, pero de forma dubitativa. En ese momento el pediatra se queda unos segundos en silencio, tras lo cual sonrío y procede a despedirse del paciente y de su acompañante...¹⁵

...El trato de la pediatra con la paciente, es cordial, pero denota un tono maternal en la voz. Al concluir el examen le explica a la adolescente que debe continuar hospitalizada porque están pendientes los resultados de la biopsia de hígado que se le realizó... que cuando hable con la mamá le ampliará más la información. Le pregunta si entendió lo que le explicaron, a lo que la paciente responde que sí. Procede a despedirse de la adolescente diciéndole “chao”, le toca uno de los hombros con afecto y se retira de la habitación...¹⁸

¹⁸ Pediatra observado: E5M

En tres de los casos observados que correspondieron a escolares no hay educación ni un esfuerzo por recapitular los contenidos expuestos a lo largo del encuentro.

...Se levanta de la camilla y le pregunta a la paciente si tiene alguna duda o inquietud respecto al tratamiento. Ella responde que no... se despide de la niña y su madre y se retira de la habitación...¹³

En la Tabla 12 se complementan las descripciones de las observaciones participantes, resaltando los elementos de la comunicación detectados en cada observación, el modelo y enfoque de relación médico paciente que se observó. Por efectos de espacio se eliminaron las columnas que daban cuenta sobre la presencia o no de aplicación rutinaria de los 7 pasos secuenciales de interacción médico paciente que estipula el consenso de Kalamazoo, pues en todos los encuentros observados solo cumplieron 3 de los 7 objetivos: 1). apertura de la discusión, 2). reunir información y 3) transmitir información. De nuevo, ratificando la persistencia del MMH. No se observaron enfoques democrático ni consumista en los encuentros observados.

Tabla 12 – Descripciones individuales de las observaciones participantes					
Profesional médico	Modelo Comunicación Médico – Paciente desplegado				Anotaciones de las observaciones
	Función	MMH	Consumista	Democrático	
E1M	Informativa	X			<p>La interacción se da exclusivamente entre la paciente y la médica, no se incluye al acompañante. Tiene un trato respetuoso y cordial, refiriéndose a ella en segunda persona. Se observa simpatía entre ella y la médica.</p> <p>Le pregunta a la paciente si tiene alguna duda o inquietud respecto al tratamiento. Ella responde que no. Luego le hace la misma pregunta a la acompañante, quien también le dice que en el momento todo está claro. La doctora se despide de la niña y su madre y se retira de la habitación</p>
E2H	Informativa	X			<p>El pediatra ingresa a la habitación y saluda tanto al paciente como a su acompañante, diciéndole “buenos días” primero a la mamá y después saludando al paciente por su nombre y preguntándole “¿cómo sigues?”, tocándole el hombro con la mano. La conversación transcurre en su gran mayoría entre el pediatra y el adolescente, casi no hay interacción entre el médico y la madre, en pocas ocasiones habla con la mamá, principalmente para complementar algunas respuestas del adolescente.</p> <p>Le pregunta al paciente si entiende bien por qué está hospitalizado, a lo que él responde que no, por lo cual procede a explicarle.</p> <p>Se observó un trato amable y respetuoso del pediatra con el paciente y su madre, si bien la mayoría del tiempo el médico decidió hablar individualmente con el paciente y cuestionar a la madre solo cuando la información aportada por el primero fuera insuficiente, al momento de explicar la enfermedad y el tratamiento para la misma, sí intenta dirigirse tanto a la madre como al adolescente.</p>
E3M	Informativa	X			<p>La pediatra saluda a la madre “Buenos días, “mamá”, ¿cómo está? (se observó respetuosa, amable y cortés con la señora). A lo largo de la entrevista se refiere al paciente por su primer nombre, no obstante, a la madre, nunca se le dirigió por su nombre, siempre usó el término “mamá”.</p> <p>Se evidencia una forma habitual y ritual del acto de examinación.</p> <p>El trato de la profesional es un estilo que difiere de una conversación cotidiana y trato familiar, amistoso y de confianza con las personas. En este acto, hay trato respetuoso, cálido pero dejando asomar una diferencia jerárquica entre la profesional y el paciente y su madre. Llama la atención la omisión del nombre de la madre.</p>

E4M	Informativa	X		<p>La pediatra ingresa a la habitación, saluda al paciente diciéndole “hola” y llamándole por su nombre, esbozando una sonrisa en el rostro; saluda posteriormente a su madre, a quien se refiere como “mamá”, teniendo un tono respetuoso y hablándole de usted. Durante la entrevista se refiere al niño como tú. Durante la entrevista dialogan sobre otros temas distintos a la hospitalización actual, principalmente sobre la mascota del paciente.</p> <p>Mientras examina dialoga con el paciente para distraerlo del examen y evaluar más objetivamente el dolor.</p> <p>Una vez terminado el examen, le explica al paciente y su madre el curso actual de la enfermedad y el tratamiento, tras lo cual se despide de ambos y se retira de la habitación</p>
E5M	Informativa	X		<p>En el momento de la evaluación no está presente ningún acompañante con la paciente. La adolescente responde el saludo con un “hola”. Impresiona estar algo nerviosa (la pediatra entra a la habitación con dos médicos internos de la sala, una de las cuales previamente había evaluado a la paciente durante la mañana). A lo largo de la entrevista en todo momento se refiere a la adolescente llamándola por su nombre.</p> <p>Luego procede a realizar el examen físico, centra el examen en la auscultación cardiopulmonar. No realiza el examen físico completo probablemente porque confía en los datos generales de la evaluación que la médica interna le había comentado previo a ingresar a la habitación. El trato de la pediatra con la paciente, es cordial, pero denota un tono maternal en la voz. Al concluir el examen le explica a la adolescente que debe continuar hospitalizada, que cuando hable con la mamá le ampliará más la información. Procede a despedirse de la adolescente diciéndole “chao”, le toca uno de los hombros con afecto y se retira de la habitación junto con los médicos internos</p>

Reacciones y puntos de vista de pacientes

El Modelo Médico Hegemónico está también interiorizado y naturalizado por los pacientes. En las entrevistas es notable la actitud pasiva con que acogen las decisiones de médico. En sus respuestas justifican y ven con naturalidad que el enfoque sea paternalista y *adultocéntrico*. No hay cuestionamientos al orden jerárquico que se reproduce en ese encuentro. Para todos los pacientes es norma que el médico tenga exclusividad de las decisiones. Aunque todos expresan sus deseos de que sus opiniones sean preguntadas y sus derechos a conocer, comprender y decidir sobre su salud y cuerpo, cuando el médico los ignora y excluye lo consideran aceptable sin identificar una posible vulneración de sus derechos. Se justifican con la noción de su condición de minoría de edad les condiciona a ocupar un lugar marginal en ese proceso.

“...Pues si me quiere explicar a mí, sí...” ¿No hay problema si no te explica (el pediatra)? *“...No, no hay problema...”*¹⁹

*“... Me parece normal (que no la llamen por el nombre), pero me gusta más que nos digan por nuestros nombres, porque por eso nos pusieron a cada uno nuestros nombres...”*²⁰

*“...Hay veces, me ha pasado (que no la llamen por el nombre)... ellos me dicen <<niña>>, y ya... No pasa nada, si no sabe mi nombre, ya, uno no puede hacer nada... ¿Qué sentiría yo? (que el médico no la mire) No, no sentiría nada...”*²¹

Cuando viene a revisarte (el pediatra), ¿te habla a ti directamente? *“...A veces...”*

¿Qué sientes cuando no te habla a ti? *“...Nada...”*²²

¹⁹ Paciente entrevistado: P5HEC

²⁰ Paciente entrevistado: P6MAU

²¹ Paciente entrevistado: P7MAC

²² Paciente entrevistado: P3MEU

“...El doctor me mira cuando habla. Pues no, no me parece tan importante que digamos, porque pues obviamente el hecho es que se preocupe y sepa pues cómo estoy, pero no pues, como que importante que me mire o no me mire...”²³

...El doctor me avisa cuando me va a revisar. Eh, pues no, no me parece como tan importante porque... más que un aviso, sería como que él viene, y normal, no tendría como que avisarme...”²³

“...Sí me parece como importante que le digan a uno qué le van a hacer... el niño o ya adolescente, tendría que saber cómo y qué tiene, o qué le pasa... Si es un niño o una persona chiquita... debería como pues de tratarlo con palabras bonitas, más con amor, y ya digamos pues un adolescente... ya estaría como más relativo... obviamente lo deberían tratar bien, pero no sería como tratarlo como si estuvieras hablando con un niño...”²³

“... A veces ha pasado que el doctor se retira porque es solo para adultos y habla con mi mamá sola, pero después ella viene y me explica mejor, bien, qué es lo que tengo”²²

“... A mi mamá primero... porque ella sabe más datos sobre mí, sabe... cuánto pesé cuando nací, cuánto tallé cuando nací, dónde nací...”²²

“...Es mejor a mi mamá porque mi mamá es adulta...”²⁴

Cuando el pediatra viene a revisarte en las mañanas, ¿cómo debe comunicarse contigo para que tú quedes feliz? *“...Como él quiera...”²⁴*

Reconocen la importancia de recibir un trato respetuoso de parte de los pediatras que mantengan actitudes acordes con una comunicación que refleje la buena educación del médico. Son enfáticos en insistir que desean que sean llamados por su nombre

²³ Paciente entrevistado: P1MAC

²⁴ Paciente entrevistado: P8MEU

Existe rechazo a la forma infantil con que se dirigen los pediatras hacia ellos. No les agrada el uso de un lenguaje colmado con términos diminutivos. Todos se reconocen en una edad que merece ser tratados con igualdad.

Los pacientes quieren que se les pregunte a ellos por sus síntomas y no a sus padres, pues en este último caso se sienten invisibles. Todos los pacientes entrevistados fueron capaces de reconocer su condición de derechohabientes. En especial sus derechos a la autonomía y al gobierno de su cuerpo, al derecho a ser informado sobre su condición de salud y a que no se les oculte información solo por la asunción de que pueda ser grave.

“...Si le preguntan a ella (la madre), yo me quedo acá, aburrida. Como si no me preguntaran nada, que fuera invisible... que le pregunte a uno, <<que te voy a hacer esto>>, <<que te voy a hacer aquello>>... porque si no está haciendo un mal trabajo...” Normalmente el pediatra a quién le pregunta, ¿a tu mamá o a ti? (Señala a la madre)²⁴

*“...Si no me saludan es una falta de respeto... es a mí a quien me van a examinar, no a mi mamá... por ejemplo uno a veces está enfermo, y si no le preguntan dónde le duele, nunca van a saber qué tiene, qué le tienen que aplicar... yo también tengo derecho a saber... no me gusta que entre derecho, sin saludar. Me gusta que se salude, que se presente... que me revise.... no gritando ni tampoco <<hoooola>> (voz con tono condescendiente o infantilizado)... como si dijera <<hoooola, ¿cómo estás?>>...”*²²

“...Que me diga por el nombre... que me mire a mí... para que sepa mis palabras, lo que yo le estoy diciendo, que se entienda bien... Que me pregunte a mí, para yo también decirle a él qué partes del cuerpo me duelen, para él revisarlas... Porque yo tengo más

referencia de dónde me duele, yo soy el que siento y mis papás no... tengo más referencia de dónde me duele a mí...”²⁵

¿Qué sentirías si él (el pediatra) llegara y te empezara a revisar sin decirte nada?

*”...Sentiría un poquito de rabia... de que no me dijera, de pronto me lastimara...”*²²

*“...El doctor me avisa cuando me va a revisar... sí, porque de todas maneras es mi cuerpo y soy yo la que lo manejo, entonces, siempre, pues, si yo no doy permiso de que me toquen aquí (se señala el abdomen), no me gustaría...”*²⁰

*“...El doctor me saluda cuando entra a la habitación. Me parece importante porque cuando alguien entra debe de tener buenos modales... a mí me parecería una falta de respeto (que no la saluden)... es importante saludar a las personas cuando necesitan decir algo, porque así es como se comienza a dialogar...”*²²

*“...No, me gustaría que pasara así (que le expliquen a ella, no solo a la madre) porque yo también tengo derecho de saber qué es lo que tengo y qué es lo que no, y me parece muy bueno que nos hablen a las dos...”*²²

*“... Que me diga lo que tengo, y que me mire a los ojos cuando me diga yo qué tengo o algo así... Que me pregunte a mí... porque si me pregunta a mí yo le puedo decir más fácil, que yo soy el que siento el dolor... Si no me avisa (que lo va a examinar) entonces de pronto con el otoscopio o con otras cosas de pronto me aporrea porque yo me muevo o algo así...”*¹⁹

Independientemente de su edad, los pacientes con enfermedades crónicas reconocen que ser informados sobre sus patologías desde edades tempranas les puede ayudar a una mejor transición a la vida adulta.

²⁵ Paciente entrevistado: P4HAU

“...Me gusta que me traten bien, que me hablen bien... <<tú tienes esto, y te vamos a hacer esto>>... a mí me gusta que me digan <<esto te pasa, esto te está pasando>>...<<tu enfermedad está avanzando>>... Aunque sea pues una información como que muy grave y que a uno lo ponga mal, uno tiene derecho de saber qué es lo que está pasando con uno... en algunas ocasiones los médicos como que no le dicen en sí a uno, o cuando es información así como muy grave... como por... no preocuparlo... Pero pues... eso no sería, si uno tiene derecho a saber qué es lo que le está pasando...”²³

“...Yo sé qué enfermedad tengo y qué tratamiento me están haciendo... es importante... para yo también saber qué siento, qué debo de hacer para mejorar esa enfermedad que tengo...”²⁵

“...Me da miedo de las agujas... de que vengan y que me cojan y me duerman para cosas así... porque me da mucho miedo, porque de pronto me dejan morir... Me explicaron. Me dijeron que me iban a pasar una agujita... y como mi mamá sabe que yo le tengo miedo a las agujas y a los payasos, entonces ella me cogió la mano, me tapó los ojos...”²⁴

“...Me parece importante (conocer su enfermedad), porque ya tengo más conocimiento, entonces si yo me entero grande, ya no me va a doler tanto o algo así. Entonces, si sé desde pequeñito puedo entender más, y puedo entender a los doctores y todo eso...”¹⁹

“...Yo que soy la enferma, debo saber qué enfermedad tengo, si es muy grave o no, y también qué tratamiento me están haciendo porque yo no puedo tomarme todos los medicamentos que ellos digan porque pues... yo sé que ellos son doctores y son profesionales, pero también yo debo de saber para qué me sirve y cómo me va a poner el medicamento...”²⁰

Igual que quienes siguen el paradigma del MMH, los pacientes dan toda la importancia al enfoque biologicista. Si bien resaltan que quieren ser identificados y reconocidos como sujetos, hacen énfasis en que lo más relevante del médico es que tenga conocimiento científico para tratar su condición física. Para ellos el buen pediatra es el que sabe curar las patologías, controlar el dolor y aliviar los síntomas que puedan tener, así como permitirles regresar a su casa de forma precoz. No le encuentran relevancia que el médico dirija su interés para evaluar las dimensiones psicológica y social. Lo anterior es más notorio cuando los pacientes cursan con enfermedades agudas, pues en los niños y adolescentes con patologías crónicas hubo más referencia a la importancia de conocer a fondo la enfermedad y el tratamiento a largo plazo. Sin embargo, se nota que la información que tienen es insuficiente, superficial o que en realidad no han comprendido a cabalidad el tratamiento que reciben, así previamente refirieran en la entrevista que sí se les había explicado todo.

“...Me parece que sí es bueno que hagan, que utilicen guantes o tapabocas para revisar me porque ellos vienen de otras piezas, entonces de pronto me pegan las infecciones... y también me parece bueno pues, que le digan a la mamá cómo me sintieron, si estoy agitado o no...”¹⁹

“...Debería como que conocer más allá de la enfermedad, de saber uno quién es... como que, <<ah, sí, yo la conozco a ella y sé qué tiene>>... nunca me han referido a mí como que, <<ah, es la niña de fibrosis>>, no, siempre me han llamado por mi nombre...”²³

¿Cómo debería hablar el médico?: “... conocernos y hablar de la enfermedad...”²³

Si simplemente llegara el pediatra, se colocara el fonendo y te revisara o te tocara el abdomen sin haberte preguntado antes o pedido permiso, ¿qué sensación tendrías?

“...No nada, normal... me da igual...”²⁶

²⁶ Paciente entrevistado: P2HAU

“...Cuando un médico vaya a atender a un niño, pues que lo atienda bien, que lo sepa tratar, que lo sepa examinar... Si uno se queda callado, uno tiene que volver a venir acá... Ella (la pediatra) me dijo que yo tenía una infección en los pulmones, que me lo tenían que tratar bien para poder salir bien y... no tener que volver...”²¹

En resumen, se evidencia que a pesar de su deseo de recibir información, la mayoría de los pacientes no tienen claridad respecto a los motivos de hospitalización, tratamiento o evolución de sus enfermedades. Igualmente durante su experiencia en la hospitalización actual o relatos de estancias pasadas se enfrentan a la exclusión en el acto comunicativo.

Durante las entrevistas se encontraron inconsistencias en las respuestas frente al resultado de las explicaciones dadas por el médico. Quienes dijeron haber recibido a satisfacción explicaciones por parte del médico no recordaban detalles de esa conversación ni tenían claro qué tratamiento recibían. Incluso, en algunos casos, ni siquiera recordaban el nombre del pediatra que los acababa de atender, así este se hubiera presentado con su nombre de manera cordial al inicio del encuentro.

“...No sé contar bien las veces que he estado... por ahí desde hace unos... quince años, cada año hospitalizada... si, es como muy frecuente. La última vez, pues estuve hace cinco meses. Pero ya el número de hospitalizaciones específicamente, no lo sé...”²³

“...Yo sé qué enfermedad tengo y qué tratamiento me están haciendo. Enfermedad sí, pero tratamiento no...”²⁴

Finalmente, es perentorio reconocer que los mismos investigadores replicaron las mismas características y dificultades comunicativas encontradas en este estudio cuando llevaron a cabo las entrevistas y grupos focales. Incluso, las notas de campo evidenciaron las limitaciones para capturar y describir fenómenos ajenos al enfoque biomédico tradicional.

Discusión

La relación comunicativa entre médico y paciente en Pediatría es compleja por cuanto involucra tres actores, pediatra-paciente-cuidador (29,31–34). Todos los elementos de esta interacción comunicativa giran alrededor de conceptos teóricos claramente definidos desde hace más de dos décadas en las guías de Calgary Cambridge en 1996 (51) y reafirmadas en el consenso de Kalamazoo (18,33,51). Este estudio muestra que los pacientes resaltan el primer pilar (información) como el más importante en la relación comunicativa con los pediatras, hecho que coincide con lo referido en la literatura mundial (18,33,52–54).

Los niños y adolescentes se sienten a gusto cuando se les incluye en la comunicación médico paciente, consideran que son respetados y reconocidos como sujetos de derechos si se les pregunta a ellos en lugar de sus padres y se les explica su tratamiento sin omitir detalles. No se sienten a gusto cuando los médicos se dirigen con términos diminutivos. Sin embargo, la realidad detallada en las observaciones y entrevistas refleja cómo ellos se perciben a sí mismos sin cuestionamientos ni reflexión como seres inferiores en ese mismo acto de comunicación con el pediatra. La legitimación con naturalización del MMH sumado a enfoques paternalista y *adultocentrista* parece haber conducido a una práctica pediátrica que ignora el punto de vista del sujeto pediátrico, especialmente del escolar, quien se ve sometido a la voluntad de los adultos implicados en esa relación comunicativa. A pesar, de que expresan su deseo de ser reconocidos como iguales acatan con pasividad el hecho de que son ignorados y excluidos por parte del médico. En esa relación comunicativa preponderante en la práctica pediátrica el niño es cosificado, se convierte en objeto/cuerpo sobre el que se enruta la mirada, atención y cuidado por parte del médico y del adulto acudiente. No obstante, en medio de esa relación comunicativa el niño escolar adquiere para el pediatra un estatus idealizado es valorizado de manera romántica y fantasiosa como un ser que los abstrae del mundo hostil de la práctica médica por su capacidad de reír, jugar, soñar y despertar ternura. En ese sentido, también es visto como un

factor que amortigua la comunicación entre dos adultos que en otro contexto entrarían en disputa. Esto último incluso, se normaliza entre otras cosas, al mencionar que el paciente pediátrico es incompleto y no tiene un nivel de desarrollo suficiente para tomar decisiones, y que como sujeto vulnerable, requiere protección. El problema radica en que esa protección excesiva termina reabasteciendo el enfoque paternalista y el MMH que moldea un sujeto pasivo e incompetente para exigir y ejercer sus derechos en medio de una relación de comunicación que lo margina y en la que se tomarán decisiones sustanciales con su cuerpo, salud y vida (19,23,31,55).

En consonancia con lo anterior, se encontró que el MMH también está interiorizado en los residentes y pediatras que cómodamente despliegan un enfoque de relación activo-pasivo (paternalista) cuando abordan estos pacientes. Tener el control es algo no solo positivo sino imperativo para los médicos entrevistados, incluso manifestaron que esa fue la principal razón por la que optaron seguir por la especialización de Pediatría, decisión que se consolidó a partir de experiencias desagradables cuando se enfrentaron a las demandas y exigencias que les hacían pacientes adultos ante la complicidad de sus jefes, con el enfoque relacional consumista que está siendo característicamente instituido en un sistema de salud mercantilista. Sienten que ese enfoque transgrede radicalmente el derecho a la autonomía profesional y al constatar que la atención médica pediátrica asegura una práctica médica que reivindica el poder del médico para conducir la relación comunicativa, al tiempo que ejercer la práctica en el campo de la Pediatría ayuda a mantener la imagen romántica e idealizada del niño como el paciente ideal porque es “puro” “genuino”, “amigable”, “sincero” y sin intereses por obtener ganancias secundarias durante la consulta médica. Sumado a esto manifiestan que este sujeto les distrae de la dura realidad que impone el ejercicio profesional, que les permite salir de la rutina, “*entrar en un mundo de fantasía*”, dado que les evoca sentimientos y sensaciones agradables que les ayudan a lidiar con la tensión que les genera su profesión en un medio que está siendo hostil. El deseo

de abstraerse de un acto médico que para los residentes se torna tedioso y rutinario con un paciente que les puede resultar entretenido solo si ello les concede recuperar el privilegio del poder es otro reflejo del MMH.

Aparte, esa visión que bifurca al paciente pediátrico en dos objetos: uno de distracción y otro cuerpo biológico incompleto, sigue repotenciando el MMH que limita la mirada médica a ver y tratar síntomas y signos físicos que se desprenden de la dimensión biológica y con marcada incapacidad de ver al sujeto como un ser con integral (19–21,23).

La reproducción del MMH por parte de los residentes se alimenta con imaginarios sociales que conciben a los escolares sin capacidad ni entendimiento necesario que conduzca a toma de decisiones sobre sus enfermedades, su situación con la hospitalización o el tratamiento que mejor conviene (56,57). Los grupos focales permitieron constatar la justificación que mantienen los residentes de Pediatría para excluir al menor de la comunicación en tanto que para ellos solo se deben incluir cuando alcancen una edad en la que sean capaces de conducir realizar un análisis racional de la situación de salud enfermedad. No obstante, no fue posible hallar consenso entre ellos sobre la edad en que esa capacidad se adquiere, la respuesta fue ambigua con un rango amplio que va desde los 8 años hasta la adolescencia. Al respecto, la literatura científica es clara en afirmar que la edad no debe ser una limitante para excluir a los pacientes del acto médico, es más, se dan evidencias de que cuando a los niños se les incluyen de forma activa en la comunicación, son capaces de entender nociones de enfermedad, tratamiento y controles de la patología desde edades tan tempranas como los 4 años (56–58). También es evidente la presencia de estigmas de los residentes de Pediatría hacia los adolescentes que resulta de una concepción errática de ellos por considerarlos pacientes difíciles para la comunicación durante el acto médico, situación que conduce hacia la interiorización con perpetuación de una práctica médica negligente con estos sujetos que por razones históricas, ontológicas y epistemológicas pertenecen a este campo disciplinar.

En la mayoría de los residentes fue irrefutable la idea de que el acto comunicativo con el paciente tiene una función eminentemente informativa y centrada en la esfera biológica de la atención en salud, características distintivas del MMH. Sus relatos coincidieron con lo expresado por los pacientes que conceden como norma que ese acto debe devenir en una mera interacción para transmitir información y aliviar sus síntomas por parte del médico.

Resulta contradictorio con lo reportado en el anterior párrafo el hallazgo de esta investigación sobre la dificultad de los médicos en brindar una información comprensible para el paciente. No fue posible que los pacientes respondieran acertadamente información sobre los motivos de hospitalización y el tratamiento de sus enfermedades a pesar de que admitieron que esa información siempre la dictan los médicos. Este resultado concuerda y ratifica lo enunciado por investigaciones en el ámbito internacional de como la mayoría de los pacientes pediátricos suelen tener información insuficiente o imprecisa respecto a sus enfermedades, tratamiento o pronóstico, y por otro lado, su participación en la toma de decisiones es escasa o nula (31,36,59,59,60).

La falta de asertividad en la comunicación con una recepción del mensaje informativo confusa tiene consecuencias negativas que no solo generan barreras en la atención si no que pueden derivar en demandas por mala práctica o conducir a la muerte o al empeoramiento de la enfermedad. Estudios consultados muestran que hasta 70% de las demandas hechas a los médicos son consecuencia de una inadecuada explicación de los profesionales, incapacidad de interpretar bien los deseos de los pacientes o sus familias e incluso negligencia al momento de incluir las percepciones y puntos de vista de los pacientes en las estrategias de tratamiento (33,34,61–64).

Es interesante y a la vez preocupante como la mayoría de los residentes encuestados aseguraron contar con buenas o excelentes habilidades de comunicación y desarrollar de forma secuencial y completa todos los pasos y objetivos de la comunicación en el acto médico. Sin embargo, al

contrastar esta información con los relatos obtenidos en los grupos focales, salta a la vista el desconocimiento en materia de la competencia comunicativa. No sobra advertir que ninguno de los residentes que asistieron a los grupos focales había recibido formación en habilidades de comunicación lo que sugiere que esta carencia pudo motivar su deseo de participar en estas actividades. Fue consenso en ellos el reclamo de que deben recibir formación adecuada para asegurar una buena relación comunicativa con pacientes durante el pregrado de Medicina. Ese vacío curricular tiene repercusiones en su futuro profesional especialmente en lo concerniente a la interacción con los niños. Asumir una relación con estos sujetos sin entrenamiento adecuado permite la perpetuación del enfoque paternalista, el ejercicio médico que solo transmite datos y se limita a interrogar por signos y síntomas, dar un diagnóstico, recomendar una terapia, y finalmente, decidir por el paciente. Este vacío en la formación de competencia comunicativa en la formación de Pediatras lo han evidenciado varios estudios en el plano internacional reportando que aunque se habla de la importancia de que el pediatra tenga buenas habilidades comunicativas cuando se indaga a estos en formación o ya especialistas en esta disciplina la mayoría refiere sentirse débil en esta área del conocimiento (65–69). La literatura revisada refiere también que no son entrenados debidamente para tareas tan complejas como: - entregar malas noticias,- discutir acerca de una enfermedad grave, -debatir sobre cuidados paliativos o terminales,- abordar los problemas psicosociales, y - construir una relación empática con niños (67).

Resulta contradictorio que si bien desde hace más de dos décadas se ha reconocido mundialmente la formación en habilidades comunicativas como un componente transversal a la profesionalización médica y de especialistas que debe estar inmerso en los programas curriculares de Pediatría, y que en el mismo documento maestro de la Especialización en Pediatría de la Universidad de Antioquia se tiene explícitamente mencionada la competencia comunicativa como un requisito para obtener el título, los resultados de esta investigación

develaron que en la práctica dicha instrucción no se hace de manera específica sino que es marginal y dependiente de la voluntad de profesores, lo que la hace insuficiente (14,15,65,70–74). En este punto, la mayoría de residentes coinciden en una preocupación porque no han tenido un adecuado entrenamiento al respecto. Este estudio alertó sobre un déficit académico en la enseñanza de habilidades comunicativas que viene incluso desde la formación de pregrado, convirtiéndose, tal como lo mencionaron en los grupos focales, en una técnica de ensayo y error, o en un autoaprendizaje basado en comportamientos y actitudes que emulan o copian de otros médicos y/o docentes con quienes se sienten identificados, percepciones que son compartidas por otros profesionales en formación en el mundo (33,52–54,65–67,75–78). Este vacío en la formación de habilidades comunicativas afloró como una limitación de los investigadores para llevar a cabo las indagaciones sin caer en la reproducción del mismo enfoque paternalista y adultocentrista con despliegue de las características distintivas del MMH. De hecho, al asumir un rol hegemónico llevó al investigador 1 a realizar las observaciones y entrevistas sin acompañamiento, considerando que sus conocimientos y capacidad de indagación serían suficientes para su desarrollo, lo que limitó los datos obtenidos con dichas herramientas.

Estos hallazgos, si bien no se pueden generalizar, sin duda pueden ser la base para propender por un mejoramiento en los programas de formación curricular en la competencia comunicativa. Es claro que los niños y adolescentes entrevistados en esta investigación desean ser incluidos en el acto médico, que sus voces sean escuchadas y que sus derechos sean respetados. No obstante, es triste ver cómo van normalizando y aceptando la idea de que fueran tratados como seres incompetentes. Se detecta igualmente una voluntad de cambio por parte de los profesionales en formación, quienes reconocen desplegar el MMH en su práctica porque fueron formados mayoritariamente expuestos al mismo contribuyendo a que fuera interiorizado como un rasgo distintivo de su identidad médica. Lo reconfortante es que este ejercicio despertó una

reflexión con reconocimiento de las grandes limitantes que este modelo conlleva con repercusiones en su ejercicio y éxito profesional. Se avizora un tímido proceso de transición, con el interés objetivado de esforzarse a futuro por incluir más a los niños y adolescentes en el acto médico, de escucharlos y reconocerlos como sujetos.

Un logro trascendental es que el mismo investigador principal, estudiante de último año de Pediatría, fue capaz de descubrir a lo largo del desarrollo del trabajo de campo cómo constantemente, automáticamente y rutinariamente reproducía el MMH que hizo notoria la dificultad que enfrentó para permitir una comunicación fluida, espontánea y relajada por parte de los chicos en las entrevistas. Fue capaz de admitir cómo en su mente yacía ese esquema rígido de interrogar que se dirige a buscar síntomas y diagnosticar enfermedades, más no de conocer y comprender lo que piensan, sienten y viven las personas; hizo conciencia de cómo emergían sin freno actitudes paternalistas con los pacientes entrevistados, en ocasiones reproduciendo una interacción secuencial al indagar a los niños sobre si deseaban hacer parte del estudio (preguntar primero al padre, esperar su aprobación y luego sí pedir la autorización del paciente). Incluso vio desplegadas barreras en la comunicación, al no identificar a tiempo las señales implícitas que un adolescente daba respecto a cómo deseaba ser interrogado. En este aspecto radica una de las funciones primordiales de la investigación cualitativa, en permitir a los investigadores ir más allá del dato estadístico, a no separarse del entorno ni ser un observador pasivo, sino por el contrario, hacer parte de este y permitir que las vivencias y experiencias de los otros enriquezcan su propia realidad.

El impacto inmediato del estudio, se constata en que ambos investigadores reflexionaron acerca de la necesidad imperiosa de modificar el modelo médico-paciente que venían reproduciendo para fortalecer su práctica como futuros pediatras, resaltando la importancia de reconocer al paciente pediátrico como protagonista de esta interacción, de realizar un abordaje integral bajo un enfoque biopsicosocial y de adoptar un modelo de comunicación bidireccional, que

involucre al paciente en la discusión y la toma de decisiones, con el fin de optimizar la relación comunicativa con sus pacientes, establecer una práctica clínica más humana y mejorar la calidad de la atención y los resultados en salud.

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, no pueden generalizarse los resultados obtenidos a la población general, si bien los resultados y conclusiones expuestos coinciden con las descripciones de la literatura en otras regiones e instituciones, no tienen como objetivo principal sumar datos o registros a un banco de información, sino exponer problemáticas y situaciones que se están presentando en el ámbito local de ejercicio de la práctica pediátrica.

En segundo lugar, al ser una investigación con un enfoque fenomenológico de descripción de vivencias de pacientes y atención médica, que es el área de desempeño de los investigadores, quienes han sido formados bajo el mismo modelo educativo de los pediatras observados y residentes entrevistados, fue difícil evitar una reproducción del MMH durante el desarrollo de las entrevistas, que como ya se mencionó, pudo limitar la cantidad de información obtenida con este instrumento

Conclusiones:

Esta investigación ha tratado de explorar el punto de vista de los niños escolares y adolescentes hospitalizados en una institución prestadora de servicios de salud de alto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín y de los estudiantes de la especialización de Pediatría de la Universidad de Antioquia, con respecto a la comunicación en la relación médico paciente. Como principal hallazgo, se evidenció una interiorización con reproducción predominante del Modelo Médico Hegemónico (MMH) en la práctica clínica pediátrica observada, escenificado de la mano de un enfoque de relación médico paciente paternalista y adultocentrista, en el que la toma de decisiones se realiza de forma unilateral por parte del profesional médico y enfocado en el

aspecto biológico de la enfermedad, lo que impide abordar al paciente de forma integral y dificulta la percepción de sus necesidades y expectativas. Esta reproducción del MMH genera una sensación de confort en los residentes, porque el paciente acepta sin cuestionamientos las decisiones tomadas por el profesional y adopta un rol infantil y entretenedor, que en su imaginario es la escenificación por excelencia de la práctica pediátrica. Este aspecto representó uno de los motivos determinantes en la elección de su especialidad.

El despliegue de este modelo impide el correcto desarrollo de la tríada médico-paciente-acompañante, convirtiéndose en una interacción dual médico-acompañante o en el caso de los adolescentes, médico-paciente. Ante el acto médico, los pacientes generan una respuesta comunicativa constructiva pasiva, siendo tan solo receptores sin una retroalimentación adecuada. A pesar de que niños y adolescentes desean hacer parte activa del proceso de comunicación con el pediatra, ser reconocidos, que su voz sea escuchada y su autonomía respetada, la prevalencia del MMH ha derivado en una interiorización de esta forma de comunicación con resignación por parte de los pacientes pediátricos, con subsecuente negación de su deseo de que sus derechos sean reconocidos y respetados. Ha permitido que acepten como normal el hecho de que sean excluidos en el acto médico que trata sobre su cuerpo, salud y vida. Adicionalmente, la interacción comunicativa que se está dando entre médicos y pacientes se centra en la recolección y entrega de información, dejando de lado los demás elementos que componen su integralidad. Lo anterior sugiere que es necesario fortalecer competencias y habilidades comunicativas para los médicos en formación.

Por último, la expresión por parte de los residentes de Pediatría sobre la necesidad del entrenamiento en habilidades comunicativas durante su proceso de formación tanto en pregrado como en posgrado y su deseo de propender por un cambio en el modelo y dinámicas de interacción con los pacientes puede ser la base para diseñar estrategias y planes de

mejoramiento que empiecen a incluir la comunicación médico paciente como eje central de la formación.

Este tipo de estudio ofrece una metodología enfocada en la fenomenología hermenéutica, la cual resulta interesante para la interpretación de los datos, no obstante, dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra la dificultad de extrapolar los resultados a la población general o emitir conclusiones de largo alcance. Desde esta perspectiva y, teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio se enfatiza la importancia de incluir el entrenamiento en habilidades comunicativas dentro de los programas de formación en Pediatría, con el objetivo de fortalecer la relación médico – paciente pediátrico y mejorar los resultados en salud y la satisfacción tanto de pacientes como de los profesionales en formación.

Bibliografía

1. Ferrari L. Las funciones informativas en géneros de la comunicación especializada. *Revista latinoamericana de estudios del discurso*. 2015;15(2):39-55.
2. Moyano J, Ojeda A. Jakobson, Pierce y las funciones del lenguaje. *Epistemología e historia de la Ciencia*. 2000;6(6):313-20.
3. Vargas E. Las funciones del lenguaje de Jakobson en la titulación deportiva: estudio estilístico de la nación y la extra. *Filología y Lingüística*. 2015;41(1):143-56.
4. González S. Lenguaje y comunicación. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2000;44(179):139-52.
5. Kimble C, Hirt E, Díaz R, Hosch H, Lucker G, Zárata M. *Psicología social de las Américas*. México: Pearson; 2002.
6. Garrido L. Habermas y la teoría de la acción comunicativa [Internet]. *Razón y palabra*. 2011 [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/ultimas/38_Garrido_M75.pdf
7. La teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.lapaginadelprofe.cl/sociologia/habermas/habersum.htm>

8. Habermas y la teoría de la acción comunicativa [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en:
<http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/tesis/alustiz/capitulo4.pdf>
9. Vasco C. Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales”: Comentarios a propósito del artículo: «Conocimiento e Interés», de Jürgen Habermas [Internet]. [citado 28 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://academia.utp.edu.co/seminario-investigacion-i/files/2017/03/D.Tres-Estilos-de-Trabajo-1.pdf>
10. Vásquez M, Liz A. Temporal points of view. Subjective and objective aspects. 1.^a ed. Springer; 2015.
11. Bach A. El punto de vista (standpoint) de las mujeres: Conocimiento encarnado versus relaciones de dominación. CEHIM. 2012;8(8):5-27.
12. Santos D. Fundamentos de la comunicación. Primera. México: Red Tercer Milenio; 2012. 158 p.
13. Martínez M. Definición y alcance del concepto de comunicación: una aproximación psicológica [Internet]. Psicología de la comunicación. [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30802/7/PsicologiaComunicaciónMMartinez_M.pdf
14. Morgan E, Winter R. Teaching communication skills. An essential part of residency training. Arch Pediatr Adolesc. 1996;150:638-42.
15. Rosenbaum M, Ferguson K, Lobas J. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: A review of strategies. Acad Med. 2004;79(2):107–117.
16. Arrubarena V. La relación médico-paciente. Cir Gen. 2011;33(2):S122-25.
17. Dorr S, Lipkin, M. The doctor-patient relationship: challenges, opportunities, and strategies. J Gen Intern Med. 1999;14(1):S26-33.
18. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med. 2001;76(4):390-3.
19. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2017]. Disponible en:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/activas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
20. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. Natura Medicatrix. 1998;51(17-22).
21. Menéndez E. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. Arxiu d' Etnografia de Catalunya. 1984;3:84-119.

22. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
23. La Valle R. Sobre la forma actual de ser médico. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2013;33(2):73-6.
24. Szasz T. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*. 1956;97(5):585-92.
25. Berro G. La relación médico-paciente (RMP) y su actual encuadre legal [Internet]. *Revista Biomedicina -Medicina Familiar y Comunitaria*. 2009 [citado 30 de octubre de 2017]. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic_2009/bio_larelacionmedicopaciente.pdf
26. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *J Am Med Assoc*. 1992;267(16):221-6.
27. Van Dulmen S. Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Educ Couns*. 2004;52(1):61-8.
28. Adis G. La relación médico-paciente [Internet]. [citado 30 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/revneuropsiquiatria/GAdisCastro1.pdf>
29. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med*. 2001;52(6):839-51.
30. Hsiao J, Evan E, Zeltzer L. Parent and child perspectives on physician communication in pediatric palliative care. *Palliat Support Care*. 2007;5(4):355-65.
31. Cahill P, Papageorgiou A. Triadic communication in the primary care paediatric consultation. *British Journal of General Practice*. 2007;57:904-11.
32. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: A "pas de trois". *Patient Educ Couns*. 2002;48(1):5-14.
33. Marginean C, Melit L, Chincesan M, Muresan S, Georgescu A, Suci N, et al. Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(43):e8399.
34. Shendurnikar N, Thakkar P. Communication Skills to Ensure Patient Satisfaction. *Indian J Pediatr*. 2013;80(11):938-43.
35. Posada Á, Gómez J, Ramírez H. La crianza Humanizada. *Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia*. 2012. 2012;17(140).
36. Moore L, Kirk S. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2215-25.

37. Taylor S, Haase S, Weaver T, Kidd J, Garralda E. Child involvement in the paediatric consultation: A qualitative study of children and carers' views. *Child Care Health Dev.* 2010;36(5):678–85.
38. Bekken W. "I want them to see that I feel normal": Three children's experiences from attending consultations in paediatric rehabilitation. *Disabil Soc.* 2014;7599:1-14.
39. República de Colombia. Constitución política de Colombia [Internet]. 1991 [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/29460/Reseña U de Murcia Constitución de OLANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/29460/Reseña%20U%20de%20Murcia%20Constitución%20de%20OLANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
40. Martín P, Samper P, Gallardo E, Mojica R. Código Infancia Adolescencia. Unicef [Internet]. 2007. Disponible en: www.unicef.org/colombia/conocimiento/codigo-com.htm
41. Smith D. *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Rowman Altamira; 2005. 257 p.
42. Crasnow S. Is Standpoint Theory a Resource for Feminist Epistemology? An Introduction. *Hypatia.* 2009;24(4):189-92.
43. Solomon M. Standpoint and Creativity. *Hypatia.* 2009;24(4):226-37.
44. Un esquema básico sobre la fenomenología y Husserl [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.alcoberro.info/docs/assets/pdf/HUSSERL02.pdf>
45. La idea de la Fenomenología. Edmund Husserl [Internet]. 2017. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/joyce/idea.pdf>
46. Fuster D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 2019;7(1):201-29.
47. Macías M, Aguirre R. Hermenéutica y valoración: alternativas de la Bioética contemporánea. *Humanidades Médicas.* 2001;1(1).
48. Corbetta P. *Metodología y técnicas de investigación social*. 1.ª ed. España: McGraw Hill; 2007. 439 p.
49. Álvarez G, Jurgenson J. *Cómo hacer investigación cualitativa*. 1.ª ed. México DF: Paidós; 2003. 222 p.
50. Harding S. *The Feminist Standpoint Theory Reader: Intellectual and Political Controversies*. 1.ª ed. Psychology Press; 2004. 379 p.
51. Kurtz S, Silverman J. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* 1996;30(2):83-9.

52. American Academy of Pediatrics The medical home. Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. *Pediatrics*. 110(1):184-6.
53. Sullivan A, Lakoma M, Block S. The status of medical education in end-of-life care: a national report. *J Gen Intern Med*. 2003;18:685-95.
54. Levetown M. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121:e1441-60.
55. Sartain S, Clarke C, Heyman R. Hearing the voices of children with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;32(4):913-21.
56. Alderson P, Sutcliffe K, Curtis K. Children as partners with adults in their medical care. *Arch Dis Child*. 2006;91(4):300-3.
57. Coyne I. Children 's participation in consultations and decision-making at health service level : A review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:1682-9.
58. Terry L, Campbell A. Are we listening to children 's views about their treatment ? *Br J Nursing*. 2001;10(6):384-90.
59. Wassmer E, Minnaar G, Abdel Aal N, Atkinson M, Gupta E, Yuen S. How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatr*. 2004;93:1501-6.
60. Hallstrom I, Elander G. Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *J Clin Nurs*. 2004;13(3):367-75.
61. Beckman H, Markakis K, Suchman A, Frankel R. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med*. 1994;154(12):1365-70.
62. Rachagan S, Sharon K. The patient's view. *Med J Malaysia*. 2003;58:86-101.
63. Moore P, Adler N, Robertson P. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *West J Med*. 2000;173(4):244-50.
64. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994;343(8913):1609-13.
65. Rider E, Volkan K, Hafler J. Pediatric residents' perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Medical Teacher*. 2008;30(7):e208-17.
66. Peterson E, Boland K, Bryant K, McKinley T, Porter M, Potter K, et al. Development of a Comprehensive Communication Skills Curriculum for Pediatrics Residents. *Journal of Graduate Medical Education*. 2016;739-46.

67. Alofisan T, Al-Alaiyan S, Al-Abdulsalam M, Siddiqui K, Hussain I, Al-Qahtani M. Communication skills in pediatric training program: National-based survey of residents' perspectives in Saudi Arabia. *J Fam Community Med.* 2016;23:43-7.
68. Wilson A, Hurwitz C, Smith M, Patino T, Kudalmana A, Gallas, M. Parents as teachers: teaching pediatric residents the art of engaging in difficult conversations. *Journal of Graduate medical education.* 2019;60-5.
69. Moraes L, Vita A, Perini I, Guimaraes C. Medical Residents Perceptions of Communication Skills a Workshop on Breaking Bad News. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.* 2018;42(4):175-83.
70. Bernstein H. Pediatrics in practice: A health promotion curriculum for child health professionals. [Internet]. The Bright Futures Health Promotion Workgroup. 2015. Disponible en: <http://www.pediatricsinpractice.org>
71. Smith R. *Patient Centered Interviewing: An Evidence Based Method.* 2.^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
72. Stewart M, Belle J, Wayne W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2003.
73. Browning D, Meyer E, Truog R, Solomon M. Difficult conversations in health care: Cultivating relational learning to address the hidden curriculum. *Acad Med.* 2007;82(9):905-13.
74. Departamento de Pediatría y Puericultura. Programa de especialización en Pediatría. Universidad de Antioquia. 2007.
75. Bhatti A, Ahmed M. How should pediatric communication skills be taught? The medical student perspective. *Advances in Medical Education and Practice.* 2017;8(167-8).
76. Alnasser Y, Bin H, Almubarak Z, Alcisa L, El Sarrag A, Babiker A. Communication skills between physicians' insights and parents' perceptions in a teaching hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences.* 2017;12(1):34-40.
77. Hilden J, Emanuel E, Fairclough D, Link M, Foley K, Clarridge B, et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society Of Clinical Oncology Survey. *American Society of Clinical Oncology survey J Clin Oncol.* 2001;19(1):205-12.
78. Rao P, Hill E, Palka C, Rea K, Jones K, Balzer K, et al. Improving pediatric resident communication during family-centered rounds using a novel simulation-based curriculum. *MedEdPorta.* 2018;14:10733.