

*Autógrafa y aprobada con Distinción*

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

*19/11/2005  
Fue por Autor  
Pondera!*



*S. Bejarano C.*

**FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE  
INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS  
HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA DE MODELO DE  
INTERVENCIÓN**

(TESIS DE GRADO)

Por: FÉLIX JHOMAR CABALLERO MANJÓN

Docente Tutor: Dr. SERGIO BEJARANO

La Paz

2005

ME 3 y'  
NIÑO H

*Alex Gutiérrez R.*  
*Tr. J. J. J.*

## **RESUMEN**

La presente investigación aporta conocimientos acerca de la influencia de la relación médico paciente en el estado de ánimo de niños internados en el Hospital Dr. Ovidio Aliaga U.

Una vez proceda la información acerca de la relación expuesta anteriormente, se procede a plantear un modelo de intervención, que contempla aspectos psicológicos, de manera que pueda mejorarse la relación médico paciente niño y puede evitarse que el estado de ánimo de los niños y niñas hospitalizadas se perturbada e incrementen situaciones de dolor y sufrimiento que son concomitantes a los procesos de enfermedad.

Esta es una visión que pretende mejorar la relación médico niño y que además pretende ser un aporte para médicos, enfermeras, padres de familia y los mismos niños, de manera que una internación hospitalaria no se convierta en un hecho traumático, sino en un proceso social asumido con madurez y sentido práctico.

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo al conjunto de mi familia que de manera incondicional y con un gran espíritu motivacional, me brindaron su colaboración y apoyo en el inicio, proceso y finalización de la presente investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi más profundo agradecimiento al Dr. Sergio Bejarano que en una muestra de sinceridad y desinterés, dedicó su tiempo y sus invalorables aportes para la elaboración del presente trabajo.

Agradezco también a mi señora madre por aquel apoyo espiritual el cual logró que este trabajo se concluyera.

Fundamentalmente mi eterno agradecimiento a Dios que siempre fue mi luz y guía a lo largo de toda mi vida.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

### **CAPÍTULO I**

#### **DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

1	Antecedentes	16	
2	Planteamiento del problema	17	
3	Formulación del problema	23	
4	Objetivos de la investigación	23	
	41	Objetivo general	24
	42	Objetivos específicos	24
5	Justificación	25	
6	Limitaciones	27	

### **CAPÍTULO II**

#### **MARCO TEÓRICO**

1.	Acerca del desarrollo infantil	28	
2.	Niño hospitalizado	31	
	2.1	Conducta de enfermedad	32
	2.2	Factores en relación con la respuesta a la enfermedad	34
	2.3	El niño enfermo	38

3.	Relación médico paciente	40
3.1	Situación de la medicina y la práctica medica	40
3.2	La situación de los médicos	44
3.3	Aspectos principales en la relación entre el médico y el paciente	45
3.4	La acción terapéutica del médico	48
3.5	El efecto placebo	51
4.	Estado de ánimo	53
5.	Depresión infantil	56

### CAPÍTULO III

#### **METODOLOGÍA**

1.	Características de la investigación	60
2.	Alcance	60
<b>3.</b>	<b>Hipótesis</b>	61
4.	Variables	61
4.1	Definición de variables	61
4.2	Operacionalización de variables	62
5.	Diseño de la investigación	63
6.	Sujetos de la investigación	63
6.1	Población	63
6.2	Muestra	66
7	Instrumentos	71
8.	Procedimiento	73
8.1	Primera Fase	73

8.2 Segunda Fase	74
8.3 Tercera Fase	75

## **CAPÍTULO IV**

### **EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS, ANÁLISIS Y PROPUESTA**

1.	Introducción	76
2.	Resultados de encuestas	76
3.	Resultados de observación de salas	93
4.	Resultados de observación de niños hospitalizados	99
5.	Análisis de los resultados	101
6.	Propuesta	104
6.1	Preparación del niño para la hospitalización	104
6.2	Mejora de la relación médico-niño	106
6.3	Mejora de la situación de hospitalización del niño	107

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1.	Conclusiones	109
2.	Recomendaciones	111

<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y CITADA</b>	<b>113</b>
---	------------

<b>ANEXOS</b>	<b>118</b>
<b>Instrumento N° 1 Cuestionario a personal médico</b>	<b>118</b>
Instrumento N° 2 Guía de observación	121
<b>Instrumento N° 3 Escala de observación durante la hospitalización</b>	<b>127</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N° 1</b>	<b>Bolivia: bajo peso al nacer por año según departamento, 1996 - 2002 (p)</b>	<b>4</b>
<b>Cuadro N° 2</b>	<b>Bolivia: cobertura de vacunación en menores de 3 años por año según área geográfica y tipo de vacuna recibida, 1999 - 2002 (p) (En porcentaje)</b>	<b>5</b>
Cuadro N° 3	Bolivia: número de dosis aplicadas de vacunas en <b>menores de 1 año por tipo de vacuna según área geográfica y departamento, 2002 (p)</b>	5
Cuadro N° 4	Bolivia: población menor de 5 años que se enfermó con diarrea aguda por año según características <b>de atención y área geográfica, 1999 - 2002 (p)</b> (En porcentaje)	6
<b>Cuadro N° 5</b>	<b>Personal de salud del sector público. 2000.</b>	<b>9</b>
Cuadro N° 6	Hechos de suicidio por año. La Paz	11
<b>Cuadro N° 7</b>	<b>Hechos de suicidio por sexo. La Paz</b>	<b>12</b>
Cuadro N° 8	Hospital del niño. Ingresos de pacientes 2002	13
Cuadro N° 9	<b>Recursos humanos en salud. Bolivia</b>	<b>44</b>

Cuadro N° 10	Recursos humanos en instituciones públicas, 2000	45
Cuadro N° 11	Operacionalización Variable Independiente	62
Cuadro N° 12	Operacionalización Variable dependiente	62
Cuadro N° 13	Composición del universo	64
Cuadro N° 14	Criterios de exclusión e inclusión	65
Cuadro N° 15	Total universo	65
Cuadro N° 16	Muestra niños hospitalizados	67
Cuadro N° 17	Composición estratificada de la muestra	71
Cuadro N° 18	Puesto	76
Cuadro N° 19	Sala	77
Cuadro N° 20	Edad	78
Cuadro N° 21	Sexo	79
Cuadro N° 22	Antigüedad en el Hospital	79
Cuadro N° 23	Posee otro título	80
Cuadro N° 24	Problemas en la entrevista inicial o atención al niño	82
Cuadro N° 25	El trato otorgado al niño genero en él una situación de tristeza	83
Cuadro N° 26	Intentó resolver problema afectivo que acompaña a la hospitalización	84
Cuadro N° 27	Estado de ánimo de los niños al entrar al hospital	86
Cuadro N° 28	Estado de ánimo de los niños al salir del hospital	86
Cuadro N° 29	Cruce de variables: estado de ánimo del niño al llegar del hospital por al salir del hospital	87
Cuadro N° 30	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el dolor de su enfermedad	88

<b>Cuadro N° 31</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es la comida del hospital</b>	<b>89</b>
<b>Cuadro N° 32</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato de la enfermera</b>	<b>89</b>
<b>Cuadro N° 33</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato del médico que no puede darle afecto, además de que tiene que atender a muchos pacientes</b>	<b>90</b>
<b>Cuadro N° 34</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el alejamiento de sus padres</b>	<b>90</b>
<b>Cuadro N° 35</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el ambiente desconocido</b>	<b>91</b>
<b>Cuadro N° 36</b>	<b>Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el tipo de tratamiento que recibe</b>	<b>91</b>
<b>Cuadro N° 37</b>	<b>Escala de opiniones acerca de factores que influyen en el estado de ánimo</b>	<b>93</b>
<b>Cuadro N° 38</b>	<b>Sala N° 1</b>	<b>94</b>
Cuadro N° 39	Sala N° 2	95
<b>Cuadro N° 40</b>	<b>Sala N° 3</b>	<b>96</b>
Cuadro N° 41	Sala N° 4	96
<b>Cuadro N° 42</b>	<b>Promedios de las 4 salas</b>	<b>97</b>
Cuadro N° 43	Promedio final	98
<b>Cuadro N° 44</b>	<b>Observación de niños antes de la visita y después.</b>	
	Puntaje promedio	100

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Nacidos con bajo peso	4
Gráfico N° 2	Estructura sistema salud	8
Gráfico N° 3	Hechos de suicidio por año. La Paz	11
Gráfico N° 4	Hechos de suicidio por sexo. La Paz	13
Gráfico N° 5	Servicios brindados por el Hospital del Niño	14
Gráfico N° 6	Forma de validación de instrumento	72
Gráfico N° 7	Edad	77
Gráfico N° 8	Antigüedad	80
Gráfico N° 9	Posee otro título	81
Gráfico N° 10	Problemas en la entrevista	83
Gráfico N° 11	Trato al niño genera tristeza	84
Gráfico N° 12	Intentó resolver problemas afectivos	85
Gráfico N° 13	Cruce de variables: llegada y salida del hospital	88
Gráfico N° 14	Escala de opiniones acerca de factores que influyen en el estado de ánimo	92
Gráfico N° 15	Puntaje final en promedio	99
Gráfico N° 16	Propuesta	108

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación establece los factores de la relación médico-paciente que influyen en el estado de ánimo de niños hospitalizados en el Hospital Dr. Ovidio Aliaga U., y en consecuencia propone, una vez establecida la relación causa-efecto, un modelo de intervención psico social como solución posible al problema investigado. Este Hospital, conocido comúnmente como el Hospital del Niño es uno de los pocos centros que presta atención a niños provenientes de familias con escasos recursos económicos. Es un centro de salud de nivel especializado, con atención de emergencia, medicina general en pediatría, y otras especialidades como cirugía, traumatología, etc.

En un centro de salud de tal envergadura, investigar acerca de la relación médico-niño es muy importante por el impacto que puede tener dicho conocimiento sobre la práctica médica y psicológica, pues la investigación propone un modelo de trabajo de las condiciones de alteración del estado de ánimo en niños hospitalizados.

El modelo teórico que se utiliza en la tesis comprende una integración tanto de los aportes de la psicología social y clínica (relación médico paciente), como la gestalt, en cuanto ayuda a explicar el contexto que hace al niño o niña hospitalizado. La Gestalt, es una corriente psicológica capaz de exponer las relaciones entre el ambiente y la percepción. Así, la salud consiste *"en el flujo de múltiples flujos sucesivos*

*de figuras sin obstáculos, implica la formación flexible de gestalt sucesivas" (1).*

En cuanto a la relación médico paciente, evidentemente el psicoanálisis produjo investigaciones de relevancia, en especial en el esclarecimiento de los procesos de transferencia y contra transferencia, aspectos que para la presente investigación no fueron tomados en cuenta debido a la delimitación temática centrada en la influencia de los factores en el estado de ánimo de niños y niñas hospitalizadas. De igual manera, no se consideraron enfoques cognitivos ni conductuales, por cuanto implican el desarrollo especializado de determinados postulados e instrumentos de investigación que no ayudan al presente trabajo de acuerdo a la delimitación anteriormente señalada.

La investigación se realiza en un Hospital de Tercer Nivel, caracterizado por ser un centro de atención completa y especializada en salud infantil. Este es un centro al que tienen acceso niños pertenecientes a familias de bajos recursos económicos que no pueden pagar una atención privada. Sin embargo, por el personal, la infraestructura y los recursos con los que cuenta, es frecuente que acudan a él niños pertenecientes a familias de la clase media.

Ahora bien, la relación médico-enfermo, uno de los aspectos temáticos de la presente investigación, dada la trascendencia psicológica del proceso de enfermar físico o mental, es uno de los factores más importantes a tener en cuenta en el

---

MUÑOZ POLIT, Myriam. (1998). La psicoterapia gestalt y el nuevo paradigma científico. Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Pág. 5.

contexto de la atención médica y en concreto en el marco de la entrevista. La entrevista médica es el tipo de encuentro entre un terapeuta y un paciente, en el que existe una especial forma de comunicación, encaminada a conseguir un fin común, el diagnóstico de la dolencia por la que se consultó y, si fuera posible, su curación. Este modo peculiar de relación personal está determinado en su base por la situación vital del paciente, que pide ayuda ante su enfermedad, y del médico que a través de sus capacidades esta dispuesto a prestar esa ayuda que se espera de él (2)

A pesar de la progresiva tecnificación de los medios que la ciencia ha puesto en las manos del médico en el último siglo, el elemento principal e imprescindible de la acción terapéutica de éste, continua siendo el contacto que se establece entre el médico y el enfermo, ya sea como fuente de información y diagnóstico, o como elemento de curación.

En el caso de Bolivia, evidentemente, los indicadores de salud más importantes hacen referencia a los siguientes problemas:

En el Cuadro, se muestran datos acerca de la situación de la infancia al nacer.

---

MECHANIC D, VOLKART EH. Stress. Revista Americana de Psicología. N° 26: 1961. Págs. 51-58.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Cuadro N° 1**

**Bolivia: bajo peso al nacer por año según departamento, 1996 - 2002 (p)**

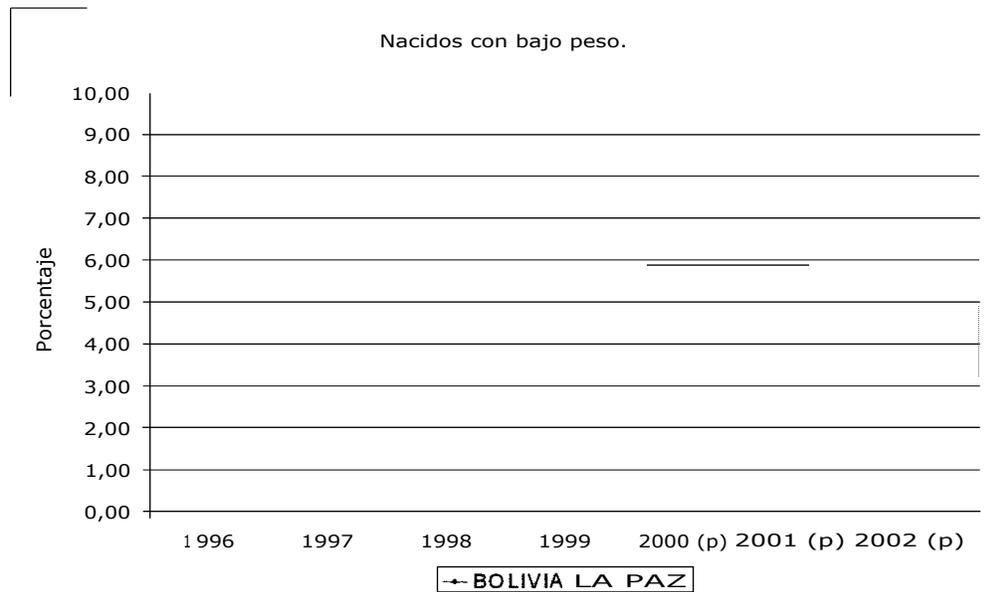
<b>NACIDOS CON BAJO PESO</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000 (p)</b>	<b>2001 (p)</b>	<b>2002 (p)</b>
TOTAL							
Nacidos con Bajo Peso al Nacer (1)	4.730	5.102	6.744	7.266	8.156	8.594	7.780
Porcentaje de Bajo Peso al Nacer	5,8	5,01	6,1	5,71	5,87	5,91	5,34
LA PAZ							
Nacidos con Bajo Peso al Nacer	1.850	1.572	2.380	2.111	2.393	2.124	2.345
Porcentaje de Bajo Peso al Nacer	9,06	6,8	9,48	7,62	7,82	6,71	7,18

Fuente: MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.

(1) Bajo peso al nacer son todos los recién nacidos vivos y muertos que pesan menos de 2,500 gramos.

(p): Preliminar.

**Gráfico N° 1**



Los datos anteriores permiten evidenciar que la situación de los nacidos con bajo peso en La Paz es mucho mayor que el porcentaje nacional. En el siguiente

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

Cuadro, se muestra los indicadores correspondientes a la cobertura de vacunas en niños; y posteriormente, el número de dosis,

**Cuadro N° 2**

**Bolivia: cobertura de vacunación en menores de 3 años según tipo de vacuna recibida, 1999 - 2002 (p) (En porcentaje)**

TIPO DE VACUNA	1999	2000	2001 (p)	2002 (p)
BOLIVIA	100	100	100	100
<b>1ra DOSIS DE ANTIPOLIO (1)</b>				
Si recibieron	87,15	89,92	70,99	71,93
No recibieron	12,85	10,08	29,01	28,07
<b>3ra DOSIS DE DPT (2)</b>				
Si recibieron	63,92	68,72	60,45	58,26
No recibieron	36,08	31,28	39,55	41,74

Fuente: INE. (p): Preliminar. (1): Vacuna contra la Poliomiélitis. El año 2001 corresponde a la 3ra dosis de vacuna ANTIPOLIO. (2): Vacuna contra la Difteria, Tétanos y Coqueluche.

**Cuadro N° 3**

**Bolivia: número de dosis aplicadas de vacunas en menores de 1 año por tipo de vacuna según área geográfica y departamento, 2002 (p)**

Tipo de vacuna	Antipolio-mielítica (1ra dosis)	Antipolio-mielítica (3ra dosis)	Pentavalente(1ra dosis) (2)	Pentavalente(3ra dosis) (2)	BCG
BOLIVIA	237.452	219.835	237.422	220.049	234.594
Área Urbana	124.048	111.831	123.905	111.980	128.492
Área Rural	113.404	108.004	113.517	108.069	106.102
<b>DEPARTAMENTO</b>					
La Paz	59.408	53.623	59.756	53.810	57.442

Fuente: MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2): Difteria, Tétanos, Coqueluche o **Tosferina**, Hepatitis B, Hemofilus Influenza, esquema de vacunación que tiene vigencia a partir del 2001 dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Segunda Generación. (p): Preliminar.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

En el siguiente Cuadro, se tiene información acerca de las diarreas y su incidencia, tanto en el área urbana como rural.

**Cuadro N° 4**

**Bolivia: población menor de 5 años que se enfermó con diarrea aguda por año según características de atención y área geográfica, 1999 - 2002 (p) (En porcentaje)**

<b>Características de atención.</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001 (1)(p)</b>	<b>2002 (p)</b>
BOLIVIA	100	100	100	100
Si tuvieron	29	30	28	29
No tuvieron	71	70	72	71
<b>LUGAR DE ATENCIÓN</b>				
Institucional (1)	<del>44</del>	47	41	47
Otros (2)	55,97	52,77	58,94	53,43
<b>PERSONAL QUE ATENDIÓ</b>				
Personal Capacitado (3)	46,83	48,89	40,68	44,17
Otros (4)	53,17	51,11	59,32	55,83
<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>				
Rehidratación Oral (5)	64,57	52,11	49,82	56,24
Otros (6)	35,43	47,89	50,18	43,76
<b>ÁREA URBANA</b>				
Si tuvieron	23,87	25,83	27,53	26,94
No tuvieron	76,13	74,17	72,47	73,06
<b>ÁREA RURAL</b>				
Si tuvieron	35,41	35,49	29,06	32,11
No tuvieron	64,59	64,51	70,94	67,89

Fuente: INSTI

Puesto de Salud, CNS y otras cajas, Hospital Privado, Clínicas, y Consultorio Particular. (2): Atención Domiciliaria, Farmacias y otros lugares. (3): Atención por Médico, Enfermera y Auxiliar de Enfermería. (4): Atención por Familiar, Farmacéutico, Responsable Popular de Salud y otras personas. (5): Líquidos Caseros, Soluciones Caseras y Sales de Rehidratación Oral. (6): Rehidratación Parenteral, Medicamentos y los menores que no se les administró nada.

Los datos anteriores muestran una tendencia estacionaria en cuanto a la incidencia de las diarreas agudas en los últimos años, con un ligero incremento en

el área urbana y un ligero decremento en el área rural.

De acuerdo al Informe de la Fundación Arco Iris, que recoge datos oficiales, se tiene que la tasa de mortalidad infantil está en el orden de 66 niños por cada mil nacidos vivos, dato que se agrava si se toma en cuenta la alta tasa de fecundidad que llega al 4.4 por cada mujer. Cada año mueren en Bolivia 106 por mil niños, antes de cumplir los cinco años y 102 por mil antes de cumplir el año.

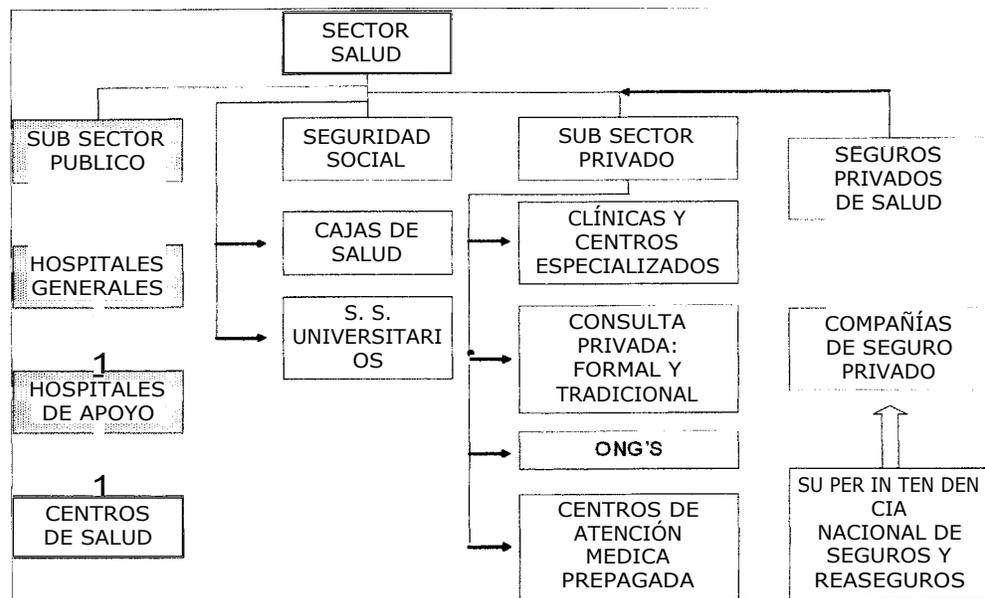
El sistema de salud boliviano está conformado por el sub sector público, las cajas de salud y el sub sector privado con y sin fines de lucro, como se describe a continuación: Se calcula que en Bolivia existen 23.086 personas trabajando en el sector salud, de las cuales 51% trabajan en el sector público, 38% en los seguros públicos de salud y sólo un 11% en el sector privado. (Estas cifras no toman en cuenta que un porcentaje de este personal médico trabaja a la vez en el sector público y en el privado). Los establecimientos de salud registrados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) son 2.470 en 1997, es decir se tiene 3.219 habitantes por cada establecimiento. El Ministerio de Salud cuenta con 1.817 establecimientos de salud, las ONG's con 346, las Cajas de Salud con 240 y los Organismos Privados con 67. De todos los establecimientos, el 73% se encuentran en el área rural, de los cuales la mayoría son centros de salud dependientes del sub sector público. Las diferencias regionales muestran la inequitativa distribución de los recursos físicos ya que en El Alto se tienen 19.458 habitantes por establecimiento y 0,16 camas por habitante, mientras en Tupiza se tienen 1.222 habitantes por

## FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

establecimiento y 1,67 camas por habitante <sup>(3)</sup>.

Gráfico N° 2

### Estructura sistema salud



Fuente: Partnerships for Health Reform. "Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia". Número 8. Septiembre de 1998.

Los agentes de salud en Bolivia destinan un mayor porcentaje de gastos a los servicios ambulatorios (31%), respecto a los servicios hospitalarios (30%) y los de prevención y promoción (por debajo del 3%).

La categoría "otros", si bien representa la mayor cantidad de recursos (33%), incorpora gastos administrativos y de proyectos que no son aplicables a la

<sup>3</sup> Sistema Nacional de Información en Salud. 1995.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

desagregación propuesta (4).

**Cuadro N° 5**  
**Personal de salud del sector público. 2000.**

<b>Personal</b>	<b>La Paz</b>	<b>Nacional</b>	<b>Total</b>
Administración	864	3160	4024
Auxiliar de Enfermería	684	2447	3131
Bioquímico Farmacéutico	46	139	185
Enfermera Licenciada	214	786	1000
Inspector Epidemiología	0	21	21
Inspector Malaria	0	22	22
Inspector Saneamiento Ambiental	23	84	107
Inspector Saneamiento Básico	0	40	40
Médico	584	1389	1973
Nutricionista	14	64	42
Odontólogo	67	180	247
Técnico	151	688	839
Técnico de Epidemiología	6	1	7
Técnico en Rayos X	27	78	105
Técnico Saneamiento Amb.	1	9	10
Técnico Saneamiento Básico	11	78	89
Trabajadora Social	15	17	32
<b>TOTAL</b>	<b>2708</b>	<b>9203</b>	<b>11874</b>

Fuente: Unidad Reforma de Salud - Ministerio de Salud y Previsión Social.

---

<sup>4</sup> PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM. "Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia". Número 8. Septiembre de 1998.

En cuanto a datos sobre aspectos psicológicos sobre la población infantil hospitalizada no se han podido encontrar debido a que los servicios psicológicos no se encuentran incorporados en la consulta interna de los hospitales.

En cuanto a datos sobre alteraciones del estado de ánimo y depresiones infantiles y de adolescentes, se tienen datos únicamente sobre suicidios: El suicidio es una situación que desencadena un verdadero remolino de emociones supremamente intensas, tanto en la persona que tiene las ideas, como en aquellos que están de cerca a esta persona.

El suicidio de adolescentes y jóvenes ha pasado a constituir un problema importante de salud pública. *"Su incidencia se ha triplicado en los países occidentales en los últimos treinta años, y está entre la segunda y tercera (12%) de las causas de muerte de jóvenes de 15 a 19 años de edad"* <sup>(5)</sup>.

De acuerdo a datos estadísticos de la Policía Técnica Judicial de la ciudad de La Paz, los mecanismo de suicidio más usados son el raticida y el ahorcamiento, seguido de la utilización de diversas sustancias químicas, armas de fuego, hasta la utilización de explosivos como la dinamita.

---

ULLOA CH., Fresia. "Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes". Revista Chilena de Pediatría. Santiago, Chile. vol. 64, N° 4, julio-agosto, 1993. Págs.272-276.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

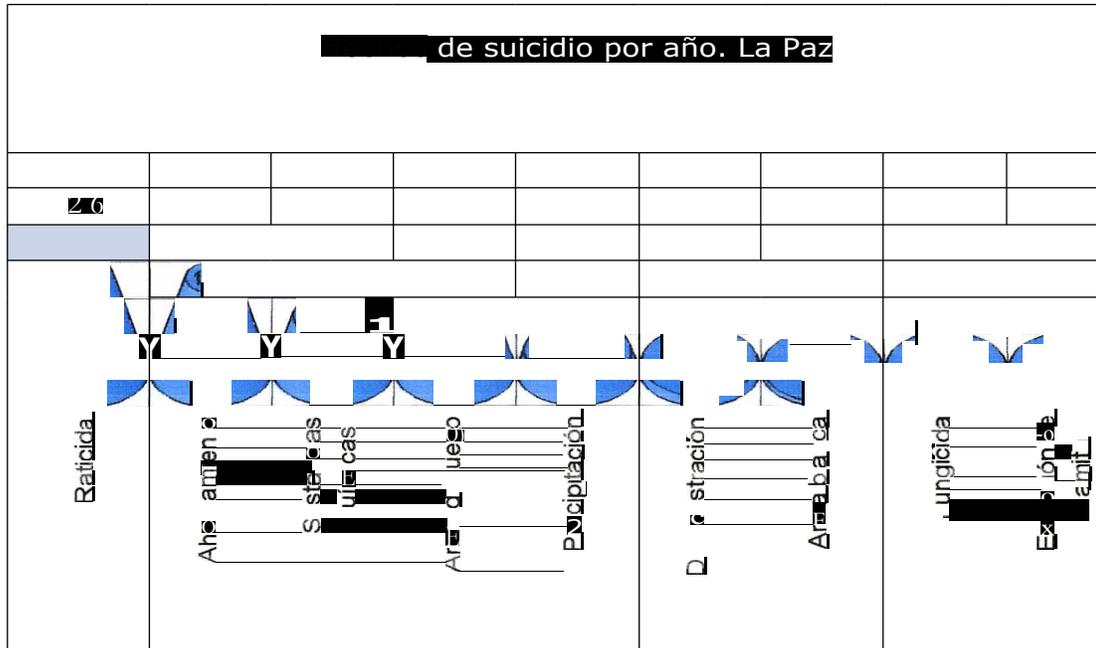
Cuadro N° 6

Hechos de suicidio por año. La Paz

Mecanismo del suicidio	Gestiones					Total casos	Porcentaje
	1995	1996	1997	1998	1999		
Raticida	41	45	48	50	42	226	42.96
Ahorcamiento	22	23	12	31	40	128	24.33
Sustancias químicas	19	12	29	16	0	76	14.44
Arma de fuego	10	13	13	4	9	49	9.31
Precipitación	1	5	6	9	6	27	5.13
Defenestración	0	3	1	2	5	11	2.09
Arma blanca	1	1	0	1	2	5	0.95
Fungicida	3	0	0	0	0	3	0.57
Explosión de dinamita	0	1	0	0	0	1	0.19
TOTAL	97	103	109	113	104	526	100
PORCENTAJE	18.44	19.58	20.72	21.48	19.77	100	

Fuente: Policía Técnica Judicial. La Paz. 2000 Elaboración propia.

Gráfico N° 3



Fuente: Policía Técnica Judicial. La Paz. 2000. Elaboración propia.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

Los datos evidencian que son más los hombres (60%) los que se suicidan que las mujeres (40%) Pero, la gran mayoría de ellas usan raticida y diversas sustancias químicas, mientras que los hombres optan por el ahorcamiento.

**Cuadro N° 7**  
**Hechos de suicidio por sexo. La Paz**

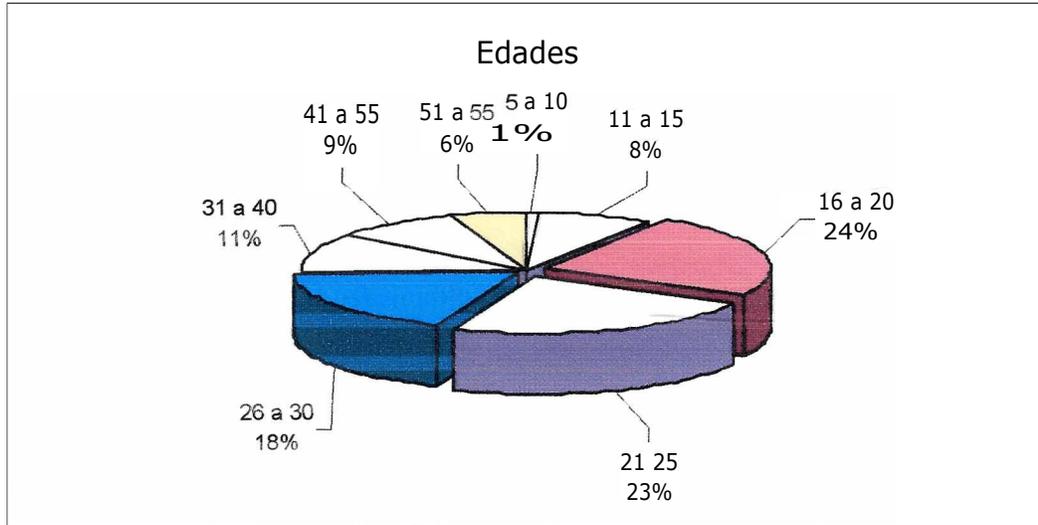
<b>Mecanismo</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Raticida	91	135	226
Ahorcamiento	116	12	128
Sustancias químicas	33	43	76
Arma de fuego	45	4	49
Precipitación	18	9	27
Defenestración	6	5	11
Arma blanca	4	1	5
Fungicida	2	1	3
Explosión de dinamita	1		1
TOTAL	316	210	526
PORCENTAJE	60.07	39.92	100

Fuente: P.T.J. La Paz. 2000. Elaboración propia.

Otro aspecto importante es el referido a las edades. La mayoría de los suicidas se encuentran comprendidos entre los 16 a los 20 años, seguidos por los de 21 a 25 y de 26 a 30 años.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Gráfico N° 4**



La investigación, se realiza en un Hospital que atiende cada año a unos 5.000 niños y niñas.

**Cuadro N° 8**

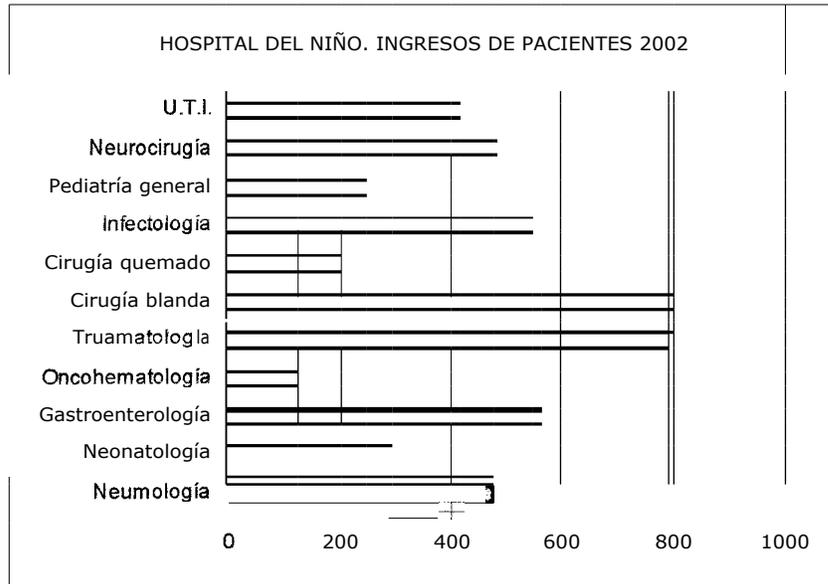
**Hospital del niño. Ingresos de pacientes 2002**

Servicio	Pacientes
Neumología	474
Neonatología	294
Gastroenterología	562
Oncohematología	122
Traumatología	791
Cirugía blanda	797
Cirugía quemado	<b>197</b>
Infectología	545
Pediatría general	247
Neurocirugía	481
U.T.I.	415
Total	4925

Fuente. Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital del Niño.

**Gráfico N° 5**

**Servicios brindados por el Hospital del Niño**



Para el cumplimiento de los propósitos de la investigación se conjuncionan aspectos teóricos, metodológicos y empíricos llegando a redactarse cinco capítulos. En el primer capítulo, se expone el problema, los objetivos y la justificación. En el segundo capítulo se desarrolla los aspectos conceptuales y teóricos. En el tercer capítulo se desarrolla la estrategia metodológica de la investigación. En el cuarto capítulo se exponen los resultados del trabajo de acuerdo al procedimiento adoptado para la determinación de los objetivos específicos, empleando un orden de exposición mediante el uso de los diferentes instrumentos empleados, terminando en el análisis de los datos. La investigación se realizó en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U.".

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

Terminando el cuarto capítulo con la propuesta de solución del problema.

En el último capítulo se exponen las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se efectúa un listado de las referencias bibliográficas empleadas así como un anexo de material complementario a la investigación.

## CAPÍTULO I

### DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

#### 1 Antecedentes

De todos es sabido que la hospitalización infantil supone una serie de serios inconvenientes para el niño como para sus padres. Pero además los diversos tratamientos, como las intervenciones quirúrgicas y las quemaduras son consideradas como uno de los procedimientos médicos más estresantes para un niño que no siempre conoce la conveniencia ni la necesidad de la operación o del tratamiento.

Cuando un niño es hospitalizado, posiblemente pueda resolverse el problema de salud que originó su internamiento, sin embargo, es muy probable que no tenga ningún tipo de abordaje el problema anímico experimentado por y durante la hospitalización.

Es este problema el que se constituye en el objeto de estudio de la presente investigación de manera que se pueda aportar a la construcción de un modelo de intervención para solucionar los diferentes factores de la relación médico-paciente en el estado de ánimo de niños hospitalizados.

Ahora bien, existe muchas investigaciones acerca de la relación médico-paciente <sup>(6)</sup> desde la perspectiva psicológica <sup>(7)</sup>, en especial desde el terna del trabajo de la entrevista y del manejo de la transferencia y contra transferencia <sup>(8)</sup>. De lo que si no existen muchas investigaciones en la carrera de psicología es acerca del estado de ánimo de los niños y niñas hospitalizadas en la ciudad de La Paz .

## **2 Planteamiento del problema**

Cuando un niño es internado a un centro Hospitalario, se espera de la institución la mejor atención y la pronta recuperación de la persona enferma. Sin embargo, es probable que el buen trato dado al niño pueda presentar algunas deficiencias a partir de algunas situaciones específicas y no intencionadas de parte del personal del Hospital, como por ejemplo, la necesidad de atender a muchos niños y no poder disponer de más tiempo para mejorar la relación médico -paciente; problemas de personalidad, edad o estilo de trabajo, que impiden que la persona sea empática con los pacientes; problemas de mala infraestructura y falta de comodidad para atender a los niños. Pese a las muchas deficiencias físicas y de infraestructura que se tenga, los médicos deben tener la capacidad de desarrollar su trabajo sin alterar profundamente el estado de ánimo de los pacientes niños o

---

RUSSO Ricardo. La Relación Médico Paciente y la Enfermedad Crónica. Editado por el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina. 2002.

CASTAÑEDA CHANG, Ana María. Actitudes maternas y características psicológicas en el paciente pediátrico con migraña. Instituto de Salud del Niño. Unife. Lima-Perú. 2003.

FREUD Sigmund. "La dinámica de la Transferencia". Obras Completas. Tomo II. Pág.. 1644.

niñas.

Antes de definir la pregunta de la investigación, es pertinente plantear algunas otras interrogantes referidas al área temática, así por ejemplo, es importante saber si: ¿Los niños hospitalizados reciben algún tipo de intervención contra la ansiedad, el estrés o la depresión?. ¿El personal médico realiza tratamientos sin generar ningún tipo de conductas que alteran el estado de ánimo de los niños internados en la institución de salud?.

Se conoce que el ingreso de un niño en un centro hospitalario tiene sobre él una repercusión específica, la cual, ¿en buena parte podría ser analizada al margen de la enfermedad misma y de los medios terapéuticos aplicados para combatirla?

Ya de por sí, en efecto, la separación del medio familiar que la hospitalización comporta, más o menos prolongada, puede afectar al niño sensiblemente tanto más mientras se encuentre en una edad muy temprana todavía como para haber podido alcanzar suficiente grado de maduración personal, así de la misma manera la repuesta afectiva, al declarar la enfermedad podría compensar o fomentar la inseguridad, originando en el paciente cierto número de modificaciones que se manifiestan a través de síntomas.

A continuación, se enumeran algunos síntomas más comunes del estado de ánimo alterado, sin embargo, cada niño puede experimentarlos en forma diferente.

Los síntomas pueden incluir (<sup>9</sup>):

1. Sentimientos persistentes de tristeza que se manifiestan como la ausencia de alegría.
2. Sentimiento de desesperanza o desamparo, que se manifiestan como la certeza de no contar con ayuda.
3. Baja autoestima, manifestada como un déficit de amor por sí mismo, de manera que al no valorarse no puede valorar o dar amor a los demás, situación que viene acompañada de un sentimiento de inutilidad, frustración, falta de logro en sus metas y actividades.
4. Sensación de ineptitud, que se asocia a la baja autoestima y que se patentiza como la falta de éxitos en las actividades concretas de la vida cotidiana.
5. Culpa excesiva, como un sentimiento de autodestrucción y auto desvalorización permanente.
6. Deseos de morir que manifiestan una tendencia agresiva de auto destrucción.

---

<sup>9</sup> BAPTIST CHILDREN'S HOSPITAL. Estadísticas sobre los trastornos del estado de ánimo .South Florida. 2003.

7. Pérdida del interés por las actividades habituales o placenteras, no existen aspectos motivacionales para el sujeto, no hay posibilidades de construir a largo plazo su proyecto de vida.
8. Dificultad en las relaciones afectivas debido a la ausencia de afecto, que se traduce en una incapacidad también para amar.
9. Perturbación del sueño (por ejemplo, insomnio o hipersomnia).
10. Cambios en el apetito o en el peso como manifestación de la ansiedad que tiene.
11. Disminución de la energía, especialmente en actividades importantes para los niños como los juegos.
12. Dificultad para concentrarse como manifestación de la falta de práctica en este tipo de actividad.
13. Disminución de la capacidad para tomar decisiones, por cuanto ellas implican ser responsables de sus consecuencias.
14. Molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga), dificultad por mantenerse parado, buscando

apoyarse o estar sentado

15. Intentos o amenazas de escaparse del hogar
16. Hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo debido a una baja tolerancia a la frustración
17. Irritabilidad, hostilidad, agresión como mecanismo de defensa y estado permanente de alerta (<sup>10</sup>).

Para llegar al diagnóstico de alteraciones en el estado anímico, un niño necesita generalmente manifestar un grupo (varios) de los síntomas enumerados arriba en un mismo período de dos semanas.

Además de las alteraciones anímicas que puede presentar un niño hospitalizado, es importante destacar, que el mismo médico puede generar estados de tensión en los niños si no sabe manejar adecuadamente los instrumentos de comunicación para el tratamiento. Así es que, según varios autores: "*el etnocentrismo profesional médico, caracterizado por hegemonía, paternalismo y tecno-adicción, que tiene como consecuencia la no-contemplación de los derechos del paciente, tales como su autonomía, derecho a la intimidad y a un consentimiento*

---

<sup>10</sup> BAPTIST CHILDREN'S HOSPITAL. Estadísticas sobre los trastornos del estado de ánimo South Florida. 2003.

*informado, han ido dando lugar a modelos de relación más simétricos" (11).* Por otro lado, el avance de la aparatología que la moderna tecnología ha incorporado al quehacer médico y el surgimiento de nuevas instituciones burocráticas que se han adueñado del sistema de salud, han alejado en gran medida al médico de su paciente (12).

Sin embargo, la entrevista se mantiene como la irremplazable institución básica de su relación, y es en ella donde se establece la sustancia fundamental de tal interrelación. Indudablemente, y como punto de partida inicial para garantizar una relación duradera de confianza mutua, el diálogo amistoso, abierto y cordial entre médico y paciente es indispensable.

En la actualidad la relación médico paciente es una relación no siempre satisfactoria para el niño, debido a las limitaciones del sistema hospitalario en el país y a la formación de los recursos humanos en salud. Siendo uno de los factores más negativos la atención masificada que se da a los niños, atendidos de manera rápida, por la desproporción entre médicos y enfermos en cuanto a número.

Por el contrario, una adecuada relación médico niño debería ser aquella intermediada por el trato personalizado, el seguimiento pormenorizado, de manera

---

<sup>11</sup> LAPACÓ, M, HERRAN, M y NAVARI, C. El manejo de la información en el paciente pediátrico. Archivo Argentino Pediátrico. Argentina. 1996. Pág.. 94.

<sup>12</sup> LEAL QUEVEDO, F.J. y MENDOZA VEGA, J. Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

que la relación entre el niño y el médico no sea esporádica, sino una relación cordial, amistosa y a largo plazo, donde el médico llegue a ser considerado como parte del entorno afectivo del niño.

Otro aspecto que debería de modificarse radicalmente es el referido a la necesidad de tener recursos económicos para acceder a una atención completa y compleja en salud, sin embargo este aspecto guarda relación con factores económicos, sociales y las condiciones estructurales que hacen al desarrollo de país. Se supone, que la ausencia de recursos económicos no debería ser un obstáculo para que la atención del médico sea eficiente, y éste de todo de sí para atender al paciente y entablar una adecuada relación.

### **3. Formulación del problema**

Ahora bien, la pregunta para la presente investigación se formula de la siguiente manera:

**¿Cuáles son los factores de la relación médico-paciente que generan alteraciones en el estado anímico de los niños hospitalizados?**

### **4. Objetivos de la investigación**

A continuación se exponen los objetivos de la investigación:

#### **4.1 Objetivo general**

- ✓ Determinar los factores de la relación médico-paciente que generan una situación de alteración del estado de ánimo en niños hospitalizados y proponer un modelo de intervención

#### **4.2 Objetivos específicos**

- ✓ Establecer si la relación médico-paciente durante la visita médica genera alteración del ánimo en niños hospitalizados
- ✓ Determinar los factores más influyentes en la relación médico-paciente causantes de alteraciones del estado de ánimo en los niños hospitalizados
- ✓ Precisar otros aspectos que influyen en el estado de ánimo de los niños hospitalizados
- ✓ Proponer un modelo de intervención frente a la situación de alteración del estado de ánimo en niños hospitalizados

## 5. Justificación

La salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en la vida personal y social. El cultivo de modos de vida saludables se ha convertido en un objetivo al que muchos individuos consagran gran parte de su tiempo y su energía. Y la sociedad dedica una significativa proporción de sus recursos económicos a los cuidados higiénicos y sanitarios. Aunque, desde luego, no siempre ha ocurrido así.

Ahora bien, ¿de qué se está hablando cuando se menciona "salud" y "tratamiento"? El concepto mismo de "salud", ¿puede ser definido en forma satisfactoria?

En las últimas décadas han aparecido numerosos estudios que han intentado definir la salud desde diferentes puntos de vista: antropológico, sociológico, médico, histórico y filosófico <sup>(13)</sup>.

Lo que sucede es que la palabra "salud" tiene tres características muy acusadas que hacen prácticamente imposible encontrar una definición única y universal del término. Esas tres características son:

- 1) Es una palabra que puede ser usada en múltiples y muy diferentes contextos de uso.

---

<sup>3</sup> SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, Miguel. El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. Universidad Complutense de Madrid. España. 1999.

- 2) Se la utiliza partiendo de presupuestos básicos muy diferentes sobre lo que es la salud.
- 3) Resume muchas aspiraciones ideales en torno al estado de vida saludable que las personas desean alcanzar.

De manera concreta, con el objeto de describir la noción de enfermedad más frecuente, se pasa a explicar la visión más importante. Así, en el contexto médico-asistencial predominan los objetivos curativos y pragmáticos. Su paradigma de acción es la asistencia médica individualizada a enfermos que padecen enfermedades reconocibles, con alteraciones corporales evidentes. En este contexto el concepto primario es de enfermedad objetiva, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos, estas enfermedades son el conjunto de las especies definidas por la ciencia médica; la salud por su parte, tiende a ser concebida negativamente, como mera ausencia de enfermedad, no se la inscribe en el contexto dialéctico del proceso salud-enfermedad; este concepto negativo de salud ha recibido distintas formulaciones a lo largo de la historia; entre ellas, la salud como ausencia de perturbación en las funciones vitales, como ausencia de síntomas, como ausencia de lesiones anatómicas, como ausencia de alteraciones funcionales o como ausencia de agentes nocivos <sup>(14)</sup>.

---

<sup>14</sup> SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MA. La clasificación de las enfermedades: funcionales actuales y fundamentos históricos. Medicina Clínica, 1991, Pág. 96.

En consecuencia, cuando se hospitaliza a un niño, no basta con obtener la cura del mal o enfermedad que posibilitó su internación, también es importante tratar aquellos síntomas en el estado de ánimo emergentes de la relación médico-paciente, de manera que la presente investigación se justifica ampliamente por ser un aporte a la Psicología Clínica y a la Psicología Social.

## **6. Limitaciones**

La investigación presento problemas en su desarrollo debido a varias limitaciones, pero que no lograron impedir la recolección de información.

Entre los problemas que se tuvo fue el acceso a las salas al momento de las visitas médicas, ya que ellas son restringidas, aspecto que fue superado mediante un permiso verbal para poder realizar la investigación en estos horarios y en las salas.

Otro problema se refirió al inconveniente de la entrevista con el personal médico, pues se tuvo que adecuar horarios para poder tomar los cuestionarios, generalmente al momento de la salida del trabajo del personal en cuestión.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1. Acerca del desarrollo infantil**

La psicología evolutiva o del desarrollo estudia los cambios y su evolución que se dan en el ser humano a lo largo del tiempo en el curso vital del individuo (se considera los cambios producidos entre la infancia, la adolescencia y la madurez, entre otros). Cuando en la definición se dice a lo largo del tiempo, ese tiempo en evolutiva se asume desde una perspectiva dialéctica, ya que no es lo mismo el tiempo entre 0-1 años que entre 12-18 años.

Otro aspecto importante es el concepto de desarrollo:

- 1.- El desarrollo es a lo largo de la vida.
- 2.- El desarrollo es multidimensional.
- 3.- El desarrollo es multidireccional.
- 4.- El desarrollo es plástico.
- 5.- El desarrollo está enmarcado en la historia.

6.- El desarrollo es contextual.

7.- El desarrollo es multidisciplinar (15)

El tránsito que realizan los niños hacia la juventud, implica franquear obstáculos, resolver crisis originadas en el desarrollo psicoafectivo y en las exigencias y presiones del medio. Supone, además, la puesta en juego de las propias posibilidades de los niños frente a los otros significativos y al contexto social. De acuerdo con los recursos personales con los que cuentan elaborarán su salida del núcleo familiar de manera más o menos exitosa. Salida que los llevará a enfrentar dificultades, intentar resolverlas y adquirir, en forma gradual, una mayor independencia.

Piaget divide en 4 períodos o fases el desarrollo del niño y del adolescente( ):

---

<sup>15</sup> GARCÍA MADRUGA, J. A. y LACASA, P. Unidades Didácticas de Psicología Evolutiva (Vols. 1 y 2). Madrid. 1990.

<sup>16</sup> De los 4 períodos a los que hacemos referencia, T.] Para una mejor comprensión distinguiremos seis etapas o períodos de desarrollo, que señalan la aparición de estas estructuras construidas sucesivamente: 1. La etapa de los reflejos o ajustes hereditarios, así como las primeras tendencias instintivas (nutriciones) y las primeras emociones. 2. La etapa de las primeras costumbres motrices y de las primeras percepciones organizadas, así como los primeros sentimientos diferenciados. 3. La etapa de la inteligencia sensorio motriz o práctica (anterior al lenguaje), de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad. Estas primeras etapas constituyen por sí mismas el periodo del lactante (hasta la edad de un año y medio a dos años, o sea anteriormente al desarrollo del lenguaje y del pensamiento propiamente dicho). 4. La etapa de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto (de los dos a los siete años, o segunda parte de la "primera infancia"). 5. La etapa de las operaciones intelectuales concretas (inicio de la lógica), y de los sentimientos morales y sociales de cooperación (de los siete a los once-doce años). 6. La etapa de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

1 Sensorio motriz	0 a 2 años
2 Preoperatorio	2 a 5 años 2 a 7 (especializado)
3 Operatorio concreto	7 a 11 años
4 Operatorio formal o abstracto	11 a 15 años 11 a 18 otros autores (fin de la escolaridad)

Para Piaget, este tipo de desarrollo se da en una linealidad permanente, cada período sirve de antecedente a uno nuevo, hay secuencia y encadenamiento: *"Cada una de estas etapas se caracteriza, por tanto, por la aparición de estructuras originales, cuya construcción la distingue de las etapas anteriores. Lo más esencial de estas sucesivas construcciones subsiste en el curso de las ulteriores etapas, como subestructuras, sobre las que vienen a edificarse los nuevos caracteres.*

*La acción humana consiste en este mecanismo continuo y perpetuo de reajuste y equilibramiento, y es por ello que, en sus fases de construcción inicial, puede considerarse a las estructuras mentales sucesivas que engendran el desarrollo como otras tantas de equilibrio, cada una de las cuales ha progresado en*

---

inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos (adolescencia)". (PIAGET, Jean. Seis Estudios De Psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda Edición. 1992).

*relación con las precedentes" (17).*

De lo expuesto se puede concluir que es fundamental el desarrollo infantil en su basamento intelectual y afectivo, de manera de consolidar una buena socialización posterior del sujeto.

## **2. Niño hospitalizado**

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

La hospitalización de un niño conlleva siempre y necesariamente la separación de su entorno familiar y el contacto con un ambiente extraño: el hospital. Ambas circunstancias constituyen un posible factor de riesgo para el pequeño paciente. Además, la hospitalización puede suponer la mera privación familiar y afectiva, pero también la privación cultural y escolar, así como la disminución de las relaciones sociales.

---

<sup>17</sup> PIAGET, Jean. Seis Estudios De Psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda Edición. 1992.

Todo ello son los naturales resultados de las restricciones que le son impuestas al niño en su interacción con el medio hospitalario. Es decir, la situación por la que atraviesa un niño hospitalizado está más que cargada de elementos negativos de todo tipo: la enfermedad en sí, el dolor físico y psíquico, la separación de la familia, la ruptura del proceso escolar.

En la hospitalización del niño se produce un temor que hace que se vuelva exigente con sus padres, demandando no sólo su presencia física sino también su constante cariño y aliento. La madre se siente atormentada por su necesidad de permanecer en el hospital con el enfermo y la de volver a su casa para cumplir con los deberes del hogar. Los cambios en los roles familiares no son nunca fáciles pero sí necesarios, y puede que sea el padre ahora, quien deba asumir mayores responsabilidades en el hogar.

## **2.1 Conducta de enfermedad**

El término conducta de enfermedad fue definido por Mechanic (<sup>18</sup>) refiriéndose concretamente a los aspectos sociales del "estar enfermo"; es decir, los distintos modos en que los síntomas del enfermarse serían percibidos, evaluados y actuados (o no) por los diferentes individuos, lo cual estaría en relación con la existencia de una serie de normas, valores, y miedos e incluso, con la posible valoración de la enfermedad como una forma de obtener recompensas o castigos. Es un concepto que sirve para conocer y

---

<sup>18</sup> MECHANIC, D. El concepto de conducta de enfermedad J. Chron. Dis.15: 1962. Págs. 189-194.

medir los efectos sociales del proceso del enfermar.

Esta conducta de enfermedad incluye el visitar a los médicos y el tomar las medidas necesarias para combatir los trastornos, buscando apoyo en familiares y amigos. En esta búsqueda de ayuda influirá la frecuencia con la que se presenta la enfermedad en el grupo social al que pertenece el individuo enfermo y la valoración que dicho grupo hace de las manifestaciones del trastorno.

El grado de peligro que implica la enfermedad estará en relación con la posible predicción de sus resultados, así como con el nivel de amenaza o de pérdida que pueda suponer.

Este mismo autor (Mechanic) se refiere al afrontamiento de la enfermedad adjudicándole tres funciones fundamentales (<sup>19</sup>):

- hacer frente a las demandas sociales y del entorno.
- crear el grado de motivación necesario para hacer frente a tales demandas.

---

<sup>19</sup> NTECHANIC D. La estructura social y la adaptación personal: algunas dimensiones abandonadas. In: Coping and adaptation. Coelho GV, Hamburg DA, Adams JL, (Eds). Basic Books, New York, 1974.



Existen además funciones distintas de afrontamiento en contextos específicos: salud/enfermedad, exámenes, catástrofes (terremotos, inundaciones), etc.

## **2.2 Factores en relación con la respuesta a la enfermedad**

La percepción de la enfermedad, su valoración, y por tanto, la respuesta a ella no es algo fijo en el tiempo sino que varía respondiendo a cambios ambientales y personales. <sup>(20)</sup>

No puede afirmarse "a priori" que un tipo determinado de respuesta ante la enfermedad sea mejor o peor, sino que será necesario tener en cuenta el contexto, las características del individuo y las interacciones entre éste y el entorno, así como el grado de amenaza que la enfermedad suponga para el sujeto.

---

<sup>20</sup>

LLOYD GG. Las reacciones psicológicas en los pacientes físicamente enfermos. En: El manual de estudios en la Psiquiatría del Hospital General. Judd, Burrows, Lipsitt (eds.). Elsevier Science Publishers B. V. (División Biomédica);Londres, 1991 Págs. 29-41.

El significado subjetivo de enfermedad puede tener las siguientes acepciones (<sup>21</sup>):

- amenaza: caracterizada por la ansiedad anticipatoria ante el daño físico o psíquico.
- pérdida (anatómica o simbólica) o castigo: que constituiría la consecuencia negativa (punitiva) derivada de transgresiones previas.
- ganancia: que llevaría consigo las ventajas que el paciente relaciona con la enfermedad.
- insignificancia: el paciente tenderá a minimizar los síntomas o rehusará obtener información sobre ellos.
- desafío o reto: cuando la enfermedad es considerada como un desafío, el paciente manifestará una conducta racional y activa, buscando la opinión del médico y cumpliendo cuidadosamente el tratamiento.

---

<sup>21</sup> LIPOWSKY ZJ. Aspectos psicosociales de la enfermedad. Ann. Intern. Med. N° 71. 1969. Págs. 1197-1206.

Engel (<sup>22</sup>) considera tres posibilidades en cuanto al significado de la enfermedad como desafío y al estrés que conllevaría:

- La pérdida -o amenaza ante la pérdida- de "objetos" psíquicos, tales como las relaciones personales, las funciones corporales y el rol social.
- Lesiones -o amenaza de lesiones- del cuerpo, incluyendo el dolor y la mutilación.
- Frustración en cuanto a la satisfacción de impulsos biológicos, especialmente las necesidades de la libido y algunos tipos de descarga de agresividad.

Estas tres categorías pueden superponerse y coexistir, sobre todo en enfermedades de importancia.

En cuanto a factores personales, tanto la edad como las características individuales, desempeñan una función indudable en la determinación de cómo se percibe la enfermedad, siendo definitivo en la evolución de ésta el modo en que el sujeto se enfrenta a ella, la personalidad del paciente y sus mecanismos de defensa.

---

<sup>22</sup> ENGEL G. La necesidad para un nuevo modelo médico: un desafío para el biomedicina. La ciencia, 196: 1977. Págs. 129-136.

Es de destacar la idea de que el simple hecho de lograr que el paciente participe activamente en el proceso de su adaptación a la situación y se sienta ayudado en ello tiende a producir resultados espectaculares en las actividades cotidianas del paciente e incluso en la prolongación de la supervivencia según experiencias obtenidas con enfermos de cáncer <sup>(23)</sup>.

Los condicionantes personales que limitan el empleo de los recursos de afrontamiento disponibles incluyen tanto déficit psicológicos como valores y creencias culturales interiorizadas, que prohíben ciertas formas de conducta, acciones y sentimientos. Se han asociado factores de personalidad con percepción y quejas sobre el dolor, siendo los individuos con menor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración los que más frecuentemente expresan su malestar.

Cuanto mayor sea la percepción de amenaza, mayor dificultad habrá en el empleo de los recursos de afrontamiento, con resultados menos eficaces y una posible aparición de conductas primitivas y regresivas.

Además la amenaza también estimula la defensa, lo cual puede producir una evaluación incorrecta de información debido a la hipervigilancia que dicha actitud implica. Todo esto llevará a una disminución del funcionamiento cognitivo, al establecimiento de conclusiones prematuras y,

---

<sup>23</sup> ROWLAND JH. Recursos intrapersonales. En: El cuidado psicológico del paciente con el cáncer. Holanda JC, Rowland JI I (eds.). Oxford University Press, New York 1991, Págs. 44-57.

posiblemente, a la aparición de pensamientos de carácter obsesivo (24).

En cuanto a la edad, el rango de conductas de afrontamiento que presentan el niño y el adulto es diferente; además los niños tienen un repertorio más limitado de estrategias de afrontamiento.

La conducta regresiva y la proyección son más frecuentes y permisibles en la infancia que en la edad adulta, . Por el contrario, las situaciones de confusión se dan más en las personas de edad avanzada. Durante la infancia puede quedar predeterminado un patrón específico de afrontamiento ante futuras enfermedades, en función de como un niño experimenta un padecimiento y de la respuesta que su actitud y conducta desencadena en sus familiares. Es de destacar la enorme vulnerabilidad que presentan los niños ante las reacciones y conductas de los adultos responsables de sus cuidados.

### **2.3 El niño enfermo**

Un niño saludable es aquel que ha establecido una relación armónica con su medio, resultado de la interacción de un estructura básica, que es niño-organización de salud-sistema social. Teniendo en cuenta esta

---

<sup>24</sup> LAZARUS RS, FOLKMAN S. El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez-Roca S.A. Barcelona, 1986. Págs. 164-102.

concepción se considera fundamental el trinomio formado por el niño enfermo, el médico, junto a la madre del pequeño y su familia. Estos últimos no deberán faltar <sup>(25)</sup>.

Cuando el paciente es mayor, escolar o adolescente, ya es capaz de relacionarse muy bien, y a pesar de los factores negativos que intervinieron para que se rompiera el equilibrio de su salud, es capaz, y de hecho lo hace, de ofrecer la mayor parte de los datos necesarios. En este punto es vital que el profesional de la salud brinde su máximo apoyo, ya que a esta situación se asocian con frecuencia el dolor, traumas, sangramientos, fiebre alta, y es necesario la incondicionalidad ante el paciente.

En la realización del examen físico también es compleja la actuación médica, si el especialista no ha tomado en consideración aspectos bio-sociales como el contacto directo de sus manos frías (por el obligatorio lavado antes del reconocimiento), la exploración de regiones del cuerpo no expuestas habitualmente (orofaringe o genitales), palpación de una zona dolorosa como el abdomen en una apendicitis. Tales circunstancias requieren la puesta en práctica de esas dotes en el arte de examinar que deben tener todos los encargados de la salud de los niños <sup>(26)</sup>.

---

<sup>25</sup> MAGRANER TARRAU, María Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Prensa Latina La Habana - Cuba 2004. Pág. 3.

<sup>26</sup> MAGRANER TARRAU, María Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Prensa Latina La Habana - Cuba 2004. Pág. 5.

### **3. Relación médico paciente**

#### **3.1 Situación de la medicina y la práctica medica**

Históricamente la Iglesia Católica juega un papel central en la atención de los hospitales, llamados lazaretillos, centros sanitarios o centros públicos con poca organización técnica y mucha solidaridad. La organización de hospitales públicos, si bien son un salto cualitativo, en lo técnico no logran tener la organización suficiente y son considerados como centros de beneficencia, por lo que son las religiosas, las que administran y mantienen un orden mas bien religioso y solidario en la administración de esos centros<sup>(27)</sup>.

La práctica profesional es inminentemente privada alrededor de 1920, puesto que el ministerio y tal vez algunos centros mineros, tenían como empleados a un grupo más bien reducido de profesionales. quienes ejercían la profesión como una suerte de inclinación solidaria. El desarrollo de las fuerzas productivas y la organización sindical que después de la guerra del Chaco se produjera en Bolivia, permitió la formación de movimientos reivindicativos incluso de profesionales. Ya a fines del 40 se produce el primer movimiento organizado de los médicos paceños, que exigían al Ministerio de Salud decisiones. La década del 40 y particularmente la década

---

<sup>27</sup> Heredia M., Nila. Mercado de Trabajo en el Campo de la Salud en Bolivia. La Paz. 2002. Pág. 5.

del 50 se caracteriza por la organización de los Socorros Mutuos, que eran instituciones de ahorro, formadas por obreros y que funcionaban con sus aportes voluntarios. Estas instituciones fueron la base de la Caja de Seguridad Social. <sup>(28)</sup>

Concordante con el modelo de producción, la organización de policlínicos y hospitales dependientes del Ministerio y de la Seguridad Social, se abrió el espacio para la contratación de profesionales en calidad de dependientes, bajo la legislación laboral que reglamenta la relación laboral de manera homogénea a todos los trabajadores en Bolivia.

En esta etapa la Iglesia Católica en particular, y posteriormente otras instituciones llamadas no gubernamentales, establecen programas dirigidos a los sectores empobrecidos dentro de los márgenes de la solidaridad. De manera resumida:

- Se observa incremento progresivo de los profesionales en relación de dependencia.
- La práctica liberal o privada se mantiene como el ingreso económico más importante.

---

<sup>28</sup> Heredia. Op. Cit. Pág. 6.

- **Las organizaciones empleadoras son el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, cuya infraestructura es abismalmente mejor que de las instituciones públicas.**
- **La Iglesia continúa en el papel de administrador de los hospitales. Su tarea es solidaria y benefactora.**

**Las modificaciones jurídicas y administrativas de las instituciones sanitarias se caracterizan por la incorporación de conceptos y categorías ligadas a la actividad empresarial, de esta forma el gerenciamiento en salud no es más que la manifestación de los procesos macroeconómicos en el campo de la salud y en el ámbito social.**

**El impacto en la actividad del médico o profesional en salud ha sufrido grandes transformaciones, particularmente en la última década, puesto que los rasgos distintivos de la actividad médica, es el uso intensivo de equipos técnicos y su alto grado de burocratización. La incorporación de la tecnología ha revolucionado así mismo la relación entre el médico y el paciente y la forma misma de ejercer la profesión, puesto que la tecnología, por sí sola, se ha tornado imponente y ha creado la impresión de su eficacia en el uso en la medicina contemporánea, sin embargo, su uso ha derivado en el abuso con fines comerciales, sea de instituciones de atención sanitaria privada o las más de las veces que han ido creando a través de una buena campaña comercial la necesidad imperiosa e ineludible de su adquisición.**

Esta presión ha generado a su vez enormes gastos a las instituciones puesto que los rubros económicos destinados a diagnóstico, en un buen número de casos de utilidad dudosa, han ido en rápido aumento, sobrecargando las prestaciones e incremento del uso de tecnología en desmedro de una medicina primaria y preventiva cuyos beneficios sociales son mucho mayores que la medicina curativa y su costo a largo plazo es inferior a la curativa.

La incorporación de tecnología sofisticadas, en general costosa para cualquier profesional independiente y el manejo empresarial de la salud y otras actividades sociales por parte de organismos privados ha socavado la actividad aislada (privada).

Ahora bien, el mercado de trabajo es comprendido como una institución constituida por prácticas sociales definidas por:

- El número u oferta de profesionales
- Fuentes de empleo
- Las formas de incorporación del profesional
- Las posiciones de los individuos y los niveles salariales.

### 3.2 La situación de los médicos

La situación de los médicos en Bolivia puede resumirse con los datos de los siguientes cuadros:

**Cuadro N° 9**  
**Recursos humanos en salud. Bolivia.**

TIPO DE RECURSO	AÑO							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No de médicos por 10,000 hab.	4.0	3.6	3.4	3.4	5.7	3.1	3.0	3.2
No. Total de enfermeras(os) profesionales x 10,000 hab.	2.0	1.79	1.73	1.72	2.7	1.48	1.43	1.6
Razón de odontólogos por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.4	0.4
Razón de técnicos medios de laboratorio por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.6	0.2
Razón de farmacéuticos por 10,000 habitantes.	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0.1	0.1
No. de egresados de postgrado en salud pública	25	-	-	45	-	12	ND	ND

Fuentes: SNIS 1991: Datos Seguridad Social. 1992: Datos Unidad Sanitaria. 1993-1994-1995: Datos Secretaría Regional. 1996: Datos para Sector Público, 1997: Datos Servicio Departamental de Salud. U.S. Census Bureau, Base de Datos Internacional, 2000. Sistema Nacional de Información en Salud, Bolivia, 2000. OPS/OMS, Situación de Salud en las Américas: indicadores Básicos 2000.

Durante el período 1992-1999 el número de médicos y licenciadas en enfermería por 10,000 habitantes descendió en un 20%. No se pudo disponer

de la razón de médicos generales vs. Médicos especialistas para el conjunto del sistema.

**Cuadro N° 10**  
**Recursos humanos en instituciones públicas, 2000**

Institución	TIPO DE RECURSO					
	Médicos	Enfermeras	Enf. auxiliares	Otros trab.	Adminis- trativos	Servicios generales
MSPS	2,677	1,166	3,871	2,151	2,294	2,209
Seguridad Social	3,005	1,241	2,248	3,061	1,596	2,046
Total	5,682	2,407	6,119	5,212	3,890	4,255

Fuente: SNIS 1999. Los seguros de salud en cifras. Gestión 2000 INASES.

En 1992, Bolivia contaba con 2,757 médicos, en 2000 el número total de médicos aumentó a 5,682 dando un incremento de un 106%. De igual manera en 1992 el número de enfermeras profesionales era de 1,379. En 2000 dicho número ascendió a 2,407 enfermeras reflejando un aumento del 75%.

### **3.3 Aspectos principales en la relación entre el médico y el paciente**

En la relación médico-enfermo no pueden ser considerados ambos como situados al mismo nivel. Lo que no quiere decir que uno esté por encima del otro, sino que los dos juegan en esa relación un rol diferente derivado de la posición del sujeto enfermo, el cual presenta unas preocupaciones sobre su salud, y en definitiva sobre su seguridad como

propio sujeto, que le llevan a buscar consejo en el médico, y éste recibe esa preocupación buscando solucionar, entre ambos, el sufrimiento del paciente.

Ríos Reyes, define al paciente como *"un ser humano que busca ayuda para mejorar su salud o para prevenir enfermedades, y que en la medida de lo posible siempre lleva un grado de temor o ansiedad"* (<sup>29</sup>).

El mismo autor, define al médico como *"aquella persona con amplia capacidad de entrega hacia los demás, con capacidad de liderazgo e inteligente emocionalmente. El médico aparte de estar muy entrenado en su especialidad, debe complementarse con una gran capacidad de comunicación. La mayoría de las veces el médico no cura una enfermedad pero si puede aliviarla."*

*La persona con inteligencia emocional es aquella que tiene capacidad de reconocer sus propios sentimientos y los ajenos, de motivarse y de manejar bien sus emociones, para sí mismo y para sus relaciones"* (<sup>30</sup>).

Sin embargo, algunas personas consideran que *"los avasallantes adelantos científicos y tecnológicos han llevado a la especialización y super especialización del médico. Incapaz de manejar tan abrumadora información,*

---

<sup>29</sup> RÍOS REYES, Amilcar. La relación médico - paciente. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2003. Pág. 1.

<sup>30</sup> RÍOS. Op. Cit. Pág. 1.

*delimita su accionar en "partes" de ese gran todo que es el hombre, deshumanizando el acto médico" (31)*

La relación médico - paciente es la base del arte médico. A la vez interacción profesional y extra profesional, sus contenidos y características determinan en alto grado el logro del fundamental propósito del accionar médico: la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, a través del mantenimiento o la recuperación de su bienestar y de su vida independiente (32).

Por otra parte, se considera que la relación médico-paciente es una relación interpersonal, de carácter profesional, en la que un hombre dotado de conocimientos presta ayuda a otro hombre, hecho éste que imprime a su labor el carácter de servicio, de calurosa humanidad y que lo liga tan profundamente a la ética (33).

---

<sup>31</sup> FALASCO, Silvia Iris. Relación médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003. Pág. 1.

<sup>32</sup> PLATA RUEDA, E., LEAL QUEVEDO, F.J. Hacia una entrevista pediátrica más humana. En: LEAL QUEVEDO, F.J. y MENDOZA VEGA, J. Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

<sup>33</sup> FALASCO, Silvia Iris. Relación médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003.

### **3.4 La acción terapéutica del médico**

El médico ejerce su acción terapéutica, en el marco de la entrevista, en base no solo a sus conocimientos técnicos, ya supuestos, sino además, a través de su figura como terapeuta y de sus actitudes durante la entrevista. En este sentido es un factor a considerar tanto la personalidad del terapeuta como elemento obstaculizador o favorecedor de esta relación, como el efecto placebo ejercido por el médico.

La acción que el terapeuta realiza a través de la entrevista médica va más allá que alcanzar una meta diagnóstica. Existe ya en ese diálogo que realiza durante el proceso diagnóstico una acción terapéutica, es decir, está curando mientras y a través del diálogo con el paciente ( ).

La imagen científica que busca dar la medicina hoy día, deriva directamente y a través de una larga serie de "terapeutas", de aquellos tiempos en los que se confundía la medicina, la adivinación, la brujería, la magia y la religión. Estas imágenes permanecen de algún modo, en cada uno de los enfermos y sostienen la relación entre el médico y el paciente. En esta relación, se le aplica al médico en muchas ocasiones una capacidad de curar que no tiene una relación directa con el conocimiento técnico y científico que posee, sino que está cedida por el propio enfermo y corresponde al deseo

---

<sup>24</sup> LAÍN ENTRALGO P. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y crédito, 1968.

**humano de protección o de magia (35). Cuando un paciente va a la consulta del médico, las expectativas de resultados desbordan con frecuencia las posibilidades terapéuticas de éste, hipertrofiándose la capacidad semiótica del médico de ver detrás de cada signo una expresión de enfermedad. El paciente espera que con los datos que aporta, el médico no solo sea capaz de descubrir la causa de su mal, sino que espera de él la "formula mágica", que por supuesto posee, y que le curará; incluso se sorprenderá, o enfadará, si el médico muestra incapacidad para hacerlo así.**

**Existen pacientes que no refieren síntomas, a veces de forma voluntaria, porque suponen o esperan que su médico los adivine. Tratan de esta manera de comprobar hasta que punto depositan su confianza en el mejor. Esa actitud crítica que en muchas ocasiones se observa en las personas, especialmente hoy día, es abandonada en cuanto se pasa a ser sujeto "paciente", depositando una confianza "ciega" en su médico. El paciente necesita creer que se encuentra en manos del mejor médico, a pesar de que en muchas ocasiones ni siquiera ha sido elegido por él; esa confianza ciega tiene como base la necesidad de ayuda que siente.**

**El médico ha de tener siempre conciencia de ser a su vez evaluado, examinado y puntuado de forma permanente por el paciente, que busca confirmar que el depósito de su confianza en él no ha sido erróneo. De hecho, es mucho lo que se juega: su salud, su seguridad como individuo, su**

---

<sup>35</sup>

ALONSO-FERNÁNDEZ F. Psicología Médica y social (5.ª de.) Barcelona: Salvat, 1989.

vida. Así el médico ha de saber aprovechar al máximo esas armas "terapéuticas" con las que cuenta, y que son la esperanza y la ilusión del paciente que necesita mejorar. No importa lo que el propio médico piense de sí mismo; lo que importa es lo que el paciente y sus familiares esperan ver, porque esa imagen que buscan afectará a la larga la eficacia del tratamiento ( ).

Si el médico comprende a su paciente a través de la relación que él establece, esta comprensión le da un efecto terapéutico. Por contrario, si existen zonas oscuras, territorios de conflicto en la relación interpersonal, aparecerá un aspecto antiterapéutico.

Y el terapeuta es y debe ser, todo menos un elemento frío en el que rebotan como en una pared los componentes de la relación que el paciente aporta. La separación no puede ser total entre el técnico y el hombre (<sup>37</sup>). Así, es muy posible pensar que la personalidad misma del terapeuta actúe como un factor fundamental en el establecimiento de esta relación con el paciente, bien favoreciendo o bien dificultando la obtención del beneficio que se busca en la misma; esto es especialmente así, cuando ésta relación es de tipo psicoterapéutico.

---

<sup>36</sup> MENDEL D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa, 1991.

<sup>37</sup> JEAMMET 1-1, REYNAUD M, y CONSOLI S. Psicología Médica. Barcelona: Masson, 1989.

### 3.5 El efecto placebo

El denominado efecto placebo no es más que la implicación entre la actitud de confianza y esperanza del paciente y una adecuada, no implicada y acogedora actitud médica (<sup>38</sup>). Otra definición podría ser el atender al enfermo afecto de padecimientos más o menos banales asociados a un gran componente psicológico. La finalidad que siempre busca es beneficiar al paciente.

En el efecto placebo inciden muy diversos factores que hacen que su influencia sea mayor o menor: las características de la enfermedad, la personalidad del paciente, el entorno o ambiente del mismo, las características del medicamento si lo utilizamos, y por supuesto, la relación médico-paciente.

Acerca de la base del efecto placebo existen posturas contrarias. Se puede ver tanto una respuesta terapéutica originada por las expectativas del paciente ante el acto médico, como un fenómeno con bases conductuales y correlatos neurofisiológicos y neuroquímicos posibles de controlar terapéuticamente (<sup>39</sup>). Aquí solo se expone el relacionado con la actuación del

---

<sup>38</sup> WULFF J. Psicoterapia Médica. En: ANGUERA I, editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988. Págs. 183-186.

<sup>39</sup> BURUNAT E, CASTELLANO MA, RODRÍGUEZ M. El efecto placebo: entre la mente y el cerebro. Medicina Clínica. Nº 92. 1989. Págs. 232-235.

médico.

Siguiendo a Jeammet (<sup>40</sup>) se pueden establecer cuatro factores de tipo placebo en la relación médico-paciente correspondientes a la figura del terapeuta:

Los médicos optimistas obtienen mejores resultados que los pesimistas o escépticos.

Un médico mostrando una actitud "experimental" será menos eficaz que un médico presentando una actitud "terapéutica".

- Los enfermos que juzgan al médico como "afectuoso" mejoran antes que los que lo juzgan como "no afectuoso".
- Distintas explicaciones dadas al enfermo sobre el mismo tratamiento pueden influenciar sensiblemente su efecto.

El médico a la hora de transmitir un efecto positivo sobre la relación con el paciente ha de cuidar no solamente aquellos aspectos que afectan a su propia persona, sino de muchos otros que dependen del resto del personal, la arquitectura del lugar, la consulta, etc., que deberán dar en conjunto al paciente una sensación de eficacia y profesionalidad. El ambiente

---

<sup>40</sup> JEAMMET H. REYNAUD M, y CONSOLI S. Psicología Médica. Barcelona: Masson, 1989.

o "atmósfera" de la consulta u hospital es fácilmente detectable por el paciente, que necesita sentirlo y comprobarlo. La atmósfera es algo difícil de definir porque se compone de decenas de pequeños detalles de autocontrol y servicio por parte de todo el personal del hospital (8).

#### **4. Estado de ánimo**

Actualmente, en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo hace énfasis en la depresión y la exaltación como elementos nucleares del humor, pero la ansiedad y la irritabilidad son igualmente frecuentes, lo que explica que siga siendo muy popular la expresión más amplia de «trastornos afectivos», antigua denominación oficial. Los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

De acuerdo al **DSM IV**, los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o

historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

## **5. Depresión infantil**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta al niño física y anímicamente y se refleja en su manera de pensar. Puede también afectar o interrumpir la alimentación o el sueño. No es lo mismo que sentir tristeza o estar "decaído", ni tampoco es indicio de debilidad personal ni constituye un trastorno que pueda disiparse o modificarse a voluntad. Los niños que sufren una enfermedad depresiva no pueden simplemente "controlarse" y reponerse. Con frecuencia el tratamiento es necesario y, muchas veces, es decisivo para la recuperación.

La depresión en el niño es un trastorno del estado de ánimo. Hay varios tipos según la intensidad de los síntomas, desde leve, a lo que se llama trastorno depresivo mayor que es un cambio emocional y conductual importante a partir de una línea base de humor irritable acompañado de una alteración del comportamiento en casa, escuela y con sus iguales.

Hasta principios de los 80, pocas personas pensaban que los niños pudieran sufrir depresión clínica. Muchos profesionales de las enfermedades mentales pensaban que los niños carecían de madurez emocional para deprimirse. Hoy en día, se sabe que los niños pueden padecer, y de hecho padecen depresión clínica. La depresión en los niños no es una fase pasajera o una parte normal del crecimiento. Es una enfermedad real, identificable y potencialmente mortal que afecta a muchos niños menores de 18 años, y a menudo da lugar más tarde a graves consecuencias emocionales en sus vidas.

Se han sugerido varias causas para la depresión infantil. Las explicaciones biológicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos. Recientemente se ha pensado que la cantidad de luz asociada con los cambios de las estaciones afecta el estado de ánimo de algunos niños ("trastorno afectivo estacional").

Los psicólogos han vinculado la depresión a la pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos y amenazas a la autoestima. También se ha tomado en consideración la manera en que los niños interpretan y estructuran las experiencias de la vida diaria, y la creencia de que ellos tienen la habilidad para controlar y darle forma a su mundo. Muchas cosas que causan tensión pueden afectar el estado de ánimo de algunos niños.

La Depresión, por su parte, es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad, de culpa. La misma lleva al que la siente, a la soledad, la pérdida de motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación. Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza. Las características de los individuos deprimidos muestran:

- Una consideración negativa de si mismo. La persona deprimida muestra una marcada tendencia a considerarse como deficiente,

inadecuada e inútil y atribuye sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Tiende a rechazarse a sí misma, ya que cree que los demás la rechazarán.

- Una consideración negativa del mundo. Se siente derrotado socialmente. Considera al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida.

Una consideración negativa del futuro. Ve el futuro desde una perspectiva negativa y le da vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas. El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida.

La depresión es usualmente diagnosticada utilizando los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales—cuarta edición*, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (1994). La severidad de la depresión es usualmente clasificada como leve, moderada o grave. La duración del estado de ánimo depresivo es un elemento clave para ayudar a determinar la severidad y el tipo de depresión. La tristeza normal es usualmente corta. Los niños tienen cambios en su estado de ánimo, como los adultos, y cierta cantidad de tristeza es parte natural de la vida. Si la tristeza viene y va en cuestión de días, probablemente no hay de qué preocuparse. Un tipo de tristeza leve que dura un largo período se llama

*distimia*.

Otra forma menos severa es el *trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo* causado por ansiedad y que dura menos de seis meses.

Cuando la depresión es grave, interfiere significativamente con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, en la escuela, la vida social, las relaciones familiares, etc.). Una *depresión mayor* se diagnostica si el niño presenta un estado de ánimo depresivo o irritable y/o falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período de, por lo menos, dos semanas. La depresión grave puede, algunas veces, llevar a intentos suicidas. Los intentos de suicidas no son comunes en los niños pequeños, pero son posibles más adelante en la niñez y más comunes en los adolescentes severamente deprimidos.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **1. Características de la investigación**

Las características principales de la investigación es de tipo descriptivo explicativo porque se midió y se consideró dos variables. Una independiente que actúa como causa y otra dependiente que es el efecto resultado de la primera. Según Hernández Sampieri, los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por que ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste o por qué dos o más variables están relacionadas (<sup>41</sup>).

#### **2. Alcance**

La investigación se efectúa en el mismo Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uria de la ciudad de La Paz y se trabaja con el personal médico y niños hospitalizados. El tiempo de investigación corresponde a la gestión 2004.

---

<sup>41</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI Roberto y otros. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1991. Pág. 66.

### 3. Hipótesis

La hipótesis para la presente investigación se formula de la siguiente manera:

***Una relación médico-paciente inadecuada, incrementará la alteración del estado de ánimo en niños hospitalizados***

### 4. Variables

#### 4.1 Definición de variables

Variable dependiente: estado de ánimo en niños hospitalizados

Variable independiente: relación médico-paciente inadecuada

**FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN**

**4.2 Operacionalización de variables**

**Cuadro N° 11**

**Operacionalización Variable Independiente**

Sub variables	Concepto	Índices	instrumento
relación médico-paciente	Consiste básicamente en un encuentro, entre un sujeto que demanda y un Otro que encarna un supuesto saber que posibilitaría al sujeto salir de una situación de padecimiento en relación a su cuerpo. <b>Hay diferentes</b> niveles de demandas: una que es consciente para el paciente y otra que no lo es, ni para el paciente ni para el médico. A partir de esta última es que se establece, la relación médico paciente. La demanda consciente tiene que ver con el pedido de asistencia que el paciente refiere a su cuerpo como organismo.	Lugar y papel del médico	Cuestionario al médico
		Uso de instrumentos de entrevistas y diagnóstico	Observación
		Conducta de enfermedad del niño	Observación Test

**Cuadro N° 12**

**Operacionalización Variable Dependiente**

Sub variables	Concepto	Indices	instrumento
estado de ánimo	Actualmente, en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo hace énfasis en la depresión y la exaltación como elementos nucleares del humor	Presencia de síntomas de alteración anímica	Test psico-étrico a niños hospitalizados

## 5. Diseño de la investigación

La investigación corresponde al diseño observacional o no experimental, por cuanto no se modificará ninguna de las variables (<sup>42</sup>).

Es un estudio transversal ya que se efectuará las mediciones en una sola ocasión( ).

## 6. Sujetos de la investigación

### 6.1 Población

Respecto a la población del personal médico, está es reducida ya que comprende a 198 personas con formación superior en medicina. Sin embargo, como el personal médico no se reduce sólo a estos profesionales, sino que incluye a las licenciadas en enfermería, se considera calcular una muestra de tipo estratificada, a partir de introducir criterios de exclusión e inclusión para determinar la muestra que sea representativa del universo, pero que al mismo tiempo cumpla con ciertos requisitos básicos para la investigación. Requisitos que se detallan a continuación:

---

<sup>42</sup> HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. y otros. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

<sup>43</sup> ARZE OCAMPO, Rosse Mary; LÓPEZ LLANOS, Rosario y JORDÁN DE GUZMÁN, Magdalena. Como Elaborar Protocolos de Investigación. Biblioteca de Medicina. Tomo XX. UMSA. La Paz. 1998.

En el siguiente cuadro se muestra la composición del universo seleccionado para la investigación, después de aplicarse los criterios de exclusión e inclusión:

**Cuadro N° 13**  
**Composición del universo**

Sector	Características
Médicos	48
Lic. Enfermería	49
Total	97

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión se refieren al nivel de la formación profesional: de licenciatura para arriba. Es decir, se consideran personas aptas para desarrollar la relación médico-paciente dentro del contexto hospitalario a los profesionales con título en Provisión Nacional, por cuanto han cumplido con una serie de requisitos en su capacitación profesional que los habilita para poder trabajar con niños y niñas hospitalizados, siendo este un elemento muy importante para los resultados del trabajo.

Y respecto a los criterios de exclusión, se tiene el marginamiento de la población del personal auxiliar o residente en el Hospital de Niño por no cumplir con ciertos requisitos, estrictamente referidos a su capacitación profesional. Una vez aplicados estos criterios se tiene lo siguiente:

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

**Cuadro N° 14**

**Criterios de exclusión e inclusión**

<b>Sector</b>	<b>Características de exclusión</b>	<b>Características de inclusión</b>	<b>Total</b>
Médico		48	48
Licenciadas en enfermería		49	49
Médicos residentes	12		12
Auxiliares de Enfermería	89		89
Total	101	97	198

Fuente: Elaboración propia.

El cuadro N° 12 permite observar como se realizó el proceso de exclusión e inclusión del universo. A partir de estos datos depurados, recién se puede calcular probabilísticamente la muestra, aspecto que se realiza en las siguientes páginas.

**Cuadro N° 15**

**Total universo**

<b>Sector</b>	<b>Características</b>
Población incluida	97
Población excluida	101
Total	198

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, el universo está constituido por 97 personas del personal médico.

## 6.2 Muestra

Para la determinación de la muestra se aplicó dos procedimientos:

- 1.- Para los niños una muestra no probabilística, y
- 2.- Para el personal médico y de enfermeras, una muestra probabilística.

En cuanto a los niños, se tomó en cuenta sólo a aquellos entre 7 y 11 años de edad, mediante una muestra no probabilística (<sup>44</sup>) conformada por 16 niños y niñas de acuerdo a la selección establecida en el siguiente cuadro. Empero, es importante aclarar que se optó por una muestra no probabilística debido a varias razones, de orden etareo, de madurez y posibilidades de transmitir sus sentimientos de manera clara, por parte de los niños, entre las principales.

De acuerdo a Piaget, los niños y niñas de entre 7 y 11 años están capacitados para realizar operaciones concretas (<sup>45</sup>), de manera que no hubiera sido pertinente trabajar con niños menores de 7 años. Las ventajas

---

<sup>44</sup> Estos procedimientos seleccionan las muestras según criterios del investigador o conforme las circunstancias sugieran. En este caso, el investigador escoge las muestras según la mayor o menor facilidad que encuentra en una situación dada (ASTI VERA, Armando. Metodología de la investigación. Sol y Luna. Lima. 1999. Pág.17.).

<sup>45</sup> FLAVELL J. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.

que presentan los niños de esta edad para la investigación se resumen en el hecho de que las operaciones concretas significan el inicio de la lógica, de los sentimientos morales y sociales de cooperación. El niño a partir de los siete años empieza a liberarse de su egocentrismo social e intelectual y es capaz, por tanto, de nuevas coordinaciones que van a tener la mayor importancia tanto para la inteligencia como para la afectividad (<sup>46</sup>).

**Cuadro N° 16**  
**Muestra niños hospitalizados**

<b>Sala</b>	<b>Cantidad</b>
Pediatría general	4
Traumatología	4
Gastroenterología	4
Infectología	4
Total	16

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los criterios de exclusión, para la muestra no probabilística de niños, no se consideró en cuenta salas donde están los niños con quemaduras y traumatismos severos, por estar en una situación de dolor agudo y mucho estrés.

---

<sup>46</sup> PIAGET, Jean. Seis estudios de psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda edición 1992. Pág. 28.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

En cuanto al personal médico, la muestra probabilística, se estableció mediante la siguiente fórmula (<sup>47</sup>):

$$n = \frac{(z^2 * p * q * N)}{(E^2 (N-1) + (p * q * z^2))}$$

La fórmula empleada es para grupos que conforman universos mayores de 30 personas, siendo por lo tanto ideal para el presente trabajo. Es una fórmula que incorpora la probabilidad de éxito y fracaso, el error muestral y un nivel de confianza del 92%.

A continuación se explica cada uno de los componentes de la fórmula, para posteriormente, hacer el remplazo matemático de cada uno de sus valores:

Tamaño de la muestra

Número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que produce el nivel deseado de confianza

---

<sup>47</sup> JANY, José Nicolás. Investigación Integral de Mercados: un enfoque operativo. McGraw-Hill. 1999. Pág. 69

Probabilidad de éxito

Probabilidad de fracaso

N = Tamaño del universo de estudio

E = Error muestral

$z_2$ , se establece según tablas como el nivel de confianza del 92%, que representa el valor de 1.655 (<sup>48</sup>).

$p$ , como probabilidad de éxito significa el 50% y tiene un valor de 0.5. respecto a 1 que es el nivel de significancia (<sup>49</sup>).

$q$ , como probabilidad de fracaso significa el 50% y tiene un valor de 0.5. respecto a 1 que es el nivel de significancia (<sup>50</sup>).

E, se establece que el error es del 8% y según tablas tiene un valor de 0.1.

---

<sup>48</sup> JANY, José Nicolás. Investigación Integral de Mercados: un enfoque operativo. McGraw-Hill. 1999. Pág. 70.

<sup>49</sup> HERNÁNDEZ SAMPÍERI Roberto y otros. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1991. Pág. 372.

<sup>50</sup> Ídem.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

Reemplazado los datos en la fórmula se tiene:

$$n = \frac{(1.755)^2 * 0.5 * 0.5 * 97}{((0.155)^2 * 96) + (0.5 * 0.5 * (1.755)^2)}$$

$$n = \frac{74.69}{2.30 + 0.77} = \frac{74.69}{3.07}$$

$$n = 24.32 = 24 \text{ personas son la muestra.}$$

Posteriormente se efectuó un muestreo probabilístico estratificado, en sub poblaciones y se seleccionó una muestra para cada estrato, de acuerdo a la fórmula:

$$Ksh = \frac{n}{N} = \frac{24}{97} = 0.24$$

Para determinar en cada sub sector cuantas muestras se tomaran, se calcula de la siguiente manera:

**Cuadro N°17**

**Composición estratificada de la muestra**

<b>Sector</b>	<b>Características</b>
Médicos	12
Lic. Enfermería	12
Total	24

Fuente: Elaboración propia.

La muestra comprende 24 personas del personal médico más 16 niños hospitalizados.

## **7. Instrumentos**

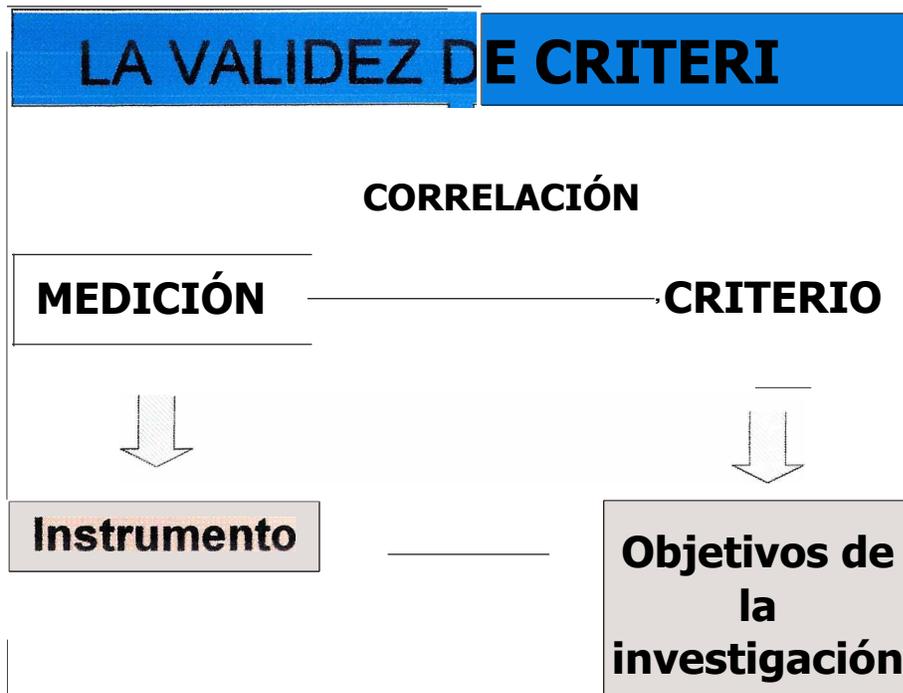
Se trabajó empleando dos instrumentos:

**Un cuestionario**, mediante una guía de preguntas abiertas y cerradas elaborado sobre la base de la observación y la revisión bibliográfica.

La forma de validación del instrumento fue lógica o de criterio, según la metodología de Bohrnstedt, que sostiene que la validación de un instrumento se establece comparando si las preguntas de investigación guardan relación con los objetivos específicos del trabajo, así se establece la validación teórica o lógica del

instrumento ( ).

**Gráfico N° 6**  
**Forma de validación de instrumento**



El otro instrumento fue la observación, mediante el llenado de una guía de registro, esto especialmente para el trabajo con los niños, dicha guía se la transcribe en anexos.

---

<sup>51</sup> BOHRNSTEDT, G. W. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En G. F. Summers (comp) Medición de actitudes. México Ed. Trillas 103-127. Primera edición en español. 1976.

También se hizo pequeñas entrevistas con los niños, con el objeto de recabar alguna información complementaria.

## **8. Procedimiento**

La investigación se desarrolló en tres fases:

### **8.1 Primera Fase**

Consistió en la elaboración de los instrumentos y su validación.

Para la construcción de los instrumentos se efectuó una pequeña investigación, habiéndose encontrado pocas pruebas que miden estados de ánimo en niños hospitalizados de 7 a 11 años. Únicamente se encontró una escala de observación durante la Hospitalización de Ortigosa y Méndez, la misma que fue seleccionada y empleada en la investigación.

Respecto a los otros materiales, se vio la necesidad de elaborar instrumentos propios empleando para ello dos herramientas, una teórica y la otra metodológica:

- Por una parte, la revisión bibliográfica sobre el tema proporcionó orientaciones acerca de la forma y contenido que deberían tener los instrumentos.

- Por otro lado, la operacionalización de las variables y los objetivos específicos, permitieron precisar los límites temáticos de dichos instrumentos.

## **8.2 Segunda Fase**

La segunda fase consistió en la recopilación de información mediante los instrumentos previamente validados.

Para el caso de los médicos y personal de enfermería, se utilizó un cuestionario que fue aplicado mediante entrevistas personales con cada uno de ellos. Cada entrevista duró una media hora, tiempo necesario para explicar el objetivo de la prueba, suministrar la guía de preguntas, esperar que lo respondan y agradecer y despedir al entrevistado.

En las salas se usó una guía de observación y para medir los cambios del estado de ánimo de los niños, una escala durante la hospitalización. Esta parte fue más morosa, debido a que se tuvo que obtener una orden del personal encargado de cada sala para poder estar en dichos ambientes e ir registrando en cada guía cada uno de los ítemes preparados para este efecto.

### **8.3 Tercera Fase**

La tercera fase correspondió al análisis e interpretación de la información obtenida. Para el efecto se trabajó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión. 11.0 que genera informes tabulares, gráficos y diagramas de las distribuciones y de las tendencias. De esta manera se obtuvo cuadros de frecuencias y gráficos, que permitieron además hacer cruces de variables. El análisis se hizo sobre la base de los porcentajes obtenidos.

## CAPÍTULO IV

### EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS, ANÁLISIS Y PROPUESTA

#### 1. Introducción

La exposición de los resultados se efectúa mediante el siguiente procedimiento: en una primera parte, se exponen los resultados encontrados por instrumento empleado: encuestas y posteriormente guía de observación. Luego se hace un análisis de los resultados obtenidos. Todos estos insumos alimentan la propuesta que se efectúa en el presente capítulo. En anexos se exponen los instrumentos empleados.

#### 2. Resultados de encuestas

Tal como se estableció en la muestra, se encuestó a 24 profesionales de acuerdo a las siguientes características:

**Cuadro N° 18**

**Puesto**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Médico	12	50	50
Lic. en Enfermería	12	50	100
Total	24	100	

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

Las personas encuestadas corresponden a las siguientes salas:

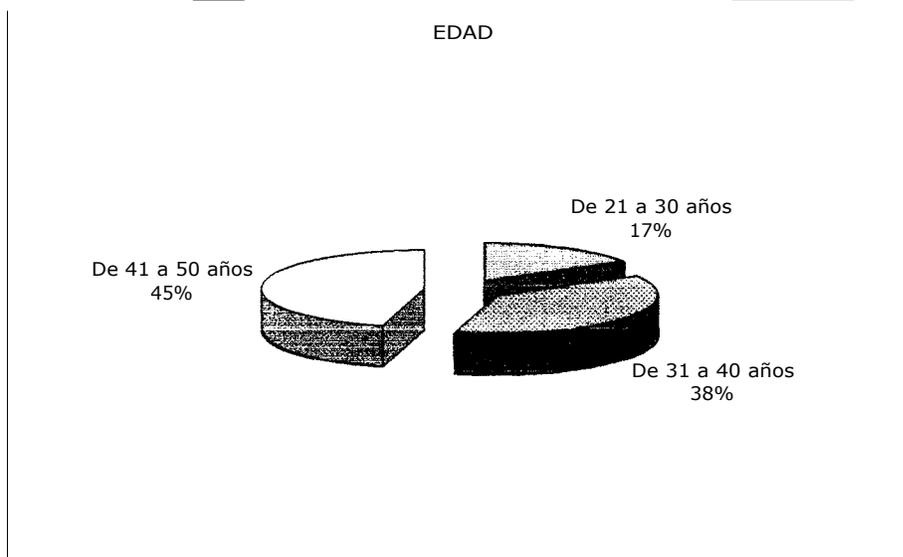
**Cuadro N° 19**

**Sala**

<b>Salas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Neonatología	3	12,5	12,5
Gastroenterología	3	12,5	25,0
Oncohematología	3	12,5	37,5
Traumatología	3	12,5	50,0
Cirugía blanda	3	12,5	62,5
Cirugía quemado	3	12,5	75,0
Infectología	3	12,5	87,5
Pediatría general	3	12,5	100,0
Total	24	100	

La edad de los encuestados es la siguiente:

**Gráfico N° 7**



FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

El personal médico presenta edades distintas entre los 27 a los 50 años, siendo el grupo más significativo o moda el de los 50 años, que son personas que se encuentran en la etapa previa a la jubilación, sobre todo, enfermeras.

**Cuadro N° 20**

**Edad**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
27	1	4	4
29	1	4	8
30	2	8	17
32	1	4	21
34	2	8	29
36	1	4	33
38	2	8	42
39	2	8	50
40	1	4	54
41	1	4	58
43	1	4	63
44	2	8	71
45	2	8	79
49	1	4	83
50	4	17	100
Total	24	100	

La mayoría del personal encuestado son del sexo femenino, compuesto por 12 enfermeras y 2 doctoras, mientras que los hombre son sólo 10 médicos.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

**Cuadro N° 21**

**Sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Femenino	14	58	58
Masculino	10	42	100
Total	24	100	

**Cuadro N° 22**

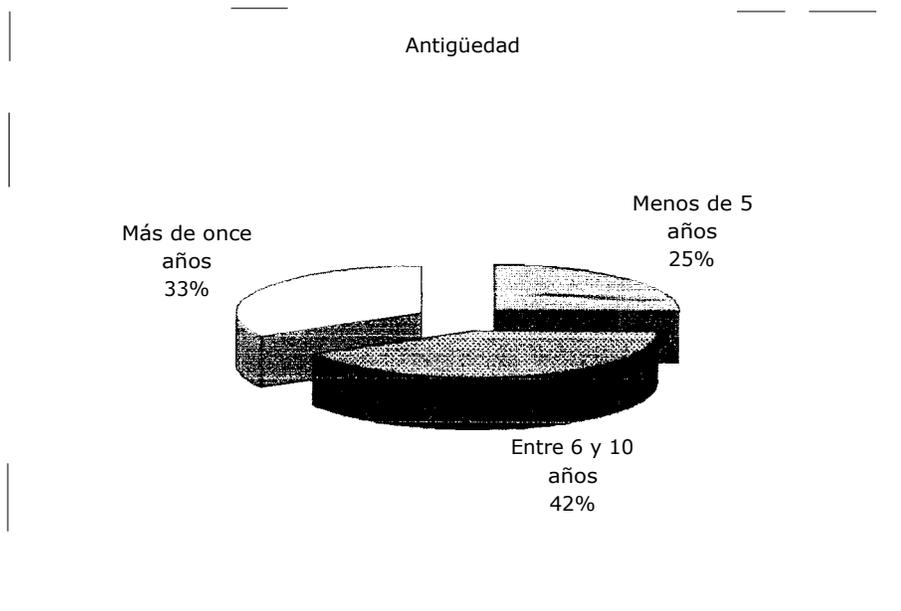
**Antigüedad en el Hospital**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Menos de 5 años</b>	6	25	25
Entre 6 y 10 años	10	42	67
Más de once años	8	33	100
Total	24	100	

Se puede afirmar que la mayoría del personal médico tiene una importante antigüedad de trabajo en el centro hospitalario, ya que sólo el 25% de los médicos trabaja hace menos de 5 años.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Gráfico N° 8**



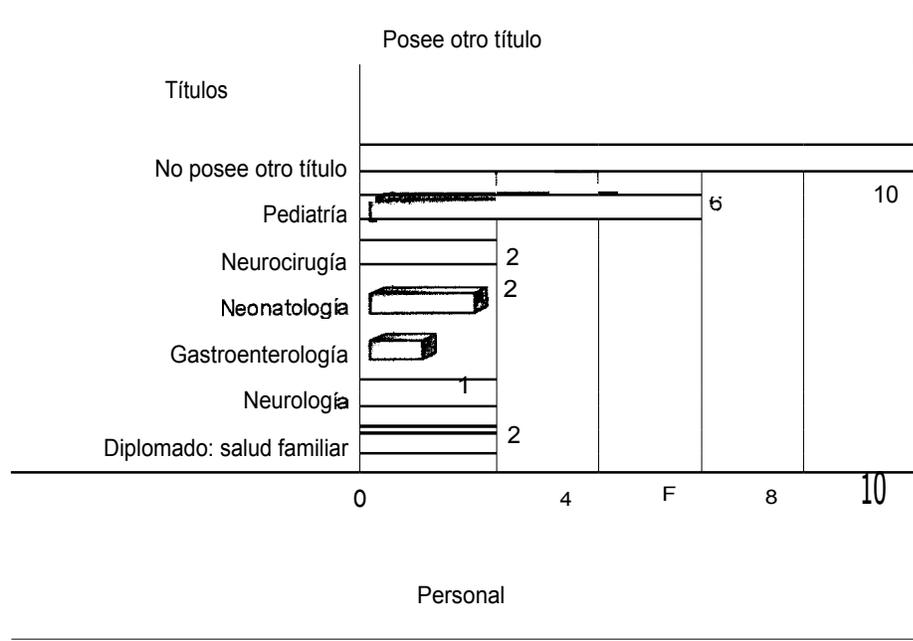
**Cuadro N° 23**

**Posee otro título**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Diplomado: salud familiar	2	8	8
Neurología	1	4	13
Gastroenterología	1	4	17
Neonatología	2	8	25
Neurocirugía	2	8	33
Pediatría	6	25	58
No posee otro título	10	42	100
Total	24	100	

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Gráfico N° 9**



Del personal médico encuestado, el 42% no posee otro título que el de medico general o licenciada en enfermería. Del total de médicos, todos tienen otros títulos, que avalan las especialidades logradas.

Así, un 25% son pediatras, un 8% tienen títulos de diplomado en salud familiar, neurocirugía, neonatología; un 4% tiene especialidad en neurología y gastroenterología.

**Cuadro N° 24**

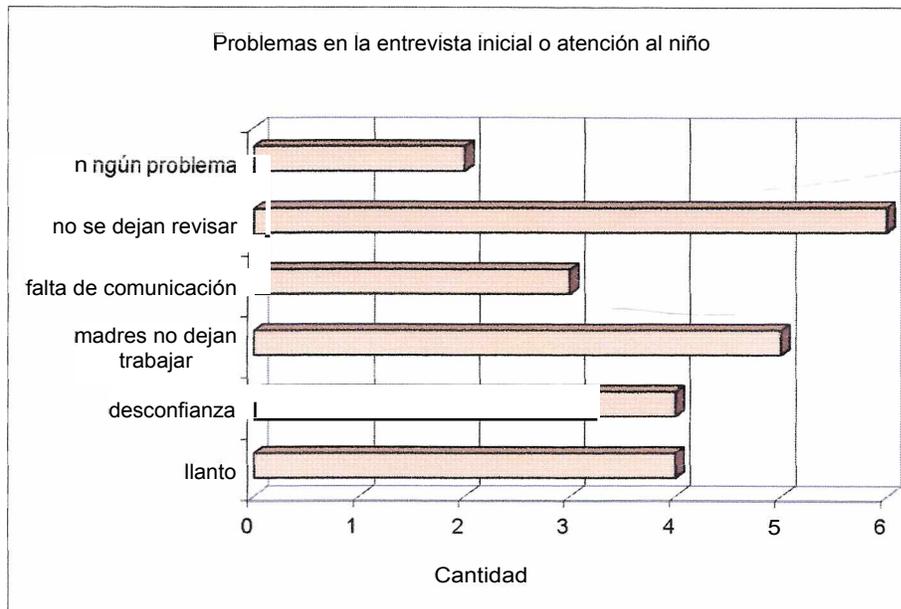
**Problemas en la entrevista inicial o atención al niño**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
llanto	4	17	17
desconfianza	4	17	33
madres no dejan trabajar	5	21	54
falta de comunicación	3	13	67
no se dejan revisar	6	25	92
ningún problema	2	8	100
Total	24	100	

Los principales problemas que se presentan en la relación médico-paciente, se refieren a actitudes de parte de los niños y niñas, según refieren los médicos y enfermeras consultados. Entre las principales actitudes negativas se encuentran el no dejarse revisar, el llanto, la desconfianza natural hacia el personal médico. Sin embargo, también se suman aspectos como la falta de comunicación y la conducta de algunas madres y padres que intervienen y no dejan que el proceso de entrevista se lleve de manera adecuada.

De los datos recogidos no se encuentran elementos de autocrítica respecto a las funciones que ellos cumplen en las entrevistas y en el desenvolvimiento de la relación médico-niño.

**Gráfico N° 10**



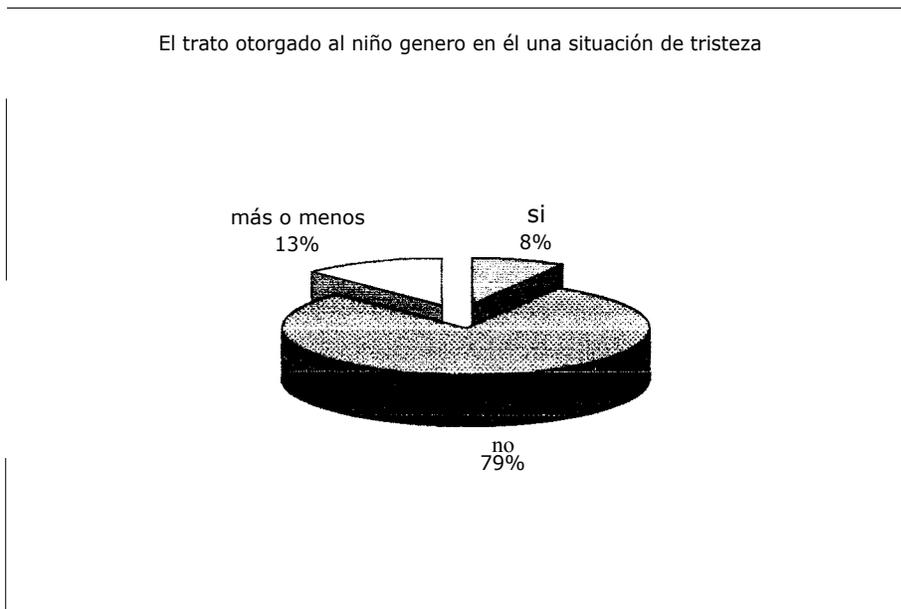
Consultados acerca del trato dado a los niños en las entrevistas y luego en las respectivas salas, se tiene un 79% del personal médico que afirma que dicho trato no conlleva alguna situación de tristeza en los niños. Un 8% admite que esto es posible y un 13% señala que es probable pero en una escala o incidencia baja.

**Cuadro N° 25**

**El trato otorgado al niño generó en él una situación de tristeza**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
sí	2	8	8
no	19	79	88
Más o menos	3	13	100
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	

**Gráfico N° 11**



En cuanto a los problemas afectivos, que son elementos generadores de cambios en el estado anímico, el 58% de los encuestados manifiesta haber intentado resolver este problema durante el proceso de hospitalización.

**Cuadro N° 26**

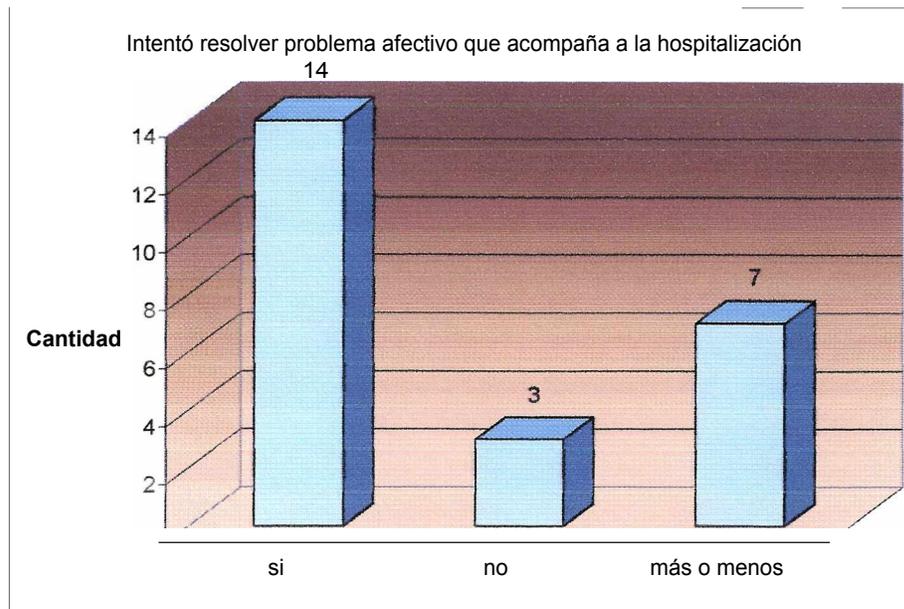
**Intentó resolver problema afectivo que acompaña a la hospitalización**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	14	58	58
no	3	13	71
más o menos	7	29	100
Total	24	100	

**FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN**

La solución o el intento de solución de problemas afectivos en niños no se presenta como una tarea complicada, pues, basta con que el médico o la enfermera exteriorice alguna caricia, algún sentimiento de afecto positivo, para que el niño lo sienta. Y si bien, es difícil resolver estos problemas, de manera temporal se los puede atender. Estas actitudes están muy relacionadas con las conductas de los médicos y enfermeras hacia los niños, pues algunos de ellos tienen un mejor trato, juegan con los niños, intercambian palabras, los acarician, mientras que otros son fríos y distantes.

**Gráfico N° 12**



FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

**Cuadro N° 27**

**Estado de ánimo del niño al llegar al hospital**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
deprimido	3	13	13
callado	3	13	25
llorando	3	13	38
tenso	4	17	54
tranquilo	7	29	83
irritable	4	17	100
Total	24	100	

Al llegar al hospital, según el criterio del personal médico, sólo el 29% de los niños se encuentra tranquilo. El resto presenta estados de ánimo irritables y tensos, depresión, silencio y llanto.

**Cuadro N° 28**

**Estado de ánimo de los niños al salir del hospital**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
alegre	7	29	29
tranquilo	7	29	58
no quieren irse	10	42	100
Total	24	100	

Al salir, la mayoría de los niños se sienten tranquilos y alegres (29%) y no quieren irse en un 42%.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

**Cuadro N° 29**

**Cruce de variables:**

**estado de ánimo del niño al llegar del hospital por al salir del hospital**

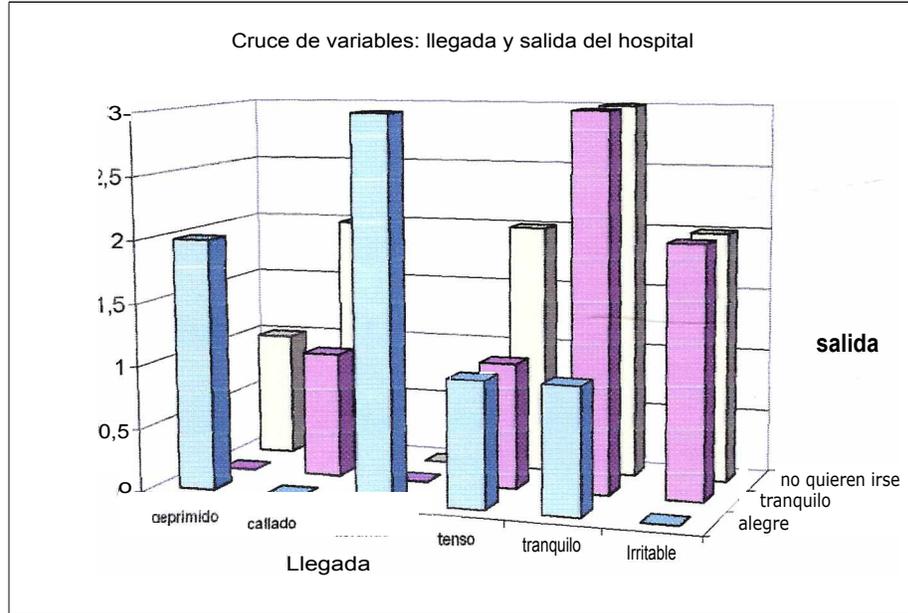
		SALIDA			
		alegre	tranquilo	no quieren irse	Total
<b>LLEGADA</b>	<b>deprimido</b>	2		1	3
	<b>callado</b>		1	2	3
	<b>llorando</b>	3			3
	<b>tenso</b>		1	2	4
	<b>tranquilo</b>	1	3	3	7
	<b>irritable</b>		2	2	4
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>24</b>

En el cruce de variables se puede observar una mejora importante en el estado de ánimo de los niños al momento de salir del hospital respecto del momento de ingreso en el mismo. Aspectos como la depresión y el llanto, registrados a la entrada, al momento de la salida ya no se presentan.

El factor que no se presenta al ingreso y si, de manera muy significativa, **a la salida** es el no querer irse.

**FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN**

**Gráfico N° 13**



**Cuadro N° 30**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el dolor de su enfermedad**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Absolutamente de acuerdo	5	21	21
De acuerdo	17	71	92
No estoy seguro	0	8	100
Total	22	100	

A partir de este cuadro, los siguientes resultados muestran una escala de opiniones del personal encuestado acerca de factores que influyen en el estado de

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

ánimo de los niños hospitalizados.

**Cuadro N° 31**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es la comida del hospital**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Absolutamente de acuerdo	7	29	29
De acuerdo	8	33	63
<b>No estoy seguro</b>	2	8	71
En desacuerdo	7	29	100
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>1 001</b>	

**Cuadro N° 32**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato de la enfermera**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Absolutamente de acuerdo	6	25	25
De acuerdo	4	17	42
No estoy seguro	2	8	50
En desacuerdo	12	50	100
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	

**Cuadro N° 33**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato del médico que no puede darle afecto, además de que tiene que atender a muchos pacientes**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
bsolutamente de acuerdo	3	13	13
De acuerdo	6	25	38
No estoy seguro	4	17	54
En desacuerdo	7	29	83
bsolutamente en desacuerdo	4	17	100
Total	24	100	

**Cuadro N° 34**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el alejamiento de sus padres**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Absolutamente de acuerdo	4	17	17
De acuerdo	10	42	58
No estoy seguro	6	25	83
En desacuerdo	4	17	100
Total	24	100	

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

**Cuadro N° 35**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el ambiente desconocido**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Absolutamente de acuerdo	1	4	4
De acuerdo	16	67	71
<b>No estoy seguro</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>88</b>
En desacuerdo	3	13	100
Total	24	100	

**Cuadro N° 36**

**Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el tipo de tratamiento que recibe**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Absolutamente de acuerdo	3	13	13
De acuerdo	16	67	79
<b>No estoy seguro</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>100</b>
Total	24	100	

En el siguiente gráfico se ha sintetizado las respuestas más significativas de la escala de opinión dada por las personas encuestadas. Los promedios indican que las respuestas positivas a los factores consultados concentraron los puntajes más importantes y reiterativos. Un segundo lugar ocupan los promedios de las

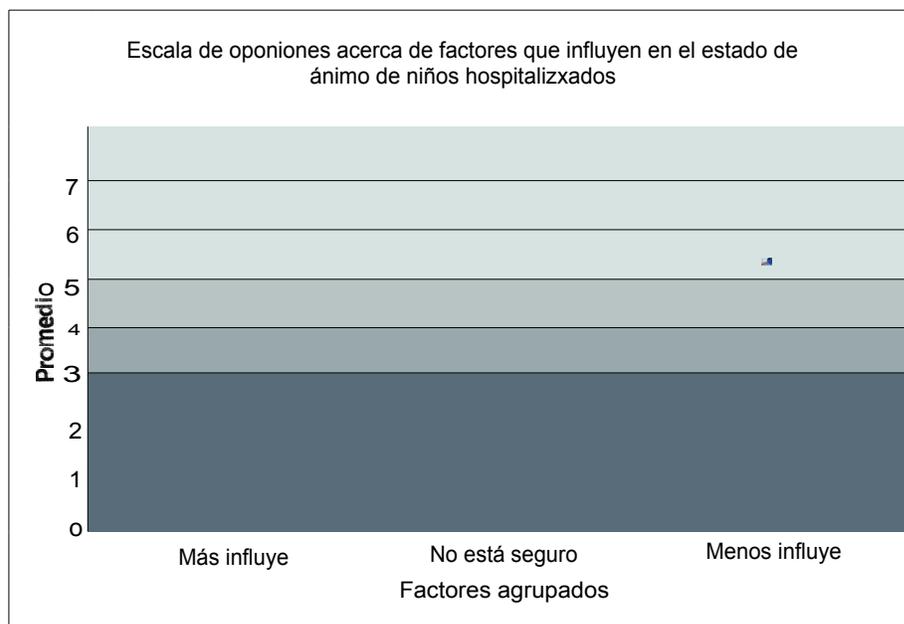
FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

respuestas negativas.

Y finalmente, en tercer lugar se sitúan las preguntas donde los encuestados no están seguros acerca de los factores que más influyen.

**Gráfico N° 14**



De los resultados obtenidos se tiene que uno de los factores que más influye es el dolor de la enfermedad, el tratamiento que recibe, el ambiente desconocido, la comida, el alejamiento de los padres, el trato de la enfermera, entre los más importantes.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Cuadro N° 37**

**Escala de opiniones acerca de factores que influyen en el estado de ánimo**

Factores	bsolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	• solutamente en desacuerdo
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el dolor de su enfermedad	5	17	2		
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es la comida del hospital	7	8	2		
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato de la enfermera	6	4	2	12	
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato del médico que no puede darle afecto, además de que tiene que atender a muchos pacientes	3	6	4	7	4
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el alejamiento de sus padres	4	10	6	4	
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el ambiente desconocido	1	16	4	3	
Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el tipo de tratamiento que recibe	3	16	5		
Promedios	4,14	11	3,57	6,6	4
Promedio positivo, neutro y negativo respectivamente		7,57	3,79		5,3

**3. Resultados de observación de salas**

La observación es una parte muy importante del trabajo de campo, porque permite al investigador tener un registro imparcial de algunos hechos y conductas, al presenciar directamente la relación médico-niño en las cuatro salas seleccionadas, de manera que esta información podrá corroborar o contrastar, en su caso, los datos y las opiniones obtenidas de las encuestas aplicadas al personal médico. Para efectuar esta medición, se tomó en cuenta 12 factores, los mismos que

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

---

fueron evaluados de acuerdo a la siguiente escala: 2 = óptimo, 1 = adecuado y 0 = inadecuado.

Los resultados fueron los siguientes:

**Cuadro N° 38**

**Sala N° 1**

	<b>Factores</b>	<b>Óptimo</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Inadecuado</b>	<b>Total</b>
	Personalidad del médico para la relación	2			2
2	Personalidad de la enfermera para la relación		1		1
3	Trato del médico para la relación	2			2
4	Trato de la enfermera para la relación	2			2
5	Visita familiar al niño			0	0
6	Relación familia médico		1		1
7	Relación familia enfermera			0	0
8	Relación afectiva del médico para la relación		1		1
9	Relación afectiva de la enfermera para la relación		1		1
10	Tratamiento en relación al estado de ánimo	2			2
11	Ambiente y estado de ánimo		1		1
12	Comida y estado de ánimo		1		1
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

Los resultados de la Sala N° 1 permiten afirmar que la personalidad y el trato del médico es bueno para la relación médico-niño, mientras que la relación de la enfermera es óptima pero no tanto su personalidad para la relación.

Otra factor positivo es el tipo de tratamiento aplicado que no afecta a su estado de ánimo del niño hospitalizado. En cuanto a los aspectos regulares y que evidencian una adecuada relación se tiene un buen trabajo en la parte afectiva de médicos y enfermeras, como el ambiente, la comida y la relación de la familia con

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

el médico. Donde se encuentran graves déficit es en la relación de la familia de los niños hospitalizados con las enfermeras y las visitas familiares al niño, que si influyeron negativamente en el estado de ánimo de estos últimos.

En la Sala N° 2, los factores óptimos fueron la familia, la enfermera, el ambiente. Los aspectos adecuados fueron el tratamiento y el trato del médico, mientras que los aspectos negativos se orientaron a personalidad del médico como un obstáculo para una buena relación con el niño, incluyendo la relación afectiva, como se evidencia en el siguiente cuadro.

**Cuadro N° 39**

**Sala N° 2**

	<b>Factores</b>	<b>Óptimo,</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Inadecuado</b>	<b>Total</b>
	Personalidad del médico para la relación			0	0
2	Personalidad de la enfermera para la relación	2			2
13	Trato del médico para la relación		1		1
4	Trato de la enfermera para la relación	2			2
5	Visita familiar al niño	2			2
6	Relación familia médico	2			2
7	Relación familia enfermera	2			2
8	Relación afectiva del médico para la relación			0	0
	Relación afectiva de la enfermera para la relación		1		1
1	Tratamiento en relación al estado de ánimo		1		1
11	Ambiente y estado de ánimo	2			2
	Comida y estado de ánimo		1		1
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

En cuanto a la Sala N° 3, el único problema relativamente destacado es la familia, que no llega a tener una relación óptima con el médico y las enfermeras, y que tiende a influir en algo en el estado de ánimo de los niños hospitalizados. En el

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

resto de los factores, el desarrollo de la relación es óptimo.

**Cuadro N° 40**

**Sala N° 3**

	<b>Factores</b>	<b>Óptimo</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Inadecuado</b>	<b>Total</b>
	Personalidad del médico para la relación	2			2
2	Personalidad de la enfermera para la relación	2			2
3	Trato del médico para la relación	2			2
14	Trato de la enfermera para la relación	2			2
5	Visita familiar al niño		1		1
6	Relación familia médico		1		1
7	Relación familia enfermera		1		1
8	Relación afectiva del médico para la relación	2			2
9	Relación afectiva de la enfermera para la relación	2			2
10	Tratamiento en relación al estado de ánimo	2			2
11	Ambiente y estado de ánimo	2			2
2	Comida y estado de ánimo	2			2
	<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>21</b>

**Cuadro N° 41**

**Sala N° 4**

	<b>Factores</b>	<b>Óptimo</b>	<b>Adecuado</b>	<b>Inadecuado</b>	<b>Total</b>
	Personalidad del médico para la relación		1		1
2	Personalidad de la enfermera para la relación		1		1
3	Trato del médico para la relación		1		1
14	Trato de la enfermera para la relación		1		1
5	Visita familiar al niño		1		1
6	Relación familia médico		1		1
7	Relación familia enfermera		1		1
8	Relación afectiva del médico para la relación		1		1
9	Relación afectiva de la enfermera para la relación		1		1
10	Tratamiento en relación al estado de ánimo		1		1
11	"		1		1
2	Comida y estado de ánimo	2			2
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

Respecto a la Sala N° 4, el único aspecto óptimo es el referido a la comida, que influye positivamente en el estado de ánimo de los niños. En el resto de los factores, el desarrollo es adecuado pero no llega a ser óptimo.

Posterior a la exposición de estos resultados, sala por sala, se agrupo todos los puntajes para establecer el promedio, de manera de poder interpretar estos resultados.

**Cuadro N° 42**  
**Promedios de las 4 salas**

	Salas	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	Promedio
1	Personalidad del médico para la relación	2	0	2	1	<b>1,25</b>
2	Personalidad de la enfermera para la relación	1	2	2	1	1,50
3	Trato del médico para la relación	2	1	2	1	1,50
4	Trato de la enfermera para la relación	2	2	2	1	1,75
5	Visita familiar al niño	0	2	1	1	1,00
6	Relación familia médico	1	2	1	1	<b>1,25</b>
7	Relación familia enfermera	0	2	1	1	1,00
8	Relación afectiva del médico para la relación	1	0	2	1	1,00
	Relación afectiva de la enfermera para la relación	1	1	2	1	1,25
10	Tratamiento en relación al estado de ánimo	2	1	2	1	1,50
11	Ambiente y estado de ánimo	1	2	2	1	1,50
1	Comida y estado de ánimo	1	1	2	2	<b>1,5</b>
	Total	14	16	21	13	<b>16</b>

A nivel de promedios, ningún factor llega a un puntaje óptimo, sin embargo, tampoco ninguno llega a ser inadecuado, por el contrario, la mayoría de los puntajes están por encima de 1, es decir, que los factores son adecuados para no alterar

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

significativamente el estado de ánimo de los niños hospitalizados.

De todos los factores, el más importante es el trato de la enfermera para la relación, pues ella, además de cumplir con sus funciones hospitalarias, establece una relación más afectiva y más de tipo maternal con los niños, de manera que tiene una buena relación con ellos. La personalidad del médico para la relación está por debajo de la enfermera. La comida y el tratamiento se encuentran en buenas condiciones para influir positivamente en el estado de ánimo de los niños hospitalizados.

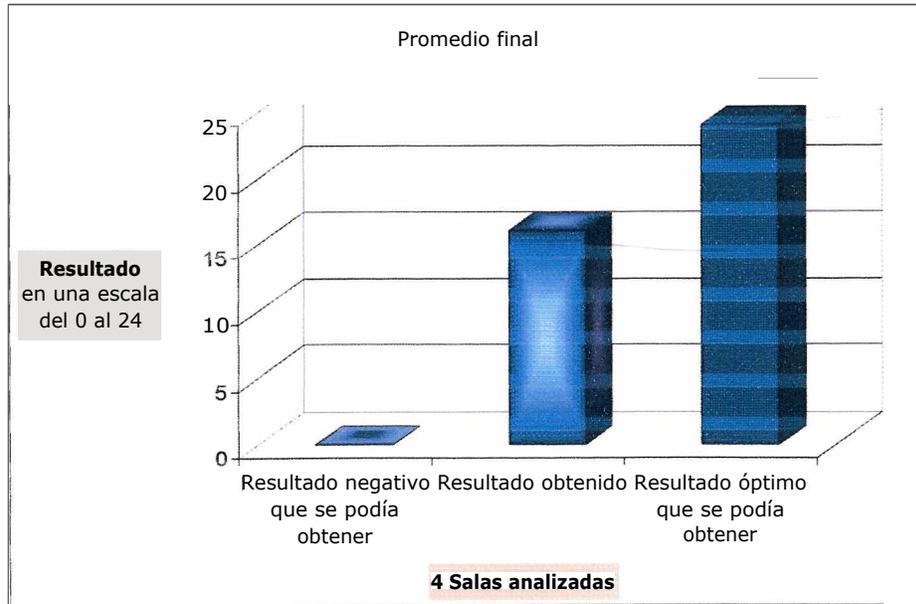
De acuerdo a los resultados, se logra establecer, mediante los puntajes promedios, que dentro de una escala que va del 0 al 24, los factores analizados llegan a ser calificados con un promedio de 16, lo que equivale a 4 puntos por encima de la media, aspecto este que señala una buena atención en las salas a los niños hospitalizados.

**Cuadro N° 43**

**Promedio final**

<b>Promedio final</b>	<b>Resultado negativo que se podía obtener</b>	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Resultado óptimo que se podía obtener</b>
4 Salas	0	16	24

**Gráfico N ° 15**  
**Puntaje final en promedio**



#### 4. Resultados de observación de niños hospitalizados

**De** los 16 niños y niñas observados se evidencia una ligera presencia de factores que generan cambios en su estado de ánimo al momento de ser hospitalizados. Se hicieron dos mediciones, una antes de la visita médica y otra después, por lo tanto los puntajes totales equivalen a 32.

En el siguiente cuadro se tienen los resultados en promedio de los 16 niños, con los siguientes resultados:

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

**Cuadro N° 44**

**Observación de niños antes de la visita y después. Puntaje promedio**

	<b>Aspectos a tomar en cuenta</b>	<b>Antes</b>		<b>Después</b>		<b>Total</b>
		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Si</b>	<b>NO</b>	
1	Sudoración (manos, frente)	3	13	5	11	32
2	Llanto (también ojos humedecidos)	9	7			32
3	Respiración agitada, entrecortada o suspiros	4	12	5	11	32
4	Agresión verbal y agresión física (resistencia física, manotazos, golpes, patadas)	1	15	0	16	32
5	Voz temblorosa o tartamudeo	8	8	9	7	32
6	Distracción (no presta atención a lo que se le dice, no mira a la cara cuando se le habla, mira alrededor de la habitación)	16	0	15	1	32
7	Apego a los adultos (dice que no se quiere separar de sus padres o se agarra a ellos)	10	6	12	4	32
8	Habla de volver a casa (quiere ir a jugar, quiere ir a la escuela, quiere volver hacer lo de siempre)	12	4	10	6	32
		63	65	65	63	256

Los resultados anteriores evidencian un ligero aumento de factores que generan un cambio en el estado de ánimo de los niños hospitalizados después de la visita médica. Los aspectos más importantes son la sudoración y el apego a los mayores.

Respecto al personal médico, este no presta atención a estos aspectos, pues está más pendiente de los síntomas fisiológicos y de enfermedad en los niños y niñas.

## 5. Análisis de los resultados

Si bien, en la exposición de los resultados se evidencia no sólo los datos, sino un análisis de los mismos, es importante efectuar un balance de los mismos, para poder establecer aquellos factores de la relación médico-paciente más importantes que afectan al niño hospitalizado en cuanto a su estado de ánimo.

En cuanto a la relación médico-paciente, la investigación logró evidenciar 7 factores principales y uno secundario, que influyen de manera precisa en el estado de ánimo de los niños hospitalizados. Los factores principales son:

- Problemas de comunicación en la entrevista inicial. El médico, pese a tener algunas dificultades comunicativas con el niño, trata de superarlas empujando la conversación hacia la información respecto del síntoma. Mientras que el niño emplea cierta resistencia comunicativa como una forma de defenderse frente a un medio, situaciones y personas extrañas.
- Alejamiento de los padres. En algunos casos, los padres asisten a los niños esporádicamente, de manera que este alejamiento se constituye en un núcleo de tensión.
- La personalidad del médico y enfermera para la relación. Se registró diversas personalidades que llegan a afectar o influir en

el trato, la comunicación y la relación con el niño, ayudando a ganar confianza en unos casos, y/o estableciendo distancias en otros. En este último caso, se puede llegar a influir sobre el estado de ánimo de los niños si la personalidad del médico y la enfermera es seca, lejana, aparentemente ruda, etc.

El trato del médico y la enfermera para la relación. A parte de la personalidad, otro elemento importante es el trato que se da al niño hospitalizado. De esta manera, un buen trato generará un clima de confianza, un mal trato, masificado puede ocasionar alteraciones en el estado de ánimo de los niños.

La visita familiar al niño. Se constituye en un factor de importante influencia, pues la visita familiar, además de estar cargada de elementos afectivos también es portadora de incomprensiones, presiones y malos tratos que llegan a afectar el estado de ánimo de los niños y niñas hospitalizadas.

La relación afectiva del niño con el médico-enfermera. Las relaciones afectivas, de amistad, cariño, empatía, etc., son una fuente importante de influencia en el estado de ánimo del niño hospitalizado, hasta el grado de generar fuertes lazos, en especial de algunas enfermeras con algunos niños, que al momento de abandonar la hospitalización, llegan a extrañar a

sus relaciones afectivas.

El tratamiento del estado de ánimo. Es muy escaso en el contexto hospitalario, por ser esta una demanda poco urgente e importante para el punto de vista de los médicos, pero no así para los niños.

Como factor secundario se tiene a la relación entre la familia y el médico-enfermera.

En cuanto a la hospitalización, se logró determinar la presencia, también de factores que influyen directamente en el estado de ánimo del niño o niña hospitalizada. Los factores principales son:

- El ambiente. Como la teoría de la Gestalt definió acertadamente, el medio ambiente es un factor que influye en el comportamiento de las personas.
- La comida. Influye en el estado de ánimo debido a las necesidades que esta llega a satisfacer, de manera que se generan ciertos niveles de satisfacción que tienden a influir sobre el estado de ánimo de los niños y niñas hospitalizadas.

Los datos evidencian que los niños no sufren de graves alteraciones en su estado de ánimo fruto de la relación médico paciente y del proceso de hospitalización, lo que es algo sumamente importante, desde el punto de vista de poder mejorar una relación que es llevada de una manera buena.

## **6. Propuesta**

La propuesta se desarrolla en base a la interpretación de los resultados obtenidos en la investigación. Se considera aquellos aspectos que deben tomarse en cuenta para mejorar la situación del niño hospitalizado, en las siguientes tres áreas consideradas como las más importantes:

- Preparación del niño para la hospitalización
- Mejora de la relación médico-niño
- Mejora de la situación de hospitalización del niño

### **6.1 Preparación del niño para la hospitalización**

Respecto al tema de la preparación del niño para la hospitalización, esta debe ser encarada desde la perspectiva de la edu-comunicación o la comunicación educativa.

En los aspectos comunicacionales, el principal elemento a desarrollar es el informativo:

- ¿Qué es informar?
- ¿Qué se debe informar?

Informar es la acción de transmitir una noticia, un dato o un testimonio. En ese sentido, informar es establecer un sistema de comunicación, que para el presente caso, debe formalizarse, debe tener una identidad y una función concreta. En este caso se trata de informar a los niños acerca de las enfermedades y de lo que significa poder llegar a estar hospitalizado.

Otros dos aspectos que debe informarse al niño es:

- El significado de la hospitalización. No se trata de saturar con información a los niños y niñas, sino de ser los elementos fundamentales de la instrucción que le sirvan para hacerse una idea de lo que puede significar estar un determinado periodo hospitalizado.
- La relación médico niño, para lo cual se puede hacer un resumen didáctico del material desarrollado en la presente tesis en el Capítulo correspondiente al marco teórico.

## **6.2 Mejora de la relación médico-niño**

De acuerdo a los resultados obtenidos, los médicos deberían aprender a manejar la ansiedad y el estado de ánimo del paciente niño o niña, como lo mas importante para una buena relación médico-paciente. es más, es importante que el médico piense que lleva a cabo una relación médico-niño, y que esta relación es mucho más compleja que la tradicional relación profesional-paciente.

Para el caso específico de las relaciones médico-niños, debería dictarse cursos de actualización, aspecto que administrativamente está a cargo de la parte ejecutiva del Hospital. De acuerdo a las Normas Básicas de la Administración Pública, que regula las actividades del sector salud, debe ejecutarse programas periódicos de capacitación del personal, además de efectuarse la medición de su desempeño laboral.

En este caso, los temas a llevarse a cabo tendrían que girar en torno a:

- Técnicas de entrevistas médica-pediátrica
- Transferencia y contra transferencia en la entrevista médica

- Psicología infantil y trato al niño enfermo
- Auto mejora de la personalidad para un trato adecuado al paciente niño
- Taller de habilidades sociales, empatía, asertividad

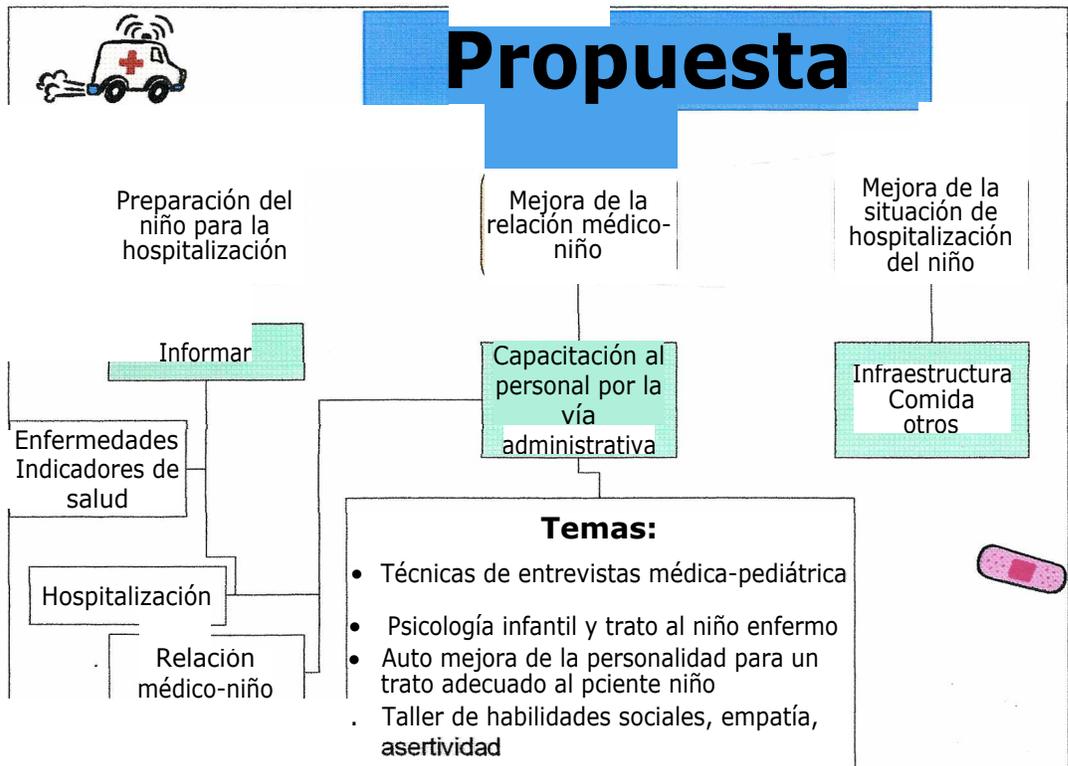
### **6.3 Mejora de la situación de hospitalización del niño**

En el Hospital del Niño, deben introducirse algunas mejoras, que si bien forman parte de aspectos de infraestructura y servicios, afectan también al estado de ánimo del niño o niña hospitalizada que merecen una atención especial.

Entre estos aspectos, la infraestructura ha de ser uno de los factores importantes para mejorar el servicio. Por otro lado, debe encararse el tema de una mejora de las mismas salas, y en especial buscar los recursos y las políticas que permitan una relación médico-niño más personalizada y menos masificada.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

Gráfico N° 16



Así también, la cuestión alimentaria podría ser mejorada respetando las instrucciones nutricionales referidas a las enfermedades que tienen los pacientes.

Se trata de hacer del Hospital del Niño, un ambiente cálido, pero al mismo tiempo, un ambiente donde el textuado ayude a mejorar las situaciones depresivas y de alteración del estado anímico.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **1. Conclusiones**

El presente trabajo limitó la investigación a la influencia que pueden tener sobre el estado de ánimo de niños hospitalizados la relación médico paciente, entendida como la interacción profesional y extraprofesional, sus contenidos y características determinan en alto grado el logro del fundamental propósito del accionar médico: la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, a través del mantenimiento o la recuperación de su bienestar y de su vida independiente.

La investigación logró cumplir con los objetivos propuestos, así, en una primera instancia se logró establecer que la relación médico-paciente inadecuada es uno de los factores que generan una situación de alteración significativa del ánimo en niños hospitalizados, sin embargo, los datos recogidos permiten afirmar que esta situación (de relación médico paciente inadecuada) no es generalizada en la mayoría del personal y los niños del Hospital del Niño.

Por otra parte, se determinaron los factores más influyentes en la relación médico-paciente causantes de alteraciones del estado de ánimo en los niños

hospitalizados. Estos son: la personalidad del médico, el trato, la forma de llevar adelante la entrevista o la auscultación,

Como elementos complementarios a la hospitalización del niño y que afectan a su estado de ánimo, la investigación estableció como variables causales: la relación de los padres (su presencia o ausencia y los problemas que con el personal médico), la infraestructura, la alimentación, el tiempo de permanencia del niño y el grado de su adaptación al ambiente.

De esta manera, al cumplirse con los objetivos del trabajo, se validó la hipótesis, ya que se estableció que una adecuada relación médico-paciente tiende a no incrementar significativamente la alteración del estado ánimo de los niños y niñas hospitalizadas. De otra manera, una inadecuada relación puede ser un factor perturbador del estado de ánimo de los niños que se encuentran en una situación de dolor o enfermedad.

Por todo lo anterior, la investigación propone un modelo de intervención psico educativo y administrativo frente a los factores que generan situaciones de alteración del estado de ánimo en niños hospitalizados. El propósito es prevenir, informar, capacitar y mejorar la relación médico-niño, para una atención más satisfactoria de parte de los pacientes.

## 2. Recomendaciones

A nivel de estudios complementarios al presente trabajo, se sugiere estudiar el verdadero impacto en el estado de ánimo de los niños originado por la ingesta de la variedad de alimentos que se dan en el hospital.

Dicho estudio deberá correlacionar los patrones alimenticios anteriores a la hospitalización, con los de la hospitalización, de manera de poder establecer su verdadero impacto.

Se sabe que determinadas comidas reducen ciertas situaciones de ansiedad, que algunos alimentos específicos generan cierta satisfacción, etc. También deberá tomarse en cuenta los patrones culturales referidos a los alimentos, integrando un conocimiento psicológico de toda esta problemática.

De otra parte, se puede ampliar y complementar la presente investigación con estudios acerca de la capacidad infantil para adaptarse al medio hospitalario, así como la presencia de recursos personales dentro de la categoría de habilidades sociales y la capacidad infantil de hacer frente a las dificultades. También considerar la relación intensa con la figuras significativas que permite en el niño o niña la capacidad de confianza y poder afrontar situaciones de tensión (como es el estar hospitalizado).

También otra arista de investigación, podría poner énfasis en los aspectos psico educativos, toda vez que la experiencia de estadía del niño en el hospital podría ser aprovechada para el desarrollo de aprendizajes significativos, tomando en cuenta las necesidades de información que tienen los niños y niñas respecto de sus cuerpos, de la salud, de los cuidados, etc., implementando para ello modelos de orientación educativa informales y dinámicos.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y CITADA**

ALONSO-FERNÁNDEZ, F. Psicología Médica y social (5.<sup>a</sup> de.) Barcelona: Salvat, 1989.

ARZE OCAMPO, Rosse Mary; LÓPEZ LLANOS, Rosario y JORDÁN DE GUZMÁN, Magdalena. Como Elaborar Protocolos de Investigación. Biblioteca de Medicina. Tomo XX. UMSA. La Paz. 1998.

ASTI VERA, Armando. Metodología de la investigación. Sol y Luna. Lima. 1999.

ATTO, Karin. Estudio comparativo de conductas ansiosas en niños escolares hospitalizados y no hospitalizados. Tesis para optar el grado de Licenciada en Psicología. Universidad Ricardo Palma. Lima. 1999.

BAPTIST CHILDREN'S HOSPITAL. Estadísticas sobre los trastornos del estado de ánimo .South Florida. 2003.

BOHRNSTEDT, G. W. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes. En G. F. Summers (comp) Medición de actitudes. México Ed. Trillas 103-127. Primera edición en español. 1976.

BURUNAT E, CASTELLANO MA, RODRÍGUEZ M. El efecto placebo: entre la mente y el cerebro. Medicina Clínica. N° 92. 1989.

CASTAÑEDA CHANG, Ana María. Actitudes maternas y características psicológicas en el paciente pediátrico con migraña. Instituto de Salud del Niño. Unife. Lima-Perú. 2003.

ENGEL G. La necesidad para un nuevo modelo médico: un desafío para el biomedicina. La ciencia, 196: 1977.

FALASCO, Silvia Iris. Relación médico paciente. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Argentina. 2003.

FLAVELL J. La Psicología Evolutiva de Jean Piaget. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1991.

FREUD Sigmund. La dinámica de la Transferencia. Obras Completas. Tomo II.

GARCÍA MADRUGA, J. A. y LACASA, P. Unidades Didácticas de Psicología Evolutiva (Vols. 1 y 2). Madrid. 1990.

HEREDIA M., Nila. Mercado de Trabajo en el Campo de la Salud en Bolivia. La Paz. 2002.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. y otros. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Bogotá. 1998.

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

JEAMMET H, REYNAUD M, CONSOLI S. Psicología Médica. Barcelona: Masson, 1989.

LAÍN ENTRALGO, P. El estado de enfermedad. Madrid: Moneda y crédito, 1968.

LAPACÓ, M, HERRAN, M y NAVARI, C. El manejo de la información en el paciente pediátrico. Archivo Argentino Pediátrico. Argentina. 1996.

LAZARUS RS, FOLKMAN S. El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez-Roca S.A. Barcelona, 1986.

LIPOWSKY ZJ. Aspectos psicosociales de la enfermedad. Ann. Intern. Med. N° 71. 1969.

LLOYD GG. Las reacciones psicológicas en los pacientes físicamente enfermos. En: El manual de estudios en la Psiquiatría del Hospital General. Judd, Burrows, Lipsitt (eds.). Elsevier Science Publishers B. V. (División Biomédica); Londres, 1991.

MAGRANER TARRAU, María Esther. El niño enfermo, consideraciones bioéticas. Prensa Latina La Habana - Cuba 2004.

MECHANIC, D. El concepto de conducta de enfermedad J. Chron. Dis. 15: 1962.

MECHANIC D, VOLKART EH. Stress. Revista Americana de Psicología. N° 26: 1961.

MECHANIC D. La estructura social y la adaptación personal: algunas dimensiones abandonadas. In: Coping and adaptation. Coelho GV, Hamburg DA, Adams JE, (Eds). Basic Books, New York, 1974.

MENDEL D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsa, 1991.

MUÑOZ POLIT, Myriam. La psicoterapia Gestalt y el nuevo paradigma científico. Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. 1998.

ORTIGOSA, J. M. y MÉNDEZ, F. X. Influencia del tipo de hospitalización en el niño. IV Congreso Internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. 18-21 de Noviembre, 1998. Sevilla, España. 1998.

PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. Número 8. Septiembre de 1998.

PLATA RUEDA, E., LEAL QUEVEDO, F.J. Hacia una entrevista pediátrica más humana. En: LEAL QUEVEDO, F.J. y MENDOZA VEGA, J. Hacia una medicina más humana. Bogotá, Ed. Médica Internacional, 1997.

PIAGET, Jean. Seis Estudios De Psicología. Colección labor. Nueva serie 2. Editorial labor. Segunda Edición. 1992.

RÍOS REYES, Amilcar. La relación médico - paciente. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2003.

ROWLAND JH. Recursos intrapersonales. En: El cuidado psicológico del paciente con el cáncer. Holanbda JC, Rowland JH (eds.). Oxford University Press, New York 1991.

RUSSO Ricardo. La Relación Médico Paciente y la Enfermedad Crónica. Editado por el Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina. 2002.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, MA. La clasificación de las enfermedades: funcionales actuales y fundamentos históricos. Medicina Clínica. 1991.

SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, Miguel. El concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales. Universidad Complutense de Madrid. España. 1999.

TAYLOR, S. y BOGDAN, R. Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación. Ed. Paidós, Barcelona. 1992.

ULLOA CH., Fresia. "Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes". Revista Chilena de Pediatría. Santiago, Chile. vol. 64, N° 4, julio-agosto, 1993.

WULFF J. Psicoterapia Médica. En: ANGUERA I, editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988.

## **ANEXOS**

### **INSTRUMENTO N° 1**

#### **CUESTIONARIO A PERSONAL MÉDICO**

Este es un instrumento cualitativo de opinión destinado a que los médicos puedan explicar los aspectos de su conducta en la relación médico-niño y sus actitudes hacia los niños hospitalizados, de manera de establecer su influencia en los cambios de estado de ánimo de estos últimos.

Es un instrumento de elaboración propia que guarda relación con los propósitos de la investigación. Se encuentra dividido en dos partes. En la primera parte predominan las preguntas abiertas acerca de la relación médico-paciente, y en la segunda parte, se empleó la escala de opinión de Likert, que permite medir actitudes en las personas entrevistadas. A continuación se presenta el texto del instrumento:

### CUESTIONARIO A PERSONAL MÉDICO

El presente es un cuestionario anónimo, que busca información sobre la relación médico-niño (a). Los datos se utilizarán en una investigación académica (Tesis).

Favor conteste todas las preguntas con letra clara. Gracias

1	Edad
2	Sexo
3	Antigüedad en el Hospital
4	Aparte del título en medicina general, posee otros títulos. Puede enumerarlos:
5	<p>Cuando llega un niño al Hospital puede describir, en general, ¿cuál es su estado anímico? (Puede marcar varias respuestas en las casillas).</p> <p>TRANQUILO TRISTE      ANSIOSO DEPRIMIDO ALEGRE ABURRIDO CANSADO DOLIDO      PREOCUPADO      SERIO      TENSO      CALLADO DESCONFIADO AGRESIVO INQUIETO NERVIOSO      PENSATIVO IRRITABLE      LLORANDO TEMEROSO</p>
6	Cuando atiende a un niño como paciente, ¿puede describir los problemas que se le presentan a usted como médico?
7	¿Algún momento llego a pensar que su trato generó en el niño un sentimiento de tristeza?
8	¿Con algún paciente niño usted llego a preocuparse por resolverle algún problema afectivo que acompañaba a la enfermedad?
9	<p>Cuando un niño abandona el Hospital puede describir cuál es su estado anímico? (Puede marcar varias respuestas en las casillas).</p> <p>TRANQUILO TRISTE      ANSIOSO DEPRIMIDO ALEGRE ABURRIDO CANSADO DOLIDO      PREOCUPADO      SERIO      TENSO      CALLADO DESCONFIADO AGRESIVO INQUIETO NERVIOSO      PENSATIVO IRRITABLE      LLORANDO TEMEROSO</p>

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

<b>Marque con una "X" la casilla que más se acerca a su punto de vista:</b>					
10	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el dolor de su enfermedad				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
11	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es la comida del hospital				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
12	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el trato de la enfermera				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	<b>En</b> desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
13	Lo que más influye en el <b>estado</b> de ánimo del niño hospitalizado es el trato impersonal del <b>médico</b> , falta de afecto y masivo				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	<b>En</b> desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
14	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el alejamiento de sus padres				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
15	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el ambiente desconocido				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo
16	Lo que más influye en el estado de ánimo del niño hospitalizado es el tipo de tratamiento que recibe				
	Absolutamente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	<b>En</b> desacuerdo	Absolutamente en desacuerdo

**INSTRUMENTO N° 2**  
**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

Sala N°	Óptimo	Adecuado	Inadecuado	Total
1 Personalidad del médico para la relación				
Personalidad de la enfermera para la relación				
3 Trato del médico para la relación				
4 Trato de la enfermera para la relación				
5 Visita familiar al niño				
6 Relación familia médico				
7 Relación familia enfermera				
8 Relación afectiva del médico para la relación				
9 Relación afectiva de la enfermera para la relación				
10 Tratamiento en relación al estado de ánimo				
11 Ambiente y estado de ánimo				
12 Comida y estado de ánimo				
Total				

La Guía de Observación es un instrumento que permite recoger información en base a una escala, donde, mediante la observación, se puede establecer si el ítem en cuestión es desarrollado por el médico o la enfermera adecuadamente o no.

Los criterios de calificación empleados fueron:

- 2            óptimo,
- 1            adecuado y
- 0            inadecuado.

Dependiendo de cada ítem, se procede a anotar en cada casilla en puntaje respectivo. Este es un instrumento que evalúa al personal médico y no al niño.

Una vez que se ha realizado el puntaje de cada ítem, se suma y se sacan los promedios respectivos de cada prueba, de manera de poder establecer calificaciones promedio. Los criterios de calificación para cada ítem se detallan a continuación:

Para establecer con los aspectos de la personalidad del médico que influye sobre el estado de ánimo del niño se tomó en cuenta los siguientes criterios:

- a) Personalidad amable, comunicativa, empática, jovial se califica con puntaje de 2
- b) Personalidad seria, comunicativa pero formal, se califica con puntaje de 1
- c) Personalidad fría, seca distante, con una comunicación vertical se califica con puntaje de 0

La misma situación de calificación se aplica para las enfermeras.

En cuanto al trato del médico para la relación se establece lo siguiente:

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

- a) Atención detallada, paciente, comunicación horizontal con el niño, preguntas directas y concretas se califica con puntaje de 2.
- b) Atención distante, superficial y ligera, con escasa comunicación con el niño, con preguntas obvias se califica con puntaje de 1.
- c) Atención torpe, sin interés por la situación, con comunicación vertical con el niño, sin preguntas sobre su estado se califica con puntaje de 0.

La misma situación de calificación se aplica para las enfermeras.

En cuanto a la relación familia médico se establecen los siguientes criterios:

- a) Comunicación horizontal con la familia, explicación del problema de salud del niño en detalle, preocupándose que se comprenda en cuadro de enfermedad y el tratamiento, buscando involucrar a la familia en el mismo mediante su participación en la procura de medicamentos, atención y afecto de la familia con el niño, se califica con puntaje de 2
- b) Comunicación horizontal con la familia pero superficial, cumpliendo con esta relación por cumplir, sin interesar mucho si la familia participa del tratamiento, se califica con puntaje de 1

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

- c) Comunicación vertical con la familia del niño o ausencia de la misma se califica con puntaje de 0

La misma situación de calificación se aplica para las enfermeras.

En cuanto a la relación afectiva del médico para la relación se establece los siguientes criterios:

- a) El médico expresa sentimientos de afecto, solidaridad, respeto e incluso cariño con el niño, se califica con puntaje de 2
- b) El médico expresa sentimientos superficiales de solidaridad con el niño, con preguntas obvias se califica con puntaje de 1
- c) El médico no expresa sentimientos de afecto, solidaridad, respeto con el niño, se califica con puntaje de 0

La misma situación de calificación se aplica para las enfermeras.

En cuanto al tratamiento en relación al estado de ánimo establecen los siguientes criterios:

- a) El médico o la enfermera se preocupan por el estado de ánimo del niño hospitalizado y le hacen conocer esta preocupación para ver las

FACTORES DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y PROPUESTA MODELO DE INTERVENCIÓN

causas y buscar juntos las soluciones a las mismas, se califica con puntaje de 2 si se presenta esta situación.

- b) El médico o la enfermera muestran algo de preocupación por el estado de ánimo del niño y tratan secundariamente de solucionarlo, se califica con puntaje de 1.
- c) El médico o la enfermera no expresa interés alguno sobre la situación de estado de ánimo del niño hospitalizado y se califica con puntaje de 0.

Hasta aquí, se califican con puntajes del 2 al 0 aspectos de la relación medico-niño. A continuación, los siguientes dos ítemes corresponden al contexto hospitalario.

En cuanto al ambiente y el estado de ánimo se califica:

- a) Se ha procedido al textuado del ambiente donde se encuentran los niños, correspondiendo al uso de colores alegres, imágenes que levantan el estado de ánimo y otros detalles significativos a este propósito, se califica con 2 de puntaje.
- b) El textuado del ambiente no es adecuada, los colores son fríos, hay poco material visual que estimula el estado de ánimo, se califica con

1 de puntaje.

- c) Inexistencia de textuado del ambiente, colores fríos generan tristeza, se califica con 0 de puntaje.

La ingesta de alimento surte un efecto no sólo de nutrición sino también de satisfacción influyendo sobre el estado de ánimo. En el caso de la comida se procede de la siguiente manera:

- a) Gusto por la comida, sentimiento de satisfacción y placer, se califica con 2 de puntaje.
- b) Sentimiento de satisfacción por la alimentación, se califica con 1 de puntaje.
- c) Rechazo a la comida, no por sus componentes nutricionales sino por su presentación y sabor, se califica con 0 de puntaje.

### INSTRUMENTO N° 3

#### ESCALA DE OBSERVACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN <sup>(52)</sup>

	Aspectos a tomar en cuenta	SI	NO
1	Sudoración (manos, frente)		
2	Llanto (también ojos humedecidos)		
3	Respiración agitada, entrecortada a suspiros		
4	Agresión verbal y agresión física (resistencia física, manotazos, golpes, patadas)		
5	Voz temblorosa o tartamudeo		
6	Distracción (no presta atención a lo que se le dice, no mira a la cara cuando se le habla, mira alrededor de la habitación)		
7	Apego a los adultos (dice que no se quiere separar de sus padres o se agarra a ellos)		
8	Habla de volver a casa (quiere ir a jugar, quiere ir a la escuela, quiere volver hacer lo de siempre)		

La escala, al ser un instrumento adaptado, se califica de manera simple con el 1 en la casilla del si o del no. Para los fines de resultados, sólo se contabiliza los 1 de la casilla del si.

---

<sup>52</sup> Ortígosa, J. M. y Méndez, F. X., Influencia del tipo de hospitalización en el niño. IV Congreso internacional sobre Conductismo y Ciencias de la Conducta. 18-21 de Noviembre, 1998. Sevilla, España. 1998

