

ANÁLISIS DE LA COMUNICACION DOCTOR-PACIENTE: UNA EVALUACION DESDE EL PUNTO DE VISTA MATERNO EN SETTINGS HOSPITALARIOS

M. Consuelo Roldan(1)
Universidad de Valencia

RESUMEN

En el presente trabajo presentamos resultados referentes a la evaluación que madres en período postparto hospitalario, realizan de los servicios médicos y asistenciales que reciben sus hijos recién nacidos así como de la comunicación médica, en el setting hospitalario. La evaluación se realiza en función del grado de información materna poseído en torno a aspectos concretos referidos al estado de salud y rutina hospitalaria seguida con el hijo (pruebas funcionales, pruebas bioquímicas, afección, etiología, tratamiento). Se discuten las fuentes de información utilizadas por la mujer en el setting hospitalario así como la baja comunicación existente entre el cuerpo médico y la madre en torno a aspectos considerados de rutina hospitalaria.

PALABRAS CLAVES: Hospitalización, comunicación médico-enfermo.

SUMMARY

Results of evaluation of medical care to newborn by mothers in postpartum, and of medical communication in hospital setting are presented. Mother's information about newborn's health and medical routine are evaluated (functional and biochemical tests, etiology, treatment). Information sources used by mothers in hospital

setting and the low levels of communication between medical staff and mothers about hospital routine are discussed.

KEY WORDS: Psychology of hospitalizacion, comunicacion physician-diseased, medical psychology.

INTRODUCCION

En un estudio llevado a cabo con pacientes de diversa índole (PENDLETON, 1981) se les preguntó a éstos acerca de qué elementos, según su opinión, caracterizaban a la "buena" o "mala" consulta médica respectivamente. A partir de los resultados obtenidos se observó claramente que para que la consulta fuese evaluada de positiva no solamente la medicina clínica impartida tenía que ofrecer un alto estándar de calidad y tecnología sino que además la comunicación entre doctor y paciente debía ser satisfactoria (los pacientes desean ser escuchados y atendidos por su médico, desean intervenir en las decisiones respecto a la propia salud, expresan la importancia concedida a una buena comunicación con el médico).

Actualmente y desde diversas opciones sociocomportamentales, se viene reconociendo la importancia que los elementos psicosociales ejercen en el desarrollo de toda consulta médica. Esta es entendida como un proceso de influencia social recíproca en el que cada uno de los miembros intenta influirse mutuamente (JASPARS y col.1983). Ningún cambio en el sistema de creencias y/o comportamientos relacionados con el área de la salud tendrá lugar si la comunicación se ve alterada. Y ésta se ve en su desarrollo obstaculizada por múltiples factores.

Al respecto se ha señalado cómo los pacientes presentan un deficiente conocimiento de conceptos médicos básicos (BOYLE, 1970; COLE, 1979) y en ciertos trabajos ello se relaciona con un bajo consumo de asistencia médica, con la nula o escasa cooperación con los tratamientos médicos prescritos, y con la no realización de comportamientos preventivos positivos para la salud del individuo.

PENDLETON (1979) sobre un total de 920 consultas analiza las respuestas de 23 médicos generales encontrando que las variables que, desde el punto de vista médico, mejor predijeron la presencia de dificultades durante la comunicación, se referían al grado en que el médico se percibía a si mismo y al paciente sintiéndose

tensos. En un estudio posterior (PENDLETON y col. 1981) se observó que las dificultades manifestadas se centraban fundamentalmente en torno a dos aspectos: al comunicarse con el paciente (a pesar de que el paciente prestaba atención a la información médica no se le podía persuadir de la conveniencia de una acción determinada), y en segundo lugar, referidas a la comunicación procedente del paciente (el paciente daba escasa información; utilización de un código distinto y poco familiar para el médico; distinta extracción social; presencia de interferencias cognitivas -el paciente presentaba simultáneamente más de un problema confundiendo así al médico-, y/o de tipo emocional -ansiedad, timidez nerviosismo- en la transmisión de información).

Otra línea de trabajos presenta resultados demostrativos de que los pacientes a menudo fallan en la comprensión y recuerdo de la información médica recibida (LEY, SPELMAN, 1967; LEY, 1977; 1979). Ello se ha relacionado causalmente con los altos índices de insatisfacción manifestados por los pacientes con la comunicación médica y de no cooperación con el tratamiento y/o prescripciones médicas apuntados en numerosos estudios. Posteriormente (LEY, 1983) se amplía el modelo propuesto incorporándose como variables determinantes del cumplimiento y colaboración con los servicios médicos, además de las propias de la comunicación, factores relacionados con la complejidad y duración del tratamiento a seguir, con el comportamiento mostrado por el médico durante la interacción clínica mantenida con el paciente, y con la percepción que el paciente posee sobre la gravedad de la afección así como su vulnerabilidad ante ella.

Otro tipo de variables que se han relacionado con la existencia o no existencia de comportamientos relacionados con la salud (acciones preventivas así como utilización de servicios médicos, cumplimiento y cooperación con tratamientos prescritos) se refieren al locus de control característico del individuo así como a las explicaciones causales que éste mantiene sobre la afección (JASPARS y col., 1981). Los individuos con un alto locus de control externo tienden a mostrar un menor control personal y una mayor dependencia del médico en relación a la propia salud. Por el contrario, los sujetos caracterizados por un alto locus de control interno muestran con mayor frecuencia conductas positivas en el mantenimiento de la propia salud. Ello posee implicaciones en la comunicación doctor-paciente, y muy en particular, en la mejora del cumplimiento y cooperación con los servicios médicos y asistenciales. Se sugieren programas de tratamiento que enfatizen la propia responsabilidad y fomenten una más activa participación del paciente en la toma de decisiones con respecto a la salud. Con referencia a las atribuciones que el sujeto hace a los problemas de salud varios trabajos sugieren que constituyen un factor crucial en la concepción que el sujeto posee de sí mismo como de "enfermo", en la determinación de la búsqueda de ayuda y asisten-

cia médica, así como en la interacción mantenida con el médico (RODIN, 1978).

Al hilo de lo expuesto hemos ido revisando una serie de trabajos y orientaciones que tratan de identificar y analizar variables y correlatos de tipo psicosocial que pueden dificultar la comunicación doctor-paciente, y que poseen importantes repercusiones en el área de la salud. El presente trabajo se enmarca dentro de esta línea de investigaciones e intenta ser una primera aproximación descriptiva acerca de la evaluación que madres en período postparto hospitalario realizan de los servicios médicos y asistenciales pediátricos recibidos por sus hijos recién nacidos así como del conocimiento que éstas poseen sobre procedimientos hospitalarios rutinarios realizados con los mismos. Se trata de una evaluación totalmente subjetiva no habiéndose contrastado la opinión materna con la del personal médico ni con observaciones directas de la conducta muestreada. Lo que intentamos es explorar la percepción subjetiva que la madre posee, lo que no quiere decir, en principio, que la información dada por la madre sobre el estado y rutina hospitalaria seguida con el hijo vaya a ser, en principio, la correcta. Con lo cual nos estamos moviendo a un nivel de análisis de creencias en donde lo que prima es lo que las madres creen que se está haciendo con su hijo. No se trata de evaluar la certeza extrínseca de esta creencia sino, más bien, en función del convencionalismo característico de la psicología de la atribución, se trata de evaluar las repercusiones que lleva consigo el que las madres creen o no creen que se está haciendo algo con su hijo.

METODO Y SUJETOS

En el estudio han participado voluntariamente 166 mujeres, de las cuales 144 son parturientas hospitalizadas en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de Valencia, y las 22 restantes son mujeres con hijos recién nacidos que se encuentran recibiendo asistencia médica intensiva, estando ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (Sección Neonatos) en el mismo centro hospitalario ya mencionado.

Con respecto a una serie de características definitorias de la muestra encontramos un predominio de mujeres con menos de 30 años de edad (el 28%), estando casi todas exclusivamente casadas (el 95%), y con una composición más equilibrada por lo que respecta al desempeño de una profesión (el 57% son amas de casa y el resto desempeña profesiones fuera del hogar) y a la paridad (poco más de la mitad son primíparas).

La valoración de la información y de la asistencia que la madre realiza acerca de las prácticas hospitalarias seguidas con el hijo recién nacido se ha realizado a partir de las respuestas da-

das a la Entrevista sobre la Asistencia Médica, ya descrita en otros trabajos (PELECHANO, 1981; ROLDAN, 1982). Las respuestas fueron obtenidas en sesión de entrevista individual y la mayoría de ellas en la propia habitación donde la madre se encontraba hospitalizada.

RESULTADOS

Presentamos a continuación los resultados obtenidos al utilizar como criterio ordenador de los mismos el grado de información que las madres dicen poseer sobre el estado del hijo recién nacido. En función de este criterio se analiza el efecto que tal diferenciación conlleva sobre la evaluación materna de la comunicación y asistencia médica y asistencial recibida en el setting hospitalario. Así, por ejemplo, las madres que se autocalifican con conocimiento exacto de la afección que dicen que su hijo presenta, ¿están realizando más preguntas, recibiendo más explicaciones del personal médico, comprenden mejor la información recibida que aquellas madres que manifiestan no tener un conocimiento exacto al respecto?.

Antes de pasar a la exposición de los resultados hemos de hacer algunas observaciones: 1) La estructura de la entrevista sobre la asistencia médica es tal que en ciertas preguntas existen unos puntos de decisión en función de la respuesta materna y según sea dicha respuesta "el curso" de la entrevista sigue por unos puntos determinados o se pasan a otros más avanzados de la misma. Este hecho da lugar a que el número total de mujeres analizadas dentro de cada bloque informativo haya variado; 2) La división de los sujetos en grupos dentro de cada bloque informativo no implica, en principio, un número igual de sujetos en cada agrupación; 3) Los factores evaluados dentro de cada bloque informativo no se mantienen constantes en los distintos bloques analizados. De modo que, en función de la posición ocupada por el bloque dentro de la entrevista el número de factores evaluados es distinto. Y así, el análisis correspondiente al bloque denominado "tratamiento" (pregunta número 22 de la entrevista) conlleva una mayor cantidad de factores evaluados que en el caso de "pruebas funcionales" (pregunta número 2); 4) Los factores analizados son todos lógicos no habiéndose realizado análisis factorial de los mismos. Además, cada factor representa una pregunta de la entrevista; 5) Los cuadros de presentación de los resultados solo ofrecerán aquéllos que hayan resultado ser estadísticamente significativos.

Primer bloque informativo: Información materna sobre "pruebas de carácter funcional" realizadas con el hijo

Es rutina hospitalaria que todo recién nacido sea sometido a una exploración médica y como parte de ésta se realizan una serie

de pruebas con el fin de poner a prueba el funcionamiento de los distintos sistemas y aparatos del organismo (sistema nervioso, cardiovascular, genital, muscular, pulmonar, etc.) para llevar a cabo una valoración global del estado del recién nacido. Estas pruebas se realizan diariamente (hasta el alta hospitalaria materna) en presencia de la madre y los datos hallados son consignados y actualizados en el historial clínico del recién nacido.

En este punto de la entrevista (pregunta número dos) pedíamos a la madre que evaluara su conocimiento acerca de dichas pruebas. Las posibles respuestas son "si"/"no". Para cada una de estas alternativas existe a su vez un abanico de preguntas paralelas: si lo ha preguntado, si se lo han explicado, (y caso de que se lo hubiesen explicado) estimación de la suficiencia de las explicaciones, si ha entendido dichas explicaciones, si le interesa conocer dichas pruebas, si cree que es misión del médico el dar explicaciones acerca de ello, y asimismo si posee fuentes de información no médicas al respecto.

A este bloque informativo han respondido un total de 112 madres de las cuales 48 se califican de conocedoras de dichas pruebas mientras que las 64 restantes declararon no poseer una información clara y exacta al respecto. De las nueve variables evaluadas solo ha resultado una ser estadísticamente significativa: las madres conocedoras emiten una mayor cantidad de información al respecto que aquellas que se califican de no conocedoras.

Señalar que del total de las madres que han respondido a este bloque informativo solo cinco de ellas (el 4.5%) están preguntando y/o recibiendo explicaciones médicas al respecto. Este hecho de casi total ausencia de información a partir de fuentes médicas contrasta con la opinión casi extendida entre las madres de desear recibir información así como que provenga de fuentes médicas.

Segundo bloque informativo: Información materna sobre "pruebas de tipo bioquímico" realizadas con el hijo

También es rutina hospitalaria, como parte de toda exploración neonatal, el llevar a cabo una serie de pruebas para medición de distintos parámetros bioquímicos (nivel de bilirrubina, grupo Rh sanguíneo, nivel de hematocritos, test de Coombs, etc.) con el fin de valorar el estado del recién nacido así como también detectar y/o confirmar la presencia de posibles anomalías. Estas pruebas se realizan al menos una vez (en el momento del nacimiento del niño) y si se sospecha la presencia de anomalía entonces se llevan a cabo periódicamente con el fin de determinar su existencia y como control de la evolución de la afección. Los resultados también son consignados y actualizados en el historial clínico del recién nacido.

Con el fin de evaluar el conocimiento materno acerca de tales pruebas, se le cuestionaba (pregunta número 4 de la entrevista) si sabían si se estaban realizando (o si se habían realizado) pruebas del tipo mencionado con su hijo. Existen cuatro posibilidades de respuesta en función de las cuales son agrupadas las madres: A) madres que dicen ser conocedoras de dichas pruebas y que saben en qué consisten exactamente; B) madres conocedoras de su existencia pero con conocimiento inexacto de las mismas; C) madres que dicen tener la certeza de que su hijo no está siendo sometido a dichas pruebas; D) madres indecisas, no saben si se están realizando o no estas pruebas.

En función del tipo de respuesta dada se le hacían a su vez preguntas concretas sobre aspectos colaterales a dichas pruebas. Los grupos A y B conllevan preguntas en paralelo: si han preguntado, si se lo han explicado (y caso afirmativo), si éstas han sido suficientes, si se habían entendido, si tiene interés por conocerlas, si cree que es misión del médico el dar explicaciones sobre ello, y si hay fuentes de información extramédicas acerca del tema. En el grupo C son eliminadas las preguntas sobre la suficiencia y la comprensión de las explicaciones. En el grupo D solo se les cuestionaba sobre el interés en conocer y sobre la misión informativa del médico. De modo que el número de factores analizados sobre los que son comparados los respectivos grupos varía en función del tipo de comparación intergrupala efectuada.

El número total de sujetos que responden a este bloque informativo es de 154 de los cuales, 57 pertenecen al grupo con conocimiento y exacto, 55 al de conocimiento aunque inexacto, 25 son sujetos con conocimiento de la inexistencia de tales pruebas, y 17 son madres indecisas.

Los resultados diferenciales obtenidos se encuentran recogidos en el cuadro número 1., que comentamos a continuación.

1. Los grupos con conocimiento de la existencia de dichas pruebas aunque difiriendo en el grado de exactitud de la información poseída (comparación intergrupala A-B del cuadro) son comparados en 10 variables de las cuales resultan 3 significativas: las madres con conocimiento y exacto dicen recibir más explicaciones del personal médico así como emiten una mayor cantidad de información al respecto que aquellas madres que no tienen una idea clara, aunque estas últimas afirman comprender mejor las explicaciones recibidas.

En este caso, del número total de madres pertenecientes a los dos grupos comparados solo 43 (el 38%) han preguntado y/o recibido explicaciones del cuerpo médico, contrastando esto con la opinión casi extendida de desear conocer la naturaleza y función de estas pruebas.

CUADRO Nº 1: INFORMACION MATERNA SOBRE PRUEBAS DE TIPO BIOQUIMICO REALIZADAS CON HIJOS Y EVALUACION DE LA ASISTENCIA MEDICA Y ASISTENCIAL. La explicación en el texto.

	A-B	A-D	A-C	B-D	B-C	D-C
Lo ha preguntado	-	0.002	(a)	0.002	(a)	(a)
Se lo han explicado	0.002	0.002	(a)	0.002	(a)	(a)
Comprensión explicaciones	-0.05	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Interés en saber	-	-0.002	-	-0.05	-	-0.10
Misión del médico	-	-	-	-0.10	-0.05	-
Fuentes no médicas	-	0.002	(a)	0.002	(a)	(a)
Cantidad de conocimientos sobre "pruebas bioquímicas"	0.002	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)

NOTA: En la primera columna, los nombres de los factores que han resultado significativos; en las siguientes, los valores de los niveles de significación correspondientes a las diversas comparaciones. (A) = Grupo de madres con conocimiento exacto de las pruebas; (B) = Grupo de madres con conocimiento inexacto de las pruebas; (C) = Grupo de madres con certeza subjetiva de la inexistencia de tales pruebas; (D) = Grupo de madres indecisas. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa se ha puesto un guión. (a) = indica que esa comparación no procede en el factor en cuestión.

2. El grupo de madres indecisas es comparado por un lado, con el grupo con conocimiento exacto (comparación A-D), y por otro, con el grupo con conocimiento aunque inexacto (comparación B-D). Las dos comparaciones se hacen sobre las mismas siete variables de las cuales cuatro resultan significativas en el primer caso, y cinco lo son en el segundo: en ambos casos las madres indecisas preguntan menos, reciben menos explicaciones, así como están en posesión menor de fuentes extramédicas aunque muestran un mayor interés por conocer; y caso de ser comparadas con las madres con conocimiento aunque inexacto, opinan en mayor medida que estas cuestiones deberían ser explicadas por el médico.

También en este caso el número de madres que hacen preguntas es realmente bajo. De hecho de las 17 madres que se califican de no conocedoras de lo que está pasando ninguna de ellas ha realizado preguntas, ni ha recibido explicaciones del cuerpo médico al respecto, aunque por contrapartida todas ellas manifiestan interés por conocer.

3. El grupo de madres con certeza de que su hijo no está siendo sometido a ninguna prueba es comparado, por un lado, con las madres que dicen tener conocimiento y exacto sobre las pruebas (comparación A-C) y por otro, con las madres que dicen tener conocimiento de la existencia de las pruebas aunque no saben exactamente en qué consisten (comparación B-C). Las comparaciones se efectúan sobre las mismas seis variables. La primera comparación intergrupala no arroja ninguna diferencias significativa mostrándose los dos grupos indistinguibles entre sí por lo que respecta a la evaluación de la asistencia médica y asistencial. La segunda, se diferencian con respecto a la variable misión del médico.

4. El grupo de madres indecisas y el de madres con certeza de la inexistencia de tales pruebas (comparación D-C) son comparados sobre cuatro variables de las cuales solo una resulta ser significativa y de baja intensidad ($p < 0.10$): las madres indecisas manifiestan un menor deseo de conocer exactamente el contenido y finalidad de las pruebas que el grupo de madres con la certeza subjetiva de la inexistencia de tales pruebas.

Resumiendo, en este bloque informativo, las madres que poseen cierta información (con mayor o menor exactitud) acerca de las pruebas de tipo bioquímico realizadas con el hijo se presentan como sujetos que realizan más preguntas así como recibiendo más explicaciones del cuerpo médico. Asimismo, se hallan en posesión de información al respecto que ha sido obtenida a través de medios no estrictamente médicos durante el período temporal correspondiente a la hospitalización o bien en una época anterior a ésta.

Tercer bloque informativo: Información materna sobre la afección del hijo recién nacido

Llegados a este punto de la entrevista cuestionábamos a la madre si su hijo tenía algún tipo de afección. En caso de una percepción negativa se pasaba a otro punto más avanzado de la entrevista. En caso de respuesta positiva se le preguntaba si sabía exactamente en qué consistía la afección presentada por el hijo. Existen dos posibilidades de respuesta: "si/no". Treinta y una madres respondieron afirmativamente mientras que 25 lo hicieron negativamente. En los dos grupos se realizaban una serie de preguntas paralelas: grado de conocimiento poseído sobre la afección, cómo se adquirió esa información (preguntar, recibir explicaciones del cuerpo médico, suficiencia y comprensión de las explicaciones recibidas, interés en saber, papel del médico como agente informador, así como existencia de posibles fuentes extramédicas).

Los resultados obtenidos se encuentran recogidos en el cuadro número 2., y de entre los 15 factores evaluados 9 han arrojado

CUADRO Nº 2: INFORMACION MATERNA SOBRE LA "AFECCION" DEL HIJO Y EVALUACION DE LA ASISTENCIA MEDICA Y ASISTENCIAL. La explicación en el texto.

	(A)			(B)			n.s.
	\bar{X}	D.T.	N	\bar{X}	D.T.	N	
Se lo han explicado	1.83	0.52	81	1.36	0.95	25	0.01
Explicaciones insuficientes	0.55	0.82	29	1.44	0.92	18	-0.002
Misión del médico	1.87	0.42	31	2.00	0.00	25	-0.10
Fuentes no médicas	0.51	0.88	31	0.08	0.40	25	0.01
Insatisfacción con información recibida	0.41	0.76	31	0.88	0.97	25	-0.05
Dificultad en comprensión explicaciones	0.74	0.96	31	1.24	0.97	25	-0.10
Deseo de recibir una mejor información	1.22	0.99	31	1.80	1.00	25	-0.05
Cantidad de información sobre "afección"	4.67	3.48	31	2.76	2.40	25	0.05
Cantidad de información sobre "pruebas funcionales"	6.00	4.17	8	2.20	2.82	10	0.05

NOTA: En la primera columna los nombres de los factores que han resultado significativos. (A) = Grupo de madres con conocimiento exacto de la afección; (B) = Grupo de madres con conocimiento inexacto de la afección; \bar{X} = Media; D.T. = desviación típica; N = número de sujetos; n.s. = nivel de significación. El signo indica el sentido de la comparación.

diferencias significativas.

1. Las madres que dicen saber en qué consiste exactamente la afección del hijo reciben más explicaciones del personal médico como también poseen más información desde fuentes no médicas al respecto.

2. Estas mismas madres aparecen como sujetos más informados: poseen mayor cantidad de información no solo en lo que atañe es-

trictamente a la enfermedad del hijo sino también en "las pruebas funcionales" dónde emiten una mayor cantidad de información.

3. Por el contrario, las madres que dicen no saber exactamente en qué consiste la afección del hijo, parecen que se estén quejando de este hecho: opinan que las explicaciones recibidas han sido insuficientes, que el médico debería informar en mayor medida sobre estos aspectos, se muestran más insatisfechas con la información recibida, y presentan una mayor dificultad a la hora de comprender la información que les es transmitida.

4. En este caso se registra un aumento del número total de madres que pregunta y/o recibe explicaciones a partir de fuentes médicas: en el 84% del total de las madres se dá este hecho.

Cuarto bloque informativo: Información materna sobre la causa asociada a la afección

Un cuarto aspecto indagado por la entrevista se refiere al conocimiento de la causa(as) que se atribuyen como responsable de la afección que el hijo presenta. Treintay una madres respondieron que sí tenían conocimiento exacto del tema y 26 lo hicieron negativamente. A continuación se explora de modo paralelo en ambos grupos aspectos concretos relacionados con la adquisición de ese conocimiento, cantidad poseída, así como interés por conocer y misión atribuida al médico.

Los resultados obtenidos se encuentran recogidos en el cuadro número 3. De los 20 factores evaluados solo 6 presentan diferencias significativas.

1. Las madres con conocimiento exacto reciben mayor número de explicaciones médicas así como también poseen mayor cantidad de información al respecto desde fuentes no médicas.

2. Asimismo las madres con conocimiento exacto emiten una mayor cantidad de información al respecto aunque, a diferencia del caso anterior, no aparecen como sujetos más informados en otros aspectos explorados por la entrevista. La mayor cantidad de información solo se registra en "etiología".

3. Las madres que no saben en qué consiste exactamente la etiología muestran también, en este caso, evaluaciones más negativas acerca de la asistencia e información recibidas en el setting hospitalario (opinan que las explicaciones recibidas han sido más insuficientes, muestran un mayor interés por conocer) así como mayores dificultades en comprender la información que les es transmitida.

4. En este caso, el número total de madres que están preguntan

**CUADRO Nº 3: INFORMACION MATERNA SOBRE "CAUSA" ASOCIADA A AFEC-
CION Y EVALUACION DE LA ASISTENCIA MEDICAY ASISTEN-
CIAL. La explicación en el texto.**

	(A)			(B)			n.s.
	X	D.T.	N	X	D.T.	N	
Se lo han explicado	1.73	0.69	30	0.53	0.90	26	0.002
Explicaciones insu- ficientes	0.30	0.68	26	0.85	1.06	7	-0.20
Comprensión explica- ciones	1.80	0.56	26	2.00	0.00	7	-0.10
Interés en saber	1.50	0.86	30	2.00	0.00	26	-0.002
Fuentes no médicas	0.40	0.81	30	0.07	0.39	26	0.05
Cantidad de conoci- mientos sobre "causa"	2.06	1.33	30	0.57	1.52	26	0.002

NOTIA: En la primera columna los nombres de los factores que han resultado signifi-
cativos. (A) = Grupo de madres con conocimiento exacto de la causa; (B) =
Grupo de madres con conocimiento inexacto de la causa; \bar{X} = Media; D.T. =
Desviación típica; N = Número de sujetos; n.s. = Nivel de significación. El
signo indica el sentido de la comparación.

do y/o recibiendo explicaciones del personal médico es del 59%.
También en este caso, las madres manifiestan su deseo de recibir
información y que provenga de fuentes médicas.

**Quinto bloque informativo: Información materna acerca del trata-
miento llevado a cabo con el hijo**

Un último aspecto informativo explorado por la entrevista se
refiere al conocimiento que la madre dice poseer acerca del trata-
miento llevado a cabo con el hijo. Se preguntaba a la madre si su
hijo estaba recibiendo y/o había recibido algún tipo de tratamien-
to. Existen cuatro posibilidades de respuesta: A) madres que sa-
ben que su hijo está recibiendo tratamiento y que dicen saber en
qué consiste exactamente; B) madres que afirman que su hijo está
recibiendo tratamiento pero que no saben en qué consiste exacta-
mente; C) madres que afirman que su hijo no está recibiendo trata-
miento alguno; D) madres indecisas, que no saben si su hijo está
recibiendo o no algún tratamiento. En los dos primeros casos se
explora, a continuación, tanto la precisión de la información que

dicen poseer, sus fuentes, modo de obtención (pregunta y/o explicación), grado de interés en conocer y si cree que es misión del médico el informar sobre ello.

El número total de sujetos que han respondido a este bloque informativo ha sido de 151 de los cuales, 25 pertenecen a la primera categoría de respuestas, 20 a la segunda, 81 a la tercera y 25 a la cuarta categoría.

Los resultados obtenidos se encuentran en el cuadro número 4.

1. Los grupos con conocimiento de existencia de tratamiento (comparación A-B del cuadro) son comparados sobre 25 factores de los cuales 5 resultan significativos: las madres con conocimiento y exacto se presentan como sujetos más informados en otros aspectos (afección y causa asociada a ésta) que aquellas madres que dicen no conocer exactamente en que consiste el tratamiento. De igual modo, el primer grupo de madres reciben más explicaciones concretas del personal médico y perciben esta información como más poco operativa a la hora de interactuar y prestar ayuda al hijo recién nacido, mientras que el segundo grupo acusan la falta de información mostrando mayores deseos de recibir más información en general.

2. El grupo de madres indecisas es comparado con las madres que dicen saber que su hijo está recibiendo tratamiento. Se realizan dos comparaciones en función del grado de conocimiento poseído: con las madres que declaran un conocimiento exacto (comparación A-D) y con las que declaran no tener un conocimiento claro y exacto al respecto (comparación B-D). Las dos comparaciones se efectúan sobre 22 factores que cuestionan la evaluación de la asistencia médica recibida. En la primera comparación se detectan 5 factores significativos, mientras que en la segunda son 8 los detectados. En ambos casos, las madres con conocimiento de la existencia del tratamiento se presentan realizando más preguntas, recibiendo más explicaciones del personal médico (de hecho ninguna de las madres indecisas dice tener información al respecto desde fuentes médicas) y con un mayor conocimiento de que su hijo está siendo sometido a "pruebas de tipo bioquímico".

Como resultados específicos de cada comparación, las madres indecisas con respecto a las madres con conocimiento aunque inexacto del tratamiento se presentan como sujetos más informados en otros aspectos no relacionados directamente con el tratamiento (mayor cantidad de información sobre "afección" y "causa") así como perciben la información médica recibida de más inútil y poco práctica.

3. El grupo de madres con certeza de que el hijo no está bajo tratamiento alguno es comparado por un lado, con las madres que

CUADRO Nº 4: INFORMACION MATERNA SOBRE EL "TRATAMIENTO" SEGUIDO CON EL HIJO Y EVALUACION DE LA ASISTENCIA MEDICA Y ASISTENCIAL. La explicación en el texto.

	A-B	A-C	A-D	B-C	B-D	C-D
Lo ha preguntado	-	(a)	0.002	(a)	0.05	(a)
Se lo han explicado	0.05	(a)	0.002	(a)	0.002	(a)
Interés en saber	-	-	-	-0.10	-	-
Misión del médico	-	-	-	-	-	-0.05
Fuentes no médicas	-	(a)	0.002	(a)	0.05	(a)
Deseo de recibir mayor información	-0.05	-	-	-	-	-
Dificultad en comprensión explicaciones	-	-0.10	-	-	-	-
Insuficiente el tiempo empleado en dar explicaciones	-	-	-	-	0.10	-
Inutilidad de la información recibida para con el hijo	0.10	-	-	-0.01	-0.05	-
Cantidad de conocimientos sobre "pruebas funcionales"	-	-	0.002	-	-	0.10
Conocimiento de la existencia de pruebas bioquímicas	-	-	0.05	-	0.05	0.10
Cantidad de conocimientos sobre "afección"	0.10	0.10	-	-	-0.05	-0.10
Cantidad de conocimientos sobre "causa"	0.002	-	-	-0.002	-0.05	-
Conocimiento de gravedad de la afección	-	-	-	-	-	0.10

NOTA: En la primera columna, los nombres de los factores que han resultado significativos; en las siguientes, los valores de los niveles de significación correspondientes a las diversas comparaciones. (A)=Grupo de madres con conocimiento exacto del tratamiento; (B)=Madres con conocimiento inexacto del tratamiento; (C)=Madres con certeza de la inexistencia de tratamientos; (D)=Madres indecisas. El signo indica el sentido de la comparación. Caso de no ser significativa se ha puesto un guión. (a)=Indica que esa comparación no procede en el factor en cuestión.

dice tener conocimiento de la existencia de tal tratamiento (comparaciones A-C y B-C del cuadro) y por otro, con el grupo de las indecisas (comparación C-D). Las tres comparaciones se efectúan sobre los mismos 19 factores de los cuales resultan significativos 2, 3, y 5 respectivamente. La mayor diferenciación se da entre las madres con certeza de la inexistencia de cualquier tipo de tratamiento y las madres indecisas (las primeras presentan una mayor cantidad de información acerca de otros aspectos -"pruebas funcionales", "pruebas bioquímicas", gravedad de la afección- no relacionadas directamente con el tratamiento, aunque opinan que el médico debería dar explicaciones acerca del tratamiento como misión específica en mayor medida que las madres indecisas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos descrito resultados referentes a la evaluación que madres en período postparto hospitalario, realizan de los servicios médicos y asistenciales que sus hijos recién nacidos reciben en el setting hospitalario así como de la información médica que sobre estos aspectos reciben. La evaluación se ha realizado en función del grado de información materno en torno a aspectos concretos referidos al estado y rutina hospitalaria seguida con el hijo.

De los resultados obtenidos destacamos los siguientes puntos de interés:

1) El conocimiento exacto del estado de salud y rutina hospitalaria seguida con el hijo recién nacido se presenta relacionado con la posesión de una mayor información (son madres más informadas en varios de los aspectos indagados y relacionados con la salud del hijo) procedente, según el caso, de fuentes médicas y/o extramédicas. Por otro lado, el conocimiento inexacto se asocia a evaluaciones más negativas de los servicios e informaciones médicas recibidas así como a deficiencias en comprensión.

2) La desorientación ante lo que se pueda estar o no llevando a cabo con el hijo (lo que hemos denominado grupo de madres indecisas) se asocia a una menor realización de preguntas y/o recepción de información médica así como (cabe suponer que como consecuencia) a un mayor interés por conocer. Cabe pues pensar que este grupo de mujeres es el que presenta un comportamiento más pasivo ante la interacción informativa mantenida con el personal médico, puesto que no pueden descartar o confirmar la existencia de posibles acciones médicas llevadas a cabo con el hijo.

3) Señalar que las fuentes de información que suele utilizar la madre son no médicas sobre todo en lo que respecta a acciones médicas llevadas a cabo con el hijo y consideradas de rutinarias. En estos casos, el análisis de la información poseída por la ma-

dre revela que suele provenir de las propias compañeras de habitación, por experiencia profesional en el tema, de parientes o amigos, de haberlo oído comentar incidentalmente al personal médico, de haberlo visto casualmente en el historial clínico del hijo, o de lectura de publicaciones más o menos especializadas en el tema.

4) Por último, los resultados obtenidos sugieren la existencia de una baja comunicación entre el cuerpo médico y la parturienta hospitalizada sobre todo en lo que atañe a aspectos considerados de rutina hospitalaria. Estos, al parecer, no son cuestionados por parte de la madre así como tampoco expuestos por parte del cuerpo médico (recordemos que en el caso de "pruebas funcionales" la existencia de comunicación se dió en un 4.5% de los casos, y en "pruebas bioquímicas" en un 38%). Y, desde estos primeros resultados, caso de que el proceso de comunicación desee ser mejorado (las madres, al menos, se manifiestan en este sentido) la necesidad por llevar a cabo estudios sobre este tema con el fin de aislar factores específicos que estarían imposibilitando el que este proceso se llevase a cabo así como fomentar una mayor integración de las pacientes en las cuestiones relacionadas en la rutina y procedimientos hospitalarios. Creemos que intervenciones de este tipo redundarían en beneficio no solo de la propia madre, sino en última instancia, a través de ella, en beneficio del hijo recién nacido.

NOTAS

(1) Agradezco desde aquí, al Dr. Pelechano la dirección y supervisión del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

BOYLE, C.: Differences between patients' and doctor's interpretations of some common medical terms. *Br. Med. J.* 1970, 2, 286-9.

COLE, R.: The understanding of medical terminology used in printed health education materials. *Health Ed. J.* 1979, 38, 111-121.

JASPARS, J., KING, J., PENDLETON, D.: The consultation: a social psychological analysis. En *Doctor-Patient Communication*. (D. Pendleton y J. Haster, eds.). Academic Press. London. 1983.

LEY, P., SPELMAN, M.S.: *Communicating with the patient*. Staples Press. London. 1967.

LEY, P.: Psychological studies of doctor-patient communication. En *Contributions*

- to Medical Psychology. Vol. 1** (S. Rachman, ed.) Pergamon Press, Oxford, 1977.
- LEY, P.: The psychology of compliance. En **Research in Psychology and Medicine. Vol. 2** (D.J. Osborne, M.M. Gruneberg y J.R. Eiser, eds.). Academic Press. London. 1979.
- LEY, P.: Patients' understanding and recall in clinical communication failure. En **Doctor-Patient Communication**. (D. Pendleton y J. Haster, eds.). Academic Press. London. 1983.
- PELECHANO, V.: **El impacto psicológico de ser madre**. Ed. Alfaplús, 1981.
- PENDLETON, D.: Assessing the communication difficulty in general practice consultations. En **Research in Psychology and Medicine. Vol. 2** (D. J. Osborne, M.M. Gruneberg y J.R. Eiser, eds.). Academic Press. London. 1979.
- PENDLETON, D.: **Doctor-Patient Communication**. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Oxford, 1981.
- PENDLETON, D., JASPARS, J.M. y TATE, P.: Doctor-Patient Communication: Difficulties reported by doctors. Trabajo no publicado. Universidad de Oxford. 1981.
- RODIN, J.: Somatopsychics and attribution. *Pers. Soc. Psych. Bull.* 1978, 4, (4), 531-538.
- ROLDAN, M.C.: **Una aproximación a la psicología de las parturientas**. Tesis Licenciatura. Univ. Literaria de Valencia. Mimeo, 1982.