

---

## LA RELACION MEDICO-PACIENTE EN EL CASO DE LOS NIÑOS

**J. M. Paricio Talayeri**

— Pediatra.

— Médico en la Residencia de la S.S. de Gandía.

Todo lo que acaban de oír hasta ahora y lo que van a oír a continuación tiene muy poco sentido dentro de la estructura sanitaria actualmente disponible en España.

Y me explico: es poco creíble hablar de:

— Evitar la hospitalización innecesaria de niños, cuando a nivel de asistencia primaria no se dispone de medios adecuados para controlar enfermedades que, en sí, no requerirían hospitalización.

— Disminuir el trauma psíquico que conlleva el ingreso del niño, permitiendo que los padres permanezcan con ellos, cuando la concepción arquitectónica de nuestros hospitales no lo permite.

— Relación médico-paciente, cuando a nivel de asistencia primaria (actualmente ambulatorios), no se dispone de tiempo ni para la anamnesis.

Es cierto, no obstante, que dentro del degradado sistema en el que tratamos de atender los requerimientos de salud de los niños de nuestra población, debemos, día a día, esforzarnos en respetar al niño como persona y hacer comprensible nuestro discurso a sus padres y a él mismo, tratando de romper ese carisma (señor

doctor), que nos separa de nuestros paisanos.

Para empezar a parchear el sistema, ya que parches no creo sean útiles en este caso, es necesario tener presente a León Felipe cuando en un poema de su «Antología rota» nos recuerda que nunca digamos como el sacristán los rezos, que para enterrar a los muertos cualquiera sirve, cualquiera menos un sepulturero, que no hagan callo las cosas ni en el alma ni en el cuerpo, en nuestro caso: que no hay casos, sino niños.

Y para seguir en materia, hablaremos de la forma y del fondo:

Una consulta de pediatría se debería parecer a cualquier cosa menos a una consulta de pediatría: muchos niños entran aterrorizados a priori, debido a las numerosas torturas a que han sido sometidos en consultorios idénticamente enladrillados, por médicos y enfermeras de idénticas batas blancas, asociadas a prácticas médicas más o menos justificables. No estaría de más cambiar la decoración, tanto del cubículo como personal.

En cuanto al trato con el niño, hay varias cosas que pueden mejorar la relación: si es mayorcito, conviene dirigirse de entrada a él, preguntándole su nombre, edad, qué le ocurre,

---

etc., y en todo caso distraerle del temor a la exploración, haciéndoles hablar, durante la misma, de cosas que les interesan (sus amigos, el cole, sus juegos, la película que han visto, etc.).

Interesa lavarse las manos con agua caliente y tener el fonendoscopio caliente (colgándolo cerca del radiador o dejando que el niño lo manosee antes de auscultarlo).

Puede evitarse, en muchas ocasiones, el mayor temor que suelen tener (el depresor para ver la garganta): niños mayorcitos abren muy bien la boca por sí solos, y en muchas ocasiones, cuando no es indispensable, es mejor hacer sólo como que se la miramos.

El pudor que algunos niños sienten frente a la desnudez, deberá respetarse permitiendo que conserven, durante la exploración, la mínima ropa interior que ellos consideren indispensable.

Conviene explicar a cada niño según su edad lo que vamos a hacer para explorarlo e incluso lo que pensamos que tiene y cómo se va a curar.

La relación con los padres debe ser particularmente atendida:

Interesa hacerse una idea del grado de preocupación con que han venido a la consulta, y aún más: cuál es exactamente su preocupación ya que muchas veces no coincide con la nuestra (o con el problema médico del niño), así, muchas veces el problema para la madre es el rechazo de la alimentación, cuando el niño tiene un catarro febril (hasta el punto de que cuando se le pregunta qué le pasa, contesta «que no me co-

me hace días», y lo que le pasa médicamente es que hace cinco días que tiene fiebre) y hasta que no le expliquemos que es normal que no tenga hambre porque tiene un sarampión, no atenderá las instrucciones acerca del tratamiento.

Otras veces será preciso decirles claramente que no se preocupen que no tiene meningitis o pulmonía o leucemia, pues este, por raro que nos parezca ante la banalidad de la afección que acabamos de ver, es precisamente el motivo inconfesable por el que han venido a la consulta (caso de epidemia de meningitis o familiar diagnosticado recientemente de cáncer).

Con la alimentación están relacionadas múltiples causas de consulta en las que es indispensable no limitarse a prescribir medicamentos, e incluso es mejor no hacerlo, sino hablar largo y tendido con los padres.

— Dificultades en la lactancia materna: muchas madres se sienten inseguras respecto a su capacidad de amamantar con éxito a su hijo: es preciso conocer bien el tema para asegurarles que lo que habrá que demostrar, en todo caso, es que no puedan, no el que puedan, que en principio es lo esperable, y a este respecto conviene recordarles entre otras cosas que las egipcias no disponían de biberón y sus niños también lloraban, que los niños que toman biberón también saben llorar, que los recién nacidos saben hacer, aparentemente, pocas cosas, y una de ellas es llorar, y romper una serie de prejuicios (a veces inducidos por las abuelas del niño) acerca de la lactancia materna (es curioso observar

---

como muchas abuelas, que en su día amamantaron, se muestran particularmente sádicas con sus hijas o nueras).

Los cólicos vespertinos del lactante son un tema peliagudo en el que conviene mostrarse muy seguro y comprensivo con los padres, explicándoles bien que no hay causa orgánica del problema, que es frecuente hasta los tres meses y hasta anticipándose a ellos durante la anamnesis («eso les pasa más al anochecer, verdad» o «encoge mucho las piernas, verdad») muchas veces tras una entrevista satisfactoria, los niños dejan de tener cólicos.

Cuando «el niño no me come desde que nació», hay que conocer mucho de la psicología infantil para poder explicar convincentemente a los padres de qué manera más sutil el niño está interesado en llamar su atención a cualquier precio, antes que limitarse a sollicitar análisis y prescribir tónicos y vitaminas, recordándo-

les de paso que el que pesara tres kilos al nacer y ahora sean 14, es indicativo de que sí ha comido algo en esta vida. Es triste, no obstante, cuántas veces nos falla la persuasión y la madre sólo se queda tranquila tras ver el análisis.

Hay muchos más temas (abdominalgias, tics, etc.) que sería prolijo seguir enumerando y cuya solución es similar: conocerlos a fondo para poder hacerse cargo de la situación.

En cualquier caso, siempre es ético desdramatizar la enfermedad y explicar claramente el tratamiento.

En cuanto a problemas específicos como enuresis, encopresis, fobias escolares, dislexias, hipercinesias, etc. una vez descartado y/o atendido el problema médico es competencia exclusiva o simultánea del psicólogo, y finalizo con ello, denunciando la gran laguna (océano, diría yo) a que nos tiene sometidos en este sentido la Administración de la Sanidad Pública.

---

## COLOQUIO

Concluidas las exposiciones de los diferentes ponentes se inició un coloquio con amplia participación del público asistente.

Se comentaron los aspectos psíquicos que se podrían referir al asma y a las alergias en general.

Se introdujo el tema de la importancia de la presencia de educadores en los centros hospitalarios, presencia que brilla por su ausencia, a partir de esto se comentó la importancia de incluir actividades culturales y de entretenimiento dentro de los hospitales, tratando de hacerlos más humanos y más próximos al ciudadano hablando incluso de crear la figura del «defensor del enfermo», aunque en última instancia correspondería al Estado la defensa del ciudadano como paciente de un hospital.

Se habló de la importancia de incluir en el debate conceptos como el de inconsciente, diálogo Psicólogo-Médico y recoger las aportaciones de la Psiquiatría infantil y de la Pedagogía, así como la metodología de trabajo propuesta por Balint en sus grupos de trabajo.

Se denunció también la postura del profesional que desde su rol arrincona al niño y lo coloca en un papel completamente pasivo y receptivo, y la ausencia de mecanismos que reivindiquen al niño como persona.

Finalmente se comentó la necesidad de hacer llegar a las instituciones y personas adecuadas las reflexiones que se habían iniciado para hacer efectivo el acto, gestiones que los organizadores se encargaron de llevar a la práctica.

## ENCUESTA

Con motivo de la citada Mesa Redonda, aprovechamos la ocasión para formular tres preguntas a la mayoría de los ponentes en el acto, preguntas y respuestas que reproducimos a continuación:

### **1.—¿Podría señalarnos la problemática actual del tratamiento clínico del niño y las consecuencias de un posible internamiento?**

**M.<sup>a</sup> Dolores Palop.**—Como psicóloga únicamente constatar el hecho de que cuando un niño requiere un determinado tratamiento clínico que en ocasiones incluye la hospitalización, la preocupación por la salud física del pacientito y la urgencia de atender cuanto antes ésta, hacen que no se tomen en consideración factores de vital importancia para éste en relación con su situación emocional, su dolor psíquico y el cúmulo de ansiedades que le surgen a él y a los padres.

Se considera al sufrimiento psíquico como inexistente o, si se reconoce su existencia, se niega sistemáticamente que pueda ser tomado en consideración, alegando que puede interferir y dificultar la ayuda orgánica, que es la urgente.

Creo que no hay una incompatibilidad entre el abordaje clínico de un niño y su hospitalización y el cuidado y la atención a sus necesidades emocionales; el reconocimiento de éstas no sólo es compatible con el cuidado físico, sino que en ocasio-

nes puede favorecer la recuperación y el deseo de sanar del niño.

**Carmen Casanova.**—Remitiría en esta pregunta a mi intervención en la Mesa Redonda.

**Enrique Jovani.**—El tratamiento clínico del niño en la actualidad, en España está totalmente desconectado de la consideración de sus implicaciones emocionales por profesionales especializados, dependiendo en exclusiva del tacto y la intuición del médico.

Esta situación es nefasta: Implica que social y oficialmente no se le da importancia a la lesión psíquica que sufre el paciente en tratamiento.

Y el esfuerzo de los médicos y del personal asistencial por rellenar esta laguna, encomiable en muchas ocasiones de los fallos lógicos de la actuación espontánea frente a la organizada y basada en un conocimiento científico.

**Inmaculada Montes.**—En lo referente a los internamientos por trastornos físicos, creo que sobre todo la separación sus padres y del medio ambiente en general, y el desconocimiento total y absoluto del estamento médico, de lo que puede suponer para el niño una intervención quirúrgica, exploraciones continuas, dietas, etc., serían los problemas básicos.

### **2.—¿Cómo entiende la situación actual de relación entre el Psicólogo Clínico infantil y el Médico-**

### **Pediatra en el tratamiento del niño?**

**M.ª D. P.**—Creo que la estructura sanitaria actual ha favorecido la mutua incompreensión y ha dificultado la integración de los conocimientos médicos y psicológicos, pese a que el niño es a su vez sujeto-paciente del médico y del psicólogo.

Esto puede dar lugar a perpetuar un sistema de desconocimiento mutuo, de desvaloración y de contradicciones flagrantes en algunos casos.

Sólo añadir que la situación actual no favorece ni ayuda en modo alguno al paciente niño.

**C. C. M.**—Pienso que hasta el momento dicha relación es prácticamente inexistente. Por parte de los pediatras hay en general desconocimiento y desinterés respecto al papel de los Psicólogos Clínicos en el diagnóstico y tratamiento de ciertos procesos en los niños.

**E. J. R.**—La veo como prácticamente inexistente, salvo raras y loables excepciones entre Departamentos de Organismos Oficiales.

Lo peor de esta ausencia de relación es que se basa, por una parte, en un desconocimiento mutuo, pero por otra, en actitudes de excepticismo y desconfianza, que pueden dificultar el que se resuelva.

**I. M. C.**—La situación actual realmente no la entiendo de ninguna manera, puesto que es inexistente. El pediatra como mucho, no apoya para nada un tratamiento psicológico y muy a menudo lo boicotea, estableciendo alianzas con las resistencias de los padres a dicho tratamiento.

**3.—¿Cómo prevé la función del Psicólogo en el tratamiento clínico del niño (hospitalización y/o consul-**

**ta externa)? Perspectivas de futuro. Alternativas posibles.**

**M.ª D. P.**—Sería urgente la creación en las consultas de pediatría de servicios psicológicos de consulta y seguimiento del desarrollo emocional del niño igual que se presta atención y cuidado al desarrollo físico, como función preventiva haciendo compatibles la prevención de la salud física u psíquica desde los primeros momentos de su vida.

En relación con los hospitales, introducir en la estructura sanitaria, de por sí compleja, la norma de una atención psicológica al niño enfermo-agudo, crónico, con un tratamiento, etc., y a su familia.

**C. C. M.**—Respecto a los niños hospitalizados pienso que el psicólogo tendría una función importante, a) en la preparación del resto del personal del área pediátrica, b) en el diseño y control de las condiciones de hospitalización y las características del área pediátrica, adecuadas a las necesidades del niño, c) en la interpretación global del proceso de cada niño, y d) en el tratamiento integrado de ciertos procesos no estrictamente orgánicos.

En la consulta externa, se ven en la práctica pediátrica muchos casos que, una vez descartada patología orgánica, son completamente competencia del Psicólogo.

En estos momentos, al menos en mi experiencia, es difícil conseguir, mediante intentos aislados, el que existan psicólogos allá donde se trata con niños, por lo que pienso que la alternativa pasa por exigir desde todos los campos posibles (Asociaciones, Colegios, grupos de trabajo,

---

etc...) la cobertura de esta área.

En tanto esto sucede, pienso que sería interesante seguir trabajando en discusiones con Psicólogos, Pediatras y otros profesionales relacionados con el niño, a fin de conocer mejor las posibilidades de cada uno y su aplicación para una atención integral del niño.

**E. J. R.**—En primer lugar y como punto de urgencia básico con su aportación a las condiciones estructurales del funcionamiento de la Asistencia Sanitaria, de modo que tenga en cuenta y se adapte a las necesidades emocionales del niño.

En segundo lugar puede tener una función de información respecto al personal sanitario.

En tercer lugar, una intervención directa con el paciente, la familia, asesorando y orientando, e incluso con intervenciones psicoterapéuticas.

**I. M. C.**—La función del Psicólogo la vería formando parte de un equipo interdisciplinario, no con una función esporádica y anecdótica en determinados casos, sino formando parte de la estructura del centro en cuanto a organización, orientación a distintos profesionales, contacto con los pacientes...

Desde luego no la veo como un Gabinete del que se acude cuando el médico no sabe qué hacer.

Las perspectivas de futuro yo no las veo nada claras. Como salió en la Mesa Redonda allí faltaba toda la Pediatría Oficial que es la que tal vez pudiera tener alguna fuerza a la hora de organizar un centro.

De todas formas, creo que encuentros como éste del otro día pueden posibilitar, cara a un futuro, funciones que hoy nos parecen muy lejanas de conseguir.