



Viernes 10 de febrero de 2012

Taller:

Cómo mejorar las habilidades de comunicación en la consulta

Moderadora:

M.ª Dolores Gutiérrez Singler
Pediatra. CS Nou Moles. Valencia

Ponentes/monitores:

- M.ª Luisa Arroba Basanta
Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. Madrid
Universidad Autónoma de Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Arroba Basanta ML, Dago Elorza R. Como mejorar las habilidades de comunicación en la consulta. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 335-44.

Cómo mejorar las habilidades de comunicación en la consulta

María Luisa Arroba Basanta

Pediatra. CS Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón (Madrid)
Universidad Autónoma de Madrid.
mlarroba@pap.es

Rosario Dago Elorza

Pediatra. CS Castilla la Nueva. Fuenlabrada. Madrid

RESUMEN

El conocimiento y la incorporación a la consulta de las habilidades de comunicación ayuda al pediatra a establecer una relación clínica (RC) gratificante con el paciente y sus padres. Una RC de calidad y basada en la participación activa del niño y la familia en la toma de decisiones mejora la eficacia en la detección y resolución de problemas, la satisfacción con la atención recibida, y la adherencia al tratamiento¹⁻⁵.

La capacidad de comunicación de los niños y su comprensión de la salud y de la enfermedad cambian con la edad. Podemos prestar más atención a su papel en la consulta y considerarlo un participante inteligente, capaz y cooperador, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales^{6,7}.

La barrera lingüística es cada vez más frecuente en nuestro medio. Los niños se convierten en ocasiones, en intérpretes entre la familia y el pediatra. También existen dificultades en la comunicación con niños y adolescentes que padecen una enfermedad que puede comprometer su futuro^{8,9}.

En la consulta pediátrica tiene relevancia el acompañante habitual del paciente y, en ocasiones, si viene más de un familiar. Existen técnicas para "acomodar" al/los acompañantes del niño, especialmente útiles hoy día (abuelos, cuidadores múltiples, familias reconstituidas).

En cuanto a las características de un buen entrevistador, los pacientes y sus familias valoran fundamentalmente la cordialidad, la empatía, la capacidad de escucha (baja reactividad), el respeto y la asertividad²⁻⁴.

Todos los pediatras tenemos unos "estilos" comunicativos: los años de ejercicio profesional, el "currículum inaparente" durante la residencia, el trato con los compañeros... han sido aprendizajes más o menos útiles y apropiados. Por eso este taller quiere ser especialmente práctico, e invitamos a los participantes a consultar oportunamente la bibliografía que acompaña al texto. También sería interesante como elemento de reflexión ver las películas o leer los libros que se proponen.

INTRODUCCIÓN

La RC es la relación peculiar que se establece entre el profesional sanitario, el paciente y sus padres. Se configura de manera compleja mediante unas formas características de actuar por parte del pediatra: según desarrolle éste más o menos empatía, marque o no distancia terapéutica y cree transacciones de autonomía o de dependencia, podemos definir diferentes modelos relacionales. Según los objetivos ó efectos que busque el pediatra básicamente existen dos modelos: el orientado al clínico o a la enfermedad en el que las metas asistenciales se orientan a resolver problemas, se basa en la demanda percibida y la relación establecida es un elemento de soporte, y el orientado al consultante, en el que las metas asistenciales y las decisiones son compartidas, se basa en necesidades de salud y la propia relación es un elemento terapéutico²⁻⁴.

El modelo centrado en el paciente facilita que el niño y sus padres expresen sus creencias, emociones y el impacto de la enfermedad en su vida, las expectativas sobre la enfermedad y el profesional; busca acuerdos en el diagnóstico y en el plan terapéutico, implicando a la familia y al niño; incorpora promoción y prevención, y cuida la relación médico-paciente⁵⁻⁸.

Las habilidades comunicativas y ciertas actitudes y valores que deben mantener los pediatras con los pacientes y sus

familias son competencias clínicas que, al ser integradas con otras como los conocimientos científicos, las habilidades para solucionar problemas y tomar decisiones, para usar recursos y para la exploración física, favorecen el que una consulta sea efectiva. Pueden enseñarse y aprenderse, aunque hasta hace relativamente poco se consideraba que los aspectos relacionales formaban parte de las cualidades innatas del profesional y que, por lo tanto, no podían ser modificados, pues representaban el "arte de la medicina".

Con frecuencia se asume que un pediatra sabe entrevistar y es un experto en la relación con cualquier persona, sana o enferma, siendo esta última más complicada. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que sea cual sea el tipo de pregunta o la forma de preguntar o dialogar con el paciente y las familias, se obtienen resultados similares⁹. La entrevista clínica (EC) es considerada por algunos como medio para obtener datos significativos, con una total negación de las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. En el polo opuesto encontraríamos a los defensores del humanismo científico. Sin negar el papel instrumental de la EC, entrevistamos, en efecto, para conseguir algo, aunque este "algo" sea a veces simplemente el hecho comunicativo o relacional, que, como hemos dicho, en sí mismo es terapéutico. Hoy día la EC en sí misma es objeto de investigación científica, siendo objeto de experimentación y asimismo de enseñanza, pues la forma de comportarse de los profesionales puede transformarse y mejorar; perdurando estas modificaciones a lo largo de los años^{1,4,10-12}.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Si analizamos lo que hacemos durante el encuentro clínico con los pacientes, encontramos una sucesión de hechos orientada a la consecución de los objetivos por ambas partes:

- Parte exploratoria, en la que queremos averiguar el motivo o motivos de consulta. Se produce un "vaciamiento" de la información preelaborada mediante apoyo a la narrativa, búsqueda de datos específicos necesarios para tomar decisiones y acompañamiento de exploración física o bien técnicas instrumentales.

- Parte resolutive, en la que se enuncian y explican los problemas encontrados, o se negocia con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas propuestas.
- Y, por último, cierre de la entrevista y toma de precauciones.
- Recibir con una sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición.
- Llamar al paciente por su nombre facilita el establecimiento de la relación y evita errores.
- La "acomodación" denota, además de cortesía, interés por la comodidad del paciente y sus padres y muestra nuestra disposición a compartir los siguientes minutos, sin prisas.

PARTE EXPLORATORIA^{2,4,9,13-15}

Recibimiento cordial

Es la forma habitual de iniciar una EC en la consulta. Durante éste y en los primeros momentos del encuentro, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación. Mediante métodos de análisis conversacional, algunos autores han llamado la atención sobre cómo determinadas secuencias de apertura y reglas usadas en el recibimiento por los médicos determinan la concordancia entre médico y paciente o el grado en el que ambos van a compartir las decisiones durante el resto de la consulta. A continuación vamos a describir algunas habilidades.

- Saludar al paciente de forma verbal.
- Contacto físico. No queremos decir que exista obligación de dar la mano a todos los pacientes que entren en nuestras consultas, pero, si tenemos la posibilidad de tener un contacto cercano, hagámoslo. El contacto físico es muy potente si se emplea con sentido común, y alcanza en la exploración su mayor protagonismo.
- Contacto visual-facial. Los aspectos no verbales en los primeros segundos son de gran importancia, entre ellos el mantener la mirada mientras se recibe, lo que indica el grado de atención e interés que ofrecemos. En estudios realizados con residentes y pacientes en consultas, esta falta de contacto visual es lo que más se echó de menos, pues en general se enfocaba la atención al ordenador.

- Clarificar papeles. Cuando vemos por primera vez a un paciente, la clarificación de nuestro papel en la consulta y en sus futuros cuidados suele ser de gran ayuda para la madre y el niño. Como pediatra titular o habitual en la consulta no es necesario, pero puede ser útil para residentes, médicos suplentes o estudiantes, que son profesionales que atienden a muchos pacientes nuevos.
- Recoger la apertura del paciente: el comentario que realiza el paciente justo al entrar en la consulta, el cual, por regla general, no suele estar relacionado con el motivo que le lleva a esta, ni con lo que tenía pensado decir. Es un comentario espontáneo que puede ser muy revelador.
- Invitar a que el paciente o sus padres expongan sus motivos de consulta, generalmente mediante una pregunta abierta.

El uso de los sistemas de registro, especialmente la utilización de ordenadores en la consulta, puede dificultar esa fase. Existen estudios que demuestran que los médicos presentan una serie de conductas, cuando usan el ordenador, que afectan negativamente a su relación con los pacientes, en comparación con las conductas que adoptaban cuando usaban registros manuales. Algunas sugerencias:

- Revisar la historia antes de que el paciente entre.
- Terminar con un paciente antes de que entre el siguiente.

- Si ya ha entrado, explicar lo que hacemos y solicitar su permiso para continuar: "Permítame un momento y enseguida estoy con usted".
- Cuando el paciente comience su discurso, la mejor actitud que se puede adoptar consiste en olvidarse del ordenador y centrarse completamente en escuchar al paciente.
- Si hay que corroborar algún dato, que esto cause el menor impacto en la narrativa del paciente.
- Al abandonar el contacto visual el paciente suele dejar de hablar; hagámosle alguna señal verbal o gestual para que continúe su narrativa.
- Una vez concluida la fase de obtención de la información, al volver al ordenador es el momento de informar de lo que vamos a hacer con él.
- Evite prestar excesiva atención al ordenador durante periodos largos.
- Utilice el ordenador para fortalecer su relación; por ejemplo, compartiendo información, confirmando actuaciones pasadas, etc.

Pregunta abierta

Es una pregunta sencilla: "¿Qué le pasa?" "¿Qué tal?" "Cuénteme".

Técnicas de apoyo narrativo

Las que crean un clima de confianza: empatía, silencios adecuados y facilitaciones.

La empatía es una de las habilidades más importantes para construir y mantener una relación terapéutica. Conlleva una serie de conductas encaminadas a descifrar los sentimientos y las preocupaciones del paciente y sus padres y darles una respuesta, de manera que el pediatra

le demuestre que los ha entendido y aceptado. La empatía supone, por lo tanto, el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Es algo diferente de la simpatía, que es la respuesta emocional paralela a la emoción del paciente y en el mismo sentido. La enfermedad conlleva, generalmente, distintos tipos de sentimientos, como aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, ira, etc. Una comunicación basada en la empatía contribuye a mitigarlos y, por ello, es terapéutica. La actitud de empatía implica una serie de conductas no verbales y otras verbales, siendo en este caso las no verbales de más trascendencia y efectividad. Las habilidades para ser empáticos pueden aprenderse, pero para que estas sean genuinas han de integrarse en un estilo natural de relación.

Los silencios adecuados, consisten en la ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales que limiten la narrativa del paciente. Se trata de proporcionar un tiempo de meditación que ayuda a la concentración del paciente o actúa como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.

Las facilitaciones consisten en conductas verbales y no verbales, que ayudan a iniciar o proseguir un relato. No indican ni sugieren contenidos; por ejemplo, "Continúe... sí...mmmm..." Cabeceos...

Y las técnicas que favorecen la elaboración de percepciones, ideas o emociones:

Las frases por repetición. Consisten en la repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido.

La clarificación. Conducta verbal o no verbal que obliga a explicar el sentido de un término o idea. "¿Qué ha querido decir con...?"

El señalamiento, que ayuda al paciente a clarificar emociones o ideas, evidencia conflictos o áreas de estrés psicosocial, profundiza en las motivaciones del paciente y le muestra sus emociones o conductas. Puede ser gestual, o conductual. "Desde hace un mes me parece que..."

Técnicas para obtener información específica

La **pregunta abierta** es la que se responde con una frase y deja libertad para hablar sobre un determinado tema. Nos permite obtener mucha información.

El **menú de sugerencias** lleva en su formulación al menos dos sugerencias.

Las **preguntas cerradas** se pueden responder con un monosílabo. Cuando hacemos preguntas cerradas, el paciente responde con un sí o un no. Son útiles para perfilar los detalles de la información. Entre las preguntas abiertas y las cerradas, tenemos las preguntas dirigidas, como, por ejemplo: "¿Cómo se le ha aliviado en otra ocasión este dolor?". Hay que evitar concatenaciones de varias preguntas cerradas, pues el paciente contesta la última y el entrevistador la da por buena. Conviene evitar, asimismo, el basar el examen en este tipo de preguntas, a las cuales tenemos bastante tendencia, y complementarlo con técnicas de apoyo narrativo y después de probar preguntas abiertas y menús de sugerencias. Generalmente, lo más eficaz es iniciar la recogida de información con preguntas abiertas, luego pasar a las preguntas dirigidas y, por último, acabar con las preguntas cerradas. Esto se denomina la estrategia del "cono".

La delimitación de la demanda

"¿Algo más?" Conviene hacer esta pregunta tras la narrativa inicial del paciente, y siempre antes de finalizar la exploración física. Cuando esta pregunta se realiza al final, con el cierre de la entrevista, se producen grandes distorsiones para el entrevistador "Pues ya que estoy aquí..."

Se recomienda evitar comentarios que critiquen, culpabilicen o pongan en cuestión la conducta o las emociones del paciente. Si tenemos que "criticar" la conducta de un determinado paciente, es preferible hacerlo en la parte resolutive, una vez realizada la exploración física. Las seguridades prematuras, que son respuestas prematuramente tranquilizadoras ("esto no será nada, ya verá..."),

también conviene evitarlas, pues sólo tranquilizan a quien las emite.

Comprobación e integración de la información

Comprobar que la información que hemos obtenido es la apropiada constituye una habilidad esencial relacionada con la **escucha activa**. Tras haber captado las pistas más relevantes y haberlas seguido adecuadamente, debemos hacer una comprobación final y cerciorarnos de que no hemos seguido un camino equivocado, sino que nuestro trabajo nos ha llevado a descubrir el verdadero problema del paciente. Esta técnica se conoce con el nombre de "**resumen**". Con esta técnica el profesional ordena en su cabeza la información y puede comprobar en qué medida ha comprendido lo que le ha explicado el paciente durante la consulta.

A la hora de integrar la información que nos aporta el paciente es cuando debemos pensar de una forma biopsicosocial.

Actualización de problemas anteriores

Tras saber el motivo de consulta y siempre que haya tiempo suficiente, es recomendable preguntar por algún problema reciente para saber como ha evolucionado. Esto ayuda y confirma algunas ideas o tratamientos instaurados previamente.

Exploración física

Pedir permiso, explicar lo que vamos a hacer y respetar la intimidad. Aunque sean niños, no se nos debe olvidar. Ellos nos lo agradecen a veces sólo con la mirada.

PARTE RESOLUTIVA^{2,6,17-24}

Se inicia cuando el pediatra toma una decisión acerca de la mejor conducta que debe adoptarse. Éste siente que

debe dar algún tipo de explicación, consejo o información al paciente y su familia y por su parte ellos esperan alguna respuesta a su demanda. La información gana protagonismo, pero no es lo mismo informar que educar. La educación es un proceso más global, un proceso en el cual tratamos de modificar conductas y creencias del paciente. La información por sí sola puede conducir a cambios importantes en el estilo de vida, pero no forzosamente. La característica básica de la información es que la damos en un momento y un lugar concretos, mientras que la educación es un proceso que se da en una relación humana donde la imitación, la identificación y la persuasión tienen tanta o más importancia que la simple información en el logro de cambios saludables en el estilo de vida.

La información emitida tiene que tener una serie de características:

- Debe ser formal, comprensible y entretenida, es decir, que mantenga la atención.
- Lo que se menciona en primer lugar se recuerda mejor; se recuerda más aquello que establece una relación con conocimientos previos que pueda tener el paciente sobre la materia concreta de la que informamos; y también lo que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud o la de nuestro hijo.

Una información correcta no asegura el seguimiento del tratamiento. Una persona no modifica sus hábitos de vida simplemente porque le informemos de que sus hábitos son tóxicos o perjudiciales. Y un paciente que no hace caso de nuestras recomendaciones no tiene por que ser una persona que no nos ha comprendido o que ha sido mal informada. Muchas personas a las que se les informa correctamente declararán que no han recibido ningún tipo de información sobre su padecimiento. A estas personas les hace falta motivación y no sólo información. La entrevista motivacional es la que trata de buscar las pistas para que el paciente se adhiera al tratamiento, pauta o régimen de vida modificado.

Habilidades y técnicas para informar personalmente

1. Conocer lo que ya sabe el paciente nos ahorra tiempo y además sirve para valorar en qué medida la visión del paciente difiere de la nuestra y qué habrá que hacer para llegar más fácilmente a un acuerdo.
2. Preguntar al paciente qué otra información cree que podría serle útil.
3. Ser oportuno y dar la explicación en un momento adecuado.

En cuanto a la aplicación de las técnicas informativas, hay que decir que son fáciles de comprender, pero difíciles de aplicar; que producen una mejor comprensión y memorización de los mensajes informativos, que mejoran la atención del paciente, pero no aseguran un éxito automático en la mejora del cumplimiento de los tratamientos.

Siguiendo el análisis que hemos empezado en la parte exploratoria de la entrevista clínica, pasamos a la secuencia de técnicas analizando la parte resolutiva:

- Enunciación del problema.
- Propuesta de acuerdo.
- Información: Técnicas para informar con claridad.
- Cuidar la dicción sin utilizar tecnicismos.
- Dar la información en pequeñas dosis y de forma ordenada.
- Resaltar lo más importante.
- Repetir lo más importante.
- Utilizar ejemplos.
- Adaptar la información a la lógica del paciente.

- Valorar la importancia de la presentación y la forma de hacerla.
- Utilizar ilustraciones adecuadas.
- Comprobar qué es lo que ha entendido el paciente.

Ahora bien, cuando al dar información al paciente éste no la acepta tal y como se le da y percibimos que no le satisface el plan diagnóstico, terapéutico o preventivo que le estamos ofreciendo, queramos o no, estamos frente a una EC en la que hay que influir; persuadir; negociar o motivar. No hay que olvidar que debemos entender el derecho que tiene el paciente a participar y opinar sobre su proceso asistencial, por ello hay que desarrollar una **respuesta evaluativa** frente a las opiniones del paciente, aunque estas opiniones se digan de manera agresiva o recelosa, y debemos ser capaces de desarrollar técnicas de negociación y persuasión, incluso en situaciones en que creamos poco justificadas las opiniones del paciente. Ello se contrapone a la **respuesta justificativa**, que es la más habitual cuando a cualquier profesional se nos pone en entredicho. Este punto, la respuesta evaluativa es de enorme importancia y es la clave de toda la negociación. Requiere por parte del entrevistador una actitud reflexiva equivalente a decir: "¿Y si efectivamente tuviera razón?" "¿Y si lo que desea decirme fuera de interés?". La exploración de creencias debe hacerse en un clima no verbal pertinente, para evitar parecer excesivamente críticos. Es necesaria una escucha que intente encontrar los aspectos positivos, hallando las ideas o sugerencias aprovechables del paciente o su familia. Adaptar las preferencias del paciente a su plan terapéutico es indudablemente una virtud del entrevistador. Una vez sabemos lo que piensa y quiere el paciente, decimos que éste se ha posicionado. Este posicionamiento es condición necesaria para un posterior dialogo constructivo. Mal podemos convencer a nadie de una opinión si antes no expresa lo que piensa. Una causa que lleva a determinados pacientes a poner "peros" y, sin embargo, no definirse sobre sus preferencias alternativas, es la desconfianza hacia el profesional. En esta tesitura el paciente puede poner pegas a las propuestas del sanitario basadas más en una sensación emocional de malestar que en razones meditadas. Una vez escuchado

el posicionamiento del paciente, podemos ceder o contraponer otras opiniones. La entrevista semiestructurada propone un conjunto de habilidades para pactar y acordar una futura actuación como son, por ejemplo, el doble pacto, el paréntesis, la reconducción por objetivos, las cesiones, etc. De todas maneras, sería peligroso entender estas habilidades como un camino de saber imponer de manera más elegante, pero en definitiva imponer; el mismo esquema relacional fuertemente autoritario. Este es uno de los peligros de estas habilidades, a saber, dar elementos que pueden ser utilizados para una mejor relación asistencial, pero que también pueden servir para manipular al paciente. Por ello insistimos en que todas estas habilidades de comunicación deben sustentarse en un interés genuino por el paciente y en un respeto por su libertad, sin vencedores ni vencidos.

Técnicas de negociación

Si se detectan resistencias, aplicaremos técnicas de negociación, entre las que están las siguientes:

- **Exploración de creencias.** Consiste en preguntar al paciente de forma inocente y genuina por sus creencias o pensamientos. Este punto es capital para conocer la fijación de la postura o posicionamiento del paciente frente a la propuesta del entrevistador. Finaliza cuando tenemos claro el punto de vista del paciente.
- **Cesión real.** Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla de manera inmediata.
- **Cesión intencional.** Acepta una petición o sugerencia del paciente a nivel de intenciones futuras. "Me parece bien que me lo diga, lo tendré en cuenta".
- **Cesión diferida.** Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla en un lapso de tiempo. "Si no mejora en 48h, le haremos la radiografía".
- **Cesión condicional.** Acepta una petición o sugerencia del paciente si se cumple una determinada condición. "Si no mejora, podríamos hacer lo que propone".

- **Reconversión de ideas.** Es la discusión franca y honesta entre el profesional de la salud y el paciente en torno a las reticencias de este último hacia los consejos o tratamientos del pediatra.
- **Paréntesis.** Se trata de posponer la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o tratamiento, ya posponiendo otra medida solicitada por el paciente. "Aún no le conozco lo suficiente para poder opinar".
- **Doble pacto.** Consiste en ceder en un punto a cambio de otra cesión, de forma explícita.
- **Disco rayado.** El entrevistador repite su posición entendiendo que es el punto final de la negociación, sin cambios en la tonalidad de voz y sin dar la impresión de que puede reabrirse el proceso.
- **Negativa argumentada seguida de disco rayado.** Primero argumentamos la negativa, tras lo cual, si el paciente insiste, no posicionamos en un "no" sin añadir nuevos argumentos, ni tampoco cambiar nuestro tono emocional, que debe de ser plano. Es una técnica final, pues damos a entender que ya no vamos a permitir ser convencidos, ni variar nuestra postura.
- **Decir que sí, decir que no.** El profesional tiene claros los márgenes de negociación y sabe conceder y denegar sin vacilaciones.
- **Transferencia de responsabilidad.** Deriva la petición del paciente a otros profesionales o personas responsables.
- **Reconducción por objetivos.** Reconducimos la entrevista al terreno en que puede resultar más provechoso. Es importante en el manejo de la agresividad y ante situaciones de tensión.
- **Propuesta de nueva relación.** Indica una condición necesaria para proseguir con la relación asistencial. "Si no confía en mí, no puedo seguir siendo su pediatra".

- Comprobación de la comprensión de esta parte. Siempre atento a la comunicación no verbal para no molestar al paciente. Procurar no hacer daño con las comprobaciones.

CIERRE DE LA ENTREVISTA^{2,9,13,14,21}

El cierre del encuentro clínico comparte aspectos con cualquier cierre de un episodio relacional. Aquí tenemos unas recomendaciones de lo que los expertos proponen para que los cierres de las consultas sean adecuados.

- Avisar sobre el cierre.
- Resumir la sesión.
- Revisar los objetivos.
- Planificar próximas visitas y pasos.
- Establecer planes de contingencia o toma de precauciones.
- Preguntar si el paciente tiene otros temas.
- Animar y apoyar al paciente.
- Clarificar el plan.

Las técnicas anteriormente descritas son muy sencillas de entender y comprender aunque algo más difíciles de practicar. Lo interesante es introducir las en nuestra práctica habitual sin necesidad de analizarlas cada vez que se utilizan y ante una relación deficiente preguntarnos cuál puede ser el motivo para subsanarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Dulmen AM. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics*. 1998;102:563-8.
2. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.

3. Borrell i Carrió F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas*. 2007;15:1-22.
4. Ruiz Moral R. Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Semfyc; 2004.
5. Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross W. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*.1982;70:396-402.
6. Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr*.2000;159:489-95.
7. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationship: a "pas de trois". *Patient Educ Couns*.2002;48:5-14.
8. Tates K, Meeuwesen L. "Let mum have her say": tumtaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns*.2000;40:151-62.
9. Mendelsohn JS. Interview strategies commonly used by pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:154-7.
10. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med*. 2001;839-51.
11. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med*.1996;150:638-42.
12. Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient Educ Couns*. 2000;41:209-22.
13. Ruiz-Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martin E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*.2005;36:537-43.
14. Nova C, Vegni E, Moja EA. The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Educ Couns*. 2005;58:327-33.
15. Wissow LS, Larson S, Anderson J, Hadjiiski E. Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics*.2005;115:1569-78.
16. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way..." The Closing Moments of the Medical Visit. *J Gen Intern Med*.1994;9:24-8.
17. Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*.2004;33:361-7.
18. Committee on Pediatric Workforce. American Academy of Pediatrics. Ensuring culturally effective pediatric care: implications for education and health policy. *Pediatrics*.2004;114:1677-85.
19. Rodríguez Núñez A, Crespo Suarez P, Martins de Oliveira Pereira Caldas C, Pérez Rodríguez MT, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. *An Pediatr (Barc)*.2004;61:231-5.
20. Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, Heney D. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ*. 2003;326:305-9.
21. Borrell F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Am Med*. 2004;2:310-6.
22. Starke M, Möller A. Parent's needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *J Child Health Care*.2002;64:245-57.

23. Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics*.1999;103:1210-7.
24. Bras Marquillas J. El consejo en la consulta pediátrica: posibilidades y errores comunes. *An Esp Pediatr*. 2001;54 Supl 4:278-85.

PELÍCULAS RECOMENDADAS

El Doctor. 1991, Randa Haines.

Las confesiones del Dr. Sachs. 2001, Michel Deville.

Patch Adams. 1998, Tom Shadyac.

Mumford. 1990, Lawrence Kasdan.