



Relación clínica y comunicación asistencial en pediatría

SEGUNDA PARTE

La exploración

M. L. ARROBA BASANTA* Y R. DAGO ELORZA**

*Pediatra. Centro de Salud Pozuelo Estación (Pozuelo de Alarcón, Madrid)

**Pediatra. Centro de Salud Castilla la Nueva (Fuenlabrada, Madrid)

PUNTOS CLAVE

- La competencia profesional del pediatra es fruto de la integración de los conocimientos médicos, el manejo de las técnicas de exploración, las habilidades de comunicación y de toma de decisiones.
- El saber médico se transmite cara a cara con los pacientes y sus padres. Es tan importante lo que se dice que el cómo se dice. El tono de voz que empleamos y los gestos transmiten al enfermo tanta o más información que las propias palabras.
- La incorporación de técnicas de comunicación, como es la «entrevista semiestructurada», nos ayuda a rentabilizar el escaso tiempo disponible y a terminar la consulta más satisfechos.
- El recibimiento cordial y una mirada de acogida al niño y sus padres muestran nuestro interés.
- La escucha activa, en silencio, observando con atención el lenguaje verbal y no verbal del niño y sus padres facilita que nos cuenten su problema y es muy útil para luego transmitir la información en ese mismo lenguaje.
- El modelo de relación clínica centrado en el paciente mejora la calidad de la información clínica recibida.

RESUMEN

La obtención de la historia clínica y la exploración física son los procedimientos iniciales y diagnósticos más importantes que hacemos los pediatras en nuestras consultas para orientar nuestra actitud terapéutica o la petición de pruebas complementarias.

La capacidad para averiguar y entender el porqué un paciente y sus padres acuden en busca de ayuda y consejo y acordar con ellos qué hacer exigen de nosotros habilidades de tipo técnico, pero también habilidades de comunicación.

Tratar a un paciente y a sus padres no consiste solamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir un tratamiento basado en la evidencia. La salud y la enfermedad tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales y por ello es preciso entablar, desde el primer momento, contacto con todos los aspectos de la persona.

Para poder realizar esta tarea el pediatra necesita conocimientos en comunicación, que siempre se nos han supuesto innatos y que con la observación y la experiencia se van perfeccionando, pero también se pueden aprender, interiorizar y practicar y éste es el objetivo que pretendemos compartir.

En esta segunda parte nos centraremos en el análisis de la entrevista semiestructurada (ES) o semidirigida, que es la que mejor podemos utilizar, tanto por el tiempo como por los contenidos que se pueden aplicar en el trabajo habitual del pediatra.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Si analizamos cuidadosamente cualquier entrevista que hacemos los pediatras con los niños y sus padres, encontramos una sucesión de hechos que ayudan a conseguir los objetivos de ambas partes. Nos vamos a situar en la consulta habitual de un pediatra asistencial, que se enfrenta a un número variable de entrevistas, con diferentes motivos y demandas de salud, también procedentes de pacientes y familias distintos, que nos pueden producir emociones positivas o negativas y todo ello en un tiempo escaso la mayoría de las veces.

Proponemos un método de trabajo llamado entrevista semiestructurada, que puede facilitar nuestra práctica clínica

diaria. Consiste en una secuencia de tareas y habilidades, verbales y no verbales, que siguen un orden lógico y nos permiten abordar satisfactoriamente la mayoría de nuestras consultas. La entrevista clínica (EC) semiestructurada ordena, sin rigidez, lo que hacemos todos los días, incorporando a nuestro quehacer técnicas que nos facilitan el trabajo¹⁻⁵.

Los pediatras solemos utilizar esas técnicas de forma espontánea, pero si las ordenamos e incorporamos a modo de protocolo de actuación, no rígido, sino flexible y adaptado a cada circunstancia, la consulta será más cómoda y eficaz.

Para ello vamos a dividir la EC en cuatro etapas, que analizaremos detenidamente.

Antes de empezar la consulta

Cuando llegamos a la consulta, al servicio de urgencias, etc., abrimos el ordenador y vemos o tenemos encima de la mesa el listado de pacientes y las historias clínicas que van a ocupar nuestras próximas horas, es útil tener en cuenta algunos aspectos:

- La importancia de los elementos no verbales y del orden para que las cosas vayan mejor: mesa ordenada, ordenador encendido, impresos a nuestro alcance, historias, pruebas complementarias a mano, bata limpia, expresión relajada y tranquilidad, etc., puede ser un gran día⁶.
- Valorar la carga asistencial del día para equilibrar el tiempo que dedicamos a cada paciente y a sus familias; nos debemos por igual a todos, no solamente a los primeros (**figura 1**).
- Proporcionar instrucciones para filtrar interrupciones: llamadas exteriores, otros miembros de la organización, compañeros, otros pacientes, etc. Si es posible, enseñar a un auxiliar administrativo a que tome nota de las llamadas y deje pasar solamente las imprescindibles.
- Intentar lograr un clima de concentración e interés y superar las emociones negativas, que desde el inicio o

por una contrariedad pueden interferir en la escucha o toma de decisiones (hemos pasado mala noche, tenemos a un hijo con fiebre, nos ha pillado un atasco, etc.). Si el estado de ánimo no es del todo positivo, escogemos la frase o el pensamiento que nos ayude a mejorarlo: «voy a intentar no amargarme», «cuando hago las cosas bien salgo más satisfecho», «los pacientes no tienen la culpa de nuestros problemas». Lo importante es que cada uno encuentre su frase o pensamiento motivador^{2,7,8}.

- Repasar la lista de problemas de cada enfermo antes de que entre en consulta, la última visita y el tratamiento que sigue.

Parte exploratoria

En esta fase averiguamos el motivo de consulta: hay que abrir un diálogo, obtener información y entender la perspectiva del paciente y sus padres. Vamos a ir desgranando cada una de estas tareas.

El recibimiento^{5,8-11}

La forma habitual de iniciar una relación clínica en la consulta es mediante el recibimiento. Durante éste, y en los primeros momentos de la consulta, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación: la concordancia entre médico y paciente/padres o el grado en el que se van a compartir las decisiones.

Establecer una relación terapéutica satisfactoria y abrir un diálogo conectando adecuadamente con el paciente y su familia son tareas que se inician en ese momento, pero que se han de mantener a lo largo de toda la entrevista clínica. Lo que se pretende básicamente es establecer contacto con los pacientes y sus familiares, iniciar o reanudar una relación de confianza, mostrar respeto hacia las personas y facilitar la relación en los próximos encuentros.

Por lo general, los pediatras conocemos bien a los niños y a sus familias y no necesitamos presentarnos cada vez que vienen a la consulta («buenos días, Juana. Pase y siéntese, por favor», «cuanto tiempo sin verte, Ana», o «Lucía, hoy vienes bien acompañada...»). La labor de conexión es más bien la de reanudar una relación anterior con cada persona. Lo adecuado es saludar de acuerdo al grado de confianza y relación alcanzado previamente.

No siempre es así; las urgencias o los pacientes sin cita obligan a establecer una relación nueva y en este caso es recomendable recibir al paciente y sus padres con un saludo acompañado de un comportamiento cortés: mirándole a los ojos, con una sonrisa e incluso estrechándole la mano (**figura 2**), si es apropiado. La mayoría de pacientes desean que su médico les salude de forma personal con un apretón de manos y llamándoles por su nombre y que se presenten con su nombre completo («buenos días. Pase, por favor. No nos conocemos ¿verdad? Soy...»).

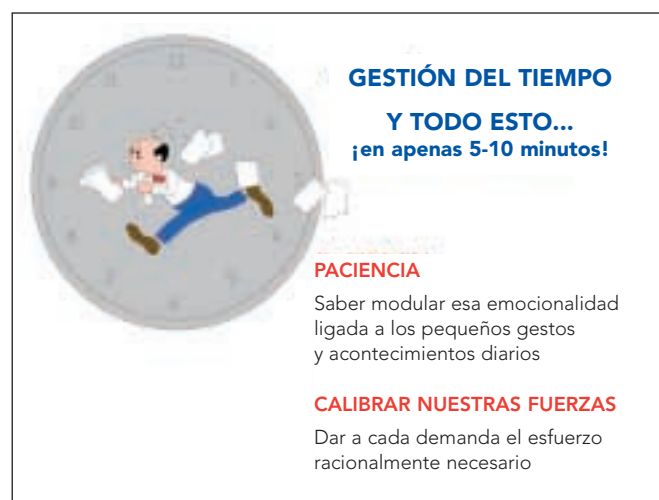


FIGURA 1.



FIGURA 2.

El recibimiento cordial y una mirada de acogida muestran nuestro interés.

Algunos padres prefieren acomodarse mediante una breve charla social y comentan algún aspecto personal o recuerdan alguna situación anterior. Los médicos que facilitan este tipo de conversación social antes de comenzar la consulta hacen sentirse más cómodos a los pacientes y sus padres y establecen la relación de forma más cordial desde los primeros momentos.

Lo importante es hacer saber al paciente y a la familia que son bien recibidos en la consulta y que esperamos mantener una relación profesional amigable, que resulte satisfactoria para todos. No basta con saludar e invitar al paciente y a la familia a sentarse, si mientras tanto estamos desarrollando otra actividad, si los hemos llamado de tres en tres y se solapan las entradas de unos con las salidas de otros, si cuando entra estamos escribiendo todavía en la historia del anterior paciente, si leemos la historia del paciente mientras se sienta

sin ser acompañado por nosotros, etc. Los elementos comunicativos útiles para lograr un recibimiento adecuado y cordial se muestran en la **tabla 1**.

La obtención de información: técnicas en la parte exploratoria de la entrevista^{3,10,12-14}

Tras el saludo, solemos hacer una pregunta abierta: «¿qué le trae por aquí?, ¿qué le pasa?, ¿en qué puedo ayudarle?, dígame...». Es tan importante lo que se dice que el cómo se dice (**figura 3**).



FIGURA 3. ¿Tenemos espacio para la cordialidad?

Tabla 1

ELEMENTOS COMUNICATIVOS ÚTILES PARA UN RECIBIMIENTO CORDIAL

- Saludo
- Contacto visual-facial. Mantener la mirada mientras se recibe indica interés y atención hacia el interlocutor
- Contacto físico. Las personas necesitamos el contacto físico en las relaciones sociales y especialmente cuando necesitamos ayuda, facilita la comunicación
- La sonrisa es un gesto que muestra agrado y buena disposición
- Llamar al paciente por su nombre muestra cierta familiaridad, facilita el establecimiento de una relación y puede evitar errores graves
- Acomodar, invitar a los pacientes a sentarse, bien sea verbal o gestualmente, denota cortesía y disposición a compartir los próximos minutos sin prisas
- Clarificar papeles. Decir quién eres y cuál es tu responsabilidad puede ser necesario en algunas ocasiones
- Recoger la apertura del paciente. Los comentarios que el paciente o sus padres hacen al entrar en la consulta y que, por regla general, no suelen estar relacionados con el motivo que les trae al médico, ni con lo que tenían pensado decir. Es una frase espontánea, que puede revelar su estado mental o lo que piensa sobre usted, sobre un compañero o sobre todo el sistema sanitario

No es útil comenzar diciendo: «qué hay, Pedro. Vienes por el asma...», y después de explorarle, la madre comenta que venía a buscar un certificado... o a saludarnos simplemente. Presuponer el motivo de consulta es más frecuente cuando recibimos a pacientes muy conocidos o que han acudido a consulta recientemente. También es más fácil que ocurra al final de la jornada, cuando estamos cansados. Casi siempre el pediatra sale penalizado.

Muchas veces, sobre todo en atención primaria, la familia acude por varios motivos de consulta y un nuevo motivo se suma al anterior, mediante la fórmula «por cierto, ya que estoy aquí». Es importante conocer en esta fase de la entrevista todos los motivos de consulta para poder planificar nuestro tiempo, establecer prioridades y negociar si hay que posponer algo. Es muy útil incorporar de manera rutinaria siempre la pregunta «¿desea algo más?», cuando el paciente o sus padres expresen su consulta y así hasta que finalice su mapa de quejas. Nos organizaremos mejor y no habrá que volver a desvestirse al niño para reexplorarlo.

De todas formas, hay familias que siempre insisten en el «pues ya que estoy aquí» cuando creíamos tener la entrevista finalizada. En tales casos no merece la pena recriminar, no logrará cambiar esta realidad asistencial. Decida con rapidez, en función de su importancia, si atiende o pospone la demanda, pero no dude en negociarlo si lo considera oportuno^{15,16}.

La primera parte de la entrevista la ocupamos en buscar la información que nos aporta el paciente en su lenguaje y la vamos traduciendo interiormente a lenguaje médico, realizando una serie de hipótesis para llegar a un diagnóstico. Aquí el flujo de información es del paciente al médico.

Las técnicas de apoyo narrativo^{2,8,12,17}

- **Empatía:** es una conducta verbal o no verbal que expresa solidaridad emocional y no prejuzga ética o ideológicamente. Puede ser gestual (contacto, sonrisa) o verbal («entiendo cómo se siente»). No ha de confundirse con juicios de valor («hiciste lo que tenías que hacer») o con seguridades prematuras («ya verás que esto no es nada», «le da este jarabe y, en dos días, como nuevo»).
- **Mirada** de concentración que transmite al paciente y a sus padres que ahora lo importante son ellos y lo que nos dicen, manteniendo el contacto visual. ¡Qué fácil es distraerse con la historia clínica, los papeles o el ordenador!
- **Escucha activa**, en silencio, observando con la máxima atención posible el lenguaje que utilizan los padres y el paciente, así como las señales no verbales, pero sin intentar interpretar, percibiéndolas simplemente, sin apresurarse a sacar ninguna conclusión todavía. Cada persona tiene su propio lenguaje para expresarse, su propio vocabulario verbal y no verbal. Es muy útil captarlo para luego devolver la información en ese mismo lenguaje.
- **Facilitar** que el paciente prosiga cuando sea necesario y sin ser repetitivo, prestando atención completa y sincera a las personas con las que hablamos. Tenemos todos los signos no verbales o casi verbales de facilita-

ción: los asentimientos con la cabeza y los sonidos de aceptación. También contamos con sus equivalentes verbales en las palabras expresadas con ánimo facilitador de la narración: «siga..., ya veo, ¿y eso?, ¿qué pasó entonces? explíqueme algo más...». Un error que podemos cometer es cerrar la facilitación («¿estaba el niño bien del todo?»), pues orientamos la respuesta.

- Podemos repetir exactamente lo que el paciente dice reflejando una frase, una idea o una palabra significativa pronunciada por el niño o sus padres, animándoles a que nos dé más información sobre el tema (**frase por repetición**). De esa manera, orientamos su atención hacia determinado contenido. Los errores a evitar son el antagonismo (repetimos una palabra con acento de incredulidad) y el efecto «coletilla» (ir repitiendo el final de cada frase del paciente o los padres puede irritar o molestar).
- El **señalamiento** muestra al paciente o a los padres sus sentimientos o conductas, profundiza en sus motivaciones, evidencia conflictos psicosociales y ayuda a clarificar emociones o ideas. «Parece como si estuvieras preocupado, Carlos», «te veo cansado»... Hay que evitar interpretar («creo que todo esto se lo produce la tensión que hay en casa») o antagonizar («si usted fuera más comprensiva no tendría tantos conflictos con el niño») y disponer de tiempo y disposición. Con frecuencia, el señalamiento desata reacciones como el llanto al mostrar emociones que estaban ocultas.
- La **clarificación** puede ser verbal («¿qué ha querido decir con eso?, ¿qué entiende usted por...?») o no verbal (gesto de extrañeza). Si abusamos de esta técnica, puede convertirse en un suplicio para el paciente o para los padres clarificar cada paso. Tampoco hay que hacerlo en un tono inadecuado, convirtiéndolo en crítica implícita.
- Para transmitir al paciente o a los padres que les hemos entendido podemos hacer un **resumen**. Éste proporciona al paciente y a sus padres una señal clara de si el médico necesita más información y es una oportunidad para corregir cualquier interpretación errónea. «Veamos si lo he entendido bien... Carlos está con fiebre desde hace unas horas, aunque le ven contento». Se expone el resumen y luego se pregunta: «¿es así?, ¿me he dejado algo importante?».

Completar la anamnesis: técnicas para obtener información específica^{2,3,13,17}

Una vez que el paciente o sus padres nos han contado con sus propias palabras y de manera espontánea el motivo o motivos de consulta y atendiendo a las diversas hipótesis que van surgiendo sobre lo que debemos hacer o el tipo de padecimiento del paciente, completamos el interrogatorio y podemos utilizar las siguientes técnicas:

1. **Preguntas abiertas**, que son aquellas que obligan a responder con una frase, no con un sí o un no. La información será más fiable si la respuesta del paciente es es-

pontánea, sin realizarle ninguna sugerencia que cierre la pregunta. Por ejemplo: «¿te duele algo, María?», en vez de: «¿te duele la garganta, María?».

2. En pediatría utilizamos mucho el «**menú de sugerencias**». Cuando el paciente tiene dificultades para explicarse o las preguntas abiertas no son bien comprendidas, puede ser el momento de ofrecer varias pistas: «¿el dolor era como si te pincharan o como si algo te apretara todo el rato?».
3. Las **preguntas cerradas** son las que pueden responderse con un monosílabo. Las utilizamos mucho, a pesar de que no expresan matices, y se contestan en muchas ocasiones automáticamente sin reflexionar y con el fin de agradarnos. Por ejemplo: «¿comes mucha fruta, Iván?, ¿le ha dado la medicación como le he dicho, cada 8 h durante 7 días?».

Se debe realizar cuando nos interesa un aspecto concreto para probar una hipótesis: «¿el dolor le despierta por la noche?». Conviene evitar concatenaciones (varias preguntas cerradas encadenadas y rápidamente contestadas por el paciente o sus padres en la dirección que el entrevistador le sugiere como la «buena»).

En resumen, en el interrogatorio iremos de lo general a lo particular, realizando para ello preguntas abiertas de inicio, menú de sugerencias y preguntas cerradas para aclarar y obtener datos concretos y de importante valor semiológico.

La anamnesis ampliada a áreas psicosociales^{2,7,18,19}

Con frecuencia debemos ampliar el interrogatorio más allá del entorno puramente físico y abarcar los aspectos psicológicos, familiares y sociales implicados en la problemática del paciente y sus padres para conocer el contexto en el que surgen los problemas de salud y su relación con ellos. Para esto haremos un «salto a lo psicosocial». Adquiere relevancia cuando nos interesa establecer el impacto de lo psicológico en el malestar del paciente, cuando los datos que obtenemos apuntan a problemas puramente psicológicos o de relación o si aparecen muchos síntomas abigarrados que no acertamos a orientar. Conocer la visión que el paciente y sus familiares tienen de su enfermedad facilita el diagnóstico y el tratamiento.

A continuación exponemos algunas formas de indagar estos aspectos.

- a) Averiguar las ideas del paciente o sus padres: «dime, ¿tú qué crees que te está pasando?, ¿te has hecho alguna idea de la causa de esto?, seguro que has pensado en ello, a mí me ayudaría saber qué piensas que te puede pasar...».
- b) Interesarse por las preocupaciones del paciente o los padres: «¿qué les preocupa que sea?, ¿qué es lo peor que ha pensado que puede ser?, ¿hay algo que te preocupe sobre...?».
- c) Interesarse por las expectativas del paciente o la familia: «¿en su opinión, qué podemos hacer?».

- d) Interesarse por las consecuencias del problema: «¿qué repercusiones tiene para ustedes?, ¿cómo te afecta?, ¿te impide realizar alguna actividad?».

La anamnesis centrada en el paciente es especialmente importante si queremos conocer el impacto biográfico de la enfermedad, el paciente o sus padres manifiestan emociones de inquietud, enfado o agresividad o tenemos la impresión de que nos falta algo en la historia.

Las cuestiones que el pediatra debe hacerse, cuando cree que ha completado la anamnesis, son: ¿puedo mostrar a este paciente los motivos que le indujeron a venir a mi consulta? y ¿tengo suficiente información para decidir lo que debo hacer?

Si ambas respuestas son afirmativas, haga un resumen o sumario en el lenguaje del paciente y verifique que lo aprueba.

La exploración física

En la mayoría de las ocasiones es necesario completar la anamnesis con una exploración física (EF) o pruebas complementarias (**figura 4**). En estos casos hay que informar de los procedimientos a realizar y pedir permiso para hacerlo. También hay que tener en cuenta que determinadas exploraciones constituyen una agresión a la intimidad de los pacientes, bien por su propia naturaleza, por ejemplo, un tacto rectal, o bien por las creencias y valores culturales del paciente y su familia. La exploración física ha de ser cómoda para el niño y para nosotros, dejando para el final las maniobras molestas, permitiendo que toque los instrumentos que tenemos en la mano y mantenga contacto con su familia^{2,3,17,20}.

Por último recordar que mientras estamos explorando podemos completar datos de la historia clínica.



FIGURA 4. La exploración física.

Los errores habituales que se producen en la parte exploratoria^{2,7-9,12,13,19-21}

- No saludar. Recibimiento impersonal.
- Dar por sobreentendido el motivo de consulta.
- Preguntar demasiado sin aprovechar la propia elaboración realizada por el paciente o sus padres.
- No dejar hablar al paciente o a los padres. Interrupciones y direccionamiento excesivo (alto control).
- Conducir de tal manera la entrevista que obtengamos la información que deseábamos obtener, pero no la más adecuada ni la más relevante a efectos del cuidado del paciente.
- Entremezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones o instrucciones propias del final de la entrevista.
- Antagonizar. El antagonismo es una conducta verbal o no verbal que opone, critica, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente o sus padres. Es frecuente en la relación asistencial, sobre todo bajo la forma de culpabilizaciones («si usted me hubiera hecho caso...», «si no deja de fumar, el niño seguirá tosiendo», «si hubiera consultado antes...»). Debilita la relación asistencial, tiene efecto antiplacebo y favorece el incumplimiento de terapias. Se previene evitando la agresividad latente. Si debemos criticar la conducta de un paciente o sus padres (y ello puede ser conveniente), es preferible hacerlo en la parte resolutive, una vez explorado, para evitar sesgos y actitudes poco colaboradoras.
- Las seguridades prematuras son respuestas prematuramente tranquilizadoras («todo se solucionará», «ya verá como irá bien»). Son respuestas que solemos utilizar para no profundizar en las emociones del niño o sus padres y equivalen a un rechazo educado. Sólo tranquilizan a quien las emite. ¿Y si luego el catarrillo sin importancia resulta una neumonía? Es preferible señalar («parece afectada por esto»), mostrar empatía e informar con rigor («usted tiene miedo de esa operación, yo puedo explicarle en qué consiste. Después, juzgue»).

Parte resolutive

Se inicia cuando el pediatra se ha formado una idea de lo que le ocurre al paciente o de la conducta más adecuada para llegar a un diagnóstico, prevención o tratamiento de sus problemas de salud. Si en la primera fase de la entrevista el flujo de información es fundamentalmente de paciente y padres al médico, en esta fase es de médico al paciente y a sus familiares, sin olvidar que hay que comprobar que entienden la información y acordar un programa terapéutico.

Cierre de la entrevista

Nos despedimos cordialmente sin olvidar la «toma de precauciones»⁹ («si el niño continúa con fiebre durante la semana, no dude en consultar de nuevo»).

Tabla 2

ELEMENTOS DE COMUNICACIÓN QUE GENERAN SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN ASISTENCIAL

- Interés del pediatra en las personas y en sus ideas y puntos de vista sobre el problema
- Recibir información clara y adecuada
- Que el pediatra mantenga una actitud de escucha activa, afable, amistosa, educada y con apoyo emocional
- Mayor participación en la consulta y en la toma de decisiones
- Que el médico realice educación para la salud
- La confianza en el médico
- Consultas positivas y tranquilizadoras
- Poder exponer sus expectativas

El establecer una relación clínica adecuada es uno de los fines de cada encuentro con un niño y sus padres. La satisfacción de los pacientes y de sus familias ha sido considerada como un aspecto secundario de nuestra actividad, más en consonancia con elementos de marketing que asistenciales. Sin embargo, actualmente sabemos que el grado de satisfacción con la asistencia (tabla 2) influye directamente en la comprensión de los problemas, en la capacidad de afrontamiento y en la evolución clínica de los mismos. Una relación clínica deficiente dificulta al pediatra la detección del problema del paciente, y su manejo posterior da lugar a un uso inadecuado de recursos, le desgasta profesionalmente y le expone a problemas médico-legales^{2,7,8,10,21-24}.

Hoy día los modelos de relación clínica se están abriendo al abordaje psicosocial de los problemas de salud y no se limitan a considerar sólo aspectos dependientes del médico o del paciente, sino que integran factores psicológicos y socio-familiares. El modelo de relación clínica «centrado en el paciente» (tabla 3) mejora la calidad de la información clínica obtenida, la comprensión del mensaje que ofrece el profesional, la satisfacción del paciente, el cumplimiento de los tratamientos y la utilización de los recursos sanitarios^{14,20,22,24}.

La tendencia actual anima a construir relaciones «mutuales» o «centradas en el paciente»; pero, no cabe duda, ante

Tabla 3

LA RELACIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y SU FAMILIA

- Explora la enfermedad y las vivencias que ocasiona al paciente y a sus padres (a qué atribuyen la enfermedad, con qué la relacionan, qué sentimientos produce..., «le veo preocupado»)
- Trata de comprender a la persona completa (¿retirada de la guardería cuando trabajan los padres, la familia lejos y la economía regular?)
- Busca acuerdos y la participación en la toma de decisiones
- Incorpora tareas de prevención y promoción de la salud
- Cuida la relación médico-paciente en cada encuentro
- Siendo realistas: todo ello debe hacerse en el marco de los recursos que tenemos y con el tiempo real de entrevista

familias que, por diversas razones, en un momento dado están buscando insistentemente una relación distinta, más «consumista», es inadecuado empeñarse en lo contrario. La consigna del día a día para el pediatra práctico es ser flexible para poder responder de la mejor manera posible a las demandas que presentan las familias y, a la vez ser consecuente con sus circunstancias y valores como profesional^{17,18,21,23,25}.

BIBLIOGRAFÍA

- Morgan ER. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:638-42.
- Borrell-Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semfyc; 2004.
- Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross W. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics* 1982;70:396-402.
- Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29:85-90.
- Mendelsohn JS. Interview strategies commonly used by pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:154-7.
- Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patient's preferences for doctors appearance and mode of address. *BMJ* 2005;331:1524-7.
- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-5.
- Borrell-Carrió F. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Am Med* 2004;2:310-6.
- Ruiz-Moral R. ¿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.
- Tates K. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med* 2001;839-51.
- Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Arch Intern Med* 2007; 167:1172-6.
- Tates K. «Let mum have her say»: turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns* 2000;40:151-62.
- Tates K. Doctor-parent-child relationship: a «pas de trois». *Patient Educ Couns* 2002;48:5-14.
- Nova C. The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Educ Couns* 2005;58:327-33.
- Lindley KJ, Glasser D, Mills PJ. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain. *Arch Dis Child* 2005;90:335-7.
- 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.
- Ruiz-Moral R. Relación clínica. Barcelona: semfyc; 2004.
- American Academy of Pediatrics. Family pediatrics: report of the task force on the family. *Pediatrics* 2003;111:1541-71.
- Wissow LS. Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics* 2005; 115:1569-78.
- Borrell-Carrió F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2007;129:176-83.
- Whitcomb ME. Communication and professionalism. *Patient Educ Coun* 2000;41:137-44.
- Barca I. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004;33:361-7.
- Loayssa JR, González F, Ruiz R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Aten Primaria* 2007; 39:291-7.
- Hall JA, Visser A. Health communication in the century of the patient. *Patient Educ Couns* 2000;41:115-6.
- Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7-17.

LECTURAS Y ENLACES RECOMENDADOS

- Borrell-Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- Borrell-Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semfyc; 2004.
- Ruiz-Moral R. Relación clínica. Barcelona: semfyc; 2004.
- Tizón JI. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma; 1988.
- Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C; 1998.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
- McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
- www.fisterra.com, en Formación y en El lado humano, se pueden encontrar numerosas referencias bibliográficas y cinematográficas relacionadas con la comunicación clínica.
- www.samfyc.es/ComunicaciónSalud