



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Comunicación con los padres

Introducción

2.1. Transparencia de la información sobre tratamiento y terapia

- 2.1.1 Introducción
- 2.1.2 Modelo paternalista y modelo informativo
- 2.1.3 Barreras de comunicación

2.2. Comunicación con los padres

- 2.2.1 Introducción
- 2.2.2 El rol de los padres en el triángulo de comunicación pediatra-niño-padres.
Bebés, niños, adolescentes

2.3. Competencias transversales

- 2.3.1 Paciencia y escucha. Atención compartida (multitarea)
- 2.3.2 Empatía e inteligencia emocional (manejo de las emociones, resolución de problemas, malas noticias)
- 2.3.3 Lenguaje sencillo, comunicación expresiva
- 2.3.4 Repetición

2.4. Enseñar competencias transversales

- 2.4.1 Pacientes Estandarizados
- 2.4.2 Aprendizaje basado en casos
- 2.4.3 Aprendizaje basado en el Role-play
- 2.4.4 Aprendizaje basado en equipos
- 2.4.5 Aprendizaje basado en problemas

2.5. Actividades prácticas

2.6. Estudio de casos

2.7 Bibliografía



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

VIDEO TUTORIAL

Communicating with parents



Introducción

Durante los exámenes médicos, los pediatras y los padres deberían entenderse mutuamente, ya que, de otro modo, no habría confianza mutua. Este modo de relación es bastante complejo, en la comunicación existen barreras cognitivas y afectivas. Para garantizar una buena comunicación entre los padres y los proveedores de atención médica es necesario comprender lo que los padres consideran importante en las relaciones doctor-paciente/padres y cuáles son los puntos críticos de las citas médicas. Este capítulo presenta las bases de la relación médica entre doctores y padres así como modos para reforzarla por medio de competencias específicas para la comunicación.

2.1. Transparencia de la información sobre el tratamiento y la terapia

2.1.1 Introducción

El nivel de calidad en la asistencia médica depende ampliamente de la seguridad, la oportunidad, la efectividad, la eficiencia, el equilibrio y una buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Para proporcionar un servicio médico profesional centrado en el paciente, es fundamental mejorar las competencias de comunicación. El enfoque centrado en el paciente puede definirse como el enfoque biopsicosocial del tratamiento médico. El modelo biopsicosocial, a diferencia del modelo biomédico, establece que la salud y la enfermedad vienen determinados por una interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales y ninguna enfermedad, paciente o condición individual puede reducirse a un único aspecto. Se opone a éste el modelo biomédico, que atribuye la enfermedad a factores biológicos como virus, genes, o anomalías somáticas (Borrell-Carrió et al. 2004).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.1.2 Modelo paternalista, modelo informativo

Cuando interactúan médicos y pacientes, tiene lugar una comunicación entre personas en posición desigual normalmente en una situación emocionalmente difícil. Por este motivo, es una de las interacciones más difíciles de las relaciones humanas. Según Roter, hay cuatro formas básicas de relación médico-paciente: paternalista, deliberativa, informativa y disfuncional. En las relaciones paternalistas, los doctores se muestran dominantes mientras que los pacientes se mantienen pasivos. El modelo informativo lo caracteriza un paciente activo y un doctor que se centra en proporcionar atención médica y respetar los derechos del paciente. El modelo deliberativo se asocia con una toma de decisiones compartida y a menudo se la promueve como la mejor de las relaciones posibles (seguimiento del paciente, quejas del paciente, mejora de la satisfacción del paciente ante una conversación más positiva de los doctores que se centran más en la construcción de la relación clínica). La relación disfuncional está caracterizada por la ausencia de control por ambas partes y es considerada la peor opción de los cuatro modelos. (Roter, 2010).

El enfoque deliberativo puede utilizarse como una herramienta eficaz para comunicarse también con los padres y los niños. Una revisión de la literatura reciente (Tates & Meeuwesen 2001) indica que los niños de 7 años en adelante son más precisos que sus padres en proporcionar datos de salud que puedan predecir resultados médicos, aunque se les da peor proporcionar datos para un historial médico. La fiabilidad de los informes realizados por niños entre 8 y 11 años es bastante buena en los cuestionarios de salud desarrollados especialmente para este grupo de edad. Los informes personales de los niños aportan un modo viable de monitorizar experiencias internas médicas y de sufrimiento durante la infancia y la adolescencia, lo que puede ayudar a mejorar la comprensión de las trayectorias médicas y el desarrollo de las enfermedades.

Recursos en línea

Borrel-Carrió F. et al. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

El modelo biopsicosocial es a la vez una filosofía del cuidado clínico y una guía clínica práctica. En este artículo, los autores defienden el modelo biopsicosocial como una contribución necesaria para el método clínico científico.

Roter D. (2010) Models of Doctor-patient relationship.

<http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf>

Esta presentación explora las bases teóricas y filosóficas que definen la relación terapéutica y la expresión de la relación terapéutica en la práctica actual basada en el estudio empírico.

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Los estudios sobre la relación doctor-paciente se centran principalmente en las relaciones diádicas entre individuos adultos. El objetivo de esta revisión es analizar el estado del arte de la investigación sobre la comunicación doctor-padres-niño y el de explorar el rol específico del niño.

2.1.3 Barreras de comunicación

Como hemos avanzado, es esencial una buena comunicación con los padres. En la mayoría de los casos, los padres son expertos en identificar cuándo la conducta de sus hijos es anormal para ellos y puede indicar una mala salud. Los pediatras deberían reconocer este conocimiento de los padres sobre la personalidad y la salud de sus hijos, en particular si la edad del niño o alguna incapacidad hace difícil comunicarse con ellos. Los pediatras deberían dialogar con los padres cualquier preocupación que tengan sobre la seguridad o bienestar de un niño o adolescente, y mantenerles



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

informados sobre lo que va sucediendo.

Las barreras de comunicación significan todos los obstáculos que pueden llegar a parar o interrumpir el proceso de la comunicación. Existen muchas trabas para una buena comunicación en la relación doctor-paciente, incluyendo barreras cognitivas y afectivas. Par lograr el objetivo común de una mejor salud infantil, el médico necesita identificar las barreras más comunes y aprender ciertas competencias transversales además del conocimiento médico correspondiente.

A nivel cognitivo, los pediatras deben revisar si han proporcionado la cantidad de información suficiente, demasiada o sólo la justa y si la información es comprensible tanto par los padres como para los niños. En algunos casos, los médicos tienen expectativas irreales hacia los padres y los pacientes respecto del nivel de comprensión de la jerga médica o la habilidad para manejar información compleja en situaciones estresantes. La jerga médica debe evitarse en casi todos los casos, incluso cuando el padre o la madre sea un profesional de la salud competente.

Para ofrecer una comunicación adecuada a nivel afectivo, un pediatra debe tener en cuenta a qué generación pertenecen los padres, el género de los padres, las diferencias culturales y los valores personales. El sistema de valores de las familias y las expectativas debe respetarse por el personal sanitario. Las señales no verbales tales como el contacto visual, el contacto físico, o el tono de la voz son también importantes. Los resultados de un grupo de investigadores que compararon las quejas de los pacientes sobre un grupo de cirujanos hallaron que había una probabilidad tres veces superior en el grupo recogido de doctores que tenían un tono de voz más dominante. Los doctores cuyo tono de voz transmitía preocupación o ansiedad eran alrededor de la mitad en el grupo objeto de queja. Un tono de voz negativo (ansiedad) combinado con palabras positivas (comprensivo y sereno) se asociaba con una mayor satisfacción del paciente y una mejor retención del nivel de citas en un periodo de seis meses (Ambady et al. 2002).

Recursos en línea

Ambady N. et al. (2002) Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9

<http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>

Aspectos interpersonales del cuidado, como las conductas en la comunicación de los médicos, se citan a menudo como aspectos clave de las decisiones de un paciente a la hora de iniciar una queja por mala práctica. En el estudio actual, los autores han investigado la relación entre la apreciación del tono de voz de los cirujanos y su historial de quejas por mala práctica.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2. Comunicación con los padres

2.2.1 Introducción

La relación pediatra-padre-paciente está construida sobre la confianza. Los factores predictivos más importantes de una comunicación efectiva entre médicos y pacientes/padres son la percepción del interés, la atención, la amabilidad, y la capacidad de respuesta. La confianza durante las citas pediátricas se define generalmente como la creencia de los padres de que el proveedor de salud pediátrica tiene en mente el mejor interés para su hijo. La mala relación con los médicos es la fuente principal de quejas de los padres. Una buena relación tiene una mayor influencia en la satisfacción del paciente, el seguimiento del paciente y la adherencia al tratamiento que las indicaciones escritas o incluso el tiempo dedicado en la entrevista médica (Levetown 2008).

Para garantizar una buena comunicación entre los padres y los proveedores de asistencia médica es necesario entender aquello que los padres consideran importante sobre las relaciones doctor-paciente-padres y cuáles son los puntos más críticos de las entrevistas médicas. La siguiente lista está basada en el cuestionario Softis-Ped para padres y en las entrevistas con padres realizadas durante el proyecto:

- Claridad, franqueza: hablar el lenguaje del paciente, dirigir la conversación hacia una dirección relevante, evitar en lo posible sorpresas de último minuto.
- Honestidad: reservarse información es aceptable sólo si el médico está convencido que comunicarla a los padres puede aumentar el riesgo de daño al niño o al joven o a alguna otra persona. El asesoramiento de un colega experto o clínico líder puede ayudar a averiguar cuál es el mejor modo de afrontar la situación.
- Respeto: saludar al niño y a sus padres por sus nombres, sonreír
- Escucha: Hacer participar a los padres y al niño en el diálogo, al término de la consulta, preguntar a los padres si tienen alguna pregunta adicional. Dar tiempo a los padres para asimilar y comprender el contenido de sus explicaciones
- Más y mejor información sobre la enfermedad, el plan de tratamiento, y los resultados esperados
- Más transparencia sobre los riesgos y efectos secundarios del tratamiento
- Dialogar sobre los beneficios, los riesgos, la información disponible sobre otros tratamientos (incluyendo aquellos que no deben realizarse en ningún caso). Descartar la medicina alternativa o complementaria de antemano no es convincente para los padres.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2.2 El rol de los padres en el triángulo de comunicación pediatra-niño-padres. Bebés, Niños, Adolescentes

El rol de los padres en la comunicación doctor-niño varía en función de la edad del niño. Hasta los 6-7 años el padre/la madre es quien puede comunicar mejor y funciona como principal traductor de los síntomas del niño, sus preguntas y deseos en general. A partir de los 6-7 años los niños pueden proporcionar una mejor descripción de sus síntomas que sus padres (Tates & Meeuwesen 2001). En el grupo de edad de niños entre los 6-12 años, el rol de los padres consiste principalmente en animar al niño a que pueda comunicarse mejor con el médico, explicando los síntomas con sus propias palabras, proporcionando ayuda si es necesario. Para los pediatras, las explicaciones de los padres sobre los hobbies e intereses de los niños son una fuente de información excelente para construir la confianza y averiguar cómo construir un espacio común con los pequeños pacientes. Las visitas de adolescentes y jóvenes se caracterizan por un rol más pasivo del padre o plenamente ausente en la consulta médica.

En 2000, Tates y Meeuwesen publicaron un estudio sobre la participación de niños holandeses en las visitas médicas después de examinar 106 entrevistas médicas registradas en video recogidas durante un periodo de casi veinte años. Los resultados mostraron que el control de los niños en la consulta médica es bastante limitado, aunque, con los años, vienen participando más activamente. Otro hallazgo importante del estudio fue "la diferencia en el modo en que los pediatras generales y los padres adaptan sus patrones a los del niño"; **el control parental se muestra constante a lo largo de los años, y no está relacionado con la edad del niño, mientras que el pediatra general considera la edad del niño**" (Tates & Meeuwesen 2000).

Los mismos investigadores encontraron que la mayoría de los estudios han ignorado las consecuencias de la presencia del niño en las consultas médicas (Tates & Meeuwesen 2001). En vez de poner el foco en la interacción doctor-niño-padre, los estudios sobre la comunicación doctor-paciente evalúan principalmente la interacción diádica entre adultos. Otros investigadores previos que han reclamado centrarse en la interacción triangular doctor-padre-niño han utilizado metodologías basadas en diádas. Como las dinámicas de interacción de la tríada difieren singularmente de las de la diáda, Tates y Meeuwesen propusieron realizar más análisis triangulares.

Se llevó a cabo un análisis de la tríada por Tates et. al (2002) con el objetivo de desarrollar una tipología para las relaciones doctor-padre-niño y proporcionar una validación empírica para la tipología propuesta. En total, el equipo investigador encontró tres grupos diferentes: 1) ambos adultos apoyan (se encontró principalmente con interacciones con niños de edades mayores) 2) ambos adultos no apoyan (cuanto más joven es el niño menos apoyo de los padres y del pediatra general) 3) el pediatra general apoya y el padre no apoya (este patrón resultaba también en función de la edad y sucedía más frecuentemente con niños mayores). Basándose en las grabaciones de los videos en los despachos pediátricos, los investigadores concluyeron que "**el noventa por ciento de las consultas terminaban de un modo no participativo**, en parte debido a **la disminución de la conducta de apoyo del pediatra general**. El hecho de que los pediatras generales manifiesten una conducta menos orientada al niño al término de la duración de las consultas concuerda con estudios previos que establecen que los médicos algunas veces dialogan las decisiones de los tratamientos con los niños. (...) la necesidad de los padres de expresar su preocupación e involucrarse en las decisiones del tratamiento (...) puede explicar los cambios en la conducta de apoyo de los pediatras generales hacia los niños (...) **El pediatra general casi nunca retoma su conducta de apoyo hacia el niño después de haber mantenido una conversación diádica con el padre**" (Tates et al. 2002). En total, han participado 58 pediatras generales en el estudio, la mayoría, 91%, masculinos.

Por consiguiente, la principal responsabilidad de un doctor en la comunicación padre-niño-doctor es 1) evaluar si el niño está listo para participar activamente o no en una situación específica (por ejemplo,



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

un niño con una personalidad abierta y extrovertida puede comportarse de modo diferente cuando está enfermo); existe algún factor constante que impide que el niño pueda comunicarse abiertamente (timidez); es mayor el niño o está suficientemente desarrollado a nivel cognitivo para poder explicar sus propios síntomas 2) Para asegurar que el niño pueda contar sus síntomas, expresar sus emociones y hacer preguntas, mantener el rol activo del niño en la conversación y reducir la implicación/participación del padre cuando sea necesario).

Recursos en línea

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Estudios sobre la comunicación doctor-paciente se centran principalmente en las interacciones diádicas entre adultos. El objetivo de este estudio es evaluar el estado del arte de la investigación en la comunicación doctor-padre-niño, y explorar el rol específico del niño.

Tates et al. (2002) Doctor-parent-child relationships: a “pas-de-trois”. *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14

https://www.researchgate.net/publication/11168264_Doctor-parent-child_relationships_A_%27pas_de_trois%27

Las oportunidades del niño de participar son bastante limitadas y la conversación parental para el niño está, de algún modo, co-construida institucionalmente. Este estudio se ha dirigido a lograr una caracterización más amplia de las relaciones dentro de esta tríada desarrollando una tipología de las interacciones doctor-padre-niño, que han venido clasificando la conducta adulta en términos de participación de niños con apoyo versus niños sin apoyo.

Tates K., Meeuwesen L. (2000) “Let Mum have their say”: Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40, 151-162

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000750>

La legislación en los Países Bajos establece que los niños deben formar parte de las decisiones que afectan a su propia salud. Para poder precisar los aspectos de asimetría y control en la comunicación doctor-padre-niño, el presente estudio explora los patrones de participación en esta tríada en los consultorios de los médicos generalistas, y realiza trabajo comparativo a lo largo de los años.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3. Competencias transversales

2.3.1 Paciencia y escucha. Atención compartida (multitarea)

Escuchar bien es una parte esencial de la comunicación. Esto requiere la disposición de tiempo y paciencia adecuados, y la voluntad de escuchar las preocupaciones de los padres. A quiet room, lack of interruptions, provision of chairs for the parents, sitting at an appropriate distance, good eye contact, etc., son útiles para mejorar la comprensión y aprender de los padres.

El cuestionario Softis-ped reveló que las habilidades de comprensión de los pediatras son buenas. Sin embargo, según Pilling (2008) numerosos médicos tienden a interrumpir a sus pacientes después de escuchar los síntomas tan sólo 18 segundos debido al tiempo tan limitado que tienen para dedicar a los pacientes. Posteriormente, suelen conducir la conversación por completo de modo que los pacientes no logran terminar sus frases. Por consiguiente, esto conduce a una descripción incompleta de los problemas del niño con más de la mitad de los síntomas (54%) sin a florar o explicar. En el caso de los pediatras de atención primaria este tiempo es incluso más corto y puede faltar más información ya que los médicos deben comunicarse con dos personas en vez de una sola. Aunque en el caso de los niños más pequeños el médico confía más en el padre para proporcionar la información correcta de los síntomas, tampoco se puede ignorar al niño durante la visita. Escuchar a los pacientes no requiere tanto tiempo como suponen los médicos: muchos pacientes concluyeron su primera frase sin interrupción en 60 segundos y ninguno de ellos necesitó más de 150 segundos incluso cuando se les animó a dedicar más tiempo.

Los doctores también suelen sobrestimar la importancia de los síntomas mencionados al inicio e interrumpen al paciente justo después de haber mencionado el primer síntoma. A menudo, los pacientes son incapaces de decidir qué síntoma es el más importante y a menudo el orden en que los están presentando no tiene nada que ver con la importancia clínica del síntoma descrito. Durante las revisiones de control y las citas específicas muchos doctores retoman la conversación donde ha quedado previamente, continuando con el tema final mencionado en la última visita y saltando todas las preguntas introductorias.

La mayoría de las veces los pacientes no tienen posibilidad de realizar preguntas relacionadas con las explicaciones del doctor ya que un 75% de los médicos no ofrecen a los pacientes la oportunidad de hacer preguntas adicionales. Además del tiempo limitado que un doctor puede dedicar a un paciente también hay médicos en ejercicio que no desean que les hagan preguntas. El 76% de los pacientes aún tiene preguntas específicas después de la visita o cuando ya han abandonado la consulta del médico de atención primaria. Sin la suficiente información, los pacientes pueden incluso no llegar a reconocer las buenas intenciones del médico. Si la confianza se rompe, la adherencia a la medicación se verá perjudicada y los pacientes no seguirán las prescripciones del doctor. Los pacientes más satisfechos con sus médicos tienen más probabilidad de seguir las recomendaciones y la adherencia al tratamiento, y los médicos con más competencias transversales en la relación con el paciente tienen más probabilidad de conseguir pacientes satisfechos. (Pilling 2008)

Recursos en línea

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszsegugymarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/>

El autor presenta las fases de una entrevista médica y explica en detalle las tareas de las diversas etapas.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.2 Empatía e inteligencia emocional (gestión de las emociones, resolución de problemas, malas noticias)

Los padres de niños enfermos pasan por una experiencia sumamente difícil. Al tener que interactuar con los niños y sus padres, los pediatras necesitan fuertes competencias interpersonales. Crear vínculos con la familia del niño y mostrar empatía y comprensión ante la difícil situación de los padres es una parte muy importante del tratamiento. Los padres pueden reaccionar de varias maneras ante situaciones estresantes y un pediatra debe estar preparado para manejar reacciones negativas comunes como la culpabilidad, la rabia, un pesar mostrado repentinamente.

Es muy importante aceptar lo que los padres tienen que decir, sin juzgarlo. Reconocer los esfuerzos de los padres y reafirmar su capacidad para cuidar al niño verbal y no verbalmente ayuda a construir seguridad y confianza. Los padres merecen saber la verdad, pero su comunicación debe ser atemperada con el sentido común y la empatía. Si la condición del niño es realmente seria, la información puede ser suministrada en pequeñas dosis a lo largo de dos visitas o más. Sin embargo, si los padres manifiestan el deseo de saberlo todo, debe contárseles.

La mayoría de los médicos manifiestan algún tipo de incomodidad con la comunicación, especialmente cuando deben explicar a los padres información no deseable o perturbadora. Las malas noticias junto con el desafío de manejar la difícil situación constituyen las dos áreas principales en las que los médicos tienen mayor dificultad. Cuando se escuchan malas noticias, los padres valoran a un médico que demuestra claramente una actitud atenta y con quien pueden conversar y expresar sus emociones. Los padres prestan más atención a las relaciones afectivas con el doctor que la habilidad del doctor para resolver un problema.

Levetown y el Comité de Bioética propusieron el siguiente modo para comunicar malas noticias:

Abrir la conversación preguntando a los padres qué es lo que saben sobre lo que le sucede a su hijo. Probablemente los padres quedarán disgustados al escuchar las malas noticias. Esperar hasta que el doctor recupera su atención y reconocer su dolor y miedo puede ser un signo claro de un pediatra comprensivo, que no juzga el estado emocional de los padres. Los médicos pueden utilizar frases empáticas como “Ya veo que no esperaba esto.” (silencio). Una vez que los padres expresan sus ideas al pediatra, deben corregirse las percepciones erróneas.

Preguntar si conocen alguna otra persona con el mismo diagnóstico o situación y preguntar si asociar su experiencia puede resultar de ayuda. Los pediatras pueden expresar a los padres, por ejemplo: “Parece bastante disgustado; yo lo estaría también. (silencio.) ¿Conoce a alguien que ha padecido esta enfermedad? (silencio.) ¿Cómo les han ido las cosas?”.

Compartir gradualmente la enfermedad y la información del tratamiento puede ser ampliamente agradecido por los padres. Los pediatras pueden ofrecer información completa a lo largo de varias visitas si es necesario. Aportar material escrito y proporcionar un modo de contactar al doctor cuando surjan preguntas adicionales ofrece a los padres la sensación de que son apoyados por el equipo de salud.

Los padres pueden querer tener la oportunidad de tocar o abrazar a su hijo, especialmente recién nacidos o niños a los que les han separado para su traslado al centro. Asegurar el contacto físico siempre que sea posible ayuda a reducir los miedos del niño y la experiencia traumática de los padres ante los sucesos.

Recursos en línea

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Pediatrics VOLUME 121 / ISSUE 5



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Este artículo proporciona una revisión de la evidencia sobre la comunicación clínica en el entorno pediátrico, y abarca el espectro desde la consulta de atención primaria del paciente externo hasta la notificación del fallecimiento, y proporciona sugerencias prácticas para mejorar la comunicación con los pacientes y las familias, al permitir una atención médica pediátrica más eficaz y empática.

2.3.3 Lenguaje sencillo, comunicación expresiva

No todos los padres tienen un buen nivel educativo o de inteligencia. La explicación de los hechos con un lenguaje simple, claro y directo es muy importante. La claridad y la franqueza son especialmente relevantes con padres con un limitado conocimiento sobre la salud. La mayoría de los pacientes no están familiarizados con los términos médicos y entre el 89-93% de los doctores fallan en comprobar si los pacientes han comprendido o no las explicaciones. En consecuencia, los pacientes memorizan sólo un 50-60% de la información proporcionada (Pilling 2008). Los padres pueden tener dificultades en el cumplimiento de las dosis y las indicaciones de los cuidados, en el cálculo de la cantidad de medicación a suministrar y la lectura de las etiquetas nutricionales. El lenguaje sencillo es una estrategia que puede aplicarse tanto en la comunicación verbal como escrita.

Hay muchas técnicas eficaces y útiles para hacer más fácil la comunicación con los padres. Utilizar palabras sencillas, frases cortas y explicar la jerga médica constituyen el primer paso para evitar malentendidos. Fragmentar información compleja en enunciados cortos y proporcionar la información más importante primero y después centrarse en dos o tres conceptos importantes puede resultar útil a los padres, en especial si no tienen posibilidad de tomar notas. Las ayudas visuales como los dibujos, modelos y diagramas pueden ayudar a una mejor comprensión de hechos biológicos y estadísticas.

En ocasiones las barreras del lenguaje, las diferencias culturales y de personalidad pueden influir en la eficacia de la transmisión de información. Los pacientes pueden necesitar otro tipo de información diversa de la que suponen los médicos. Los pacientes desean conocer el diagnóstico, el pronóstico y la causa de la enfermedad mientras que los doctores se interesan más por el tratamiento y la medicación (Pilling 2008).

Recursos en línea

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszseguyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/>

El autor presenta las fases de una entrevista médica y explica en detalle las tareas de las diversas etapas.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.4 Repetición

Para asegurarse que los padres comprenden la información proporcionada el pediatra debe primero revisar qué saben los padres sobre la enfermedad de su hijo. Con unos padres informados, el diálogo puede comenzar en un nivel superior, aunque es importante revisar si su nivel de conocimiento o comprensión es correcto. Muchos padres consultan fuentes de información sin revisión ni control, como las páginas web o las revistas de salud. Las habilidades de comprensión de los padres pueden verse afectadas por problemas de lenguaje o también estados emocionales. Secuenciar la información, proporcionarla en una sucesión lógica o fragmentarla en dos o más sesiones puede conseguir una mejora en la comprensión y retención de la información. En el tiempo entre dos sesiones los padres tienen margen para absorber la información y afrontar la nueva situación. Los pediatras deben estar preparados para repetir información con paciencia y responder preguntas. Es importante también prestar atención a cuánta información desean conocer los padres: algunos pueden estar interesados en todos los mínimos detalles de la condición del niño mientras que otros simplemente desean saber la prescripción y la seguridad de que todo va a ir bien (Mehta 2008).

Después de responder las preguntas de los padres, el pediatra puede utilizar un método demostrativo para averiguar si han comprendido las instrucciones. En vez de preguntar si los padres han comprendido lo que se les ha explicado, el pediatra puede realizar preguntas tales como de qué manera van a realizar el tratamiento, qué planean decirle a su pareja o a los abuelos sobre el cuidado y tratamiento del niño o sobre el funcionamiento del dispositivo médico del niño.

Las grabaciones de audio pueden ser de ayuda para una comunicación eficaz aunque los pediatras aún albergan bastantes dudas sobre tales métodos. Los padres pueden escuchar varias veces la información o hacerla escuchar a otros miembros de la familia. Las grabaciones de audio son uno de los métodos más eficaces para difundir una adecuada información ya que “las grabaciones realizadas durante las entrevistas de pacientes externos fueron escuchadas por los padres de forma unánime; los abuelos las escucharon más de la mitad del tiempo (52.8%), el 70% fueron escuchadas más de una vez, y un tercio de los padres realizaron una copia para ellos. Las grabaciones han resultado ser eficaces más del 99% de las veces” (Levetown 2008).

Recursos en línea

Mehta PN. (2008) Communication Skills – Talking to Parents. *Indian Pediatrics*, 45, 300-304.

<http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf>

La buena comunicación es un arte que por ahora se adquiere, se desarrolla y se mejora con la experiencia. Mejora la comprensión de los pacientes y la adherencia a la terapia, y tiene un efecto terapéutico. Sin embargo, puede enseñarse y analizarse por medio de programas estructurados.

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Este artículo proporciona una revisión de la evidencia sobre la comunicación clínica en el entorno pediátrico, y abarca el espectro desde la consulta de atención primaria del paciente externo hasta la notificación del fallecimiento, y proporciona sugerencias prácticas para mejorar la comunicación con los pacientes y las familias, al permitir una atención médica pediátrica más eficaz y empática.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4. Enseñar competencias transversales

Existen diversos métodos para enseñar competencias transversales en la comunicación con los padres. Este capítulo muestra cómo las competencias transversales pueden enseñarse y aprenderse utilizando: pacientes estandarizados/simulaciones, aprendizaje basado en casos, aprendizaje basado en equipos, los Role-plays y el aprendizaje basado en problemas.

2.4.1 Pacientes estandarizados

Los pacientes estandarizados son un método por el cual alguien realiza el rol del paciente utilizando un escenario clínico para ayudar a doctores/estudiantes a aplicar las competencias y el conocimiento. Su propósito es enseñar y valorar la evaluación de un paciente y las competencias para el desarrollo de la entrevista médica. Los pacientes estandarizados son muy útiles ya que se convierten en una simulación de la vida real. Este método implica desafíos, ya que se basa en la improvisación y la opinión sobre la ejecución puede variar.

Los pacientes estandarizados son la mejor metodología en desarrollo en educación médica.

Recursos en línea

Kierstan Hanson, Patience for Patients: The Joys and Challenges of Using Standardized Patients in the Clinical Skills Lab

http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab_SIG_webinar-16-05-25.pdf

2.4.2. Aprendizaje basado en casos

En el aprendizaje basado en casos los doctores/estudiantes se les motiva para aprender por sí mismos, así aprenden el hábito del autoaprendizaje y la integración del conocimiento desde diferentes materias para la solución de problemas. Es un método configurado por grupos pequeños, con temas de aprendizaje preidentificados. Es el método que ofrece más oportunidades para adquirir las competencias de resolución de problemas en una sola sesión. El aprendizaje basado en casos es un modo más adecuado de aprendizaje en comparación con el aprendizaje basado en problemas.

Recursos en línea

Queen's University: What is Case-based learning?

<http://www.queensu.ca/ctl/what-we-do/teaching-and-assessment-strategies/case-based-learning>

Herreid, C. F. (2007). Start with a story: The case study method of teaching college science. NSTA Press.

http://pal.lternet.edu/docs/outreach/educators/education_pedagogy_research/start_with_a_story.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.3. Aprendizaje basado en el Rol-play

El Role-play es un método ampliamente extendido para aprender comunicación en el ámbito médico. El uso del role-play en pequeños grupos es un método significativo para ayudar a los alumnos a adquirir las competencias necesarias para participar en conversaciones difíciles con pacientes gravemente enfermos. Sin embargo, el role-play para las competencias en la comunicación interpersonal y la toma de decisiones puede ser evaluada.

Recursos en línea

Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Anthony L. Back, M.D.: Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators (2011)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155105/>

2.4.4. Aprendizaje basado en equipos

El aprendizaje basado en equipos es un método de aprendizaje centrado en el alumno pero conducido por un monitor. El método emplea estrategias para incorporar la eficacia de los métodos de aprendizaje por pequeños grupos como el aprendizaje basado en problemas, en sesiones orientadas de ponencias con grandes grupos. (Yeswanth, Ganesh 2013).

Los cuatro principios esenciales del aprendizaje basado en equipos son (1) formar y mantener los grupos adecuadamente; (2) mantener la responsabilidad de los alumnos para el trabajo individual y por equipos; (3) proporcionar feedback puntual y frecuentemente; y (4) diseñar tareas por equipos para favorecer el aprendizaje y el desarrollo del equipo

Este método anima a los estudiantes a ser agentes activos, en vez de destinatarios pasivos de información. El aprendizaje basado en equipos se compone de cuatro elementos: equipos, responsabilidad, feedback, y diseño de tareas.

Recursos en línea

Yeshwanth K. Rao, Ganesh K. Shenoy: Introducing team based learning in undergraduate pharmacology (2013)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608283/>

Dhiren Punja, Shivananda N Kalludi, Kirtana M Pai, Raghavendra K Rao, and Murali Dhar: Team-based learning as a teaching strategy for first-year medical students (2014)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286580/>

Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. Am J Pharm Educ. 2013;77(8):177

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806961/>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.5. Aprendizaje basado en problemas

El aprendizaje basado en problemas es un tipo de aprendizaje resultante del proceso de trabajo dirigido hacia la comprensión o resolución de un problema. (Barrows and Tamblyn, 1980). Está centrado en el alumno, basado en problemas, dirigido a la resolución de problemas, autoconducido, reiterativo, colaborativo, basado en la autoreflexión y la autenticidad. El aprendizaje basado en problemas tiene dos postulados fundamentales —el aprendizaje por medio de la resolución de problemas es mucho más eficaz para la creación de un corpus de conocimiento útil para el futuro, y las competencias de los médicos más importantes para el trato con pacientes son las competencias basadas en la resolución de problemas, más que las competencias basadas en la memorización. El aprendizaje basado en problemas sustenta la importancia del pensamiento crítico y la resolución de problemas.

Recursos en línea

Howard S. Barrows, MD, Robyn M. Tamblyn, BScN: Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education

<http://apps.fischlerschool.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.5. Practical activities

It is very difficult to learn soft skills from literature or on theoretical basis. The best way to develop soft skills is to practise them in real life environment. The following practical activities advise different complex situations in which the above listed soft skills as careful listening, expressive communication, emotionally reach behaviour can be put into practice.

Practical Activity - Listening

This practical activity improve your listening skills with active listening

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA1-Listening.pdf>

Practical Activity - Simple language and expressive communication

This practical activity addresses the following problem: how to explain complex issues in an understandable way; parents who only understand simple language/doctors using medical jargon

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive_communication.pdf

Practical Activity - Older child & non-supportive parent & supportive paediatrician (Emotional intelligence)

This practical activity describes how to communicate with older child or non-supportive parent or supportive pediatrician/GP. The activity focuses on the role emotional intelligence. The used method is role-play.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional_Intelligence.pdf

Practical Activity - Communicating bad news (Emotional intelligence; empathy)

Using a Standardized Parent simulation participants will be trained how to communicate bad news and how to manage different responses.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA4-Empathy.pdf>

Practical Activity - Difficult parents (Emotional intelligence; persuasion)

This activity is an exercise how to handle difficult parents. In the example parents resisting vaccination of the child is selected.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA5-Persuasion.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.6. Case Studies

The case studies intend to emulate relatively complex situation in which a given learning objective is demonstrated. The case studies on one hand complex, on the other hand reflect only a selected aspects of learning objectives. Students are expected coping with rather the specifics of the cases however during this exercise the indirect concepts also should be addressed.

Case Study - Parent withholding information from the child (Emotional intelligence; empathy)

Problem addressed: parent withholding information from the child

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld_information.pdf

Case Study - Content/dosage of information (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)

Part of the consideration of content/dosage of information is evaluating how the information may be perceived. Is there a risk a person may be hypersensitive or “allergic” to certain information? Complications may occur if this is not considered in advance.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information_dosage.pdf

Case Study - Cultural/religious differences (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)

Cultural and religious backgrounds may influence how things said with the best of intentions may be interpreted in unexpected ways.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural_differences.pdf

Case Study - Statements intended to comfort and maintain hope were interpreted as factual medical information (Emotional intelligence, empathy; expressive communication, persuasion)

In this case statements intended to comfort and maintain hope were interpreted as factual medical information.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain_hope.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.8 Bibliography

Ambady, N. et al., 2002. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, pp.5–9. Available at: http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons_tone_of_voice.pdf [Accessed July 31, 2017].

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M., 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), pp.576–82. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544> [Accessed July 31, 2017].

Levetown, M., 2008. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441> [Accessed July 31, 2017].

Mehta, P.N., 2008. Communication Skills – Talking to Parents. *INDIAN PEDIATRICS*, VOLUME 45, pp.300–304. Available at: <http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Pilling, J., 2008. Orvos-beteg kommunikáció Pilling Jánostól – Első Egészségügyi Marketing. Available at: <http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> [Accessed July 31, 2017].

Roter, D., 2010. *MODELS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*, Available at: <http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. et al., 2002. Doctor–parent–child relationships: a “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, 48(1), pp.5–14. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102000939> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2001. Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), pp.839–851. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600001933> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2000. “Let Mum have her say”: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), pp.151–162. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399199000750> [Accessed July 31, 2017].

Kathryn N. Huggett, Ph.D. Team-Based Learning (TBL) Available at: <https://www.creighton.edu/sites/www12.creighton.edu/files/TL-Pedagogies-Team%20Based%20Learning.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.