Arch Argent Pediatr 2011;109(1):36-41 / 36

La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho

Communication in Pediatrics: children and adolescents, subjects of right

Lic. C. de la Comunicación María Laura Braga[a] y
Lic. C. de la Comunicación María Gabriela Tarantino[b]

RESUMEN

Analizaremos la comunicación en el vínculo médico-paciente-familia. Proponemos que el profesional se sitúe frente a la perspectiva del niño y la niña como sujetos de derecho, de modo de crear condiciones para el diálogo. Otorgarles la palabra, ser escuchados, así como también informados, resulta fundamental para que puedan participar en las decisiones que se tomen en torno a su salud. Para ello, se plantea la necesidad de reflexionar sobre las propias representaciones en torno a la infancia.

Consideraremos, también, las competencias comunicativas del médico y el papel activo de cada uno de los integrantes de esta tríada.

SUMMARY

We will analyze the patient-family-doctor communication. We suggest that the healthcare professional consider girls and boys subjects of right, in order to generate conditions for dialogue. Letting them speak, be listened to, as well as informed, results essential for them to participate in the decision-making regarding their health. To do so, we will give rise to the need to reflect on self-representations about childhood.

Likewise, we will consider doctor's communicative competences and the active role of every single member of this triad.

a. Universidad de Buenos Aires. Cátedra de Teoría de la Comunicación y de Semiótica (Instituto Superior de Comunicación-COSAL). Cátedra de Técnicas de narración periodística (Universidad Argentina de la Empresa). UBA.
b. Programa Nacional por los Derechos de la Niñez y de la Adolescencia en temas de maltrato intrafamiliar y derechos (Ministerio de Educación).

Correspondencia:
Lic. María Laura Braga
marialaurabraga@yahoo.com.ar

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 4-6-10
Aceptado: 28-9-10

INTRODUCCIÓN

Analizaremos la comunicación en el vínculo médico-niñas-niños-adolescentes-familia. La propuesta es reflexionar sobre aspectos que hacen a la comunicación en esta tríada y poner en palabras, situaciones que se viven a diario y que suelen pasar desapercibidas. Este planteo, dada su complejidad, exige una aproximación integradora de distintas disciplinas que permitan dar cuenta de las múltiples implicancias del tema.

Desde esta perspectiva, el objetivo es presentar herramientas para una comunicación provechosa en las diferentes circunstancias por las que atraviesan profesionales, padres y pacientes. Esto implica relaciones múltiples en las que todos los miembros participan. Las dinámicas de la interacción entre tres difieren de aquellas de la relación entre dos, los análisis triádicos son necesarios para poder realizar un estudio integral de este tipo de comunicación.[1] Es preciso pensarlas como sistema: cada miembro representa una unidad con una historia y dinámicas propias según el contexto, en donde se establecen múltiples lazos entre sí y con otros.

Se considerará al niño, a la niña y al adolescente como sujetos donde el derecho a opinar y ser escuchado como así también a ser informado –que variarán de acuerdo con la etapa evolutiva y con la situación en que se encuentren–, resultan fundamentales para participar en las decisiones que conciernen a su salud. Entenderlos como sujetos de derecho implica dar cuenta de su individualidad, historia y experiencia de vida.

> –"*¿Qué lugar considera que ocupa el niño en la comunicación que se establece durante la práctica médica?*
> *…El niño es central. Los chicos tienen cosas para decirnos, que nos sirven, que enriquecen nuestro pensamiento. Enriquecen aspectos que tienen que ver con la vida cotidiana del niño y, en ciertas ocasiones, los desmerecemos. Muchas veces la comunicación de los médicos consiste en tratar al niño desde lo lúdico, jugar con ellos o procurar tener empatía, por ejemplo, un nexo con alguna canción, o algo que tenga que ver con el fútbol, pero no lo registran como paciente….contame qué te pasa, desde cuándo te pasa esto, a vos qué te preocupa, le tenés miedo a algo…".*
>
> (Entrevista a médica pediatra)

El pediatra se relaciona con sus pacientes

Toda edificación, para que sea confiable, necesita buenos cimientos. La

comunicación forma parte de los cimientos de la práctica profesional; por ejemplo, cuando se mantienen conversaciones con los pacientes y sus familias, el médico se vale tanto de la palabra como de aquello que expresa su cuerpo. Si existen obstáculos o distorsiones, repercutirán en la relación y hasta en el tratamiento y evolución del paciente.

Los padres recuerdan durante años la manera en que se les comunicó el diagnóstico de la enfermedad de sus hijos. El modo en que se presentan, por ejemplo, las malas noticias a la familia puede influenciar en la habilidad para escucharlas y hacer frente a la situación que vive el niño.[2] Pacientes y padres necesitan conocer la situación, pero a veces se resisten a ella y no están preparados para aceptarla.

No informar a un paciente sobre su salud no es una forma de resguardo. El silencio o las explicaciones inverosímiles dañan al dejar al paciente solo con sus percepciones, sin poder compartirlas y sintiéndose aislado del ambiente que lo rodea.

> *…"tenemos que darle toda la información necesaria para que entienda, para que esté preparado para lo que le toca vivir. Siempre en un marco de contención y afecto que haga que las palabras, aun las difíciles y dolorosas puedan ser toleradas."*
>
> (Lic. en Psicología)

El lugar de la niña, el niño y el adolescente como sujetos de derecho

Resulta imprescindible plantear, como eje, la idea de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho; como portadores y destinatarios de derecho. Y vale la pena mencionarlo, ya que a veces estos derechos no son respetados. El hecho de que exista un marco jurídico* no asegura que los derechos se acepten y cumplan en la práctica.

El pasaje entre el paradigma** donde se considera al niño como objeto de protección, al de sujeto de derecho puede resultar difícil; no se trata sólo de una reforma de la normativa y de un nuevo enfoque teórico. Esto no es suficiente. Una modificación en la manera en que percibimos la infancia implica un cambio en tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual. Si trabajamos sólo en el primer nivel es probable que continuemos vinculándonos con ellos como objetos a quienes proteger, pero descuidando lo que piensan y sienten.

¿Por qué puede resultar difícil esta transición entre un paradigma y el otro? Es probable que como niños, jóvenes o aun pacientes no hemos vivenciado un recorrido en nuestra historia como sujetos de derecho. De ahí, nuestra dificultad a la hora de relacionarnos con nuestros pacientes, dándoles un espacio para expresarse y teniendo en cuenta sus opiniones. Es decir, aun estando el profesional de acuerdo con estos postulados, el pasaje entre teoría y práctica puede resultar problemático.

Entre los distintos derechos con que cuentan figuran el de recibir atención médica en el hospital, el de poder expresar su opinión y, también, el de ser escuchado. Al respecto, resulta ilustrativa la siguiente explicación sobre la técnica narrativa. Esta facilita la comunicación entre el profesional y el paciente, y promueve el derecho a ser escuchado y a dar su opinión.

La narración permite conocer más al paciente. Desde la narración uno puede situarse en la óptica de los niños, niñas o adolescentes.

> *… "Esta es una posibilidad que tiene la narrativa y la otra es dejar que los chicos cuenten." […] "Una vez un paciente me dijo: 'no puedo dormir de noche'. "¿Cómo no puedo dormir de noche? ¿Por qué? ¿No tenés sueño? 'Es que no sé, yo me acuesto y no me puedo dormir' […] El niño, que no tendría más de 6-7 años se acostó en la camilla, agarró la campera y me dijo 'mirá es así, yo me acuesto y cuando me tapo escucho que está discutiendo con mi mamá'; y me empieza a contar lo que estaba pasando en esa familia que era una situación realmente dramática de alguna manera." […] "A lo mejor; si yo le preguntaba a la mamá por qué no duerme, la mamá me contaba su visión de por qué no duerme. Me podía haber dicho: 'no duerme porque cuando yo lo acuesto viene a mi cama' y yo nunca hubiese sabido qué le estaba pasando. En cambio, cuando le digo al nene 'contáme qué te pasa' es narráme qué te pasa."*
>
> (Entrevista a médica pediatra)

---

* La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, sancionada en 1989 (Argentina se suscribe en 1990 y lo incorpora a la Constitución Nacional en 1994), tiene carácter vinculante, es decir, los Estados firmantes tienen la obligación del cumplimiento efectivo de los derechos. Asimismo, las leyes deben estar en sintonía con los postulados de la Convención (ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes Nº 26061, ley de Educación Nacional 26206, entre otras).

** En la actualidad conviven dos paradigmas de infancia: el paradigma tutelar y el paradigma de desarrollo integral del niño y del adolescente. El primero pone el acento en lo que le falta al niño, quien es considerado como un ser incompleto, inmaduro y sin discernimiento. El segundo, entiende al niño o joven como sujeto de derecho por el solo hecho de ser persona. Es considerado un ser humano en estado de crecimiento. Para este paradigma es central la opinión del niño.

"¿Cuándo un niño tiene derecho a opinar?
Siempre. El marco teórico que aporta en ese sentido es la bioética en relación a la autonomía del paciente y en relación a desde cuándo un niño tiene derecho a opinar en todo cuanto le compete.
Por ejemplo, cuando a un niño de dos años yo lo voy a auscultar le tengo que tocar su cuerpo; entonces le tengo que pedir permiso, por más que tenga dos años. Si cuando en la consulta médica a un niño de cinco años, hablo con la madre en un nivel más abstracto por el modo de comunicación con respecto a lo que fuera, por ejemplo, a aplicarse vacunas, debo preguntarle a él qué piensa o qué le parece y que él lo pueda entender. Siempre. Si uno no lo hace, hace mal la medicina."
(Entrevista a médico pediatra)

Los derechos de la infancia y de la adolescencia en el marco de las representaciones sociales

Hablar de la infancia o de la adolescencia de hoy, en Latinoamérica y en el mundo, significa ubicarnos en un escenario específico diferente al de otras épocas y contextos. Un recorrido histórico nos permitiría ver que siglos atrás ni siquiera existían la infancia y la adolescencia como categorías sociales; durante mucho tiempo, la historia se encargó de invisibilizarlas. Actualmente, se habla de los Derechos de la niñez y la adolescencia, y cada vez más sectores los consideran en sus concepciones y prácticas.

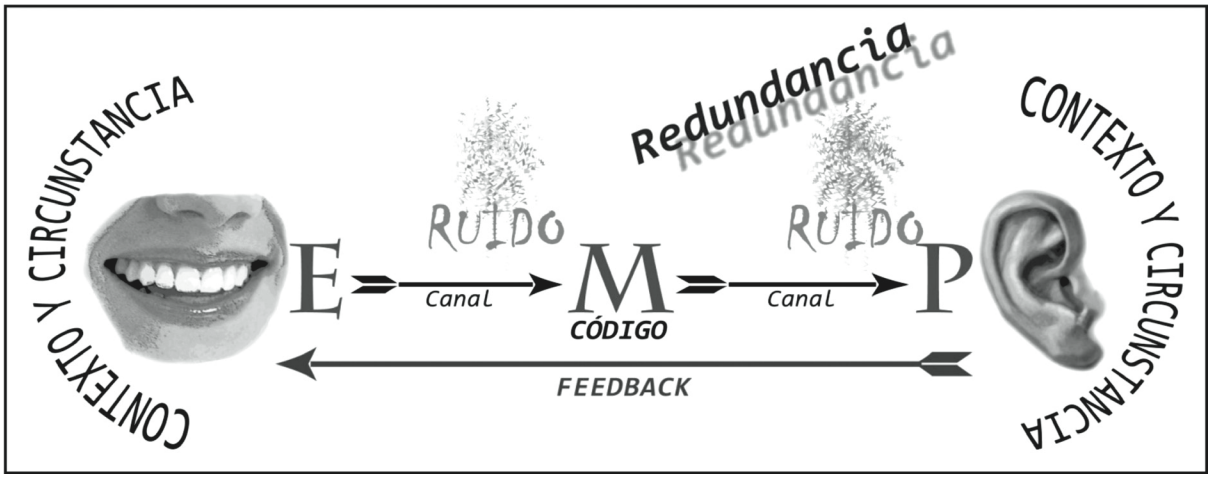
Estas nociones no sólo varían de acuerdo a la época y el contexto, sino también al grupo de pertenencia. Ahora, si bien los médicos comparten un "saber común", cada profesional tendrá matices diferenciados que le confieren autonomía. Esto se debe a que en la representación de algo o alguien existe siempre una producción individual, tal representación contiene siempre algo de la interpretación de quien la formula. Al mismo tiempo, las representaciones son sociales por el hecho de ser elaboradas durante el proceso comunicativo y en la interacción que tiene lugar en las instituciones.

Cuando hablamos de una representación social nos estamos refiriendo a un conjunto de conocimientos organizados que incluye conceptos, imágenes, informaciones, opiniones, actitudes… a través de los cuales podemos comprender y explicar el mundo social y físico que nos rodea. Para ello, la comunicación es un factor clave, puesto que las representaciones sociales se generan durante este proceso y luego se expresan a través del lenguaje.

Estos pensamientos de "sentido común" no se modifican de un día para otro y cuanto menos conciencia tengamos de ellos, más fuerza tendrán. Puede ocurrir que el médico antes de su formación tuviera determinadas percepciones en torno a la niñez y a la adolescencia. Luego, durante su especialización, incorpora una nueva perspectiva. A pesar de ello, sus creencias pueden coexistir con los nuevos saberes. Las representaciones muchas veces resisten al conocimiento, pero, al ser una construcción, estas pueden ser modificadas, resignificadas.

Estos saberes cotidianos influyen en la manera en que nos interrelacionamos con los niños y guían las conversaciones, acciones e intervenciones que llevamos a cabo. Podemos decir que funcionan como la "antesala" del comportamiento. Por lo tanto, si decimos que las acciones que establezca el médico con su paciente estarán determinadas por las representaciones que se tengan sobre la infancia, la

FIGURA 1. *Esquema de comunicación: Emisor-Mensaje-Perceptor.*



manera en que el profesional se vincule dará cuenta de su concepción acerca del tema.

El profesional se comunica

Los pediatras diagnostican, plantean un tratamiento, evalúan la evolución de los enfermos, etc. El nivel alcanzado por su profesión pareciera que lo instala en el lugar de quien "tiene la palabra", prácticamente, de un modo preferencial. Desde un punto de vista comunicacional, serían especialmente emisores. Sin embargo, la variedad y complejidad de las situaciones por las que tiene que atravesar cada profesional exigen otros modos de participación si se contempla un aspecto integral de su relación con otros miembros de su ámbito. Este papel implica una actitud activa en tanto que no solamente recibe mensajes, sino que los comprende, interpreta, valora y actúa a partir de ellos. Es por ello que hablaremos de un perceptor y no sólo de un receptor. *(Figura 1)*

Competencia comunicativa del médico

¿A qué aludimos al hablar de competencia comunicativa?

…"Entendemos por competencia comunicativa el conjunto de condiciones, de habilidades, saberes y conocimiento de códigos, que permiten al individuo la práctica y el ejercicio de la comunicación."[3]

En la comunicación que día a día establece, el médico debiera visualizar las diferentes competencias con que cuenta: la lingüística –uso de las palabras–, la paralingüística –aspectos no verbales del lenguaje: timbre, tono de voz, velocidad, etc.–, y la no verbal –gestos, movimientos, posturas, uso del espacio, etc.–; para mejorar los procesos comunicativos de los que participe. A su vez, es aconsejable que el médico tenga competencia pragmática, es decir, que sepa ajustar, en la medida de lo posible, el uso concreto de las tres modalidades anteriores de acuerdo a cada contexto social y cultural.

Algunos cuentan con estas aptitudes, otros, en cambio, necesitan desarrollar estas competencias con formación y prácticas al respecto.

Comunicación en palabras

Generalmente, el médico explica, de acuerdo al caso, el estado del paciente con un vocabulario exacto y específico. Estas expresiones profesionales suelen responder a un lenguaje que pareciera ocultar un secreto. Sin embargo, las situaciones complejas, ya sea por una enfermedad grave, circunstancias delicadas, o cualquier otro motivo, necesitan de un contenido y forma directos y sencillos, para que quien los percibe comprenda qué se quiso decir. Corresponde evitar el uso de una jerga médica incomprensible y describir el problema con palabras simples, para que los familiares y el propio paciente entiendan.

Según Alfred Schütz: "Todo lenguaje incluye términos que poseen varias connotaciones, también indicadas en el diccionario. Pero cada elemento del lenguaje adquiere, además de estas connotaciones estandarizadas, un significado secundario especial derivado del contexto o el ambiente social, dentro del cual se lo usa, y recibe, además, un matiz especial producido por la ocasión concreta en que se lo emplea.

"En todo lenguaje existen giros idiomáticos, términos técnicos, jergas y dialectos, cuyo uso está limitado a grupos sociales específicos (...). Pero, además, cada grupo social, por reducido que sea (si no cada individuo), tiene su código privado, comprensible únicamente para aquellos que han participado en las experiencias pasadas comunes en las que surgió o en la tradición vinculada con ella".

El médico, al vincularse dentro de la tríada, debiera tener en cuenta que ser didáctico es fundamental. Expresarse de una manera precisa y justa; valerse de comparaciones o de imágenes simples para dar a entender un diagnóstico duro o complejo permite establecer una comunicación más llana y beneficiosa.

Se debe acompañar a los pacientes en sus procesos de elaboración de las experiencias sobre el propio cuerpo, brindándoles las palabras que les permitan ir construyendo su saber acerca de él.

El uso adecuado de una comunicación no verbal, integrada a la comunicación verbal, permitirá un desempeño más provechoso. La problemática psicológica del paciente y su familia, en ocasiones, parecieran superar la patología clínica; en tales casos, son fundamentales la capacidad de desarrollar empatía y contención emocional por parte de quien se hace cargo de la situación. Escuchar al paciente y sus familiares, hablarles con sinceridad y cautela o brindarles un gesto de apoyo y comprensión, pueden resultar valiosos a la hora de contener a alguien conmocionado.

> *"¡Doctor, siempre nos acordamos de usted! […] Una vez hace ocho años usted estaba de guardia y vino mi hijo con una fiebre y pensamos que tenía meningitis. ¿Y qué pasó? […]*
> *"Lo que pasó fue que tenía neumonía, usted lo internó y nos acordamos de que usted me puso la mano en el hombro y me dijo que todo iba a andar bien […]."*

"Para esta familia esto fue estructurante en muchos sentidos: le da la tranquilidad de que todo iba a andar bien, le da confianza en el sistema de salud,… es un ladrillo que a su vez se va a llevar toda su vida. Es algo que pasó en breves minutos de la vida de ellos. ¿Por qué? Porque dije lo que tuve que decir en el momento adecuado… En ese momento me comuniqué con ella y le dije lo que necesitaba escuchar. Y ella se lo llevó en su cajita como recuerdo."

(Entrevista a médico pediatra)

A su vez, las propias emociones y conflictos del médico pueden llegar a ser un obstáculo que no le permitan lograr una buena comunicación. Puede experimentar tristeza, cólera, culpa… Incluso, en ocasiones, llegará a conmoverse y conmocionarse ante diversas situaciones que no están bajo su control. Es aquí donde necesita prestar atención a sus propias emociones y contar con el soporte de sus colegas.

Podemos observar la importancia de que el médico asuma tanto el papel de emisor como el de perceptor, para alcanzar una actitud activa ante las situaciones que se le planteen.

El paciente y su familia ¿meros receptores?

Si el médico se desempeña como perceptor podrá también comprender que el paciente y sus familiares no son meros recipientes donde se deposita un informe o un parte. El hecho de valorarlos en su condición de perceptores activos es un cambio en la conducta comunicativa, porque se crean las condiciones para el diálogo.

"*Nosotros no sólo no escuchamos a los chicos cuando los papás los traen para contarnos qué les pasa, sino que muchas veces tampoco les explicamos qué le estamos dando. […] Muchas veces, las mamás se van con la receta y son ellas las que tienen que decir a los chicos: bueno, ahora te tenemos que hacer un análisis. Nadie se los explicó. Y así, lo mismo con el tratamiento, un chico que sabe por qué razón la mamá le está haciendo un aerosol dos veces por día, porque le puede dedicar un tiempo para explicarle lo que le pasa al bronquio, va a adherir seguramente más al tratamiento que si la mamá lo sienta, lo agarra de las piernas para poder ponerle el aerosol*"

(Médica pediatra)

Si al comunicarse, el profesional lo hace entendiendo que el paciente es un sujeto, con emociones y pensamientos propios, se preocupará por lo que este y sus familias sienten al presentarles un diagnóstico complejo que, por ejemplo, señale una enfermedad crónica o mortal o discapacitante. También debe considerar la información previa, con respecto al tema, que puedan poseer. Detectar las percepciones que pacientes y familiares tienen acerca de la problemática, contribuirá a una comunicación más clara y comprensiva por parte de estos.

Con respecto a los saberes en torno a la salud que circulan en la sociedad, los medios de comunicación cumplen hoy una función clara. Podemos pensar que, en ocasiones, los temas son presentados sin seriedad y hasta de forma errónea y simplificada. Sin embargo, la población accede a temas y a un vocabulario que le permiten acercarse a algunos aspectos del trabajo médico. Según Guillermo Orozco Gómez –investigador mejicano en comunicación–, el protagonismo de los medios y tecnologías de la comunicación en la vida cotidiana nunca ha sido tan evidente como ahora. Cada vez son más los momentos que están vinculados y se desarrollan en torno a alguna de las tecnologías de la comunicación. Las palabras del médico se escuchan, también, desde esta perspectiva en donde –según Baudrillard– la representación mediática aparece como más real que el propio objeto real de la representación. Aquello que digan los medios, muchas veces, va a aparecer como algo más real que lo que diga el propio médico.

Hay situaciones en que la angustia y los miedos acompañan a la ira del paciente, porque este supone que no lo han atendido bien. En estos casos, la relación entre lo afectivo y lo racional puede dificultar la comunicación. Ejemplo de ello son aquellos casos en que los familiares de un adolescente con diagnóstico de fase terminal reaccionan rompiendo los vidrios del hall en un hospital. El médico debiera cumplir aquí una función de mediador entre el enfermo y sus familiares, por un lado, y la enfermedad, por el otro. La contención emocional, una baja reactividad frente a las agresiones y ponerse en la misma frecuencia de comunicación favorecerán el diálogo y darán lugar, posiblemente, a una respuesta empática.

CONCLUSIÓN

La comunicación es una parte esencial de la actividad médica. Por ello, el profesional necesita ejercer conscientemente su papel de emisor y perceptor para lograr un adecuado desempeño. Esto implica una actitud activa: recibir mensajes, comprenderlos, interpretarlos, evaluarlos y actuarlos a partir de ellos.

Valorar a cada paciente como sujeto de derecho crea las condiciones para el diálogo y el ám-

bito destinado a la comunicación es un aspecto fundamental a tener en cuenta. A su vez, esto implica considerar al niño o niña y a su familia en su condición de perceptores activos, capaces de tomar decisiones y de actuar en consecuencia.

La gente tiene saberes previos con respecto a la salud, que a menudo provienen de los medios masivos de comunicación. En ellos, la representación mediática aparece como más real que el propio objeto real de la representación. Es conveniente que el profesional tome esto en cuenta para indicar el diagnóstico de un modo claro y didáctico, que no dé lugar a posibles confusiones.

Las nuevas formas de pensar y de establecer la comunicación producen nuevos sentidos. El médico debe tener competencia comunicativa: saber controlar lo verbal y lo no verbal para ajustarlo al uso concreto de cada contexto. De este modo, el profesional contribuye a un desarrollo favorable de su práctica en la relación con los pacientes y su entorno. ■

Agradecimientos

Agradecemos por su aporte en el presente artículo a:

- Dra. Cristina Catsicaris, Jefe de sección - adolescencia y pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Dr. Alfredo Eymann, médico de planta - adolescencia y pediatría ambulatoria; coordinador - comité de residentes y becarios, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Lic. Lucía Bozzalla, Lic. en Psicología. Prof. adjunta de Psicología evolutiva: niñez - Facultad de Psicología (UBA). Especialista en niñez y adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada:

1. Kiek T y Ludwien M. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine* 2001; 849:839-851.
2. Serwint JR, Rutherford L. Sharing bad news with parents. *Contemp Pediatr* 2000; 17(3):45-66.
3. Zecchetto V. La danza de los signos. Nociones de semiótica general. Buenos Aires: ISCS, 2002; 158.

Bibliografía de consulta:

- Alfageme E, Cantos R, Martínez M. De la participación al protagonismo infantil. Propuestas para la acción. Madrid: Edición Plataforma de Organizaciones de Infancia; 2003.
- Alves de Lima AE. ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? *Rev Argent Cardiol* 2003: 71(3).
- Bayardo R, Lacarrieu M. La dinámica global/local. Buenos Aires: Ed. Ciccus-La Crujía; 1999.
- Berger P, Luckmann T. Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. Barcelona: Ed. Paidós; 1997.
- Brazelton TB, Cramer BG. La relación temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós; 1993.
- Buckman R, Kanson K. How to break bad news: a six-step protocol. En: Buckman R, editor. How to break bad news: a guide for heath care professional. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1992.
- Coe G. Comunicación en salud Chasqui 63, revista latinoamericana de Comunicación. 1998. [Acceso: 2 de setiembre de 2009]. Disponible en: http://chasqui.comunica.org/coe.htm.
- Durante E. La relación médico-paciente: una aproximación metodológica en Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenos Aires: Editorial Panamericana, 2001.
- Fernández Collado C. La comunicación en las organizaciones. México: Ed. Trillas; 1995.
- Goldhaber G. La comunicación organizacional. México: Ed. Diana; 1984.
- Gómez ER. El médico como persona en la relación médico paciente. Madrid: Fundamentos; 2002.
- Herznecker W, Forman M. La entrevista clínica (Anamnesis) Cap. 18, Evaluación y entrevista. En: Nelson W. Tratado de pediatría. México: Mc Graw-Hill-Interamericana; 1997.
- Jodelet D. El estado actual de las representaciones sociales. Puebla: Benemérita Universidad de Puebla. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología Social, octubre 2002.
- Kléries X. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.
- Lain-Entralgo G. La relación médico enfermo. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
- Orozco Gómez G. La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa. La Plata: Ediciones de Periodismo y Comunicación Universidad Nacional de La Plata; 1996.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción para la salud. Glosario, 1998. Ginebra, 1998. [Acceso: 2 de setiembre de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- Ricci Bitti P, Cortesi S. Comportamiento no verbal y comunicación. Barcelona: Ed. Gili; 1980.
- Schein E. Psicología de la Organización. México: Prentice-Hall hispanoamericana; 1982.
- Shapiro J. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Acad Med* 2002; 27(4).
- Silinger E. Pediatría y Estimulación Temprana. En: Silinger E, Coriat E, Filidoro N, Caniza de Páez S, et al. Escritos de la infancia. Buenos Aires: FEPI; 1993.
- Stolkiner A. Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Rev Actualidad Psicológica* 2001: 239.
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8).
- Véliz Pintos R, Caballero de Akaki C. Factores del ambiente psicológico en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista mexicana de Pediatría* 2000; 67(2). [Acceso: 2 de setiembre de 2009]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2000/sp002h.pdf.
- Verón E. La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad. Buenos Aires: Gedisa; 1987.
- Wainwright G. El lenguaje del cuerpo. Buenos Aires: Ed. Rei; 1987.
- Zaritzky G. Con derecho a vivir sin violencia. Los derechos del niño y la convivencia. En: Averbuj G, Bozzalla L, Marina M, Tarantino G y Zaritzky G (comps.) Violencia y escuela. Buenos Aires: Aique; 2005.
- Zecchetto V (comp.), Dallera O, Marro M, Braga ML, et al. Seis semiólogos en busca de un lector. Buenos Aires: Ed. Ciccus; 1999.