



Entrevista clínica al adolescente

L. Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina. Pediatra acreditado en Medicina del Adolescente.
Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid



Pediatr Integral 2013; XVII(2): 128-132

“El engorroso proceso actual de formación suele convertir a jóvenes inteligentes y creativos, impulsados por el deseo de ayudar al prójimo, en personas frías y aisladas, que han perdido la mayoría de sus ideales originales sobre la práctica de la medicina... produciendo doctores con cualidades diametralmente opuestas a aquellas en las que ostensiblemente creen”.

T. J. Iberti

*American Medical Education: Has It Created a Frankenstein?
Am J Med. 1985; 78: 179-81.*

La relación médico-paciente. Generalidades

Atender adolescentes es una práctica muy gratificante que facilita el crecimiento personal y ayuda a los más jóvenes a entender la vida.

Ser médico y tratar a adolescentes es un trabajo muy agradable y que gratifica mucho a los profesionales que lo han escogido. Ser médico es una actitud en la vida, y un compromiso con la sociedad a través de la profesión. Es difícil definir al médico que decide atender a adolescentes. De la misma manera que hay tantas formas de vivir la adolescencia como adolescentes, los profesionales de la medicina dedicados a la adolescencia ejercemos la profesión de maneras muy diferentes. A todos nos caracteriza el querer ayudar a los pacientes. Esta relación de ayuda tiene una parte técnica y otra humanista. Pocas veces en el ejercicio de la medicina estas dos vertientes están tan ligadas como en el trato con los adolescentes y sus problemas de salud⁽¹⁾.

La idea “ser médico” es la idea de la comprensión del hombre enfermo. “Ser enfermo” no es lo mismo que “estar enfermo”. Hipócrates consideraba el primer concepto, es decir, consideraba que el hombre es un ser total; de manera

que, toda su integridad se altera cuando una parte está dañada. Galeno, en cambio, opinaba que el cuerpo y el alma son dos partes separadas⁽²⁾. La visión galénica facilitó el análisis del ser humano como conjunto de órganos, células, moléculas, separando lo físico de lo psíquico. Se ha pasado del concepto “ser un enfermo” (Hipócrates) al de “tener una enfermedad” (Galeno) determinado por el médico, que con su diagnóstico pone una etiqueta a un proceso morboso.

Actualmente, se entiende que todo proceso morboso afecta tanto a lo corporal como a lo mental. Cualquier proceso tiene un componente físico y otro psíquico. El efecto placebo es responsable del 30-40% del éxito de un tratamiento. Este efecto está basado en el aspecto psíquico o espiritual de la persona (relación chamánica)⁽³⁾.

J. Alexander estudió las habilidades de un conjunto de psicólogos de éxito y encontró que éstas eran de dos tipos: unas llamadas de relación (empatía) y otras estructurales o de conocimiento (aprendizajes técnicos). Concluyó que la relación médico-paciente empezaba por habilidades de relación, luego estructurales y finalmente terminaba con habilidades de relación. Del total, las habilidades de relación constituían el 60% del éxito. Levi Strauss estudió esta relación y llegó a la conclusión de que se basaba en la creencia. Es ésta una condición básica para que se produzcan cambios en el sujeto: “el curandero no lo es porque cura, sino que cura porque es curandero”. La relación chamánica se refuerza con los rituales: el encuentro personal, la entrevista, la exploración física (el contacto corporal) y las pruebas complementarias.

La relación médico-paciente (RMP), a pesar del avance técnico, tendrá siempre una importancia definitiva en la curación de los pacientes. En esta relación es donde se contempla el componente emocional del ser humano menesteroso, en situación de necesidad o enfermo⁽²⁾. Mientras no se atiendan las emociones de los pacientes, la relación médico-paciente estará incompleta.

El paciente acude al médico cargado de expectativas, de juicios, creencias, y culpas que producen un efecto que llamamos “transferencia”. El significado de la palabra “médico”/“doctor” etimológicamente es “el que cura, enseña, conoce y sabe”. El efecto que produce en el médico la relación con el paciente se llama “contratransferencia”. Desde siempre han existido dos actitudes extremas entre los médicos: la del médico “activista”, que pretende a toda costa buscar e intervenir en la enfermedad a base de usar todos los métodos diagnósticos, y la del médico que exagera el aspecto compasivo, invadiendo la vida del paciente. Llamamos contexto al ambiente físico, social y cultural en que se desarrolla la relación. Tanto en la práctica pública como en la privada, se han descrito dos contextos: uno extenso y otro reducido. El primero se refiere a la sala de espera, el sistema de citación, el tiempo de espera, la movilidad de los profesionales, el sistema de información y la existencia de otros profesionales con los que se trabaja. El contexto reducido se refiere al lugar de la propia consulta: el espacio, la camilla, la decoración, el tiempo dedicado, la entrada y salida de gente, la asistencia de la enfermera.

La historia clínica (HC) es un documento de apoyo a la entrevista. A través de ella establecemos una relación humana-profesional tan profunda como cada uno quiera. En la HC se descubren los problemas y las necesidades de salud de los pacientes, y se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades clínicas, éticas y jurídicas del médico.

Todos los datos que se conocen a lo largo de la entrevista clínica (EC) se recogen en la HC. Los datos pueden ser administrativos, de filiación, datos de la familia y sociales, genograma familiar o un listado de otras consultas anteriores. Con la HC sabemos dónde vive, trabaja, nivel de estudios, tipo de familia, número de hijos o de hermanos, problemas familiares previos, datos de la infancia (parto, prematuridad, desarrollo psicomotor, estado vacunal...). Es un documento privado y protegido por ley. Si no se garantiza el secreto de los datos, será difícil que logremos la confidencialidad de los pacientes. Estos datos sirven para recordar y facilitar el seguimiento de los problemas sin tener que repetirlos, además de ser un instrumento importante para docencia e investigación. Y cuando se trabaja en equipo, el paciente será atendido por otros profesionales que deben estar al corriente de sus problemas gracias a la HC. Ésta exige una uniformidad de criterios y una disciplina a la hora de organizar los datos. Puede ser escrita o digital. La calidad de la HC está relacionada directamente con la presión asistencial, por lo que se pueden ir rellenando datos en sucesivas entrevistas, aunque la experiencia demuestra que los datos que no se recogen en la primera visita quedarán sin recoger.

La entrevista del médico con el adolescente (EMA) se enmarca dentro de una relación de ayuda (RA) definida como un encuentro personal entre alguien que pide ayuda y alguien que está dispuesto a darla, con el fin de modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar, en un marco social adecuado⁽⁴⁾.

La persona que pide ayuda sufre o se siente desmoralizada, suele pensar que el origen de su sufrimiento está fuera de su control. Cree que puede superar todo con la colaboración del que le ayuda (aunque sabe que él también ha de partici-

par); se siente ambivalente y confuso ante el que le ayuda y está inserto en un contexto que tanto le puede ayudar como dificultar su camino. Y quiere modificar ciertos aspectos de su pensar, sentir y actuar.

La entrevista clínica con el adolescente

Los adolescentes son pacientes que, cuando se sienten atendidos, son muy gratificantes y estimulantes para el médico.

Todos los datos obtenidos en la entrevista con el adolescente se anotan en el documento de la HC y nos recordarán en las sucesivas entrevistas detalles importantes de la evolución y situaciones anteriores: forma de vestir, lenguaje, sentimientos, emociones, deseos, expectativas, resultados de análisis... La verbalización de las quejas o síntomas a lo largo de la EC forman parte del proceso relacional-terapéutico. Algunos datos son emocionalmente neutros pero otros serán privados, incluso secretos, con alto contenido afectivo, y no se revelarán mientras no se hayan garantizado algunos requisitos que den confidencialidad al encuentro. Aquí es donde la entrevista tiene todo su valor, por la importancia que el adolescente da a sus confidencias, siendo muchas veces clave en la comprensión de sus quejas. La entrevista se convierte en un conjunto de actitudes y técnicas fruto de un aprendizaje autocrítico, de modo que el buen entrevistador no “nace” sino que se “hace”⁽⁵⁾.

Siguiendo la definición del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), entrevistar es tener una conversación con una o varias personas con un fin determinado. La entrevista se basa en la comunicación, que el DRAE en su 3ª acepción define como “Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”. En todos los manuales de comunicación clínica, se citan como cualidades básicas para un buen entrevistador clínico: empatía, calidez, respeto, concreción y asertividad.

Se denomina empatía a la capacidad de comprender los sentimientos de los pacientes y, además, hacérselo ver. Se describen varios niveles de empatía. El nivel máximo es comprender los sentimientos y emociones y expresar su comprensión mediante lenguaje verbal o gestual. El grado menor es aquel en que el médico, además de no comprender los sentimientos y emociones del paciente, los rechaza explícitamente. La calidez de la relación clínica es la manifestación no verbal de proximidad. Una mirada amable, cierta proximidad física, una postura relajada y atenta, la voz suave, el saludo de mano o una palmadita...

Es importante manifestar al paciente lo que nos importa él, y el respeto, interés y compromiso que sentimos ante el problema que nos cuenta, independientemente de sus creencias, su nivel social o sus valores. Debemos comunicarle que comprendemos su lenguaje y devolverle una interpretación, de forma que produzca en el paciente la sensación de sentirse comprendido. Para ello habrá que recurrir a preguntas y formulaciones del tipo “quiere Ud. decir”, “me parece entender que...”, “dígame si le entiendo bien...”.

También debemos expresar los deberes y derechos de un profesional de forma respetuosa y asertiva, considerando al mismo tiempo los deberes y derechos del paciente.

Tabla I. Elementos de la comunicación

- Emisor: la persona (o personas) que emite un mensaje
- Receptor: la persona (o personas) que recibe el mensaje
- Mensaje: contenido de la información que se envía
- Canal: medio por el que se envía el mensaje. Lenguaje verbal
- Código: signos y reglas empleadas para enviar el mensaje. Lenguaje no verbal
- Contexto: situación en la que se produce la comunicación

Todo esto exige un mínimo de seguridad personal y profesional. La seguridad profesional implica, en ocasiones, plantear la duda a la hora de interpretar los problemas de los pacientes, llegando en ocasiones a expresarla abiertamente de forma sincera y honesta. Expresiones como “no es fácil interpretar tal o cual prueba diagnóstica...”, “sería prudente volver a repetir la exploración pasado un tiempo...”, “algunas veces estas situaciones no suelen ser graves...”. La falta de asertividad en la entrevista tiene varias consecuencias: transmite poca confianza, devalúa las propias ideas, provoca rechazo a la propia entrevista, suele producir baja autoestima y genera altas dosis de ansiedad.

El médico que es asertivo asume y reconoce que puede cometer errores, que no es posible quedar bien con todos los pacientes, que aunque es el que tiene la autoridad en la consulta, a veces tiene que derivar a pacientes y contar con la ayuda de otros compañeros, lo que no le desprestigia ni le quita méritos, que es justo que se le reconozcan.

Principios sobre comunicación humana

La comunicación humana es una ciencia que nos ayuda a entender a los demás y a entendernos a nosotros mismos.

Desde el nacimiento estamos aprendiendo cómo satisfacer las necesidades básicas a través del tacto, la vista y el olfato. Posteriormente, vamos perfeccionando el lenguaje verbal o gestual. Serán nuestros cuidadores a través del afecto quienes irán enseñándonos qué debemos hacer para que se nos comprenda mejor. La vida es un proceso continuo de aprendizajes sociales y relacionales.

El psicólogo Abraham Maslow (1908-1970) expresó los diferentes niveles de necesidades de las personas, desde las más fisiológicas (comer, beber) hasta las más elaboradas o complejas (estéticas, trascendentales). Para este autor, es la comunicación la que nos permite satisfacer estas necesidades.

La comunicación es la acción por la cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos, que se describen en la tabla I.

La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor. Es la comunicación ideal. La comunicación entre médicos y adolescentes puede ser buena o mala en función de los axiomas de Watzlawick⁽⁶⁾. Los fracasos en la comunicación se describen en la tabla III y los éxitos, en la tabla IV. (Véanse enlaces de vídeo <http://vimeo.com/37983123>, <http://vimeo.com/40888040> y <http://vimeo.com/37989281>).

Tabla II. Axiomas de Watzlawick

1. **Es imposible no comunicarse**
2. **Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación**, por ejemplo, el comunicador dice: “cuidate, chaval”. El mensaje, en cuanto a *contenido* en este caso, podría ser “evita que pase algo malo” y, en cuanto a *nivel de relación*, denotaría amistad y paternalismo
3. **La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos**: un ejemplo es el conflicto entre padres y adolescentes, donde cada parte actúa aseverando que no hace más que defenderse ante los ataques de la otra
4. **La comunicación humana implica dos modalidades: la digital** (lo que las palabras dicen) **y la analógica** (el cómo se dice, el lenguaje no verbal)
5. **Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios**. Por ejemplo, la relación entre hermanos es simétrica y entre padre e hijo complementaria

Técnicas de comunicación eficaz

Todos conocemos, y podríamos citar en teoría, cuáles son los principios básicos para lograr una correcta comunicación. Pero, aunque parecen sencillos y evidentes, frecuentemente nos olvidamos de ellos. Algunas estrategias que podemos emplear:

1. La **escucha activa** es el esfuerzo por entender al que habla. Oír no es lo mismo que escuchar. Es una disposición psicológica a comprender lo mejor posible al adolescente y manifestarle esa comprensión de lo que quiere decir. No es fácil. Algunos elementos lo impiden: la distracción, las interrupciones al que habla, los juicios, subestimar los sentimientos (“...no te preocupes”), ofrecer ayuda prematuramente... la escucha activa exige algunas actitudes⁽⁷⁾:
 - **Mostrar empatía**. Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de “meternos en su piel” y entender sus motivos y sentimientos y hacerle ver que “nos hacemos cargo”. No se trata de mostrar alegría, ni de ser simpáticos, sino simplemente, de ponernos en su lugar. Sin embargo, eso no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: “Entiendo lo que sientes”, “Noto que...”.
 - **Parafrasear**. Verificar con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha, ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite comprobar si realmente se está entendiendo lo que dice, y no malinterpretándolo. Un ejemplo de parafrasear puede ser: “entonces, según veo, lo que pasaba era que...”, “¿Quieres decir que te sentiste...?”
 - **Emitir palabras de refuerzo o cumplidos**. Pueden definirse como afirmaciones que suponen un halago para la otra persona o refuerzan su discurso, al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que

Tabla III. Fallos en la comunicación

- Ambos se comunican en un código distinto si el lenguaje que usan un médico y un muchacho de 14 años no es el mismo
- No hay coherencia entre el lenguaje verbal y el no verbal, por ejemplo, se da un consejo antibacaco y el profesional huele a nicotina
- Se produce una falsa interpretación de la situación. Por ejemplo, se evidencia que el valor de la salud para un médico no es el mismo que para un adolescente
- Se confunde el nivel de relación con el nivel de contenido. Cuando hablamos, por ejemplo, de las ventajas de hacer deporte, y esto se interpreta como deseo de controlar nuestra vida de forma impositiva.
- Se espera un intercambio comunicacional complementario y se recibe uno paralelo o simétrico. Esto sucede cuando los médicos ejercen de colegas mientras que lo que espera el joven es que un adulto le transmita seguridad, confianza y ayuda

acaba de decir. Algunos ejemplos serían: “esto es muy divertido”, “me encanta hablar contigo”. Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: “bien”, “umm” o “¡estupendo!”.

- **Resumir.** Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían: “si no te he entendido mal...”, “O sea, que lo que me estás diciendo es...”, “a ver si te he entendido bien...”, “¿es esto lo que quieres decir...?”, “¿estoy en lo cierto?”.
2. **Algunos aspectos que mejoran la comunicación:**
- **Cuando se habla de otras personas, comentar lo que hace, no lo que es, sin calificativos.** Las etiquetas no ayudan a que la persona cambie, sino que refuerzan sus defensas. Hablar de lo que es una persona sería: “te has vuelto a olvidar de sacar la basura. Eres un desastre”; mientras que hablar de lo que hace sería: “te has vuelto a olvidar de sacar la basura. Últimamente te olvidas mucho de las cosas”.
 - **Discutir los temas de uno en uno,** no utilizar una situación para reprochar otras cosas. Por ejemplo, cuando llegan las notas y son bajas, aprovechar la ocasión para recordar que vuelve tarde a casa, es un vago y no es cariñoso.
 - **Expresar las emociones negativas en vez de ir acumulándolas,** dando lugar a una saturación emocional y terminar en una conducta explosiva.
 - **No hablar del pasado.** Rememorar antiguas situaciones, o sacar a relucir los “trapos sucios” del pasado, no sólo no aporta nada provechoso, sino que despierta malos sentimientos. El pasado sólo debe sacarse a colación constructivamente, para utilizarlo de modelo cuando ha sido bueno e intentamos volver a poner en marcha conductas positivas quizá algo olvidadas. Pero como es evidente que el pasado no puede cambiarse, hay que dirigir las energías al presente y al futuro.

Tabla IV. Comunicación eficaz

- El código del mensaje es correcto. Médicos y adolescentes entienden lo mismo
- Se evitan alteraciones en el código dentro del canal. No hay nada ni nadie que interfiera en lo que quieren decir
- Se toma en cuenta la situación del receptor. El médico entiende que el muchacho puede no comprender bien, repite el mensaje, le pregunta y al final se asegura de que lo ha entendido
- El entorno en el que se produce la comunicación es el correcto, o ambas partes, médico y adolescente, asumen que no lo sea (por ejemplo, si las consultas no tienen un mínimo de confort para garantizar la confidencialidad y la privacidad), sin que por ello se devalúe la comunicación
- Tanto médico como adolescente coinciden en la valoración de los problemas de salud que se plantean
- La comunicación digital concuerda con la comunicación analógica, es decir, hay concordancia entre el lenguaje verbal y el gestual

- **Ser específico,** concreto, preciso, es una de las normas principales de la comunicación. Cuando se es inespecífico, rara vez se moviliza nada. Si, por ejemplo, una chica puede quejarse del poco caso que en su casa se le hace y se expresa así: “no me hacéis caso”, “me siento sola”, “siempre estáis ocupados”, aunque tal formulación exprese un sentimiento, si no hace una propuesta específica, probablemente las cosas no cambiarán. Sería apropiado añadir algo más. Por ejemplo: “desde ahora vamos a procurar cenar todos los días juntos y hablar de lo que ha pasado a todos durante el día. ¿Qué os parece?” O “¿qué os parece si nos comprometemos a dejar todo lo que tenemos entre manos a las 9 de la noche, y así podremos cenar juntos y charlar?”.
- **Evitar las generalizaciones.** Los términos “siempre” y “nunca” raras veces son ciertos y tienden a formar etiquetas. Es diferente decir: “Juan, últimamente te veo algo ausente” que “Siempre estás en las nubes”. Para ser justos y honestos, para llegar a acuerdos, para producir cambios, resultan más efectivas expresiones del tipo: “la mayoría de las veces”, “en ocasiones”, “algunas veces”, “frecuentemente”. Son formas de expresión que permiten al otro sentirse correctamente valorado.
- **Ser breve.** Repetir varias veces lo mismo con distintas palabras, o alargar excesivamente el planteamiento, no es agradable para quien escucha. Produce la sensación de ser tratado como alguien de pocas luces, o como un niño. En todo caso, se corre el peligro de ser evitado por pesado cuando empieza a hablar.
- **Cuidar la comunicación no verbal,** que debe ser acorde con la verbal. Mantener el contacto visual; saber transmitir afecto (mediante el tono de voz, la expresión facial...).
- **Saber buscar el momento y el lugar adecuados** para hacer comentarios o preguntar algunas cosas son parte del éxito del encuentro.

Para ser prácticos

La entrevista es la herramienta clínica más importante en la RMP, y se usa para investigar los problemas de salud de los adolescentes. Hay varias preguntas clave: **¿cuál es el problema?, ¿quiénes son los que reconocen el problema? ¿Cómo afronta el problema el adolescente? y ¿cómo reacciona la familia, la escuela o la sociedad ante ese problema?**

Durante la entrevista hay que considerar varios factores: la edad y el desarrollo del adolescente; la familia que le acompaña (o no); sus problemas de salud, sus quejas, sus vivencias, su autonomía; la confidencialidad, el tiempo y la legislación.

Los profesionales que atendemos a adolescentes debemos haber resuelto nuestra propia adolescencia (es decir, ser psicológicamente adultos, autónomos e independientes), debemos utilizar un lenguaje asequible para el muchacho, y debemos reconocer nuestro papel parental sustitutivo⁽⁵⁾ (ya que muchos de los problemas del adolescente vienen de la ausencia de una figura parental funcional). Finalmente, debemos ser neutrales. Es una característica básica que nos permite asistir al encuentro con el adolescente sin prejuicios ni planteamientos morales.

Se recomienda identificarse como profesional, saber de qué forma le gusta al paciente-adolescente que se le llame; saber escuchar, procurar registrar las impresiones más relevantes, garantizar el secreto y confidencialidad y procurar un ambiente de calidez que facilite la entrevista.

Hay muchos tipos de pacientes: comunicativos, silenciosos, emocionales-llorosos y agresivos-oposicionistas. Cada caso exige actitudes distintas, pero siempre teniendo en cuenta lo dicho anteriormente: hay que facilitar el diálogo, no juzgar, manifestar simpatía y dejar la posibilidad de nuevos encuentros, en los que puedan cambiar la actitud.

En nuestro modelo asistencial público, el tiempo del que disponemos es escaso. Nosotros trabajamos por la mañana, cuando los chicos suelen estar en los lugares de enseñanza. Nuestras consultas son masivas, mientras que ellos necesitan

tiempo. Al final, hay que buscar tiempos largos y a horas de disponibilidad. Las tardes, y sobre todo al final.

El tiempo del médico hay que considerarlo. Los adolescentes nos demandan demasiado. Ellos son exigentes y nosotros, limitados. ¿Cómo resolverlo? Motivar al adolescente es un problema de tiempo y seducción. No es fácil.

La autonomía del adolescente es una consideración básica en la relación del médico con él. El individuo es dueño de sus actos y decisiones. Ello implica ausencia de coacción, procurarle opciones reales de decisión e información suficiente y necesaria.

El secreto médico es un derecho de las personas, relacionado con su dignidad y recogido en las leyes. Por tanto, el secreto profesional es un deber, y quebrantarlo nos enfrentaría con la Justicia.

Bibliografía

1. Silber TJ. Perfil del médico que atiende a adolescentes. En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2012.
2. Laín Entralgo P. La Relación Médico Enfermo. Madrid: Alianza Editorial.
3. Lévi-Strauss C. books.google.es/books?isbn=8437061148 p 194
4. Madrid J. Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Ed Desclée de Brouwer; 2005. p. 57.
5. Castellano G, Hidalgo I. Entrevista clínica del adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, eds. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2012. p. 11.
6. Watzlawick P. Teoría de la Comunicación Humana. Herder; 1981.
7. La escucha eficaz: la clave de la comunicación. books.google.es/books?isbn=8496743047 Jim Dugger - 2006 - education p96
8. Borrell y Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
9. Borrell y Carrió F. La Entrevista Clínica. Manual de estrategias. Práctica. Barcelona: SEMFYC Ediciones; 2004.
10. Madrid Soriano J. Los procesos de la relación de ayuda. Biblioteca de Psicología; 2005.