

Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar

The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine

Hernández-Torres I, * Fernández-Ortega MA,** Irigoyen-Coria A, *** Hernández-Hernández MA . ***

** Coordinador de Docencia del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). ** Jefe del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. *** Profesor del Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM.*

Recibido: 26-01-06

Aceptado:27-04-06

Correpondencia: ihtd@yahoo.com

RESUMEN

La comunicación no sólo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención. Corresponde al médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Palabras Clave: Educación médica, Medicina Familiar, Comunicación médico-paciente.

ABSTRACT

Communication serves not only for obtaining information that physicians needs for carryng out their functions, but also can be employed so that patients perceive that they are being heard, for patients to fully underrstand the significance of their disease, and so that patients feel they are co-participants in their own healthcare. It corresponds to Family Physicians to identify, in their day-to-day medical practices, their own difficulties and to reflexively transform these into positive participation in their patients' healthcare.

Key Words: Medical Education, Family Practice, Doctor-Patient Communication .

Comunicación adecuada con el paciente

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para el médico familiar (MF), ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia¹. Dos de las principales

funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el MF debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo ², así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. En estos tiempos de globalización, la medicina no escapa a tal fenómeno, por lo que entre otros aspectos, se debe tratar de vincular la formación del MF con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesionista con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan contender más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos ³.

El propósito de este trabajo es presentar diversos tópicos sobre el tema de la comunicación en la relación médico paciente con la intención de contribuir a que el MF logre una comunicación más efectiva con su paciente, la familia y el equipo de salud.

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente. Identifica ⁴ que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida ⁵, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Tates ⁶ coincide en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, esto es: que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y aunque el autor además señala que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, como también señala Fones ⁷, las cualidades humanísticas del médico, parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ellas.

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación. Al respecto, Britten ⁸, encontró que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Otros hallazgos de estos autores, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente.

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, diversos autores ⁴⁻⁹⁻¹¹, encontraron que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico. Maguirre ¹⁰ señalan que cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento, finalmente, el médico incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente. Igualmente se ha encontrado una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente ¹. Exis---

ten evidencias de que los médicos reportan menor cantidad de entrevistas frustrantes después de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación ¹².

Relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica

La relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente ^{9,11,13}. En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Infante ¹⁴ ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y encontró que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros; de éstos, los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado. Se identificó un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental. Otros dos factores descubiertos por Infante, se refieren a la elevada incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, y una posible asociación de problemas comunicativos relacionados con aspectos organizacionales de la atención médica. Independientemente de la queja del paciente, la cultura y las dificultades administrativas de los servicios de salud, deben ser fenómenos de interés en el estudio de las habilidades de comunicación en la relación médico-paciente.

Baile ¹⁵ señala que existe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico y aunque ejemplifica la situación con la habilidad de los médicos para otorgar malas noticias, señala que aproximadamente el 90 % de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función. Por ejemplo, los programas educativos de pre y posgrado no enseñan la manera de dar malas noticias al paciente; por lo que los médicos lo aprenden hasta que tienen la oportunidad de observar la forma en la cual otros colegas manejan tales situaciones durante su práctica profesional.

Se puede ubicar a la comunicación dentro de los atributos interpersonales del médico, considerados como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus paciente ¹⁶. Así, se ha de considerar la aptitud comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para confrontar la diversa y compleja problemática que presenta el paciente.

Es conveniente resaltar que aunque el paciente no está en la mejor posición para juzgar la competencia profesional de su médico, existen dos áreas en las cuales puede convertirse en el mejor juez de tal competencia: a) dominio de la relación médico-paciente b) habilidades interpersonales ¹⁶. Korsch ¹⁷, apoya la anterior idea, al estudiar la relación entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente, encontrando una relación significativa entre dicha satisfacción y lo amigable y simpático que pudiera ser el médico, sus habilidades de comunicación, la explicación médica de la naturaleza de la enfermedad y el manejo adecuado de la preocupación y ansiedad del paciente. Como se puede observar, aunque sólo el segundo aspecto señala directamente a la comunicación, en realidad todos estos aspectos son relativos a las habilidades comunicativas, que posibilitarían dicha satisfacción del paciente.

En México, Lifshitz ¹⁸ señala que el trabajo clínico abarca la habilidad de establecer una relación afectiva con el paciente, la cual facilitará la obtención de información:

- ◆ fidedigna
- ◆ completa
- ◆ jerarquizada

que al mismo tiempo haga contemplar la necesidad de obtener información complementaria. Este mismo autor considera que como parte del perfil profesional del especialista médico, se debe poseer un espíritu humanista con

una apertura para las necesidades de comunicación del paciente y su familia, así como una disposición para transmitir sus conocimientos y experiencias no sólo a los pacientes y sus familiares, sino también a los alumnos y miembros del equipo de trabajo¹⁹.

Otro elemento valioso para destacar la importancia de la comunicación en el trabajo del médico familiar, se encuentra en el ensayo de García Vigil²⁰ el cual describe las características de la entrevista clínica, la entrevista psicológica, la entrevista psiquiátrica y la entrevista antropológica, en todas ellas se advierte la presencia constante de las necesidades comunicativas entre el médico y el paciente, y aunque privilegiando el modelo de entrevista antropológica, las conclusiones del autor llevan a reconocer que con una adecuada orientación comunicativa se permite entre otras cosas: mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad, realizar un enfoque netamente humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado -sin olvidar su substrato biológico- uso deliberado de la palabra como herramienta poderosa de comunicación intra e interpersonal, y un máximo aprovechamiento del efecto terapéutico de la palabra *per se*.

Al revisar los modelos de comunicación en la entrevista médico paciente, Ronald¹¹ argumenta que la investigación de los últimos decenios evidencia la gran relación que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico con la satisfacción del paciente y la satisfacción del propio médico. El aspecto más interesante se refiere a que los médicos en general, tienen poca disposición a escuchar las historias de sus pacientes; sin embargo, tales historias con frecuencia revelan muchos aspectos del sufrimiento humano, posturas corporales, expresiones faciales o cambios en la voz que no podrían ser detectados por las maravillas tecnológicas: Los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, *lo cual significa escuchar con un oído atentamente la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente*¹¹.

Cuatro modelos de comunicación¹¹:

1. **Modelo de las tres funciones del médico:** que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

2. **El modelo clínico centrado en el paciente:** el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

3. **El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente:** desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. **El modelo del autoconocimiento del médico:** el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes.

Dentro de las habilidades que requiere el médico para desempeñarse bajo el método centrado en el paciente, se encuentra la de escuchar en forma activa, lo cual obliga escuchar con una concentración intensa y total²¹. No sólo escuchar el significado literal de las palabras, sino el significado de las expresiones, implica responder activamente de forma tal que revele las expresiones del médico. Así, lo que se denomina escuchar activamente, se convierte en un requisito para mantener la comunicación en los planos verbal y no verbal, pero también para mantenerla en un nivel afectivo que permitiera comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual refuerza que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades muy valoradas por el paciente⁷.

Comunicación centrada en el paciente

La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que el paciente perciba haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su médico que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada, y que su nivel de molestias y preocupación han sido evaluadas²². Esta relación se traducirá en una mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de sus molestias y preocupaciones, todo lo cual puede contribuir a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención, con lo que finalmente también las instituciones de salud podrán observar los beneficios.

Se ha cuestionado si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados que promueven la salud. Se ha visto que la comunicación efectiva influye tanto en la fase de obtención de datos para la historia clínica, como para la discusión del plan de manejo. Los resultados suelen ser: la salud emocional del paciente, control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia²³.

Acerca de la posible influencia de los malos entendidos entre el médico y el paciente en cuanto a la prescripción médica, se ha detectado que obedece a una falta de intercambio de información adecuada, que existe mucha información en conflicto, y que el enfermo no comprende algunas implicaciones de su diagnóstico ni las acciones que el médico toma con la intención de preservar la relación médico-paciente⁸. De lo anterior, se destaca la importancia de explorar y permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, pues el clínico parece no darse cuenta de la relevancia de las ideas del enfermo sobre la indicación médica para el éxito del plan terapéutico. Se puede destacar la falta de participación del paciente en la consulta y que los errores médicos generalmente se asocian con esta falta de participación.

Debe señalarse la necesidad de implantar intervenciones educativas que contribuyan a solucionar problemas como los detectados, basadas en un modelo de abordaje que tome en cuenta ambas partes, pues hay argumentos para creer que se puede influir favorablemente sobre ambas partes, pero dado el desbalance de poder, la mayor responsabilidad debe recaer en el médico quien está obligado a explorar las ideas y expectativas del paciente, para maximizar lo valioso de tal información en cada consulta⁸.

Habilidades de comunicación

En la búsqueda de las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud, aparentemente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su práctica clínica. Sin embargo, Dubé²⁴ describe las que consideran necesarias para el médico que labora en el primer nivel de atención médica.

Habilidades de comunicación básicas:

- ◆ *Abrir y cerrar la entrevista. Iniciar con una pregunta abierta.*
- ◆ *Habilidad para obtener y cuestionar datos.*
- ◆ *Habilidad para organizar la entrevista.*
- ◆ *Responder a las emociones y otras habilidades de la relación.*

Habilidades de comunicación intermedias:

- ◆ *Manejo de la violencia.*
- ◆ *Negociación para cambios de conductas indeseables.*

Habilidades de comunicación avanzadas:

- ◆ *Habilidad para dar malas noticias.*
- ◆ *Historia espiritual del paciente.*
- ◆ *Decisiones avanzadas.*
- ◆ *Dilemas éticos.*
- ◆ *Confrontación del alcohólico con su diagnóstico.*

Esta categorización, aunque interesante porque es de las pocas realizadas, parece muy general en sus enunciados y puede diferir de las necesidades prácticas y educativas del médico familiar en nuestro medio, como se puede evidenciar a través de algunos estudios realizados en México.

Campero²⁵ se propuso determinar si se favorecía la acción educativa del médico hacia el paciente, transmitiendo información y conocimientos respecto al proceso salud enfermedad durante la consulta médica. En su estudio, casi la mitad de los médicos eran pasantes en servicio social, pero el resto eran médicos de base; en la mayoría de ellos se pudo advertir una deficiencia en su formación comunicativa: sólo el 2.5 % de los médicos saludaron al paciente cuando éste entró al consultorio, únicamente el 19 % asignaba un lugar explícito al paciente y en el resto él mismo se auto asignaba el sitio, al entrar el enfermo el médico inmediatamente preguntaba “¿qué tiene?, ¿qué le pasa?”. El 93.5 % de los médicos conducía la entrevista, preguntando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, sólo el 6.5 % de los casos dio tribuna libre. Aproximadamente el 45 % de los pacientes no conocieron la naturaleza de su enfermedad, y por cuanto al tratamiento indicado, el canal más utilizado fue la receta escrita y en poca proporción lo fue la información oral y sólo el 5% de los médicos verificó la comprensión de las indicaciones dadas. Campero, encontró que en el 85% de los casos no existió un cierre adecuado de consulta, la cual en la mayoría de los casos terminaba con frases como “tómese los medicamentos”, o “aquí tiene la receta”. Este estudio se efectuó en una zona rural del estado de Oaxaca, pero es posible que resultados como los anteriores, puedan descubrirse en médicos de otras regiones de nuestro país. En este tipo de relación no existió ninguna acción educativa para transformar al paciente en un sujeto participativo, ni desarrolló el médico un espíritu propicio para involucrar al enfermo en el cuidado de su salud.

Las necesidades educativas en comunicación parecen ser muchas y también que una gran cantidad de médicos parecen no valorar sus habilidades de comunicación para mantener una relación eficaz y efectiva con sus pacientes. Los programas de especialización en medicina aunque incluyen cierta formación en la entrevista clínica, parecen resultar en una formación genérica e insuficiente. La anterior situación, enfatiza la necesidad de una enseñanza formal y sistematizada en comunicación; por otra parte, basándonos en la premisa de que la comunicación puede ser enseñada, y que es una función central que no debiera ser relegada por más tiempo, debemos encaminarnos hacia una comprensión más profunda de ella, para tratar de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases que implican la recuperación y conservación de su salud. Es probable que para el logro de esta tarea educativa se requiera más que una simple capacitación técnica, seguramente se requiere de toda una filosofía y abordaje desde diversas perspectivas del saber humano para poder obtener un compromiso más real y responsable del médico con su paciente ^{1,12,15,26,23}.

Reflexión final

Deberían realizarse estudios que sirvan para identificar las áreas o dimensiones de la comunicación en las cuales el médico familiar debe ser competente, más aún, deberán conducirse dentro del contexto de la práctica de la medicina familiar de nuestro medio y dentro de la práctica institucionalizada dado que ahí se atiende a la mayor parte de la población mexicana. Sólo así se podrá estar en la posibilidad de reorientar mejor la enseñanza en esta área tan significativa en la formación del médico familiar. Mientras esto se cumple, tocará al médico familiar identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes.

Agradecimientos

Hacemos un reconocimiento a la valiosa colaboración de la Técnica Académica del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, Ingeniera Irma Jiménez Galván.

REFERENCIAS

1. Ruiz MR, Rodríguez JJS, Perula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29 (3): 132-134.
2. Collins S. Explanation in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education* 2005; 39 (8): 785.
3. Abreu HLF. Competencias profesionales: aspectos introductorios. Documento preparado para el Comité de Planeación de la AMFEM. Facultad de Medicina. México: UNAM. 2001.
4. Torío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. *Aten Primaria* 1997; 19 (1): 44-60.
5. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc. Sci Med.* 1995; 41 (9): 1241-1254.
6. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med* 2001; 52 (6): 839-851.
7. Fones C, Heock K, Lee G. What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education". *Academic Medicine*, 1998; V. 73 (5).
8. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstanding in general practice: qualitative study. *BMJ*, 2000; 320: pp. 484-488.
9. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Valieri T, Frankel R. Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277:553-559.
10. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 2002; 325 (7366): 697-700.
11. Ronald M, Epstein T, Campbell L, Steven A, Cohen-Cole R, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J. Fam Pract* 1993; 37 (4): 377-387.
12. Brown JB, Boles M, Nullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999; 131: 822-829.

13. Donald J, Marinelly T D. The effects of patient communication skills training on compliance". Arch Fam Med. 2000; 9: 57-64.
14. Infante CC, Abreu HLF, Reyes LI. Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. Revista de Psicología Social y Personalidad, 1998; XIV (2): 173-191.
15. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Giber G, Beagle E, Kudelka A. SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist 2000; 5: 302-311.
16. Norman GR. Defining competence: A methodological review. En: Assessing Clinical Competence. Neufeld V R., Norman G R., (Editors) Springer Publishing Company, New York. 1985.
17. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics, 1968; 42 (5): 855-871.
18. Lifshitz A. Perfil del médico en el área clínica. Rev Fac Med UNAM, 1993; 36 (2): 82.
19. Lifshitz A. Perfil profesional del especialista en medicina. Rev Fac Med UNAM, 1992; 35 (4): 149-152.
20. García VJ. Relación médico paciente en un modelo de comunicación humana. Rev Med IMSS. 1999; 37 (3): 213-220.
21. McWhinney IR. Comunicación médico paciente. En: Medicina de familia. Editorial, Doyma. 1995. p. 89-113.
22. Stewart J, O' Halloran C, Barton J, Singleton S, Harrigan P, Spencer J. Clarifying the concepts of confidence and competence to prouder appropriate self-evaluation measurement scales. Medical Education 2000; 34: 903-909.
23. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J, 1995; 152 (9): 1423-1433.
24. Dubé C, O'Donnell J, Novack D. Communication skills for preventive interventions. Academic Medicine 2000; 75 (7):S 45-54.
25. Campero CL. Calidad de la relación pedagógica médico paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México. Salud Publica Mex 1990; 32 (2): 192-204.
26. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguirre P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ. 1991; 3003: 1385-1387.