

## Editorial

# Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo

Viviana Paola Forguione-Pérez\*

\*Estudiante de Medicina XI Nivel. Editora Asociada y Miembro del Consejo Editorial de la Revista MÉDICAS UIS. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Srta. Viviana Paola Forguione-Pérez. Carrera 28 # 51-47 Apartamento 404. Bucaramanga. Santander. Colombia. Correo electrónico: vivi\_9116@hotmail.com

**¿Cómo citar este artículo?:** Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13.

*“Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”  
Proverbio árabe*

Mantener una adecuada relación médico-paciente a través de la formación e información del paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento. En esta relación hay dos grandes actores, el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien por ayuda. Para que esta relación funcione adecuadamente es necesaria la confianza mutua<sup>1</sup>. Así pues, la actuación del médico ha sido resaltada por poseer el conocimiento de la enfermedad y la forma de tratarla; sin embargo, esta confianza se ve alterada

cuando los médicos brindan poca información a sus pacientes y lo hacen usando un lenguaje técnico que ellos poco entienden, llevando a que se generen dudas, que serán resueltas en muchos casos por personas poco capacitadas en el tema como son los vendedores de farmacias, que si bien no cuentan con el conocimiento, sí cuentan con la disposición y tiempo de escuchar a sus usuarios. Otras críticas contra el actuar médico son enlistadas en la tabla 1<sup>1,2</sup>. Sin embargo, esta conducta errónea del médico es justificada por los pacientes con el pretexto que los médicos son personas que cuentan con muy poco tiempo, convirtiéndose en un ciclo vicioso de ignorancia<sup>3</sup>.

**Tabla 1. Críticas contra la actuación del médico**

-Desinterés por el bienestar del paciente -Prisa en brindar la atención -Trato deshumanizado -Falta de confianza -Mala praxis -Falta de vocación de servicio	-Tiempo corto de la consulta -Desmotivado por su trabajo -No cumple con sus obligaciones -Da poca información sobre la enfermedad y el tratamiento -Ganancias secundarias por las farmacéuticas
---	---

**Fuente:** autor. **Adaptado de:** Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med.* 2008;69(1):12-6.

Por otra parte, bajo la percepción del médico muchos pacientes brindan un mal trato al galeno a causa de sus construcciones sociales y expectativas irreales en cuanto a su recuperación y las obligaciones del clínico, desconociendo que en ocasiones el sistema de salud no brinda las herramientas y suministros necesarios para prestar un buen servicio. Es así como la relación médico-paciente en Colombia se basa en los modelos de confrontación y negociación,

en los que los pacientes buscan tener mayor participación sin ser engañados y los médicos imponer su conocimiento para el restablecimiento del bienestar del paciente pero sin ser manipulado<sup>4</sup>. Adicionalmente, los médicos sienten que han perdido el respeto y autonomía en su profesión, pues están obligados a tener encuentros esporádicos con los pacientes, muchas veces sin poderles hacer un adecuado seguimiento, ni contando con tiempo

para despejar sus dudas<sup>4</sup>. Esta situación también predispone al paciente a actitudes agresivas y no adecuadas, acudiendo al médico simplemente a exigir tratamientos o procedimientos que han funcionado en personas que cursan con su misma enfermedad; esto es a menudo debido a la falta de educación del paciente sobre temas médicos.

Las creencias divergentes entre el paciente y el médico afectan negativamente la atención en salud, influyendo en los resultados del paciente a pesar de los adecuados tratamientos<sup>5</sup>. Reflejo de estas diferencias de percepción es el hecho que los médicos sobreestiman sus habilidades de comunicación, como muestra un estudio realizado por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, en el que el 75% de los 700 ortopedistas encuestados calificaron su comunicación como satisfactoria, mientras solo 21% de 807 pacientes calificaron igual. Es por esto, que actualmente se aplica el modelo de toma de decisiones compartidas y comunicación centrada en el paciente<sup>5</sup>. Conocer factores personales y socioculturales como la edad, el nivel de educación, estado civil, situación laboral y conocimientos tecnológicos permite mejorar el aprendizaje del paciente, al ser este enfocado en sus características particulares<sup>6</sup>. La principal herramienta es el empoderamiento, cuyo propósito es el pensamiento crítico y actuación autónoma de los pacientes; por tanto, situaciones conductuales y psicosociales deben ser integradas con situaciones clínicas, a fin de lograr que el paciente reflexione sobre su experiencia y se planteé objetivos que modifiquen su comportamiento. Se debe comunicar de forma activa para lograr que el paciente se involucre con su enfermedad, pues en un rol pasivo el paciente no tomará control de la misma<sup>7</sup>.

Como consecuencia de una mala relación entre el médico y el paciente se observan mayores tasas de no adherencia al tratamiento médico, automedicación y asistencia tardía a los centros de salud. Todo esto acarrea consigo un aumento en la morbilidad, resistencia medicamentosa, seguimientos inadecuados de las enfermedades y altos costos de los tratamientos. Sin embargo, estas actividades no solo son promovidas por una mala relación médico-paciente, sino que intervienen otros factores, tales como: farmaceutas dispuestos a vender medicamentos sin restricción, información errónea en internet, creencias y tradiciones de los pacientes, trámites administrativos que generan costos en tiempo y dinero a los pacientes, y falta de credibilidad en los médicos, las aseguradoras y el sistema de salud causada por las limitaciones que

resultan de tener gran cobertura pero baja calidad del servicio<sup>4</sup>.

## BENEFICIOS

*“El gran objetivo de la educación no es el conocimiento sino la acción”*

*Herbert Spencer*

Una adecuada comunicación trae dos importantes beneficios: compartir información clínica apropiadamente y una buena relación médico-paciente. Los pacientes que están informados y educados sobre su salud y cómo mejorar su estado de bienestar se recuperan más rápido que quienes no lo están. Además, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, se adaptan mejor psicológicamente, están más satisfechos con la atención, se adhieren mejor al tratamiento y confían más en sus médicos. También se beneficia el médico quien gana como profesional y persona, pues se estresa menos, maneja mejor las malas noticias y la ira, establece mejores relaciones con sus colegas, vive más satisfecho con su trabajo, identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión, mejora la percepción del paciente con respecto a su competencia y es menos probable que reciba denuncias formales por mala praxis. Asimismo, el sistema de salud se beneficia porque una buena relación médico-paciente disminuye la estancia hospitalaria, genera un menor número de referencias e interconsultas y aminora los costos al promover un enfoque preventivo de la salud<sup>1,5,8</sup>.

## PROBLEMAS

*“El hombre de ciencia parece ser el único que tiene hoy algo que decir, y el único que no sabe cómo decirlo”*

*Sir James M. Barrie*

Hay muchas barreras para una buena comunicación en la relación médico-paciente que dificultan la educación. Las principales quejas de los médicos son poco tiempo de consulta, carga de trabajo, ansiedad y miedo del paciente, miedo al abuso físico o verbal, expectativas poco realistas de los pacientes, temor a las demandas, resistencia del paciente al cambio y falta de entrenamiento en esta área<sup>5</sup>. Por tanto, la empatía es clave para la relación médico-paciente, pues un médico con conducta evitativa hará que el paciente se niegue a contarle sus problemas retrasando el proceso de recuperación. Aún más, la

mayoría de las demandas contra los médicos citan como principal agravio la falta de comunicación con el paciente<sup>5,8</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esta adherencia en los países desarrollados es del 50% y es aún menor en los países en desarrollo debido a la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención en salud<sup>9</sup>. Las barreras de acceso hacen que las personas acudan a los servicios de salud solo cuando su salud está desmejorada, volviendo así a una visión curativa y dificultando el desarrollo de programas preventivos. Algunos de los problemas que tienen los pacientes cuando acuden a los servicios de salud son la dificultad para conseguir citas, las demoras en las autorizaciones por parte de las aseguradoras, no proporcionar servicios en sitios geográficamente

remotos, y la negación de los servicios sobre todo por los altos costos de los tratamientos<sup>4</sup>.

La OMS resalta como determinantes de la adherencia terapéutica factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad y el sistema o equipo de asistencia sanitaria; estos se detallan en la gráfica 1<sup>9</sup>. Las personas que tienen mayor riesgo a una adherencia deficiente son quienes presentan falencias en estos factores. También se ha visto que las mujeres se adhieren más al tratamiento que los hombres. Por otra parte, el nivel de educación se ha relacionado positivamente con el mejoramiento de la adherencia al tratamiento, pues 67% de los casos cumplidores cuentan con educación superior y 41% con educación básica<sup>10</sup>. Las deficiencias cognitivas y funcionales afectan negativamente la adherencia de los ancianos. Ahora bien, lo que se busca con lograr la adherencia es que estos pacientes participen activamente en su tratamiento, cumplan con las citas de control y realicen cambios en su estilo de vida<sup>11</sup>.

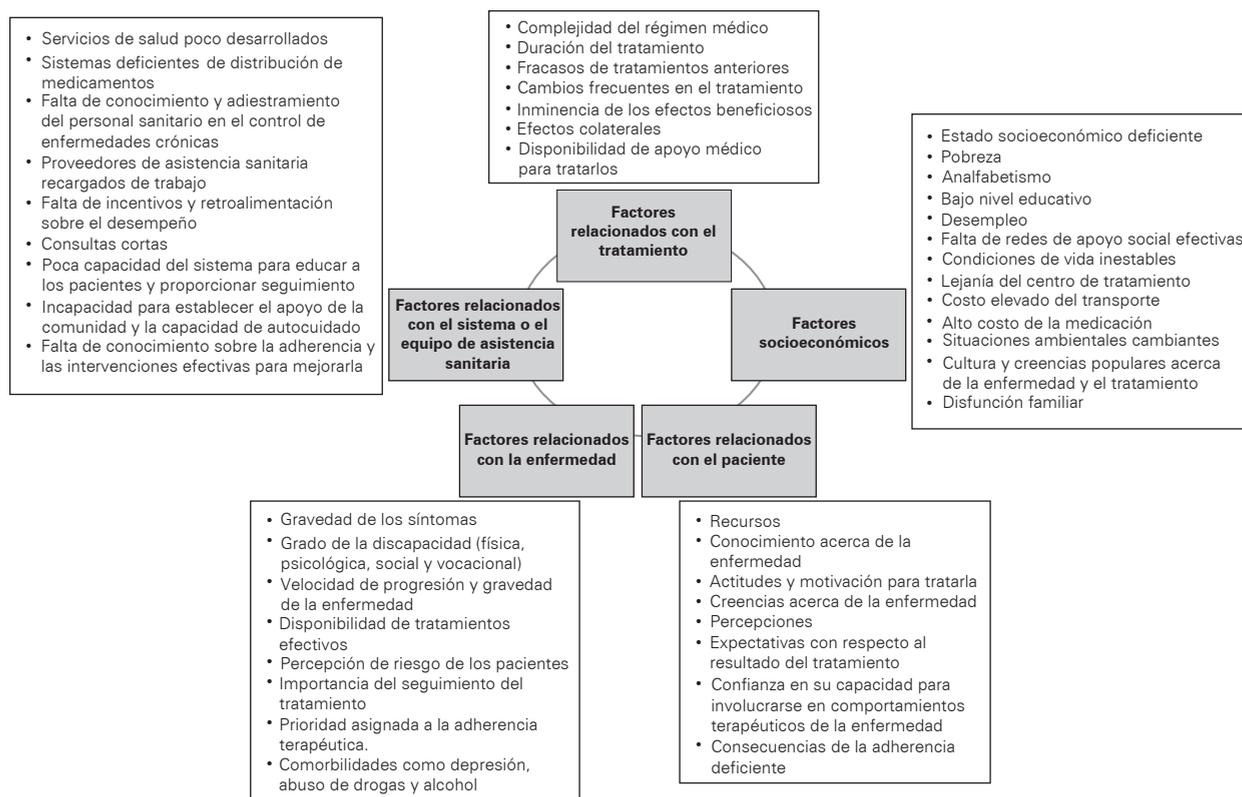


Figura 1. Determinantes de la adherencia terapéutica

Fuente: autor. Adaptado de: Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

Según un estudio realizado en Cartagena, Colombia, el riesgo moderado de no adherencia está dado por falta de orientación sobre cómo ajustar los horarios

de los medicamentos, falta de recomendaciones por escrito sobre el tratamiento, no comprensión de los motivos de las fallas terapéuticas por parte del

personal de salud, preocupación por equivocarse en la toma de varios medicamentos, confusión por el cambio constante de médicos y la percepción de la enfermedad. La falta de adherencia a tratamientos médicos, especialmente en enfermedades crónicas, causa complicaciones tanto médicas como psicosociales, reduce la productividad y calidad de vida; además de desperdiciar los recursos y aumentar los costos de la atención en salud<sup>9,11</sup>.

La educación a los pacientes no se debe limitar a brindar información, sino que deben ser intervenciones integrales, en las que se combinen componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos, las cuales han demostrado ser más efectivas. Asimismo, la probabilidad de adherencia será baja si la confianza en el personal de salud es baja, por lo que debe haber una adecuada interacción entre el personal de salud y el paciente; entendiendo que cada paciente tiene derecho a conocer sobre sus problemas de salud y decidir lo que mejor le parezca. Sin embargo, es responsabilidad del médico compartir la información pertinente para asesorar esa toma de decisiones y lograr que los objetivos establecidos sean congruentes tanto para el médico como el paciente<sup>11</sup>. El consentimiento informado es un buen ejemplo del proceso comunicativo que se debe entablar entre el médico y el paciente, dado que se debe explicar concienzudamente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos para que él tome una decisión responsable. Además, la información clínica no es lo único que el paciente espera recibir, ellos sienten la necesidad de ser conocidos y reconocidos por los profesionales de la salud y creen que su vulnerabilidad debe ser respetada<sup>12</sup>.

## HERRAMIENTAS

*“La educación es algo que la mayoría recibe, que muchos transmiten y que pocos tienen”*

Karl Kraus

Las estrategias usadas por los médicos colombianos para que sus pacientes cumplan sus recomendaciones son: exageración de las consecuencias negativas si no se cumplen las mismas, regañar como manifestación de su preocupación y brindar explicaciones a sus pacientes. Sin embargo, los primeros dos mecanismos no contribuyen al mejoramiento de la salud, pues predisponen al paciente a mentir al médico sobre el cumplimiento de las recomendaciones, afirmando un correcto uso de los medicamentos, lo que lleva a polimedicación, resistencia medicamentosa y mayores gastos. Esto también se observa en pacientes quienes creen con certeza que los medicamentos que están en el Plan Obligatorio de Salud colombiano son de mala calidad por lo que mienten para conseguir otro tipo de medicamentos<sup>4</sup>.

Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas para que puedan exponer sus inquietudes y opiniones, mejorando su percepción hacia el médico. Estas preguntas no sólo deben ser sobre el área médica sino también sobre las áreas emocional, comportamental y social. El lenguaje no verbal demuestra interés hacia el paciente y lo satisface. Algunas de las actitudes que deben ser promovidas se describen en la tabla 2<sup>2</sup>. Sin embargo, los pacientes también deben conocer cómo tener una mejor comunicación con su médico. En este sentido, los psicólogos clínicos juegan un papel importante pues pueden enseñar cómo lidiar con el estrés, el dolor, las falsas expectativas y las debilidades psicosociales<sup>13</sup>.

**Tabla 2. Actitudes en pro de la relación médico-paciente**

-Vestimenta adecuada	-Disponibilidad de escucha
-Buena higiene	-Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones
-Consultorio pulcro y privado	-Intercambiar puntos de vista con el paciente
-Saludar al paciente por su nombre	-Resolver dudas
-Extender la mano al paciente	-Hacer al paciente partícipe de las decisiones terapéuticas
-Presentarse y dar a conocer su cargo	-Ser veraz, educador y alentador
-Sentarse frente al paciente, mirarle a los ojos	-Respeto
-Vocabulario sencillo y respetuoso	-Vocación de servicio
-Ser empático	-Tener conocimientos y estar actualizado
-Expresar humanidad	-Individualizar la atención médica
-Dar sensación de seguridad	
-Brindar confianza como persona y profesional	
-Calmar la ansiedad del paciente	

**Fuente:** autor. Adaptado de: Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.

Actualmente el uso de Internet ofrece un acceso más fácil a la información, por lo que la navegación debe ser orientada. Una encuesta realizada por Harris, reveló que el número de personas que realizan búsquedas sobre temas de salud en internet se ha triplicado, pasando de 50 a 175 millones, entre 1998 y 2010<sup>6</sup>. Un buen método para integrar esta forma de educación es por medio de folletos con listas de páginas web autorizadas e instrucciones sobre cómo evaluar la validez de la página, evitando la charlatanería que solo lleva a prácticas erróneas y genera miedo entre los pacientes. Usar folletos por grupos de edad brinda una educación más dirigida e integral. A saber, la importancia de folletos que

resuman la información fundamental es que el paciente se enfrenta a información nueva, en grandes cantidades y corto tiempo lo que resulta abrumador; hablar en términos sencillos, de forma coherente y usando metáforas mejora la retención<sup>6</sup>. El contenido se debe limitar a uno o dos objetivos clave y debe ser redactado en lenguaje para personas con nivel de básica primaria, acompañado de imágenes y gráficos. Otras opciones incluyen: cintas de audio o vídeo, discos compactos, programas interactivos, aplicaciones para dispositivos móviles y sitios web interactivos<sup>14</sup>. En la tabla 3 se resumen algunas estrategias efectivas en el mejoramiento de la adherencia del paciente.

Tabla 3. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

ESTRATEGIA	EJEMPLOS	CARACTERÍSTICAS
<b>Técnicas</b>	-Simplificación del régimen farmacéutico -Dosis menos frecuentes -Fórmula de liberación controlada -Combinación de fármacos	-Útiles en pacientes polimedicados -No es posible en todas las patologías o medicamentos -Pocas combinaciones -Reiteración en el tiempo
<b>Educativas</b>	-Información en la consulta -Dispensación informada -Información sanitaria	-Fáciles de ejecutar -No costos adicionales -Tiempo extra del profesional de la salud -Se debe individualizar -Se debe combinar con otras estrategias
<b>Conductuales</b>	-Sistemas personalizados de dosificación -Sistemas de recuerdo horario ( de la toma, de la pauta, de las instrucciones básicas) -Apps para móviles o <i>tablets</i>	-Útil en polimedicados -Tiempo extra del profesional de la salud -Puede requerir conocimientos tecnológicos -Puede requerir aparatos electrónicos
<b>Tratamiento con observación directa</b>	-Mal cumplimiento previo -Usuario de sustancias psicoactivas -Personas con trastornos mentales o psíquicos	-Útil en tuberculosis y SIDA -Seguimiento de protocolo -Manejo multidisciplinario
<b>Técnicas de apoyo social</b>	-Ayuda domiciliar -Terapia familiar -Grupos de apoyo	Reiteración en el tiempo
<b>Técnicas dirigidas a profesionales</b>	-Información -Cursos -Recordatorios -Propio control y seguimiento por parte de los profesionales	Reiteración en el tiempo
<b>Recuerdo de las estrategias</b>	-Pacientes incumplidores	Reiteración en el tiempo

Fuente: autor. Adaptado de: Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp.* 2014;16(3):110-20.

Los grupos de apoyo son una buena herramienta para las personas que no tienen conocimientos sobre tecnología o prefieren mayor interacción persona-persona. Las ventajas de estos grupos son que asisten personas con situaciones similares, permitiendo llevar un mensaje con mayor aceptación; no sólo al paciente sino también a sus familiares<sup>12</sup>. El apoyo social y familiar juega un papel importante en el mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes. Por ejemplo, este tipo de acompañamiento no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino también los comportamientos, actitudes y tiempo dedicado por el médico en la atención de estos pacientes<sup>11</sup>.

Se debe verificar si la información dada a los pacientes ha sido asimilada de la manera correcta. Una buena técnica basada en la evidencia es *teach-back*, que consiste en que el paciente repita con sus propias palabras lo que ha entendido de las indicaciones médicas, lo cual permite corregir errores o resolver dudas de los pacientes. Con este método el paciente debe poder definir su enfermedad, el tratamiento, los posibles problemas y las formas de solucionarlos<sup>14</sup>.

Mediante la educación del paciente se pretende alcanzar alfabetización en salud, que es la capacidad de recibir y comprender información para tomar decisiones en salud apropiadas. La falta de esta habilidad le cuesta al sistema de salud de Estados Unidos entre 50 y 73 millones por año. Sin embargo, múltiples factores afectan la alfabetización, como son: vergüenza, estrés, vulnerabilidad, jerga médica, información excesiva y pobres habilidades de lectura. La alfabetización se debe brindar no sólo al paciente sino también a su familia, evaluando cuál método es el más indicado en cada caso. Finalmente, es importante realizar un óptimo seguimiento con cada paciente para reforzar el conocimiento y asegurar la consecución de los objetivos previamente planteados<sup>14</sup>. A pesar de ello, resulta difícil educar a una población que solo se preocupa por la salud cuando la ven alterada, es decir, una cultura de curación y no de prevención.

### **COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y PENSUM DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA**

*“Las personas inteligentes tienen un derecho sobre las ignorantes: el derecho a instruírlas”*  
Ralph Waldo Emerson

Los médicos pueden ser más competentes y efectivos en su comunicación con el paciente si reciben

entrenamiento temprano en su plan de estudios en el pregrado<sup>13</sup>. Se ha encontrado que los estudiantes no se sienten seguros sobre sus habilidades comunicativas lo que disminuye la satisfacción del paciente. Además, la mala formación durante la escuela de medicina se refleja en malos resultados en las prácticas. También se ha observado que estas habilidades disminuyen a medida que se avanza en la carrera y con el tiempo los médicos en formación pierden el enfoque de atención integral<sup>5</sup>.

Se presentan situaciones especiales donde tener buenas habilidades comunicativas resulta imprescindible, como son el fin de la vida, dar malas noticias, la salud sexual y reproductiva, atención a las minorías, dolor crónico y pacientes geriátricos. Algunas de las estrategias interactivas en este campo son demostraciones mediante video, juego de roles y realimentación de los videos. Sin embargo, los métodos experienciales son sin duda los más eficaces y preferidos por los estudiantes<sup>13</sup>.

En cuanto a las capacitaciones en comunicación, estas son más eficaces cuando se realizan en los años clínicos que en los preclínicos, y dan mejores resultados cuando hay formación y participación de los docentes. Este entrenamiento es rentable pues aumenta el desempeño de los profesionales médicos, mejorando la salud general de los pacientes<sup>8</sup>. Los docentes tienen un rol significativo en la práctica docente-asistencial pues deben inculcar el respeto hacia los pacientes y educar mediante su ejemplo; además, son los encargados de inspirar el amor a la profesión, que es el principal determinante del cambio<sup>16</sup>.

En conclusión, dado que una buena comunicación mejora la relación médico-paciente, es necesario formar al estudiante de medicina en esta competencia. Es fundamental conocer la percepción de los médicos y pacientes en Colombia sobre esta relación bidireccional, mediante la realización de nuevos estudios. No obstante, se debe investigar sobre cuáles estrategias educativas son más efectivas en la población colombiana.

### **AGRADECIMIENTOS**

La familia MÉDICAS UIS demuestra que el trabajo en equipo logra grandes éxitos y satisfacciones. Estoy muy agradecida por haber sido parte de este maravilloso grupo de trabajo. Departamento de Posibilidades Editoriales, me gustaría darles las gracias por los buenos recuerdos y la amistad que me

brindaron. Recuerden mis queridos futuros médicos: “ustedes pueden lograr todo lo que se propongan”.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Restrepo PA. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *MÉD.UIS*. 2012;25(1):64-9.
- Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An. Fac. med.* 2008;69(1):12-6.
- Jaramillo LG, Pinilla CA, Duque MI, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index Enferm.* 2004;13(46):29-33.
- Herrera N, Gutierrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):343-55.
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
- Garfinkel Weiss, G. Cómo adaptar la formación de los pacientes al estilo de aprendizaje, la propensión a la tecnología y demás características para obtener resultados óptimos. *MedicalEconomics.es*. 2011;(126):27-32.
- Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82.
- Ali AA. Communication skills training of undergraduates. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(1):10-5.
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C: OPS/OMS 2004.
- Rodríguez M, García-Jiménez E, Rodríguez A, Pérez EM, Amariles P, Martínez-Martínez F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. *Pharm Care Esp*. 2012;14(4):138-45.
- Flórez Torres IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2009;27(2):25-32.
- Wiesner C, Contreras A, Castro J. El Centro de Educación de pacientes con cáncer y sus familias: la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Colomb Cancerol*. 2011;15(2):59-66.
- Neo F. Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Med J*. 2011;52(10):720.
- Tamura-Lis, W. Teach-Back for Quality Education And Patient Safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267-71.
- Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):110-20.
- Alonso M, Ruiz I, Ricardo O. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). *Rev. Med. Electrón.* 2011;33(1):89-95.