

## La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?

PHILIPPA MOORE<sup>1,2</sup>, GRICELDA GÓMEZ<sup>1,3,a</sup>,  
SUZANNE KURTZ<sup>4,b</sup>, ALEX VARGAS<sup>1,5</sup>

### Doctor-patient communication: Which skills are effective?

*Effective Communication Skills form part of what is being a good doctor. There is a solid evidence base that defines the components of effective communication. This article offers a practical conceptual framework to improve physician-patient communication to a professional level of competence. There are six goals that physicians and patients work to achieve through their communication with each other. These are to construct a relationship, structure an interview, start the interview, gather information, explain, plan and close the interview. The outcomes that can be improved with an effective communication and the "first principles" of communication are described. A brief look at the historical context that has influenced our thinking about communication in health care is carried out. Finally, the Calgary Cambridge Guide, an approach for delineating and organizing the specific skills required of an effective communication with patients is described. It is clear from the literature that better communication skills improve patient satisfaction and clinical outcomes.*

(Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054).

**Key words:** Communication; Outcome assessment (Health care); Physician-patient relations.

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación médico-paciente. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte del quehacer de un buen médico y por lo tanto, la comunicación es considerada una de las competencias básicas en la formación médica. Por esta razón se han incluido cursos formales de comunicación médica en los currículos de las escuelas de medicina de la mayoría de las universidades<sup>1,2</sup>.

Con el uso de habilidades de comunicación efectiva, se busca aumentar la precisión diagnóstica, la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento, y construir un apoyo para el paciente. Una

comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la relación de ambos.

Parte importante del aprendizaje de cualquier competencia es la definición clara que desglosa sus componentes: conocimientos, habilidades y actitudes. Hoy existe una base sólida de evidencia que aporta al conocimiento de cuáles son los componentes de una comunicación efectiva en medicina. El presente artículo resume esta evidencia y describe las habilidades comunicacionales básicas que permiten crear una efectiva comunicación médico paciente.

<sup>1</sup>Unidad de Comunicación y Relación en Atención en Salud (CREAS). Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago de Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago de Chile.

<sup>3</sup>Centro de Educación Médica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>4</sup>Washington State University, USA.

<sup>5</sup>Departamento de Oncología y Cirugía Maxilofacial. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

<sup>a</sup>Magister Salud y

Humanización  
<sup>b</sup>PhD, Clinical Professor, Director of Clinical Communication.

La visita de Suzanne Kurtz a Chile en 2005 fue financiada por un proyecto FONDECYT de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Recibido el 3 de diciembre de 2009, aceptado el 12 de agosto de 2010.

Correspondencia a:  
Dra. Philippa Moore  
Departamento de Medicina Familiar, Lira 44, Santiago, Chile.  
Fax: 518 6760  
E-mail: moore@med.puc.cl

## Los “outcomes” o logros de una comunicación efectiva

Se estima que un médico realiza entre 86.000 y 120.000 entrevistas durante su carrera profesional, asumiendo que atiende entre 3 y 4 pacientes por hora en una jornada de 22 hrs a lo largo 30 años. Sólo por este número de entrevistas resulta valioso prestar atención a lo que se puede hacer para que dichas interacciones sean más satisfactorias. Es importante considerar lo que se logra cuando la comunicación entre los pacientes y sus médicos son efectivas (Tabla 1).

El uso efectivo de habilidades comunicacionales (HC) realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión<sup>3</sup> y por otra, disminuyen las demandas y litigios iniciados en su contra<sup>4</sup>. El nivel de satisfacción de ambos aumenta<sup>5</sup>, permitiendo posiblemente reducir en el médico el síndrome de *burn-out*<sup>6-8</sup>.

Con una comunicación efectiva las molestias en el paciente disminuyen y aumenta su satisfacción<sup>9</sup>. No se trata únicamente de mejorar los aspectos psicológicos de la atención. Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos<sup>5,10</sup>. Dos estudios independientes demostraron una mejoría en las glicemias de pacientes diabéticos cuando sus médicos aprendieron habilidades comunicacionales que les permitían centrarse más en el paciente<sup>11,12</sup>. Un estudio clásico es el “Headache Study” realizado en neurología ambulatoria en el cual se demostró

**Tabla 1. Metas de la comunicación médica**

- Promover el vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente
- Lograr aumentar:
  - La precisión en la definición de los problemas presentado por el pacientes y en sus diagnósticos
  - La eficiencia de la entrevista –un mejor diagnóstico con un plan de manejo aceptado por el paciente todo en un tiempo adecuado
  - El Apoyo al paciente
- Mayor satisfacción del paciente y del médico
- Mejorar los “outcomes” o logros de la atención

que el factor más importante en la mejoría de la cefalea crónica no fue un diagnóstico claro ni la indicación de medicamentos efectivos<sup>13</sup>, sino la percepción del paciente de que había tenido una oportunidad de contar su historia y de discutir en profundidad sus preocupaciones y creencias. Estos estudios elevan la comunicación efectiva a un nivel procedimental, lo que nos permite comenzar a hablar de ella como una opción terapéutica.

La relación entre comunicación y adherencia al tratamiento no es simple<sup>14</sup>. Una revisión sistemática concluyó que altos niveles de adherencia están asociados sólo con aquellos modelos de comunicación que toman en consideración las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes permitiendo un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión<sup>15</sup>.

Como se deduce de estos trabajos, la literatura reconoce el impacto que produce la competencia en habilidades de comunicación efectiva en la capacidad diagnóstica, la toma de decisiones y la adherencia al tratamiento. Ahora le invitamos a reflexionar sobre los principios básicos que sustentan la comunicación efectiva.

## Principios básicos de la comunicación

Durante siglos han habido múltiples intentos por mejorar la comunicación entre las personas, lo que puede ser resumido en dos perspectivas básicas<sup>16</sup>:

- El enfoque del “Lanzamiento de la bala”.
- El enfoque del “Frisbee” o “lanzamiento de platillo”.

El enfoque del “lanzamiento de la bala” se ha definido como una comunicación que enfatiza el mensaje bien concebido y bien entregado, originado en la Grecia clásica. Preocuparse de hacer un buen lanzamiento fue la base de la formación profesional en comunicación hasta los inicios del siglo 20. La comunicación efectiva era: contenido, entrega y persuasión; y nadie se imaginaba que podía ser de otra manera. En la mitad del siglo veinte, el modelo de comunicación desarrollado por una compañía de teléfono reflejaba este enfoque del “lanzamiento de bala”: alguien ponía un buen mensaje y lo trasmitía, otra persona lo recibía y este era el final de la imagen de la comunicación. La noción de “feedback” o retroalimentación no estaba presente.

En los años cuarenta, el foco empieza a moverse hacia la comunicación interpersonal, lo cual incorpora nuevos elementos y se cambia al enfoque “Frisbee”. Hay dos conceptos centrales en este nuevo enfoque interpersonal, ambos relevantes para la comunicación en medicina. El primero es la confirmación: reconocer, darse cuenta y apoyar a otra persona. El segundo concepto central de este enfoque Frisbee interactivo es el entendimiento mutuo en un terreno común. En el juego de “frisbee”, ambos entienden el sentido del juego: lanzar el “frisbee” para que el otro pueda asirlo y vuelva a lanzarlo. Este terreno en común es fundamental para la confianza y la precisión. Hace unas décadas Baker denominó esta idea como “identificación recíproca” y señaló que al hablar con el otro sobre este terreno en común que se comparte desde un comienzo, las personas alcanzan un entendimiento mutuo y consciente de él. De hecho, Baker llegó incluso a sostener que la razón por la que comunicamos es de tal fuerza que podemos estar juntos confortablemente incluso en silencio<sup>17</sup>. El modelo de Baker otorga un excelente remedio para aquellos momentos durante una entrevista en los que puede sentir que entre usted y su paciente hay incomodidad, tensión o amenaza: en este caso simplemente debería (re)-establecer algún tipo de entendimiento mutuo a partir de la base común existente.

La importancia de esta “base o terreno en común” en medicina esta implícita en los estudios sobre la ‘toma de decisión compartida’ o “*shared-decision making*”. La resolución de los problemas en pacientes en atención primaria quienes volvieron a control es más alta cuando el médico y el paciente alcanzan previamente un acuerdo en relación al problema<sup>18</sup>. Sin embargo, este mismo estudio encontró que dicho acuerdo estaba presente sólo en el 50% de los casos analizados. Al encontrar una base común con los pacientes en el proceso de la toma de decisiones trae como consecuencias la disminución en la derivación de pacientes, menos visitas posteriores y menos exámenes de laboratorio o imágenes<sup>3</sup>. No obstante, aún cuando la toma de decisión está formalizada a través de un “contrato” entre el médico y el paciente, no se ha demostrado una mejoría significativa en la adherencia al plan de manejo a largo plazo<sup>19</sup>.

Si la confirmación y el entendimiento mutuo son elementos fundamentales para una comunicación efectiva, entonces nuestro foco unidireccional

o “lanzamiento de la bala” fundado en el mensaje bien concebido y bien entregado, no es suficiente.

En la perspectiva interpersonal o bidireccional –o enfoque “Frisbee”– el mensaje, por supuesto, sigue siendo importante pero el énfasis pasa a la interacción, al “feedback”, a la colaboración, es decir, a la relación. En lo que se refiere a la atención médica, se pasó desde un enfoque centrado en la “tarea” del médico a un enfoque centrado en el paciente y más recientemente a un enfoque centrado en la relación.

A partir de este contexto histórico, Kurtz describe la “comunicación efectiva” como aquella fundada en cinco principios (Tabla 2):

1. **Asegura una interacción en vez de una transmisión directa** o simplemente entrega de información (venga ella del médico o del paciente). Hay intercambio y “feedback” (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc. Para establecer un terreno en común, mutuamente entendido, se requiere interacción.
2. **Reduce la incertidumbre innecesaria.** La incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación. Podemos, por ejemplo, reducir la incertidumbre sobre cómo el médico va a llevar a cabo la entrevista, sobre las expectativas que el paciente tiene de la visita al doctor, sobre la manera en que el equipo de salud trabaja, etc.
3. **Requiere planificación,** basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir. La efectividad sólo se puede determinar en el contexto de los resultados que el médico y/o el paciente estén tratando de alcanzar. Si el profesional está enojado y quiere expresar su rabia, se va a comunicar de una manera determinada; pero si quiere evitar el malentendido que puede producir su rabia, en ese caso debería actuar en forma diferente.

**Tabla 2. Los principios básicos que caracterizan la comunicación efectiva**

- Asegura una interacción en vez de una transmisión directa
- Reduce la incertidumbre innecesaria
- Requiere planificación en términos de los “outcomes” o logros requeridos
- Demuestra dinamismo
- Sigue el modelo helicoidal más que un modelo lineal

4. **Demuestra dinamismo**, lo que significa que el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, volviendo al concepto de "Frisbee". Implica flexibilidad y requiere que el médico desarrolle un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente pero en diferentes circunstancias.
5. **Sigue un modelo helicoidal más que lineal**. Llegar y hacer no es suficiente. Si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, el feedback, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

### Las habilidades basadas en evidencia para comunicarse con los pacientes

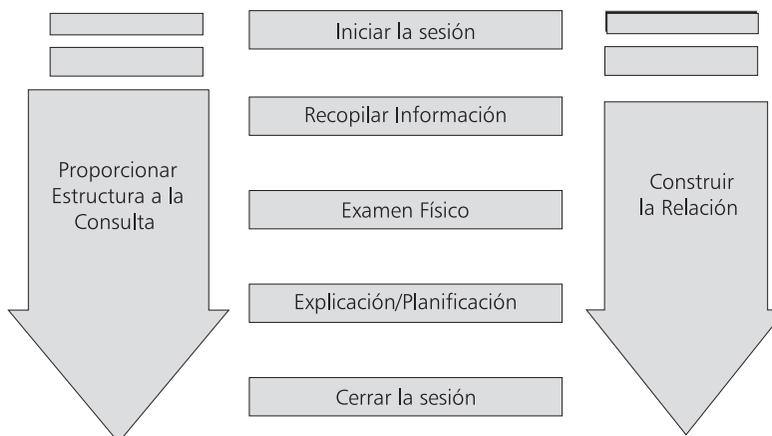
Hasta ahora hemos descritos las metas y los principios básicos de una comunicación efectiva en medicina. Pero ¿Cuáles son las habilidades específicas que marcan la diferencia en la Comunicación Médico-Paciente?

Kurtz y Silverman han resumido las habilidades específicas que ayudan a una comunicación efectiva en la guía de observación de Calgary-Cambridge (Guía CC)<sup>20</sup>. La base para incluir cada habilidad considera tanto la evidencia como conceptos teó-

ricos y la amplia experiencia de los autores. Como cada uno de sus aproximadamente 70 ítems está basado en evidencia, la Guía CC es un útil resumen de la literatura existente. Así, la Guía CC siempre estará en progreso y evolución de manera de reflejar los avances de la investigación en este campo.

Los autores comentan que les resulta interesante observar que, cuando los médicos se aproximan por primera vez a la Guía CC, tienden a quejarse por su extensión. Sus estudiantes, por otra parte, les dan ánimo porque dicen que a ellos les gusta conocer todo de una vez: el rayado de cancha, es decir exactamente cuánto tienen que aprender. La lista de habilidades es larga; en efecto, la comunicación efectiva en medicina es compleja y la investigación en este tema es extensa. Es posible convertir la Guía CC en algo más accesible y memorizable, clasificando los ítems bajo un número de encabezados y sub-encabezados lógicos (Tabla 3). Esta estructura refleja las tareas que están involucradas en cualquier entrevista médica: construir la relación, dar estructura a la entrevista, iniciar la entrevista, recoger información, explicar, planificar y, por último, cerrar la entrevista. Estas tareas, con excepción de la construcción de la relación y la estructuración de la entrevista, generalmente siguen un orden secuencial. La construcción de la relación y la estructuración de la entrevista se dan a todo lo largo de cualquier consulta. Muchas de las habilidades nombradas en las diferentes etapas de la entrevista contribuyen a la creación o mantención de la relación. Sin embargo, la

**Tabla 3. El marco de la Guía Calgary Cambridge**



construcción de la relación médico-paciente está definida como una categoría independiente para enfatizar su tremenda importancia.

¿Significa todo esto que las 70 habilidades de la Guía son necesarias en cada interacción entre el médico y el paciente? La respuesta es, evidentemente, no. Las habilidades que sean necesarias dependerán de la situación que se enfrente y de los resultados específicos (y a veces diferentes) que el

paciente y el médico estén tratando de alcanzar con su interacción. Si hacemos una analogía con el deporte: para jugar bien al tenis se necesita contar con un repertorio completo de habilidades bien desarrolladas y que deben estar siempre en la mira. Sin embargo, no siempre tales destrezas serán requeridas con igual intensidad. La Tabla 4 es un resumen de algunas de las habilidades requeridas con mayor frecuencia.

**Tabla 4. Algunas habilidades específicas para cada tarea de la entrevista (adaptada de las Guías Calgary Cambridge)**

<b>Proporcionando estructura</b>	<b>Etapas de la entrevista</b>	<b>Construyendo la relación</b>
Avanza de una sección a otra, utilizando enunciados que señalicen cambios o transición	<b>Iniciando la sesión</b>	
	Establece el contacto inicial	Demuestra comportamiento no verbal apropiado: contacto visual, Postura
	Saluda al paciente y obtiene el nombre del paciente	
	Se presenta, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista: obtiene consentimiento si fuera necesario	
	Identifica lo(s) motivo(s) de consulta	Si lee, tomas notas, lo hace de manera que no interfiere con el diálogo o con la relación
	Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas	
	Escucha atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.	
Está atento a los tiempos y a mantener el foco de la entrevista	<b>Recogiendo información</b>	
	Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma equilibrada	Acepta la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente; no juzga
	Facilita en forma verbal o no verbal las respuestas del paciente	
	Clarifica los enunciados del paciente que no resultan claros o que necesitan ampliación	
	Resume periódicamente para verificar su propia comprensión	
	Determina activamente la perspectiva del paciente (Expectativas, miedos etc.)	
Durante el examen físico, explica el proceso, pide permiso	<b>Explicación y planificación</b>	
	Proporciona la cantidad y tipo de información correcta	Reconoce y verbaliza las emociones evidentes en el paciente
	Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de manera precisa	
Estructura la entrevista siguiendo una secuencia lógica	Estimula al paciente a formular preguntas	Brinda apoyo; expresa interés, comprensión, predisposición para ayudar
	Logra un entendimiento y planificación en común: incorporando la perspectiva del paciente	
	<b>Cerrando la sesión</b>	
	Establece junto con el paciente los pasos a seguir por el paciente y el médico	Hace participar al paciente: Comparte su pensamiento
	Resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados	
	Verificación final: chequea que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan	

## El factor tiempo

Un asunto que es de primera importancia en la mente de muchos médicos es el factor tiempo. Quizás la principal duda que se presenta durante cualquier capacitación sobre comunicación en medicina es si se puede lograr hacer todo lo que aquí se propone en el tiempo asignado habitualmente a las entrevistas médicas. Indudablemente, el tiempo es un factor importante y de hecho siempre apremia. Sin embargo, no se debe olvidar que las habilidades comunicacionales complementan y enriquecen aquello que ya se está haciendo en la anamnesis tradicional y, de hecho, una vez que las habilidades comunicacionales son manejadas adecuadamente, ellas no toman mucho más tiempo que el habitual<sup>21</sup>. Por otra parte, sabemos que involucrarse en la relación o en el cuidado centrado en el paciente tomará más tiempo mientras el médico se encuentra en el proceso de aprender las habilidades<sup>22</sup>. Una vez que las domina, los tiempos de consulta tienden a disminuir.

Un estudio relevante comparó a médicos que se comprometieron con la atención centrada en el paciente con aquellos que no se comprometieron con tal práctica<sup>23</sup>. Estos últimos tomaron un promedio de 7,8 minutos por consulta. Los médicos que usaron habilidades centradas en el paciente tomaron 8,5 minutos; esto es, hubo menos de un minuto de diferencia. Sin embargo, mientras estaban aprendiendo estas habilidades, a los médicos les tomaba 11 minutos por consulta. Consideremos nuevamente la metáfora del deporte. Cuando se está aprendiendo a esquiar es probable que uno se demore 45 minutos en bajar una pendiente que al dominar la técnica se esquiará en tres. La pendiente no ha cambiado, pero el dominio de las habilidades sí lo ha hecho.

Si realmente queremos mejorar la comunicación en medicina tenemos que resolver el problema de cómo disponer de un sistema que permita que los clínicos (sean ellos estudiantes o médicos) cuenten con el tiempo necesario para aprender, manejar y mantener estas nuevas habilidades en las interacciones con sus pacientes. A pesar de ello, es preocupante considerar que el “sistema” de atención de salud presiona para lograr una “mayor eficiencia” numérica y nos pone peligrosamente cerca del límite cuando se trata de tiempo. De alguna manera, las consultas pueden llegar a ser demasiado cortas para efectuar bien el trabajo

desde una perspectiva comunicacional o médica. La verdadera eficiencia tiene que considerar el rendimiento clínico en términos de la precisión, de la calidad y del resultado final y no sólo del tiempo utilizado por consulta.

La guía CC está en uso en más de una docena de países de manera que su aplicación atraviesa idiomas y culturas. Ha sido traducida al español (*Feasibility and Satisfaction rates of a Spanish translation and trans-cultural adaptation of the Calgary-Cambridge process Guide*. Alberto Alves de Lima. 12th International Ottawa Conference on Clinical Competence. 2006). La Guía CC ha sido usada en todos los niveles de educación médica, desde estudiantes de los primeros años hasta con clínicos de mucha experiencia; y en casi todas las especialidades. Facilita el desarrollo sistemático de las habilidades comunicacionales y sirve como base para ofrecer un “feedback” estructurado y específico en lugar de una retroalimentación al azar. Más que una norma rígida, constituye una guía con considerable flexibilidad para permitir ser aplicada en médicos con estilos y personalidades muy diferentes (Tabla 5).

Existen dos textos básicos que apoyan que esta guía esta basada en evidencia. El primero, “*Habilidades para la Comunicación con Pacientes*”, describe la investigación específica y la evidencia teórica que sustenta cada habilidad<sup>20</sup>. En capítulos separados por cada tarea, el libro también ofrece explicaciones detalladas y algunos ejemplos sobre cómo se puede implementar en la práctica cada habilidad. El segundo, “*Enseñando y Aprendiendo Habilidades de Comunicación en Medicina*”, es el texto apropiado para aquellos que quieran aprender o enseñar estas habilidades<sup>24</sup>. Enfatizando la

**Tabla 5. Utilidad de la Guía Calgary-Cambridge**

- Resume la evidencia sobre habilidades comunicacionales en medicina
- Entrega un “rayado de cancha” para los estudiantes (poniendo límites)
- Sus sub-clasificaciones definen las etapas de la entrevista
- Permite un “feedback” específico con una flexibilidad que sirve a médicos con estilos y personalidades muy diversas.
- Ayuda en la observación de habilidades específicas durante una evaluación sumativa

base fundada en la evidencia, se describen las mejores metodologías docentes, cómo y por qué se desarrolló la Guía CC y cómo construir un currículum que permita integrar la enseñanza de las habilidades clínicas y comunicacionales en conjunto y a lo largo de la formación médica.

## Conclusiones

Si se fortalecen las habilidades de comunicación en medicina el “premio” que se ofrece es sustancial. Este “premio” incluye:

- Lograr entrevistas más efectivas con respecto a la precisión y a la base común, a la eficiencia, al apoyo y a la colaboración;
- Reducir los conflictos y los reclamos de los pacientes; y,
- Mejorar los resultados en términos de la satisfacción del paciente y del médico, del entendimiento y registro de lo observado, de la adherencia a los planes de tratamiento, el alivio de los síntomas y los resultados clínicos.

Kurtz relata que a lo largo de los años la gente le ha preguntado a menudo: “Sí, pero si usted tiene que decidir entre un doctor con habilidades de comunicación efectiva y uno con competencia clínica ¿a quién escogería?”. Dado todo lo que se sabe sobre comunicación hoy en día, la respuesta es: “Ya no tendríamos por qué escoger, deberemos exigir ambas competencias en un solo médico”.

**Agradecimientos:** Quisiéramos agradecer a:

- Jonathan Silverman y Julia Draper por su valiosa contribución en la creación de las Guías originales de Calgary Cambridge.
- Dr. Vicente Valdivieso por su cuidadosa revisión de este trabajo.

## Referencias

1. Moore P, Gómez G. Comunicarse efectivamente en Medicina ¿Cómo adquirir Habilidades Comunicacionales durante la carrera de Medicina? *Ars Medica* 2007; 15: 171-81.
2. Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Association of American Medical Colleges; 1999.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review [see comments]. *CMAJ* 1995; 152: 1423-33.
4. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298: 993-1001.
5. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (4): CD003267.
6. Cebrià J, Palma C, Segura J, García R, Pérez J. El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de *burnout* en médicos de familia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2006; 33: 34-40.
7. Epstein RM. [Communication, burnout and clinical results: more questions than answers]. *Aten Primaria* 2001; 27: 511-3.
8. Shimizu T, Mizoue T, Kubota S, Mishima N, Nagata S. Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: a pilot study. *J Occup Health* 2003; 45: 185-90.
9. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1877-84.
10. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004; 2: 595-608.
11. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ* 1998; 317 (7167): 1202-8.
12. Pill R, Stott NC, Rollnick SR, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Fam Pract* 1998; 15: 229-35.
13. Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians--a one year prospective study. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. *Headache* 1986; 26: 285-94.
14. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 16; (2):

15. Coombs RB. Review of Scientific Literature on prevalence, Consequences and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate use of prescription medication in Canada. University of Toronto Press; 1995.
16. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci* 2002; 29 Suppl 2: S23-9: S23-9.
17. Baker SJ. The theory of Silences. *J Gen Psychology* 1955; 53: 145.
18. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-31.
19. Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (2): CD004808.
20. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Second Edition ed. Radcliffe Medical Press; 2005.
21. McLean M, Armstrong D. Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *Br J Gen Pract* 2004; 54 (506): 663-6.
22. Middleton JF, McKinley RK, Gillies CL. Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial. *BMJ* 2006; 332 (7552): 1238-42.
23. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage; 1995.
24. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*. Second Edition ed. Radcliffe Medical Press; 2005.