



AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles (I)



Roger Ruiz Moral^{a,b}

^a Escuela de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

^b Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 11 de febrero de 2019; aceptado el 22 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 29 de mayo de 2019

PALABRAS CLAVE

Relación médico-paciente;
Aprendizaje experiencial;
Educación médica;
Metacognición;
Habilidades comunicativas;
Barreras culturales

KEYWORDS

Physician-patient relationship;
Experiential learning;
Medical education;
Metacognition;
Communication skills;
Cultural barriers

Resumen Empatizar, negociar, tomar decisiones compartidas o informar a los pacientes representan habilidades comunicativas importantes tanto para la relación médico-paciente como para el aprendizaje mediante estrategias educativas experienciales y significativas. Estas habilidades requieren una monitorización constante de la interacción, favoreciendo la adquisición de una perspectiva más amplia que permite una comprensión más profunda de uno mismo y del otro. Sin embargo, en nuestro contexto cultural, muchos estudiantes y residentes presentan dificultades importantes para el desarrollo de este tipo de habilidades metacognitivas lo que repercute en la asunción y el aprendizaje de una práctica clínica centrada en la persona de posibles consecuencias futuras. El autor utiliza su experiencia de más de 25 años en contextos clínicos y educativos para ejemplificar algunas de estas dificultades a la vez que destaca el papel que algunos condicionantes culturales y psicológicos pueden tener en su desarrollo. Este es el primero de 2 artículos.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cultural and psychological barriers in clinical and educational relationship in Spanish medical students and residents (I)

Abstract Empathize, negotiate, shared decisions making or inform patients, represent important communication skills both for the doctor-patient relationship and for learning through experiential and significant educational strategies since they need a constant monitoring of the interaction, they favour the acquisition of a broader perspective that allows a deeper understanding of oneself and the other. However, in our cultural context, many students and residents present important difficulties for the development of this type of metacognitive skills, which affects the assumption and learning of a person centered clinical practice with possible future consequences. The author uses his experience of more than twenty five years in both clinical

Correo electrónico: r.ruiz.prof@ufv.es

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.02.006>

1575-1813/© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

and educational contexts to exemplify some of these difficulties while highlighting the role that some cultural and psychological factors may have in their development. This paper is the first of two.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Por regla general los estudiantes y los médicos residentes o incluso muchos médicos especialistas noveles no suelen ser «buenos comunicadores» o «comunicadores intuitivos». La adquisición de pericia en comunicación profesional es un proceso que suele desarrollarse a lo largo de su formación como médicos; sin embargo, en la misma no tienen garantizado el éxito, entre otras razones, porque hasta muy recientemente no ha existido una formación médica reglada en esta materia y aun hoy día, donde existe, esta es incompleta o no está bien diseñada y utiliza metodologías docentes que no son efectivas para alcanzar estos fines.

La viñeta 1 (tabla 1) muestra una interacción real entre un residente de 2.º año y un paciente en el contexto clínico de la medicina de familia. Basándonos en nuestras observaciones a lo largo de los últimos años, algunas de ellas publicadas¹⁻⁴, podemos decir que esta interacción revela conductas comunicativas que pueden considerarse típicas de un principiante o aprendiz en medicina clínica: hablan demasiado, interrumpen repetidamente el discurso del paciente, utilizan predominantemente preguntas cerradas exclusivamente sobre aspectos biomédicos. Una cuarta conducta comunicativa típica de estos noveles es el tipo de lenguaje no verbal que utilizan. Este suele ser diferente en función de si se trata de un estudiante en un contexto simulado o un residente en un contexto real. Mientras que en el primer caso el lenguaje no verbal es más bien afectivo en la segunda situación suele ser más frío y distante. En líneas generales estas conductas comunicativas revelan el problema que tienen estos aprendices para regular o monitorizar su comunicación, lo que a ojos expertos les hace aparecer como comunicativamente incompetentes. Desde la perspectiva externa y experimentada que aportan los docentes clínicos o tutores expertos y sensibles sobre estos temas, un importante número de principiantes, estudiantes y residentes, se muestran en sus interacciones aparentemente despreocupados con relación a la comunicación que están llevando a cabo con los pacientes, ansiosos (aparentemente en estado de estrés permanente), por lo general bastante centrados en sí mismos, egocéntricos, y en ocasiones arrogantes, ofreciendo muchas veces una sensación de falta de compasión con relación al sufrimiento de sus pacientes. Desde luego que esto no es generalizable a todos y existe un cada vez mayor número de ellos que muestran interés y habilidades comunicativas, generalmente asociado al hecho de ser mujer⁵ y a una mayor experiencia clínica. En aquellos estudiantes y residentes en los que se detecta esa «incompetencia comunicativa», esta podría considerarse

como un déficit de «inteligencia emocional» que se caracterizaría sobre todo por una dificultad para reflexionar sobre diferentes aspectos del hecho comunicativo o relacional en sí y por una dificultad para «adquirir perspectiva» sobre el «otro», es decir sobre el paciente como persona pero también sobre sí mismos. Este déficit tiene consecuencias negativas en el desarrollo de las tareas u objetivos propios de una entrevista clínica⁶: 1) establecimiento de una relación terapéutica con el paciente: al mantenerse distantes de ellos como personas y de sus necesidades como pacientes, lo que genera en estos es una sensación de no haber sido escuchados y falta de interés o de una suficiente comprensión sobre su situación y problema, no estableciéndose una relación de confianza; 2) obtención de información: incompleta o inexacta en la medida en la que no entran a explorar los aspectos personales de la dolencia, lo que les lleva con mayor frecuencia a realizar diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados; y 3) ofrecimiento de información: que por las mismas razones generalmente adolece de ser una información en cantidad inadecuada (escasa o demasiada información), difícil de entender (poco clara al usarse términos incomprensibles para el paciente) y poco adaptada (ajena a las preocupaciones y necesidades personales del paciente).

Las razones por las que esto ocurre son muchas y variadas: la inexperiencia clínica de los aprendices desempeña aquí un papel importante, la inmadurez propia de su juventud puede ser otra razón, quizás de más peso, entre nuestros universitarios que entre los de otros países al incorporarse los nuestros a la universidad a edades más tempranas. Sin embargo existen otros factores que pueden estar implicados en esta dificultad para desarrollar sus capacidades de reflexionar y adquirir perspectiva y que tienen que ver con factores de naturaleza cultural, psicológica y tal vez generacional. En el ámbito clínico, la capacidad para «adquirir perspectiva» se revela en el desarrollo de habilidades comunicativas concretas como son empatizar, negociar y capacitar, que a su vez mostrarían las actitudes éticas de los valores profesionales médicos propios de una práctica clínica centrada en la persona^{7,8}.

Tomando como base mi experiencia como clínico y educador médico en los últimos 25 años mostraré en este primer artículo y en otro algunos de los principales problemas que experimentan aprendices (estudiantes y residentes) y médicos en contextos clínicos y educativos para desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para empatizar (primer artículo), negociar y capacitar a los pacientes (segundo artículo). Estas habilidades reflejarían sus dificultades para reflexionar y adquirir perspectiva, 2 capacidades

Tabla 1 Viñeta 1: Un residente de 2.º año y un paciente real (I)

R: ¿Su nombre? (mientras mira el PC)
P: María P
R: Dígame María, ... siéntese (mirando el PC con breves vistazos ocasionales a la paciente)
P: Yo es que tengo un resfriado que llevo ya 4 o 5 días
R: ¡Ah ah! (mientras, escribiendo en el PC)
P: Y como no tenía tiempo de ir al médico he ido a la farmacia y compré esta caja que la debo en la farmacia, pero esto ya se ve que me ha debido de ir al pecho... y como estoy trabajando en...
R: ¿Le ha dado fiebre? (a partir de aquí a la vez que pregunta va escribiendo en el PC y dirigiendo ocasionalmente la mirada a la paciente)
P: ... Sí, si me ha dado fiebre...
R: ¿De cuánto?
P: ... pues de 40...
R: Se ha puesto el termómetro, ¿no?
P: Sí
R: Muy bien, ¿dolor de garganta o de oídos?
P: Empezó por la garganta, pero a veces me ha dado un dolor aquí...
R: ¿Le duele el pecho?
P: Sí, aquí y como cuando respiro...
R: ¿Cuando tose le duele más? (mientras escribe)
P: Sí
R: ¿Con la tos echa algo?
P: Sí
R: ¿De qué color es?
P: Pues amarillento... muy raro
R: ¿Ahogo tiene?
P: Ahogo mucho
R: ¿Sí? ¿Más por la noche o...?
P: ...cuando me meto en la cama
R: ¿Pitos se ha notado?
P: Me noto no pitos sino como cuando una esponja... como si tuviera aquí así como una cosa que me va al cerebro,... no sé, una cosa muy rara
R: Muy bien... ¿ahogo o pitos ha tenido usted alguna vez con los catarros o nunca?
P: Agarrada he estado muchas veces pero así como ahora nunca
R: Nunca, ¿no?... muy bien; ¿dolor de estómago o diarrea? (levantándose de la silla)
P: ... No... nada más que la cabeza...
R: Pase por ahí hacia la camilla
P: ... que me duele mucho... y un dolor de huesos por todo el cuerpo
R: sí mal cuerpo... ¿Cuánto tiempo lleva así me ha dicho? En la camilla de exploración
P: Pues empecé el viernes, hace cuatro días
R: Ya... ¿Hay en casa alguien con clínica parecida?
P: Yo... digo... hummm, es que mi marido ha pasado ya tres neumonías... y la última fue una neumonía muy mala
R: ... ¿su marido?
P: ... Sí, ... no podía ni levantarse y estuvo así tres días...
R: Abra la boca. (A partir de aquí el médico la explora sucediéndose las órdenes para la exploración)

metacognitivas que facilitan la comprensión profunda de uno mismo/a y del otro (paciente/familia) y la monitorización de la interacción clínica a su vez esenciales para desarrollar con éxito las tareas propias de la práctica clínica⁹. Igualmente argumentaré sobre la influencia que factores de naturaleza cultural y psicológica podrían tener en ello.

Metodología

El autor desde el año 1993 viene ejerciendo labores docentes con residentes de medicina de familia y tutores clínicos en la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba, y con estudiantes de las facultades de Medicina de Córdoba y (desde 2011) de la Universidad Francisco de Vitoria, en diferentes competencias clínicas transversales pero especialmente en comunicación y relación médico-paciente. Estas labores educativas se han ampliado a residentes y tutores de otras especialidades en programas concretos de ámbito local, autonómico, nacional e internacional. Igualmente en estos años, el autor ha desarrollado una agenda de investigación relacionada con este ámbito competencial que le ha llevado a liderar investigaciones y publicaciones en revistas especializadas y libros, sobre la comunicación clínica y su enseñanza (incluyendo aspectos como: la caracterización del estilo comunicativo de médicos, residentes y estudiantes, la efectividad de intervenciones comunicativas en diferentes ámbitos clínicos, el impacto de estas en los pacientes y sus patologías, el desarrollo de instrumentos para la medición de variables comunicativas y el estudio de la eficacia de diferentes estrategias educativas en la enseñanza/aprendizaje de la comunicación). A lo largo de estos años, el autor ha formado parte de Comités Científicos de Sociedades Españolas (semFYC, Comunicación&Salud) e Internacionales (European Association for Communication & Health, American Academy of Communication & Health), participando en la formación en comunicación de educadores y clínicos. Este trabajo toma como base esta experiencia y utiliza información publicada por él mismo o procedente de notas de campo realizadas a lo largo de estos años, en la variedad de ámbitos educativos señalados, la mayoría de ellas organizadas y revisadas tanto por el autor como por otros colegas docentes clínicos en este ámbito. Por razones editoriales, el trabajo se presenta en 2 artículos.

Resultados y discusión

Empatía

David Tuckett¹⁰ definió el encuentro clínico como una reunión entre 2 expertos, el médico experto en biomedicina y el paciente experto en su vida. El encuentro clínico representa la oportunidad para que ambos desarrollen sus propias «agendas» (asuntos de interés para una consulta concreta) y estas puedan confluír. Considerar por tanto la perspectiva del paciente es una habilidad estratégica que el médico debe ser capaz de conseguir para transmitir al paciente la comprensión de la misma. El desarrollo de esta habilidad exige del profesional un nivel de inteligencia emocional

alto. La inteligencia emocional se define como «la capacidad de identificar y administrar las propias emociones y las emociones de los demás» y generalmente esta capacidad incluye tener conciencia emocional, aprovechar las emociones y aplicarlas a tareas como pensar y resolver problemas, y manejar las emociones, lo que exige el regular las propias emociones e influir en las de otras personas para ayudarles a regularlas en el sentido positivo o constructivo¹¹. Una actitud empática es una de las consecuencias más eficientes del uso de este tipo de inteligencia. Así, esta representa el proceso de adquirir comprensión sobre las preocupaciones y sentimientos de los pacientes, la identificación con esos sentimientos y la transmisión de la comprensión («empathic engagement»)¹².

En mi trabajo con alumnos de medicina, cuando estos se enfrentan a encuentros clínicos con pacientes simulados he observado que en los estadios precoces de su formación la aparición en el paciente de emociones fuertes o claras del tipo del llanto o la tristeza, enfado o agresividad, suelen generar un tipo de respuesta que tiende, bien a ignorar la expresión de la emoción, bien a suprimirla, para lo cual suelen ofrecer anticipadamente consejo o invitar al paciente a relajarse con frases del tipo de «tranquilízate», «no te preocupes» «seguro que todo va a ir bien» o «vamos a hacer todo lo posible por solucionarlo». Al igual que otros investigadores¹³, la impresión general con residentes y los propios clínicos con más experiencia tanto en encuentros reales como simulados va en la misma línea y revela también las dificultades de estos tanto para facilitar al paciente la expresión de la emoción como para transmitirles empatía. Estas mismas conductas se observan también en cursos formativos con médicos (experiencias comunes publicadas por Epstein y Borrell)¹³. Así, cuando a los médicos les surgen estas emociones en situaciones difíciles en los seminarios también utilizan esas expresiones en lugar de indagar sobre la situación o la emoción que genera el distrés para así tratar de comprenderla mejor o/y poder empatizar de una manera más auténtica. Las razones por las que se comportan de esta manera estudiantes, residentes y médicos es difícil de valorar. Por una parte estaría el temor a «abrir la caja de pandora» de las emociones, y no saber cómo actuar cuando el paciente o el propio médico expresan sus emociones libremente, quizás esta de mayor peso en el caso de los estudiantes. Pero por otra, en estos seminarios los médicos argumentaban que al impedir la expresión libre de las emociones ellos se mostrarían como más «profesionales» (menos dependientes de las emociones, más seguros de sí mismos). En línea con los argumentos de Epstein y Borrell¹³ creo que el uso de estas expresiones supresoras pueden reflejar intentos de reconstruir 2 aspectos de especial significación en nuestra cultura como son el *pudor* (entendido como la vergüenza que una persona experimenta ante una acción que ha cometido y que es considerada incorrecta socialmente) y el *honor* (como virtud y posición social y la importancia de intentar dar la cara y defender la autoimagen).

Un aspecto de especial importancia para el desarrollo de las conductas empáticas es el hecho de que las preocupaciones y sentimientos de los pacientes no siempre son expuestas por estos de forma espontánea y clara, sino que en muchas ocasiones las suelen comunicar de forma indirecta, a través de indicaciones no verbales o verbales

Tabla 2 Viñeta 2: Estudiante de 4.º de medicina y paciente simulado

| | |
|----|---|
| P: | Ya he ido al médico por estos mismos síntomas, y... bueno... mejor me hubiera ahorrado la visita |
| E: | ¿Cómo es el tipo de molestia que tiene ahora? |
| P: | ... Bueno... no sé, es como más difusa, ... diferente a lo que he tenido antes... creo |
| E: | ... diferente a lo que he tenido antes... dice |
| P: | Sí tal vez... eso le dije también al médico, que me duraba más... pero... bueno ya le he dicho no me hizo mucho caso |
| E: | Nosotros vamos a verlo bien. ¿Qué otros síntomas ha notado?... |
| P: | Bueno, sé que tengo el síndrome del intestino irritable y también sé que tengo épocas mejores y peores, pero oye... bueno ¡¡nunca se sabe!! |
| S: | No se preocupe, vamos a verle con detenimiento y... seguro que todo está bien |
| P: | Sí, bueno... eso espero... porque un día uno tiene una cosa y al día siguiente resulta que es otra... y eso da un poco de agobio |
| S: | Nada hombre, verá cómo será todo lo mismo... |

más o menos sutiles que se definen como «*pistas clínicas o contextuales*»¹⁴⁻¹⁶. Se trata de, expresiones corporales o cambios repentinos del cuerpo o en el tono de voz, preguntas o expresiones indirectas que sugieren determinadas ideas sobre lo que piensan puede estar causando sus síntomas, comentarios anecdóticos o historias personales, o expresando resistencia o simplemente mostrándose escépticos respecto a la propuesta diagnóstica o de tratamiento que se les hace¹⁷. Estas pistas representan en muchas ocasiones una vía para acceder a la experiencia del paciente y comprender mejor sus sentimientos, catalogadas así como «oportunidades empáticas»¹⁸. Sin embargo, las mismas frecuentemente suelen ser obviadas^{19,20}, perdiendo información clínica de interés y oportunidades para adquirir esa perspectiva más amplia. En el caso de mis estudiantes de medicina, cuando estos entrevistaban a pacientes simulados, efectivamente experimentaron dificultades tanto para captar las pistas emocionales como para explorarlas adecuadamente y transmitir finalmente su solidaridad emocional al paciente; y aunque su capacidad para captar estas pistas y mostrar explícitamente empatía evolucionaron significativamente a mejor en entrevistas sucesivas, los niveles alcanzados en esta habilidad sin embargo fueron inferiores a los logrados con otras habilidades comunicativas²¹. La viñeta 2 (tabla 2) ejemplifica una interacción típica entre un estudiante y un paciente simulado en estadios precoces de la formación. Incluso siendo los estudiantes conscientes de la existencia de estas pistas y de la importancia de explorarlas (por encontrarse en sus objetivos docentes y en sus contenidos educativos) en muchas ocasiones estos muestran una gran incomodidad a la hora de explorarlas. En las tutorías y grupos de discusión muchos alumnos catalogaban esta exploración como «*curiosidad impropia hacia la vida privada del paciente*», «*me cuesta trabajo meterme tanto en los asuntos privados*», «*en algunos casos creo que parezco cotilla*», «*esto no es algo natural en un médico*», expresiones habituales que revelan esa incomodidad. Estas impresiones

han sido comunicadas también por otros autores²². En nuestra escuela de medicina el estudiante debe de entrevistar a pacientes simulados con el objetivo de establecer relación y obtener información relevante disponiendo para ello de listados estructurados de habilidades que previamente han sido objeto de discusión y ensayo (mediante rol-play). En este contexto me he percatado de que muchos de los alumnos que realizan las entrevistas aplicando esos protocolos y aparentemente indagando así estructuradamente en los sentimientos del paciente entrevistado, sin embargo, en las discusiones mantenidas tras estos encuentros, algunos de ellos parecen no captar bien el alcance que su conducta ha podido tener en el paciente o la relevancia de esta para la relación clínica establecida o para cualquier otro de los objetivos que tiene el encuentro clínico. En este sentido, un importante número de alumnos que llega a utilizar estas habilidades parece hacerlo de una forma «automatizada», es decir simplemente aplicaban el protocolo que se les había ofrecido y que habían llegado a incorporar con la idea de así obtener una buena calificación. Apoyando estas observaciones están algunas de las declaraciones de algunos de nuestros estudiantes: «*lo que hacía era imitar al profesor... intentando hacer lo que él quiere*» o «*en las consultas sea donde sea tú lo que tienes que hacer es preguntarle (al paciente) si le preocupa y "meter los dedos" sea lo que sea por lo que acuda el paciente, tienes que hacerlo... pues yo lo hago*». Estas situaciones guardan similitud con la que describe Epstein a propósito de un estudiante brillante que estaba a punto de comenzar una entrevista con un paciente estandarizado, mientras sus compañeros y él mismo lo observaban (comunicación personal de Epstein al autor). Antes de comenzar, sin embargo, este estudiante hizo una pregunta aparentemente simple, si el profesor quería una entrevista «normal» o una entrevista «biopsicosocial». Una explicación a esto es que este estudiante, como los míos, conocía la diferencia entre ambos enfoques, pero no sabía qué hacer con las cosas que sabía hacer. La teoría que habían asumido y la teoría que mostraban en la acción estaban claras pero eran contradictorias. El «conocimiento» que tenían no estaba conectado con el contexto clínico, y no estaba incorporado a la acción. Lo que todos hacían era más bien responder a las demandas imaginarias de quienes estaban evaluando su actuación.

Los aspectos relativos a negociar y compartir decisiones y ofrecer información serán abordados en un segundo artículo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Francesc Borrell Carrió por su revisión crítica y sus sugerencias al manuscrito.

Bibliografía

- Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Perula de Torres L, Prados Castillejo JA. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family medicine residents: A randomised controlled trial. *Fam Med*. 2003;35:489–95.
- Ruiz Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: Caracterización de las conductas comunicativas de los residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36:537–41.
- Ruiz Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: A study on the observed behaviours and the ways their patients perceive them. *Pat Edu Couns*. 2006;64:242–8.
- Ruiz Moral R, Parras-Rejano JM, Pérula de Torres LA. Is the expression "Oh by the way..." a problem that arise in the early moments of the consultation? *Eur J Gen Pract*. 2006;12:40–1.
- Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *J Am Med Assoc*. 2002;288:756–840.
- Ruiz Moral R. Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica. Madrid (España): Editorial médica panamericana; 2014.
- Ruiz-Moral R. What is Person Centered Medicine: Conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *Int J Person Cent Med*. 2016;6:83–90 [consultado 20 Abr 2019]. Recuperado de: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/575>.
- Ruiz-Moral R. Person Centered Medicine: An existential outline beyond the biopsychosocial model. *Int J Person Cent Med*. 2016;6:146–54 [consultado 20 Abr 2019]. Recuperado de: <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/594/594%202>.
- Quirk M. Intuition and metacognition in medical education. Keys to developing expertise. New York: Springer; 2006.
- Tuckett D. Meetings between experts: An approach to sharing ideas in medical consultations. New York: Tavistock; 1985.
- Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós; 1996.
- Gallop R, Lancee WJ, Garfinkel PE. The empathic process and its mediators. A heuristic model. *J Nerv Ment Dis*. 1990;178:649–54.
- Epstein RM, Borrell Carrió F. Pudor, honor, and autoridad: The evolving patient-physician relationship in Spain. *Pat Edu Couns*. 2001;45:51–7.
- Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients: Observation of practicing family physicians on a university faculty. *Arch Fam Med*. 1993;2:629–33.
- Byrne PS, Long BE. Doctors talking to patients. London, England: Her Majesty's Stationery Office; 1976.
- Thompson BM, Teal CR, Scott SM, Manning SN, Greenfield E, Shada R, et al. Following the clues: Teaching medical students to explore patients' contexts. *Pat Edu Couns*. 2010;80:345–50.
- Lang F, Michael R, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*. 2000;9:222–7.
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *J Am Med Assoc*. 1997;277:678–82.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb JA. Study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *J Am Med Assoc*. 2000;284:1021–7.
- Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Commun*. 2005;18:123–40.
- Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Monge D, Garcia de Leonardo C, Caballero Martínez F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Pat Educ Couns*. 2017;100:1694–700.
- Benbassat J, Baumal R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Acad Med*. 2004;79:832–9.