



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Comunicación y Salud: Efectos y factores influyentes
en la relación entre el equipo sanitario y los pacientes
oncológicos

Autor/es

Alberto Gracia Agudo

Director/es

Camino Álvarez Fidalgo

Grado en Psicología

2019



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen/Abstract.....	1
Introducción a la Comunicación Oncológica.....	2
Modelos y factores de la Comunicación Oncológica.....	3
Comunicación centrada en el paciente.....	4
Factores del paciente.....	6
Factores del médico.....	8
Factores adicionales relevantes.....	9
Conclusión.....	10
Referencias.....	13

Resumen

La comunicación en la rama de oncología es vital para facilitar la adherencia al tratamiento y el bienestar tanto emocional como funcional y fisiológico. Para ello, la comunicación centrada en el paciente parece mostrar los mejores beneficios al tener en cuenta las necesidades de los enfermos y normalizar sus emociones. Así el objetivo de este trabajo consistirá en revisar el modelo de comunicación centrado en el paciente y diversos factores que afectan a la interacción entre la persona afectada por cáncer y su equipo sanitario. Estos factores proceden tanto del paciente, como sería su nivel de control deseado, del médico, destacando su entrenamiento social, y de otros factores como la confianza recíproca. A la influencia que ejercen estos factores se le suman ciertas dificultades como son dar estimaciones de supervivencia o las necesidades psicosociales como la escucha activa o el apoyo social. Otra habilidad comunicativa clave para una correcta atención médica es la autogestión, entendida como la ayuda brindada a los pacientes para la resolución de sus problemas, el establecimiento de metas y la toma de medidas para mejorar su salud. Con todo ello, la conclusión que se saca es que los pacientes prefieren sanitarios que aporten esperanzas optimistas y de forma servicial pero manteniendo cierto realismo en el pronóstico, ya que impacta en la capacidad de afrontamiento.

Abstract

Communication in the field of oncology is vital to facilitate adherence to treatment and emotional, functional and physiological well-being. For this, patient-centered communication seems to show the best benefits by taking into account the needs of patients and normalizing their emotions. Thus, the aim of this work will be to review the patient-centred communication model and various factors that affect the interaction between the person affected by cancer and his or her healthcare team. These factors come both from the patient, as would be their desired level of control, from the physician, highlighting their social training, and from other factors such as reciprocal trust. In addition to the influence of these factors, there are certain difficulties such as providing survival estimates or psychosocial needs such as active listening or social support. Another key communicative skill for correct medical attention is self-management, understood as helping patients to solve their problems, set goals and take measures to improve their health. With all this, the conclusion that is drawn is that patients prefer healthcare providers who provide optimistic hope in a helpful attitude but maintaining certain realism in the prognosis, as it impacts on the coping capacity.

Introducción a la Comunicación Oncológica

El cáncer, hoy en día, se considera la causa de muerte más común en personas, sobretodo en edades entre 40 y 79 años (Siegel, Millar y Jeam, 2015). Para su adecuado manejo, la necesidad de investigar la comunicación interpersonal en el cáncer quedó demostrada en el 2003 por Nussbaum, Baringer y Kundrat.

Un gran reto dentro de este tipo de población es hacerles ver que la ansiedad provocada por un cáncer avanzado no detectado anticipadamente superaría a la de un diagnóstico de cáncer potencialmente tratable, y por tanto resulta útil no evitar pruebas de detección (Hesse, Beckjord, Finney, Fagerlin y Cameron, 2015). La resolución de este reto se basaría en la teoría de la perspectiva de Kahneman (2003), defensor de que las comunicaciones se deben encargar de hacer ver al paciente que se somete al riesgo menor (detección) en beneficio de no tener que afrontar un riesgo mayor (no detección).

Comunicarse de manera efectiva influye positivamente tanto en la salud emocional como en la superación de síntomas, en el estado funcional y fisiológico y en el control del dolor (Stewart, 1995). El objetivo de proporcionar información radica en preparar al paciente para su tratamiento, incluyendo la adherencia, y su afrontamiento de la enfermedad promoviéndose así la recuperación (Meulen, Jansen, Dulmen, Bensing y Weert, 2008).

En el cáncer, la comunicación inadecuada es bastante frecuente y se relaciona con expectativas poco realistas de curación (Weeks et al., 2012) y con provisiones de tratamiento agresivos no deseados (Orom, Underwood, Cheng, Homish y Scott, 2018).

Algunas de las principales dificultades a las que se puede enfrentar un médico son desde decidir dar estimaciones de supervivencia estadísticas o dar esperanzas de vida (Gordon y Daugherty, 2003), aportar información pronóstica con sensibilidad y honestidad (Hagerty et al., 2004) y satisfacer las necesidades acordes a cada paciente (Goldstein, Thewes y Butow, 2002).

Es por ello que los pacientes con cáncer necesitan un buen sanitario como apoyo extra debido a su situación de incertidumbre pronóstica y al carácter mortal de su enfermedad (Rodin et al., 2009). Aspectos de la relación médico-paciente como la empatía (Neumann et al., 2007), la toma de decisiones participativa (Andersen, Bowen, Morea, Stein y Baker, 2009) y la satisfacción del paciente con la información (Llewellyn, McGurk y Weinman, 2005) se asocian con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

A pesar del álgido crecimiento de fuentes de información como las redes o internet, los proveedores de atención médica siguen siendo la fuente principal y de mayor confianza (Stein, Aalboe, Savage y Scott, 2014). En relación a ello, se ha demostrado que la satisfacción

de los pacientes respecto a la comunicación efectiva por parte de los médicos modelan las conductas saludables (Friedman et al., 2014).

Es por ello que el objetivo del presente Trabajo Fin de Grado es revisar el modelo de comunicación centrado en el paciente y diversos factores que afectan tanto a nivel de paciente como del médico.

Modelos y factores de la Comunicación Oncológica

Generalmente, la comunicación influye en la salud indirectamente a partir de resultados afectivo-cognitivos (comprensión, satisfacción y ansiedad) o resultados conductuales (adherencia y participación) (Elston, Shay y Winship, 2017). Se ha observado que uno de los principales motivos del incorrecto funcionamiento del sistema sanitario radica en las brechas de comunicación entre los integrantes del equipo médico y los pacientes (Institute of Medicine, 2000); pudiendo alterar el seguimiento de las recomendaciones médicas por parte del paciente (Beckjord, Finney, Arora, Moser y Hesse, 2008).

Basándose en la importancia de la comunicación, Love, Benedict, Kirk y Cone (2018) muestran unas lecciones imprescindibles para un buen control y prevención del cáncer que incluyen: la escucha activa por ambas partes (médico y paciente), utilizar canales diversos para hacer más duradero el impacto y tener un supervisor de comunicaciones. Sin embargo, los métodos de comunicación médico-paciente han avanzado de forma ralentizada debido a tres factores mayoritariamente. Primero, para una comunicación eficiente es necesario invertir una cantidad de tiempo que permita discutir las opciones de tratamiento, mas los médicos no disponen de tiempo suficiente debido a las presiones temporales que se les imponen para agilizar las consultas (Levinson y Pizzo, 2011). En segundo lugar, los centros de formación médica no incluyen entrenamiento en habilidades de comunicación adecuadas, o en caso de hacerlo lo hacen en muy escasa medida (Levinson, Lesser y Epstein, 2010). Por último, las pautas de comunicación suelen ser marcadas por ciertos expertos sin tener en cuenta el ámbito experiencial de los individuos involucrados, tanto pacientes y allegados como cualquier integrante del equipo sanitario (Salmon y Young, 2017).

Para una atención médica de calidad es necesario que esta se centre en el paciente y suscite la autonomía del mismo (Duggan, Geller, Cooper y Beach, 2006). Un buen recurso puede ser establecer una alianza terapéutica que permita al paciente percibir que está en buen cuidado, sin ser abandonado, y por tanto, pueda promover el bienestar emocional (Thorne, Hislop, Kuo y Armstrong, 2006).

A pesar de esas evidencias, y acorde a Fentiman (2007), existen múltiples barreras en la comunicación médico-paciente desde la ansiedad y el miedo de los pacientes hasta el estrés de los médicos o las expectativas de ambos, entre otros (ver Figura 1).



Figura 1. Recopilación categorial de los factores que influyen en la Comunicación Oncológica provenientes del paciente, del médico o de otras fuentes.

Comunicación centrada en el paciente

Uno de los cambios más fructíferos en la comunicación médica de cualquier ámbito ha sido la evolución de un modelo centrado en el médico y la enfermedad a un modelo focalizado en el paciente (Parker, Aaron y Baile, 2009).

La atención centrada en el paciente puede ser definida como aquella “atención respetuosa y receptiva a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente” (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001) viéndolos como personas más que como pacientes (Duggan, Geller, Cooper y Beach, 2006). Este tipo de atención debe incluir el involucrar a los pacientes en las consultas y decisiones hasta responder a sus inquietudes, informar sobre las opciones de tratamiento y equilibrar la información positiva con la negativa. Todo este tipo de conductas se asocian con mejor bienestar psicológico, mayor satisfacción y adherencia y, por tanto, mejor calidad de vida (Epstein y Street, 2007) ya que pueden equilibrar los factores que llevan a expectativas excesivamente optimistas y lograr una comprensión más realista (Robinson et al., 2008).

Epstein y Street (2007) diferencian seis funciones de la comunicación centrada en el paciente: crear relaciones sólidas médico-paciente-familia, intercambiar información de forma efectiva, validar las emociones, trabajar la incertidumbre, hacer partícipe al paciente en las decisiones y permitir su autogestión respecto a su atención. Sin embargo, se debe predecir la posibilidad de que el paciente se sienta culpable a largo plazo si su tratamiento elegido resulta no funcionar (Edwards, Evans y Elwyn, 2003). La toma de decisiones compartida debe basarse en lo ya propuesto por Charles, Gafni y Whelan (1999): en primer lugar se realiza el intercambio de información, en segundo lugar se buscan las diferencias y puntos en común entre las ideas del médico y del paciente, y finalmente se toma la decisión. No obstante, puede surgir un conflicto entre la percepción de riesgo del clínico, centrada en la epidemiología, y la percepción del paciente, basada en la experiencia personal y en el futuro impacto en la vida (Hunt, Castaneda y De Voogd, 2006).

Por otro lado, el habla en contexto sanitario puede resultar directamente terapéutica al expresar empatía al paciente, mejorando su bienestar psicológico, al igual que la comunicación no verbal del médico (por ejemplo, contacto ocular) también muestra beneficios directos en la reducción de la ansiedad (Henricson, Ersson, Maatta, Segesten y Berglund, 2008). Además identificar y normalizar las emociones de los pacientes reduce su ansiedad y depresión (Lelorain, Brédart, Dolbeault y Sulta, 2012). En otras ocasiones el beneficio es indirecto, como sería el caso de aquellas explicaciones claras que producen mayor confianza del paciente respecto al tratamiento médico, y que provoca, a su vez, un mayor seguimiento de la terapia y una mejoría notable en la salud. (Epstein y Street, 2007). Conjuntamente, otra forma de facilitar el seguimiento radica en la identificación de los deseos de información de los pacientes por parte de los médicos, debido a que esa identificación impulsa el desarrollo de funciones cognitivas más funcionales, destacando la memoria y la concentración (Fröjd, Lampiz, Larsson y Essen, 2009).

Para facilitar la comprensión, el médico debe permitir el tiempo adecuado de discusión, utilizar un lenguaje más cotidiano y pedir a los pacientes que actualicen la información sobre su situación y contexto (Epstein y Street, 2007). Otra habilidad clave es la autogestión, entendida como la ayuda brindada a los pacientes para la resolución de sus problemas, el establecimiento de metas y la toma de medidas para mejorar su salud, tanto a nivel de manejo de síntomas como de recurrencias (Mayer, Nasso y Earp, 2017).

Un modo de impulsar el aporte de información es recomendar a los pacientes realizar preguntas (Evans, Thornton y Chalmers, 2010), ya que los médicos suelen ser más informativos y de mayor apoyo con aquellos pacientes más involucrados (Street, 2001). Es

por ello que se debe tener en cuenta que, en ocasiones, los médicos pueden indicar tratamientos innecesarios o excesivos si los pacientes expresan una cercanía excesiva al asociarse esta con una menor participación de los pacientes en su tratamiento y, por tanto, un mayor seguimiento del tratamiento sin cuestionar la decisión del médico (Orom et al, 2018).

Factores del paciente

Las necesidades de información del paciente no parecen verse influenciadas por el tipo de cáncer (Matsuyama, Kuhn, Molisani y Wilson, 2013), pero sí por el nivel de control deseado (Ankem, 2006), ya que aquellos pacientes con un rol más activo en la toma de decisiones tienden a tener una mayor necesidad de información en un intento de prepararse para la decisión. Otra influencia de las necesidades de información son las variables sociodemográficas, que pueden evocar en el médico estereotipos que alteren el curso de la comunicación y la respectiva toma de decisiones (Van Ryn, Burgess, Malat y Griffin, 2006). Por tanto, la concordancia demográfica médico-paciente provocan interacciones más positivas, sobretodo la concordancia racial (Cooper et al., 2003).

Respecto a la cultura del paciente, Owens, Jackson, Thomas, Friedman y Hebert (2013) indican la necesidad de utilizar estrategias de comunicación adaptadas a las culturas debido a la desconfianza en el sistema médico dada en mayor escala en grupos étnicos minoritarios.

Referente al nivel educativo, un menor nivel en el paciente es considerado un factor de riesgo para la CVRS al poder dificultar la comprensión de las instrucciones (Farin y Nagl, 2013). Un segundo factor de riesgo es la edad del paciente, viéndose más afectados por la ansiedad aquellos que son más jóvenes. Esta ansiedad puede afectar a las preferencias de la divulgación de información, siendo preferida por mujeres o pacientes (hombres o mujeres) con baja ansiedad una divulgación completa frente a hombres o pacientes con mayor ansiedad que no suelen solicitar dicha información (Marwit y Datson, 2002). A esta ansiedad se le puede sumar otro trastorno psicológico como es la depresión en aquellos pacientes cuya hospitalización es más prolongada (Matsushita, Matsushima y Maruyama, 2005).

Esa relación entre la hospitalización y la depresión se puede ver aumentada según la tendencia individualizada a rumiar pensamientos de temor sobre las recurrencias o nuevos cánceres y la incertidumbre respecto a la futura vida, pudiendo agravar la situación con otras consecuencias psicológicas tardías como el sentimiento de fragilidad, la fatiga, el malestar, u otros déficits cognitivos (Stanton, 2006).

No obstante, los pacientes no suelen explicar estas necesidades psicosociales al considerarlas livianas, independientes al médico, por el miedo a que éste las minimice

(Clayton y Dudley, 2009) o por considerar que el miedo y la ansiedad son inevitables en su situación de cáncer (Dean y Street, 2014), provocando que el equipo médico pueda pasar por alto las preocupaciones emocionales (Brandes, Linn, Smit y Weert, 2016).

Una de las principales necesidades psicosociales es el apoyo social definido por Albrecht y Goldsmith (2003) como el acceso del paciente a recursos emocionales, fiscales y tangibles dentro de su red social. Dentro del apoyo social podemos diferenciar el real, considerado como el que objetivamente recibe esa persona, y el apoyo social percibido, caracterizado por una visión más subjetiva. Es este último el que se relaciona en mayor medida con la salud disminuyendo la excitación, revirtiendo sus efectos (Lekander, Furst, Rotstein, Blomgren y Fredrikson, 1996) y mejorando el bienestar emocional al dar la posibilidad de discutir y conectar con otras personas (Arora, Finney, Gustafson, Moser y Hawkins, 2007). Este factor es clave ya que el contacto con el médico es una fuente de apoyo social en sí misma (Epstein y Street, 2007), promueve las redes sociales preexistentes (Street, 2003) y contrarresta los efectos del apoyo social “negativo” (Rice et al., 1996).

Existen otra serie de influencias provenientes del propio paciente, además de las citadas, que pueden afectar a la comunicación, entre las que destaca el monólogo interno de éste (Burton y Dimpleby, 2006), que pueden solucionarse con entornos promovedores de seguridad y dando tiempo entre el diagnóstico y la toma de decisiones (Campbell, Woodgate y Chochinov, 2017). Respecto a algunas variables de personalidad, el rasgo de ira muestra cierta inconsistencia (Farin y Nagl, 2013), pero los pacientes optimistas consiguen mejorar su CVRS.

Las preferencias del paciente también desempeñan un rol imprescindible, y suelen ser las siguientes. Primero, la posibilidad de ser acompañado por un ser querido durante la comunicación (Marwit y Datson, 2002). Segundo, que se use una perspectiva realista que combine lo positivo y negativo puede hacer que los pacientes desarrollen una percepción más equilibrada, sin ansiedad o angustia (Robinson et al., 2008). Tercero, un uso frecuente de resúmenes a modo de verificación de la comprensión con su correspondiente tiempo para aclaraciones (Loge, Kaasa y Hytten, 1997). Cuarto, el médico debe realizar conductas de apoyo como atender a los temores del paciente o transmitir la información en entornos privados, evitando interrupciones (Parker et al., 2001).

Estas conductas de apoyo pueden verse obstaculizadas por aquellos pacientes considerados más difíciles de tratar al no cumplir las recomendaciones terapéuticas, ser excesivamente exigentes o groseros (Breeze y Repper, 2002), provocando que la satisfacción del paciente con la atención brindada disminuya (Hendricks, Smets, Vrieling, VanEs y

DeHaes, 2006). Por suerte, se contrarresta si el médico brinda atención extra de forma más empática, (Amitay, 2007).

Factores del médico

La forma de interacción médico-paciente no sólo depende del paciente, sino que también se ve influenciada por el estilo del sanitario, que evoluciona a partir de la experiencia con los pacientes (Krupat et al., 2000), el género (Hall y Roter, 1998) y cultura de ambos (Waitzkin, 1985) y el entrenamiento del médico (Paasche y Roter, 2003). Por tanto, la percepción que el médico tiene del paciente moldea la forma en la que lo trata (Van Ryn, Burgess, Malat y Griffin, 2006).

El equipo médico puede llegar a optar por evitar discutir, sobre todo las emociones del paciente, cuando se sienten presionados por el tiempo (Barsky et al., 2017) o por miedo a las emociones que puedan despertar en ellos mismos (Maguire y Pitceathly, 2002).

La fatiga, pero no el estrés laboral, también muestran cierta relación con el peor rendimiento que tienen los médicos en la comunicación (Brown et al., 2009). Si bien se ha observado que un cierto nivel de ansiedad puede indicar una mayor sensibilidad a la situación, sobrepasarlo puede ser contraproducente (De Vries et al., 2013).

Respecto a variables intrapersonales, aquellos médicos más jóvenes tienden a mostrar más respuestas empáticas (Pollak et al., 2007), aunque la edad clínica no parece tener relación alguna (Mandelblatt et al., 2012). El género de los médicos también influye en su reputación y habilidades explicativas ya que los sanitarios son percibidos por los pacientes más positivamente en estos factores cuando son varones (Bernstein, Potvin y Martin, 2004).

Existen otros diversos factores provenientes del médico que pueden socavar o alzar la esperanza del paciente. Aspectos positivos pueden ser la voluntad del médico por dar respuesta a las dudas del paciente, ofrecerle tratamientos actualizados y un buen apoyo emocional. En contraposición, una comunicación deficiente, pesimista e impersonal percibida por el paciente puede acabar resultando dañina (Koopmeiners et al., 1997).

A raíz de estas deficiencias, los conflictos entre el paciente y cualquier proveedor de atención se consideran inevitables. Por ello el médico debe ser capaz de anticiparlos para intervenir y brindar un mejor apoyo, y, por tanto, contribuir a una mayor calidad de la atención y una mayor adhesión por parte del paciente (Clack, Allen, Cooper y Head, 2004). Una forma de facilitar la comunicación y evitar conflictos es la confianza. La confianza en el médico por parte del paciente radica en que se dé una relación informativa de continuidad (Tarrant, Colman y Stokes, 2008), invirtiendo suficiente tiempo en la consulta (Barsky et al., 2017), y en que el médico muestre comportamientos de cuidado como la empatía (Robb y

Greenhalgh, 2006), por ejemplo conversaciones positivas o contacto visual (Kim, Kaplowitz y Johnston, 2004). No obstante, debe tenerse cuidado con la sobrecarga de información que puede acompañar a la empatía, pues empeoraría su adaptación al cáncer (Neumann et al., 2007).

Kissane et al. (2012) muestran cómo solucionar las barreras de la comunicación por parte del médico: capacitando a los sanitarios en habilidad de comunicación. Esto se asocia con una mejor salud de los pacientes, una mejoría en su adherencia, mayor participación, menos reclamaciones por mala praxis y una mayor satisfacción con la atención por parte del paciente. Es por ello que Dean y Street (2014) desarrollaron un modelo de tres etapas para facilitar la comunicación médico-paciente. Una primera fase consiste en reconocer la angustia emocional, englobando prácticas de autoconciencia y estrategias facilitadoras (escucha activa, principalmente). Una segunda fase es la exploración. Los sanitarios deben evocar las inquietudes emocionales, tener en cuenta las preferencias y usar frases que promuevan la empatía. Una tercera y última fase es la acción, que incluiría la proporción de recursos e intervenciones a los pacientes por parte de los sanitarios, a modo de fuente de apoyo informativa y emocional (Mayer, Nasso y Earp, 2017).

Algunas conductas de comunicación por parte del médico con valor añadido son el uso de preguntas con respuesta abierta, verificar la comprensión, evitar bloqueos y reconocer, dando respuesta, a las emociones del paciente (Back, Arnold, Baile, Tulskey y Fryer, 2005).

En contraposición, Adamson, Choi, Notaro y Cotoc (2018) destacan como, en ocasiones, los médicos brindan sesgadamente la información para dirigir a los pacientes a someterse a los tratamientos en los que el médico está especializado. En relación a esto, los participantes perciben que cuando los médicos no son conscientes de ser la principal fuente de información y de los efectos que puede tener ésta, acaban optando por no hablar sobre los efectos secundarios de las distintas opciones de tratamiento (Slavova, Newton, Hohnen, Johnson y Saunders, 2019). Por ello, el apoyo recibido por el médico y la satisfacción con este disminuye conforme se avanza de un tratamiento de curación a uno de mantenimiento o seguimiento, al disminuir el tiempo dedicado al contacto médico-paciente, siendo este tiempo el principal creador de esta conciencia del potencial informativo.

Factores adicionales relevantes

Las personas tienden a tener creencias que al entrar en el contexto sanitario se ven confrontadas con los ideales del médico. Esto provoca cierta reactividad que el médico tiene que prever (Lewandowsky, Echer, Seifert, Schwarz y Cook, 2012).

Una primera forma de solucionarlo es controlar la dosificación de la información. Bahrami, Namnabati, Mokarian, Oujian y Arbon, (2017) mostraron que sobrecargar al paciente de conocimiento puede provocar que se alejen de la participación en su atención debido a la falta de consistencia mental, a un estado de confusión y al estrés generado.

Una segunda forma es la confianza. En este contexto sanitario, el paciente debe brindar una confianza especial en personas que no forman parte de su círculo cercano, los médicos, debido a su imposibilidad para cuidar su propia salud (Mechanic y Meyer, 2000). En ese sentido, la confianza (Mayer, Davis y Schoorman, 1995) implica una predicción, de uno de los integrantes de la relación, sobre conductas futuras del otro que se esperan que sean valiosas, aunque suponga asumir el riesgo de ser vulnerable al otro. Esta confianza se verá estabilizada si las consecuencias negativas de romperla son más graves que las de mantenerla.

Otros factores relacionados con la confianza son la competencia técnica del médico (Oliffe y Thorne, 2007), la honestidad de éste (Torke, Corbie y Branch, 2004) o la existencia de una relación a largo plazo (O'Malley, Sheppard, Schwartz y Mandelblatt, 2004).

Anexa a la confianza se encuentra la reciprocidad: cuando un paciente realiza más muestras de afecto positivo, se predican comunicaciones y juicios más positivos por parte del médico (Street, Gordon y Haidet, 2007). Sin embargo, si en esa reciprocidad se da cierta controversia paciente-médico, aparecerán percepciones negativas respecto al otro. Cuando existen escasas opciones de tratamiento o las consecuencias de no-tratamientos son graves, la calidad de la relación médico-pacientes tienen menos influencia que cuando hay múltiples opciones o escasas consecuencias (Orom et al., 2018). En cualquier caso, la alianza médico-paciente se asocia con la autoeficacia del propio médico, la satisfacción del paciente, la adherencia y la percepción de la utilidad del tratamiento (Block y Billing, 2014).

Conclusión

Los modelos de comunicación en la salud en el ámbito oncológico deberían integrar opciones que mejoren la interacción entre los pacientes y el equipo sanitario. Resulta entonces necesario apoyar las necesidades biopsicosociales de los pacientes, incluyendo tanto la enfermedad y sus factores de recurrencia y adherencia como sus sentimientos y autoestima.

A raíz de los estudios existentes, se puede decir que la confianza es un requisito previo y facilitador de la comunicación y de la satisfacción por ambas partes. Además, en línea de autores anteriores (Schoenfelder, Schaal, Klewer y Kugler, 2014), la confianza puede facilitar una toma de decisiones compartida y el seguimiento de los consejos médicos.

En relación a la esperanza, la comunicación puede ser vista de forma dual por los pacientes: puede fomentarla y con ello reducir la incertidumbre, o puede crear un optimismo excesivo que dañe la verdadera esperanza (Nyborn, Olcese, Nickerson y Mack, 2016).

En toda comunicación sobre el pronóstico se encuentra cierta falta de clarificación de la información, sin muchas estimaciones de supervivencia y tendiendo a evitar discutir el pronóstico, lo que lleva a acabar centrándose en el plan de tratamiento y, en ocasiones, a que los pacientes sobrestimen la esperanza. Estas conclusiones se asemejan a investigaciones previas como la de Robinson et al. (2008), concluyendo que los pacientes prefieren sanitarios que aporten esperanza optimista pero manteniendo cierto realismo en el pronóstico.

Una buena comunicación permite al médico desde evaluar hasta informar y apoyar (Maguire y Pitceathly, 2002), produciendo resultados positivos en la salud que engloban desde una menor ansiedad y depresión (Lelorain, Brédart, Dolbeault y Sulta, 2012) hasta un sentimiento de autoeficacia por parte del paciente y una reducción de su incertidumbre (Epstein y Street, 2007). Investigaciones adicionales muestran cómo esa comunicación también impacta en el recuerdo (Barnett, 2002), el apoyo social disponible (Epstein y Street, 2007), la capacidad de afrontamiento (Hagerty et al., 2004) y el uso de terapias alternativas potencialmente dañinas (Salmon y Young, 2017).

Todo profesional relacionado con la oncología necesita ser capaz de gestionar el manejo del terror de los pacientes, definido como ese mecanismo de defensa que provoca que estos pacientes respondan al miedo a través de la evitación y la atención selectiva (Rodenbach, Rodenbach, Tejani y Epstein, 2016).

Planificar la atención médica puede servir para reducir las brechas de comunicación respecto a las necesidades, la enfermedad y su tratamiento (Forsythe et al., 2013). Para que esta planificación sea eficaz debe contener información que incluya desde la vigilancia de la recurrencia hasta los efectos secundarios del tratamiento, los aspectos psicosociales y las recomendaciones médicas (Chawla et al., 2016). En relación a esto, los integrantes del equipo sanitario también deben hacer ver a los pacientes que sus preferencias conforme adquieran mayor conocimiento o avance su estado pueden variar (Adamson et al., 2018), evitándose así la angustia asociada al cambio de predilecciones.

Los médicos deberán recibir capacitación extra que les facilite debatir con sus pacientes ciertos temas que puedan suscitar más incomodidad o tabú, como sería el caso de la sexualidad o las emociones. No obstante, siempre evitando la sobrecarga informativa ya que puede resultar contraproducente (Orom et al., 2018), es decir, lo importante no es la cantidad sino la calidad de esa información.

Una posible limitación de muchos de los estudios observados es el conocido efecto Hawthorne, sesgo producido cuando los sujetos evaluados, médicos en este caso, son conscientes de que están siendo estudiados y alteran su conducta hacia lo “deseable” para intentar obtener mejores puntuaciones. Además, en ocasiones, la calidad de vida de los pacientes oncológicos puede verse afectada por factores externos a la enfermedad.

Teniendo en cuenta la mejoría en la comunicación que produce un seguimiento del paciente por parte del médico, una posible línea de investigación podría ser estudiar los beneficios psicológicos que aportar en el paciente el seguimiento cara a cara en consulta frente a un seguimiento informatizado vía ordenador o móvil (aprovechando el impulso actual de las tecnologías de la información y la comunicación) y un no-seguimiento. Incluso, podría resultar de interés estudiar el efecto de programas de intervención que combinen equipo sanitario, paciente actual y sobrevivientes de cáncer, en un intento de abordar todas las necesidades e inquietudes.

También resultaría de interés estudiar cómo afecta en el paciente la comunicación entre los distintos profesionales que le atienden desde el oncólogo hasta el médico de cabecera, la enfermera o cualquier otro integrante.

Referencias

- Adamson, M., Choi, K., Notaro, S. y Cotoc, C. (2018). The doctor-patient relationship and information-seeking behavior: four orientations to cancer communication. *Journal of Palliative Care*, 33(2), 79-87.
- Albrecht, T. L. y Goldsmith, D. (2003). *The handbook of health communication*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Amitay, O. A. (2007). Supportive and undermining relational patterns in individuals vulnerable to major depression. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 67(12), 7362.
- Andersen, M. R., Bowen, D. J., Morea, J., Stein, K. D. y Baker, F. (2009). Involvement in decision-making and breast cancer survivor quality of life. *Health Psychology*, 28(1), 29-37.
- Ankem, K. (2006). Factors influencing information needs among cancer patients: a meta-analysis. *Libr Inf Sci Res*, 28, 7-23.
- Arora, N. K., Finney, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R. y Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*, 16, 474-486.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W.F, Tulsy, J. A. y Fryer, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*, 55, 164-177.
- Bahrami, M., Namnabati, M., Mokarian, F., Oujian, P. y Arbon, P. (2017). Information-sharing challenges between adolescents with cancer, their parents and health care providers: a qualitative study. *Support Care Cancer*, 25, 1587-1596.
- Barnett, M. M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J Royal Soc Med*, 95, 343-347.
- Barsky, J., Sorice, K., Catherine, M., Porter, L. S., Tulsy, J. A., Daly, M. B. y Lepore, S. J. (2017). Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. *J Cancer Surviv*, 11(2), 175-188. doi: 10.1007/s11764-016-0577-9
- Beckjord, E. B., Finney, L. J., Arora, N. K., Moser, R. P. y Hesse, B. W. (2008). Information processing and negative affect: Evidence from the 2003 Health Information National Trends Survey. *Health Psychology*, 27(2), 249-257. doi:10.1037/0278-6133.27.2.249
- Bernstein, M., Potvin, D. y Martin, D. K. (2004). A qualitative study of attitudes toward error in patients facing brain tumour surgery. *Canad J Neurol Sci*, 31(2), 208-212.

- Block, S. D. y Billings, J. A. (2014). A need for scalable outpatient palliative care interventions. *Lancet*, 383, 1699-1700.
- Brandes, K., Linn, A. J., Smit, E. G. y Weert, J. C. M. (2016). Unraveling the determinants of cancer patients intention to express concerns. *J Health Commun*, 21, 327-336.
- Breeze, J. A. y Repper, J. (2002). Struggling for control: the care experience of ‘difficult’ patients in mental health services. *Journal of Advanced Nursing*, 28(6), 1301-1311.
- Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P. y Shaw, J. (2009). Doctors’ stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations. *Acad Med*, 84, 1595-1602.
- Burton, G. y Dimpleby, R. (2006). *Between ourselves: an introduction to interpersonal communication*. London: Bloomsbury Academic.
- Campbell, H. J., Woodgate, R. L. y Chochinov, H. M. (2017). Barriers to information provision regarding breast cancer and its treatment. *Support Care Cancer*, 25(10), 3209-3216.
- Charles, C., Gafni, A. y Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*, 49, 651-661.
- Chawla, N., Blanch, D., Virgo, K. S., Ekwueme, D. U., Han, X., Forsythe, L., Rodriguez, J., McNeel, T. S. y Yabroff, K. R. (2016). Quality of patient-provider communication among cancer survivors: findings from a nationally representative sample. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 964-973.
- Clack, G. B., Allen, J., Cooper, D. y Head, J. O. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Med Educ*, 38(2), 177-186.
- Clayton, M. F. y Dudley, W. N. (2009). Patient-centered communication during oncology follow-up visits for breast cancer survivors: content and temporal structure. *Oncol Nurs Forum*, 36, 68-79.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Johnson, R. L., Ford, D. E., Steinwachs, D. M. y Powe, N. R. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 907-915.
- De Vries, A. M. M., de Roten, Y., Meystre, C., Passchier, J., Despland, J. N. y Stiefel, F. (2013). Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psycho-Oncolog*, 23, 375-381. doi: 10.1002/pon.3445

- Dean, M. y Street, R. L. (2014). A 3-stage model of patientcentered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Educ Couns*, 94, 143-148.
- Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A. y Beach, M. C. (2006). The moral nature of patientcenteredness: is it "just the right thing to do"? *Patient Educ Couns*, 62(2), 271-276.
- Edwards, A., Evans, R. y Elwyn, G. (2003). Manufactured but not imported: new directions for research in shared decision making support and skills. *Patient Educ Couns*, 50, 33-38.
- Elston, J., Shay, L. A. y Winship, J. M. (2017). Understanding the influences and impact of patient-clinician communication in cancer care. *Health Expectations*, 20, 1385-1392.
- Epstein, R. y Street, R. L. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Evans, I., Thornton, H. y Chalmers, I. (2010). *Testing treatments: better research for better healthcare*. London: Pinter & Martin.
- Farin, E. y Nagl, M. (2013). The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. *Qual Life Res*, 22, 283-294.
- Fentiman, I. S. (2007). Communication with older breast cancer patients. *Breast J*, 13(4), 406-409.
- Forsythe, L. P., Parry, C., Alfano, C. M., Kent, E. E., Leach, C. R., Haggstrom, D. A., Ganz, P. A., Azziz, N. y Rowland, J. H. (2013). Use of survivorship care plans in the United States: Associations with survivorship care. *J Natl Cancer Inst*, 105, 1579-1587.
- Friedman, D. B., Freedman, D. A., Choi S. K., Anadu, E. C., Brandt, H. M., Carvalho, N., Hurley, T.G., Young, V. M. y Hébert, J. R. (2014). Provider communication and role modeling related to patients' perceptions and use of a federally qualified health center-based farmers' market. *Health Promot Pract*, 15(2), 288-297.
- Fröjd, C., Lampiz, C., Larsson, G. y Essen, L. (2008). Is satisfaction with doctors' care related to health-related quality of life, anxiety and depression among patients with carcinoid tumours? A longitudinal report. *Scand J Caring Sci*, 23(1), 107-116.
- Goldstein, D., Thewes, B. y Butow, P. N. (2002). Communicating in a multicultural society II: Greek community attitudes towards cancer in Australia. *Intern Med J*, 32, 289-296.
- Gordon, E. J. y Daugherty, C. K. (2003). Hitting you over the head disclosure of prognosis to advanced cancer patients. *Bioethics*, 17, 142-168.

- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. A., Lobb, E. A., Pendlebury, S., Leighl, N., Goldstein, D., Lo, S. L. y Tattersall, M. H. (2004) Cancer patient preferences for communication of prognosis in the metastatic setting. *J Clin Oncol*, 22, 1721-1730.
- Hall, J. A. y Roter, D. L. (1998). Medical communication and gender: A summary of research. *Journal Gender Specific Medicine*, 1(2), 39-42.
- Hendricks, A. A. J., Smets, E. M. A., Vrieling, M. R., VanEs, S. Q. y DeHaes, J. C. (2006). Is personality a determinant of patient satisfaction with hospital care? *International Journal of Quality in Health Care*, 18(2), 152-158.
- Henricson, M., Ersson, A., Maatta, S., Segesten, K. y Berglund, A. L. (2008). The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*, 14, 244-254.
- Hesse, B. W., Beckjord, E., Finney, L. J., Fagerlin, A. y Cameron L. D. (2015). Cancer communication and informatics research across the cancer continuum. *American Psychologist*, 70(2), 198-210.
- Hunt, L. M., Castaneda, H. y De Voogd, K. B. (2006). Do notions of risk inform patient choice? Lessons from a study of prenatal genetic counseling. *Med Anthropol*, 25, 193-219.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58(9), 697-720. doi: 10.1037/0003-066X.58.9.697
- Kim S. S., Kaplowitz S. y Johnston M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation and the Health Professions*, 27, 237-251.
- Kissane, D. W., Bylund, C. L., Banerjee, S. C., Bialer, P. A., Levin, T. T., Maloney, E. K. y D'Agostino, T. A. (2012). Communication skills training for oncology professionals. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1242-1247. doi:10.1200/JCO.2011.39.6184
- Koopmeiners, L., Post, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K. W. y Kreitzer, M. J. (1997). How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24, 1507-1513.

- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M. y Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 49-59.
- Lekander, M., Furst, C. J., Rotstein, S., Blomgren, H. y Fredrikson, M. (1996). Social support and immune status during and after chemotherapy for breast cancer. *Acta Oncol*, 35, 31-37.
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S. y Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21, 1255-1264.
- Levinson, W. y Pizzo, P. A. (2011). Patient-physician communication: It's about time. *JAMA*, 305(17), 1802-1803.
- Levinson, W., Lesser, C. S. y Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*, 29(7), 1310-1318.
- Lewandowsky, S., Ecker, U. K. H., Seifert, C. M., Schwarz, N. y Cook, J. (2012). Misinformation and its correction: Continued influence and successful debiasing. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(3), 106-131.
- Llewellyn, C. D., McGurk, M. y Weinman, J. (2005). Are psycho-social and behavioural factors related to health related quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncology*, 41(5), 440–454.
- Loge, J. H., Kaasa, S. y Hytten, K. (1997). Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Euro J Cancer*, 33, 878-882.
- Love, B., Benedict, C., Kirk, A. V. y Cone, J. (2018). Communication and comprehensive cancer control coalitions: lessons from two decades of campaigns, outreach, and training. *Cancer Causes & Control*, 29, 1239-1247.
- Maguire, P. y Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700.
- Mandelblatt, J. S., Faul, L. A., Luta, G., Makgoeng, S. B., Isaacs, C., Taylor, K., Sheppard, V. B, Tallarico, M., Barry, W. T. y Cohen, H. J. (2012). Patient and physician decision styles and breast cancer chemotherapy use in older women: cancer and leukemia group B protocol 369901. *J Clin Oncol*, 21, 2609-2614.
- Marwit, S. J. y Datson, S. L. (2002). Disclosure preferences about terminal illness: an examination of decision-related factors. *Death Studies*, 26, 1-20.
- Matsushita, T., Matsushima, E. y Maruyama, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 576-583.

- Matsuyama, R. K., Kuhn, L. A., Molisani, A. y Wilson, M. C. (2013). Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Educ Couns*, *90*, 96-102.
- Mayer, D. K., Nasso, S. F. y Earp, J. A. (2017). Defining cancer survivors, their needs, and perspectives on survivorship health care in the USA. *Lancet Oncol*, *18*, 11-18.
- Mayer, R. C., Davis, J. H. y Schoorman, F. D. (1995). An integration model of organizational trust. *Acad Manag Rev*, *20*(3), 709-734.
- Mechanic, D. y Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med*, *51*(5), 657-668.
- Meulen, N., Jansen, J., Dulmen, S., Bensing, J. y Weet, J. (2008). Interventions to improve recall of medical information in cancer patients: a systematic review of the literature. *Psychooncology*, *17*, 857-868.
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J. y Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*, *69*, 63-75.
- Nussbaum, J. F., Baringer, O. y Kundrat, A. (2003). Health, communication, and aging: cancer and older adults. *Health Commun*, *15*(2), 185-192
- Nyborn, J. A., Olcese, M., Nickerson, T. y Mack, J. W. (2016). "Don't try to cover the sky with your hands": Parent's experiences with prognosis communication about their children with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, *19*(6), 626-631.
- O'Malley, A. S., Sheppard, V. B., Schwartz, M. y Mandelblatt, J. (2004). The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Prevent Med*, *38*(6), 777-785.
- Oliffe, J. y Thorne, S. (2007). Men, masculinities, and prostate cancer: Australian and Canadian patient perspectives of communication with male physicians. *Qual Health Res*, *17*(2), 149-161.
- Orom, H., Underwood, W., Cheng, Z., Homish, D. L. y Scott, I'Y. (2018). Relationships as medicine: Quality of the physician-patient relationship determines physician influence on treatment recommendation adherence. *Health Services Research*, *53*(1), 580-596.
- Owens, O. L., Jackson, D. D., Thomas, T. L., Friedman, D.B. y Hebert, J.R. (2013) African-American men's and women's perceptions of clinical trials research: Focusing on prostate cancer among a high risk population in the South. *J Health Care Poor Underserved*, *24*(4), 1784-1800.

- Paasche, M. y Roter, D. (2003). The communication patterns of internal medicine and family practice physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 16(6), 485-493.
- Parker, P. A., Aaron, J. y Baile, W. F. (2009). Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. *Breast J*, 15(1), 69-75.
- Parker, P. A., Baile, W. F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. P. y Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*, 19, 2049-2056.
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C, Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Skinner, C. S., Rodriguez, K. L. y Tuskly, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patient with advanced cancer. *J Clin Oncol*, 36, 5748-5752.
- Rice, V. H., Templin, T., Fox, D. H., Jarosz, P., Mullin, M., Seiggreen, M. y Lepczyk, M. (1996). Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control*, 5, 280-285.
- Robb, N. y Greenhalgh, T. (2006). 'You have to cover up the words of the doctor': the mediation of trust in interpreted consultations in primary care. *J Health Org Manag*, 20(5), 434-455.
- Robinson, T. M., Alexander, S. C., Hays, M., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., Rodriguez, K. L., Pollak, K. I., Abernethy, A. P., Arnold, R. y Tuskly, J. A. (2008). Patient-oncologist communication in advanced cancer: predictors of patient perception of prognosis. *Support Care Cancer*, 16, 1049-1057.
- Rodenbach, R. A., Rodenbach, K. E., Tejani, M. A. y Epstein, R. M. (2016). Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: how oncology clinicians grapple with mortality. *Patient Educ Couns*, 99(3), 356-363.
- Rodin, G., Mackay, J., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussman, J. y Brouwers, M. (2009). Clinicianpatient communication: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 17(6), 627-644.
- Salmon, P. y Young, B. (2017). A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. *Med Educ*, 51(3), 258-268.
- Schoenfelder, T., Schaal, T., Klewer, J. y Kugler, J. (2014). Patient satisfaction and willingness to return to the provider among women undergoing gynecological surgery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 290, 683-690.
- Siegel, R., Miller, K. D. y Jemal, A. (2015). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 65(1), 5-29.

- Slavova, N., Newton, J. C., Hohnen, H., Johnson, C. E. y Saunders, C. (2019). How communication between cancer patients and their specialists affect the quality and cost of cancer care. *Supportive Care in Cancer*. doi: 10.1007/s00520-019-04761-w.
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 5132-5137.
- Stein, P. S., Aalboe, J. A., Savage, M. W. y Scott, A. M. (2014). Strategies for communicating with older dental patients. *J Am Dent Assoc*, 145(2), 159-164.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes - a review. *Can Med Assoc J*, 152, 1423-1433.
- Street, R. L. (2001). Active patients as powerful communicators. En W. P. Robinson, y H. Giles (Eds.), *The new handbook of language and social psychology* (pp. 541-560). New York: Wiley.
- Street, R. L. (2003). Mediated consumer-provider communication in cancer care: the empowering potential of new technologies. *Patient Educ Couns*, 50, 99-104.
- Street, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E. y Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations-why some patients are more involved than others. *Med Care*, 43, 960-969.
- Tarrant, C., Colman, A. M. y Stokes, T. (2008). Past experience, 'shadow of the future', and patient trust: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*, 58(556), 780-783.
- Thorne, S., Hislop, T. G., Kuo, M. y Armstrong, E. A. (2006). Hope and probability: patient perspectives of the meaning of numerical information in cancer communication. *Qual Health Res*, 16, 318-336.
- Torke, A. M., Corbie, G. M. y Branch, W. T. (2004). African American patients' perspectives on medical decision making. *Arch Intern Med*, 164(5), 525-530.
- Van Ryn, M., Burgess, D., Malat, J. y Griffin, J. (2006). Physicians' perceptions of patients' social and behavioural characteristics and race disparities in treatment recommendations for men with coronary artery disease. *American Journal of Public Health*, 96(2), 351-357.
- Waitzkin, H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(2), 81-101.
- Weeks, J. C., Catalano, P. J., Cronin, A., Finkelman, M. D., Mack, J. W., Keating, N. L. y Schrag, D. (2012). Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*, 367(17), 1616-1625.