COMUNICACION EN EL DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA: RADIOLOGOS Y PACIENTES

Drs. César García M⁽¹⁾, Dulia Ortega T⁽²⁾.

1. Servicio de Radiología. Clínica Alemana de Santiago.

2. Centro de Imagenología. Hospital Clínico U. de Chile.

Abstract: Good and effective medical-practice requires the best bonds between patients/relatives and doctors. Communication process is a bi-directional one. It implies responsibility, honesty and confidence for both doctor and patient. A successful doctor-patient relationship mostly depends on communicational skills and medical sensibility to patient needs. Radiologist-patient encounters are not common or frequent but occasionally we have them, and they are an important opportunity to communicate radiologist and patients as well. Radiology Departments' work is organised in such manner that personnel have important interactions with our patients, so it is of primary importance to give communication skills and abilities to all of them.

Key words: Communication, Physicians, Patients, Radiology and radiologists.

Resumen: El buen y efectivo ejercicio de la medicina requiere interacciones positivas y efectivas entre médicos y pacientes o parientes. El proceso de comunicación con ellos, que es una vía que corre en ambos sentidos, implica responsabilidades y deberes por ambas partes. Una relación médico paciente exitosa depende en una gran medida de las capacidades comunicacionales y de la sensibilidad del médico a las necesidades de los pacientes.

Los radiólogos, con excepciones, no interactúan en forma directa con la mayoría de sus pacientes, pero en ocasiones se producen importantes contactos. A mayor abundamiento, es imperativo entregar destrezas comunicacionales efectivas a todo

el personal que tiene contacto con los pacientes radiológicos, para su adecuada aplicación.

Palabras claves: Comunicación, Médicos, Pacientes, Radiología y radiólogos.

Introducción

En los últimos años se está produciendo en las escuelas de medicina una tendencia creciente a la incorporación en los programas de formación los aspectos humanísticos del ejercicio de la práctica médica. Así, a modo de ejemplo, el «American Board of Medical Specialties» adoptó seis competencias para todos los programas de formación médica; a saber, conocimientos médicos, atención al paciente, habilidades para la comunicación y habilidades interpersonales, profesionalismo, aprendizaje basado en la práctica y perfeccionamiento continuo, aprendizaje por sistemas⁽¹⁾.

En el ámbito nacional la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ha ido introduciendo desde hace un tiempo, algunas materias relacionadas con los aspectos humanísticos del ejercicio de la medicina en la enseñanza de pregrado, a lo que se suma la creación del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas con el objetivo de desarrollar articuladamente estas disciplinas de manera transversal y vertical en los programas docentes del plantel. Esta unidad académica deriva del núcleo formado por el doctor Armando Roa en 1992 para reflexionar sobre estos temas, el que a su vez recogió elementos del centro de Antropología Médica.

Frente a esta tendencia, los grupos formadores de radiólogos y sus responsables, junto a los encargados de la formación continua, deben examinar con cuidado estos requerimientos para definir sus futuras implicancias en el porvenir de los radiólogos y de la radiología.

En forma indiscutible, los requerimientos y habilidades científico técnicas tienen importancia

García C, Ortega D. Comunicación en el Departamento de Radiología: Radiólogos y pacientes. Rev Chil Radiol 2003; 9:151-156.

Correspondencia: Dr. César García M. Clínica Alemana de Santiago. Vitacura 5951. Santiago.
cgarcia@alemana.cl

primordial e indiscutible en la formación de los radiólogos y, la enseñanza de los signos radiológicos, la detección y caracterización de lesiones, la formulación de diagnósticos diferenciales atingentes, la utilización de los distintos métodos de imágenes en forma racional sobre la base de protocolos fundamentados en la mejor evidencia disponible y la ejecución de procedimientos han sido nuestro objetivo principalísimo en la formación de los becarios de radiología. Este enfoque ha dado escaso o ningún espacio de tiempo a la enseñanza de la comunicación efectiva con los pacientes, tal vez porque nosotros mismos no lo hacemos tan adecuadamente como creemos⁽¹⁾.

¿Por qué se está introduciendo esta tendencia en la educación y en el ejercicio de la práctica médica?

La revisión de la literatura a nuestro alcance, la opinión de los expertos y la experiencia personal, nos dice que desde hace varios años han comenzado a aparecer voces de alarma advirtiendo sobre las consecuencias que está teniendo el deterioro de la relación médico-paciente y tendrá sobre los resultados de los actos médicos, los pacientes, los médicos y la medicina misma.

Estos autores nos hacen ver cada vez con mayor frecuencia, la pérdida de confianza que los pacientes están comenzando a sentir por los profesionales que los atienden. Aunque el deterioro de la confianza es un fenómeno multicausal, los investigadores coinciden en buscar sus causas esencialmente en el empobrecimiento de la comunicación médico-paciente, debida, entre otras causas, al vertiginoso avance de los cambios tecnológicos sin una adecuada reflexión sobre el impacto que dichos cambios producen en esta relación, a la aparición de la salud administrada y sus variantes, con implantación de la contención de costos y los estímulos financieros, que introduce regulaciones externas a la relación médico-paciente; al cambio en el modo de ejercer la medicina, con poco tiempo disponible para escuchar a los pacientes que pasan de ser enfermos, a portadores de enfermedades que no es lo mismo; y, a la toma de conciencia de los pacientes de sus derechos a una atención técnicamente eficiente y a la vez humanizada⁽²⁾.

¿Qué quieren los pacientes?

Si comparamos las opiniones de pacientes y médicos acerca de la importancia de los distintos elementos de la atención médica como determinantes de la calidad de la atención ambulatoria, encontramos que ambos grupos coinciden en que el elemento más importante son las habilidades y destrezas clínicas, pero están en desacuerdo sobre la importancia relativa de los demás aspectos de la atención, en

especial la comunicación efectiva de la información referida a su salud. Estas diferencias de percepción pueden influenciar la claridad de las interacciones entre médicos y pacientes^(3,4).

Es evidente que las fallas en la comunicación y las presunciones acerca de las preferencias de los pacientes son sorprendentemente frecuentes.

La importancia que los pacientes dan a las habilidades de los doctores está ampliamente relacionada con la confianza. La mayoría quieren ser capaces de confiar en los profesionales de la salud que los atienden. La confianza es importante sin ser fe ciega. La gente enferma necesita simpatía, apoyo y reafirmación, todos hechos esenciales en una relación terapéutica, pero también necesitan información honesta sobre su estado, opciones de tratamiento y médicos que escuchen sus preocupaciones y preferencias. Esto no es una opción. Fallar en adecuarse a las necesidades de los pacientes disminuirá la imagen y el respeto hacia los doctores en el largo plazo⁽⁵⁾.

¿Podemos superar las dificultades que implica cambiar hábitos y actitudes en la comunicación médicos-pacientes?

El proceso de aprendizaje comunicacional debería comenzar en la etapa de la formación médica. Esta enseñanza, que necesariamente es teórico-práctica con fuerte retroalimentación positiva, requiere cambiar hábitos de comunicación y adquirir elementos claves de comunicación efectiva.

En la enseñanza y aprendizaje de las habilidades comunicacionales por parte de los doctores se ha visto que cambiar hábitos y conductas no es tan difícil con una enseñanza adecuada y periódica. En este proceso de aprender no debemos olvidar que el proceso de comunicarse es interactivo: los pacientes también necesitan conocimiento y respaldo y debemos incorporar en este proceso sus perspectivas para tomar decisiones que les atañen de su tratamiento, con expectativas reales⁽⁶⁻⁸⁾.

Uno de los aspectos en que la comunicación con los pacientes es de primordial importancia es la entrega de malas noticias, especialmente si ha ocurrido un error. Las recomendaciones de la ética médica y de las organizaciones profesionales sobre la comunicación del error a los pacientes son reconocidas, pero poco se sabe lo que piensan los médicos y los pacientes acerca de cómo discutir los errores médicos. Al parecer, los facultativos no estarían entregando la información ni el apoyo emocional que los pacientes buscan tras producirse errores médicos dolorosos. Los médicos deberían hacer lo posible por llenar la necesidad de los pacientes por un reconocimiento de lo sucedido y de información sobre la naturaleza, causa y prevención del error. Las instituciones deberían apoyar las

necesidades emocionales de los médicos afectados por errores médicos graves^(9,10).

Otro punto que hace necesario optimizar más que nunca la comunicación efectiva es el modo como se ha ido desarrollando la relación médico-paciente, sobre todo la confianza del paciente hacia su médico en un "mundo de proveedores", (salud administrada) considerada como un distractor externo de esta relación. Los mayores conflictos de los pacientes con la salud administrada tienen que ver con los aspectos humanitarios de la atención médica, ya que al hacer a la administradora responsable por el manejo del paciente y al médico por su tratamiento, se produjo una división que dañó inmensamente la confianza de los pacientes en el sistema, dado que la participación del médico en el manejo del paciente es necesaria para que éste acepte que su médico tiene los conocimientos y habilidades que lo hacen confiable para la ejecución del tratamiento propuesto. La salud administrada y sus prestadores han convertido a la enfermedad en el foco de un sistema médico orientado hacia los aspectos tecnológicos y de mercado, en tanto que el enfermo y sus aspectos sociales y culturales se han difuminado en el contexto.

El público y los pacientes se preguntan cada vez más si los médicos estarán tomando sus decisiones basados en el mejor interés de los pacientes o estarán influidos en forma indebida por incentivos económicos. Estas circunstancias son fuentes potenciales de desacuerdos y conflictos entre médicos y pacientes y traducen evidentemente desconfianza que se grafica en problemas de la libre elección relacionados con alocación, solicitud o no de exámenes y accesibilidad al médico tratante en su debida oportunidad^(11,12).

La mayor parte de los estudios de comunicación médico-paciente se han llevado a cabo en medicina clínica y con mayor énfasis en atención primaria donde el lazo de curación que esta relación adquiere especial relevancia. Esto no quiere decir que en los niveles secundario o terciario de atención no sea importante, sino por el contrario. En las especialidades de apoyo, entre las que se encuentra la radiología, los contactos radiólogo-paciente son esporádicos pero no menos importantes, por lo que debemos hacer esfuerzos para incrementarlos, no solo en número, sino más importante, en calidad de comunicación. Esto nos llevará a obtener la confianza de los pacientes y a que seamos considerados como médicos al interactuar con los pacientes en su contexto clínico, haciéndolos sentirse como seres humanos dignos de nuestro respeto, apoyo y a la vez transmitirles que somos poseedores de la experiencia y los conocimientos necesarios para ayudarles en sus necesidades médicas^(13,14).

Los radiólogos que atendemos a nuestros pacientes por medio de las imágenes de la mejor calidad técnica, tenemos pocos encuentros directos

con los pacientes, pero no estamos eximidos de comunicarnos efectivamente con ellos, en una forma que los haga sentirse apoyados y tratados como seres humanos enfermos y dentro del contexto clínico adecuado.

El artículo publicado por el Dr. Rencoret en este número de la Revista Chilena de Radiología demuestra que en el seno de cada una de las reclamaciones presentadas a un servicio de radiología, hay un problema de comunicación que ha gatillado dicha acción, lo que es concordante con lo publicado en la literatura^(15,16).

En efecto, la contradicción nace de la disposición del médico a comunicarse, que en general es buena, pero en la práctica el médico radiólogo, por un lado, no está acostumbrado a comunicarse con los pacientes y por otro lado quiere apoyarlos. De este modo es necesario implementar en toda institución canales de comunicación adecuados como una manera de facilitar la interacción con los pacientes, solucionar sus inquietudes y finalmente lo más importante: apoyar la cadena de cuidado del paciente. Dichos canales de comunicación deben ser claros, inequívocos, estar siempre disponibles y ser conocidos por todo el servicio; además, estar a la vista para los pacientes. Las instituciones suelen establecer "líneas de filtro" donde la comunicación se va practicando según las necesidades. Lo importante es que en todo momento el paciente sea y se sienta atendido. Así es posible diseñar un sistema en el que un paciente disconforme pregunte dónde puede asentar su mala experiencia y darle inmediatamente la posibilidad de escribir un reclamo o conversar con un coordinador. Este debe ser una de las personas de la jefatura que esté más disponible para escuchar. Las soluciones deben ser creativas y flexibles, realizadas en un ambiente adecuado, para lograr que un paciente se conforme. Si su interlocutor manifiesta no estar en condiciones de autorizar esto o prometer lo otro el paciente no queda satisfecho. Esto se facilita si lo atendemos en un lugar apropiado y no en un pasillo o en la sala de espera. Si la solución no se ve expedita, podemos tomar todos sus datos y comunicarnos telefónicamente con él para contestar el reclamo una vez consultado y meditado⁽¹⁷⁾.

El personal administrativo, auxiliar o técnico no está para esa labor ni menos para transmitir recados de los facultativos. Por regla general, cuando los pacientes conversan directamente con los médicos se van más conformes y tranquilos al ser este quien los escuche y busque una solución a sus inquietudes. En este punto, los médicos deben pausar previamente algunos elementos que son de sentido común, pero que deben ser concordados:

1.- Los radiólogos no somos médicos tratantes. Somos especialistas de apoyo, por lo que las soluciones a los problemas de los pacientes deben siempre ser

referidas al tratante. Si un paciente quiere cambiarse de tratante debe informarse por sus propios medios para así hacerlo, no por recomendación del radiólogo.

2.- Cómo radiólogos, no nos corresponde emitir juicios frente al paciente respecto a procedimientos previos o futuros realizados por colegas de la misma especialidad. La calidad cae por su propio peso, factor no ignorado por médicos clínicos ni pacientes, quienes tienen la oportunidad de valorar a las instituciones y a sus médicos por sus capacidades, con un amplio espectro donde elegir.

3.- Siempre que sea posible, las buenas y malas noticias deben ser dadas por el médico tratante. En el contexto actual, muchos pacientes preguntan sus dudas al radiólogo; en estos casos debemos responder según las pautas establecidas, con criterio, buen juicio y sentido común, factores que son fundamentales, especialmente cuando las noticias son malasⁱ. En general, al responder es bueno interponer varias veces las frases "Su médico tratante conoce muy bien su caso" "Su médico tratante es quien tiene todos los elementos para tomar las decisiones en conjunto con Ud." y otras del mismo estilo. Consideremos además que todos los pacientes necesitan irse con una esperanza por muy mala que sea su pronóstico y ningún ser humano tiene derecho a destruirla. No utilicemos frases como "En su caso no hay nada más que hacer".

Los becarios de radiología deberían tener la oportunidad de mejorar sus habilidades comunicacionales. El desarrollo de hábitos o estilos de interactuar con los pacientes es básico, y esos hábitos pueden ser influidos positivamente por medio de experiencias educacionales apropiadas durante sus años formativos.

Al ayudar a los residentes a formar en forma precoz hábitos de comunicación efectiva con los pacientes los programas de residencia pueden contribuir a mejorar la atención médica, la satisfacción con el trabajo médico y enriquecer el futuro de la radiología misma.

La educación médica hoy en día debería ser capaz de unir las habilidades y sensibilidades de un científico aplicado con las capacidades reflexivas de un humanista médico.

Quien quiera ser considerado un buen médico, a lo cual todo radiólogo aspira, necesita tener además de las competencias científico técnicas, buenas capacidades para la comunicación efectiva. Todos esperan eso por parte nuestra, pero la verdad es que con frecuencia la buena comunicación es bastante difícil y el entrenamiento para obtenerla todavía está en desarrollo. Es evidente que nunca seremos capaces de cumplir con las expectativas de cada cual, pero las capacidades y esfuerzos que despleguemos

en nuestra comunicación clínica dejará una impresión indeleble en nuestros pacientes y sus familiares⁽¹⁸⁾.

Necesitamos adoptar actitudes, valores y destrezas comunicacionales que se centren en el paciente y no solo en la enfermedad, prepararnos para los desafíos que nos esperan, tomar en cuenta que las enfermedades, exámenes o procedimientos no son los que consultan, sino la gente que los padece y que la atención médica se basa fundamentalmente en la interacción humana y la curación requiere de tales acciones. La confianza se genera y se moldea en los encuentros médicos, es difícil de obtener y es frágil; comienza con la forma que el médico utiliza para relacionarse con ellos. En el tiempo disponible por los médicos es difícil entregar en forma apropiada explicaciones e indicaciones y junto a ello dar los valores humanísticos que son parte de la responsabilidad moral que los médicos aceptan cuando ingresan al campo de la medicina.

Cumplir estas responsabilidades dentro de los límites de la salud administrada es extraordinariamente difícil, pero existe la esperanza que la necesidad de la gente por los valores humanísticos hará que la medicina evolucione favorablemente en el futuro⁽¹⁹⁾.

El tipo de interacciones que los pacientes obtienen en el servicio de radiología es indirecto y el radiólogo es evaluado de acuerdo a como su personal se comunica y comporta con ellos. Esta característica especial de los servicios de radiología nos hace poner el énfasis en la capacitación y control de la aplicación práctica de las habilidades de comunicación efectiva y de servicio al paciente de todas las personas que tienen contacto directo con ellos, además de los radiólogos. Si la visita es molesta, las preguntas quedan sin respuesta y el paciente se siente incómodo, el grado de confianza disminuye; igual cosa ocurre si el paciente intenta comunicarse con su médico y es atendido por un administrativo que puede aparecer como intruso al solicitar información que el paciente piensa que debería ser contada solo al médico, o si percibe que su doctor evade ser visto como interconsultor⁽²⁰⁾.

Esta debería ser la condición ideal: el radiólogo como interconsultor, vale decir interactuando directamente con cada paciente. En la práctica diaria, la condición que se da es la interacción sólo con un grupo de ellos en ciertas sub especialidades y algunos tipos de exámenes o procedimientos. Sin desconocer que deberíamos ampliar nuestro rango y profundidad en las entrevistas con nuestros pacientes, es más efectivo y práctico iniciar el adiestramiento en habilidades para la comunicación efectiva a los radiólogos y todo el personal que se relaciona directamente con los pacientes, ya que es la realidad de nuestro trabajo diario. Este entrenamiento no difiere sustancialmente del entregado en otras especialidades.

ⁱ Ver apéndices

Los docentes encargados de la enseñanza de técnicas de comunicación efectiva deben dejar muy en claro que una buena interacción médico-paciente no debe ser considerada como un medio para fines distintos como aumentar el grado de satisfacción usuaria o reducir el riesgo de responsabilidad médico-legal (medicina defensiva) sino que la comunicación efectiva y la mejora de la esta relación son fines en sí mismos, sin importar que otros beneficios pudiera tener^(21,22).

APENDICE N° 1:

Elementos prácticos para mejorar la relación médico paciente *

Una técnica efectiva de comunicación considera a lo menos siete puntos:

- a) Empatía: es importante ser capaz de proyectar su comprensión y su aceptación de la situación "Póngase en los zapatos del otro".
- b) Escuche atentamente: asegúrese de ser un oyente que presta atención activa a lo que se le está contando y no sea solo un receptor pasivo de datos o sucesos.
- c) Comunicación no verbal: intente utilizar y comprender el lenguaje no corporal: mire a los ojos, asienta con la cabeza para manifestar reconocimiento. Lea la molestia, el enojo o el evitar contacto visual.
- d) Silencio: puede ser utilizado en forma efectiva para animar al paciente a hablar o le da tiempo para pensar. No prolongue demasiado los intervalos: puede obtener el efecto contrario y hacer sentir al paciente incómodo.
- e) Lenguaje simple: utilice siempre un lenguaje simple claro y no clínico para explicar una enfermedad o discutir un tratamiento. Compruebe si el paciente comprendió lo que le explicó.
- f) Preguntas: utilice preguntas abiertas de preferencia a las cerradas para que el paciente se abra. ¿Qué le ayuda a calmar el dolor? en vez de ¿El dolor se le pasa con este analgésico?
- g) Resumen: haga una síntesis de lo que el paciente le ha contado y verifique su comprensión de lo que usted dijo. Si es necesario entregue nueva información.

* Modificado de⁽²³⁾.

APENDICE N° 2:

Elementos prácticos para la comunicación de malas noticias **

Una de las labores más difíciles para los médicos es el entregar malas noticias a los pacientes, tarea para la cual no se nos prepara en forma adecuada durante la formación de pre o post grado, ya que comunicar malas noticias requiere buenas habilidades comunicacionales, sensibilidad y empatía además de experiencia y conocimiento. Algunos médicos

encuentran particularmente difícil transmitir malas nuevas no sólo por la falta de entrenamiento adecuado.

Las entrevistas de este tipo suelen ser enfocadas como sigue:

1. ¿Quién lo hace? Idealmente la misma persona: médico-jefe, senior que actúa junto con el médico tratante y se hace responsable de la entrega de malas noticias.
2. ¿Dónde lo hace? La comunicación debe ser en persona y debemos hacer todos los esfuerzos posibles para que ello sea así. Asegure una privacidad adecuada, libre de interrupciones.
3. ¿Cuándo dar la información? Idealmente lo más pronto posible, después de obtenida la certeza diagnóstica y disponemos de toda la información.
4. ¿Cuánta información entregar? La mayoría de los pacientes quiere saber cuanto sea posible. Déjese guiar por el paciente sobre el ritmo en que desea la información. Puede ser necesaria más de una entrevista.
5. ¿Cómo entregarla? Evite la jerga médica. Asegúrese que dispone de toda la información y la tiene a mano. Anime al paciente a expresar sus sentimientos con libertad. Proporcione un tiempo sin interrupciones en un comienzo para clarificar sus dudas. Sea honesto al contestar sus preguntas sobre pronóstico y tratamiento. Utilice un lenguaje corporal adecuado para proyectar empatía, calidez y apoyo al paciente. Evite proyectar un aspecto demasiado pesimista y evite decir frases como "no podemos hacer nada más". Si el paciente lo solicita, incluya familiares en la consulta. Sea sensible con las diferencias culturales en la interpretación de la información médica. Verifique la comprensión que tiene el paciente sobre su situación, ofrezca ayuda para decírselo a otros y para proporcionar ayuda para sistemas de apoyo a los pacientes y familiares.
6. Finalmente documente la información entregada: otros profesionales pueden querer saber lo que Ud. ya entregó y discutió con el paciente.

** Modificado de⁽²⁴⁾.

Bibliografía

1. Gunderman RB. Patient Communication. What to Teach Radiology Residents. AJR 2001; 177: 41-43.
2. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of Patients for Patient Centred Approach to Consultation in Primary Care: Observational Study. BMJ 2001; 322: 1-7.
3. Roter DL. Communication Patterns of Primary Care Physicians. JAMA 1997; 277: 350-356.
4. Laine C, Davidoff F, Lewis C, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, Delbanco T. Important Elements of Outpatient Care: A comparison of Patients' and Physicians' Opinions. Ann Intern Med. 1996; 125: 640-645.

5. Hurvitz B, Vass A. Editorial. What's a good doctor and how you make one. *BMJ* 2002; 325: 667-668.
6. Meryn S. Editorial. Improving doctor-patient communication. *BMJ* 1998; 316: 1922-1930.
7. Maguire P, Pitceathly C. Key Communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325: 697-700.
8. Coté Luc, Leclerc H. How Clinical Teachers Perceive the Doctor-Patient Relationship and Themselves as Role Models. *Acad Med* 2000; 75: 1117-1124.
9. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosures of Medical Errors. *JAMA* 2003; 289: 1001-1007.
10. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching Medical Students How to Break Bad News. *CMJA* 1997; 156: 1159-1164.
11. Levinson W, Gorawara-Bath R, Dueck R, Egener B, Kao A, Kerr C, Lo B, Perry D, Pollitz K, Reifsteck S, Stein T, Santa J, Kemp-White M. Resolving Disagreements in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 1999; 282:1477-1483.
12. Axelrod DA, Goold SD. Maintaining Trust in the Surgeon-Patient Relationship. *Arch Surg* 2000; 135: 55-61.
13. Coulter A. Editorial. Patients' view of the Good Doctor. *BMJ* 2002; 325: 668-669
14. Vydareny KH. Opinion. *Radiology* 2000: Reinventing Radiology- Strategies and Solutions. *AJR* 2001; 177: 45-46.
15. Rencoret G. En prensa
16. Moore P, Adler N. Medical Malpractice: The Effect of Doctor-Patient Relations on Medical Patient Perceptions and Malpractice Intentions. *West J Med* 2000; 173: 244-250.
17. Heilman RS. Editorial. Back to the Basics: Keeping Patients and Families in the Loop. *RadioGraphics* 2000; 20: 82.
18. Buckman R. Editorial. Communications and Emotions. *BMJ* 2002; 325: 672.
19. Friedenbergr RM. Patient-Doctor Relationship. *Radiology* 2003; 226: 306-308.
20. Smith WL, Altmeier EM, Ross RR, Johnson BD, Berberouglu LS. Patient Expectations of Radiology in Non Interactive Encounters. *Radiology* 1989; 172: 275-276.
21. Benbassat J, Bauman R, Borkan JM, Beer R. Overcoming Barriers Teaching the Behavioral and Social Sciences to Medical Students. *Acad Med* 2003; 372-380.
22. Simpson M, Buckman R, Steward M et al. Doctor-Patient Communication: The Toronto Consensus Statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
23. McGuire R. Career Focus. Tips On. Improving Doctor-Patient Communication. *BMJ* 2001; 323: S 3- 7326.
24. Suresh K. Career Focus. Tips On. Breaking Bad News *BMJ* 2002; 324: S – 519.