

Publicado en: Rev Clin Esp. 2011;211(11):581-6 (<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-esp%C3%B1ola-65/reconocimiento-reciproco-toma-decisiones-compartida-paciente-90055102-actualizacion-clinica-2011>). Accesible desde la web GIBUV con autorización de la Editorial Elsevier.

## **Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente**

**A.M. Costa-Alcaraz, J.C. Siurana-Aparisi C. Almendro-Padilla, S. García-Vicente y R. Ordovás-Casaurrán**

**Resumen** El reconocimiento recíproco es un concepto, surgido del pensamiento filosófico, imprescindible para comprender las actitudes que fundamentan unas relaciones interpersonales pacíficas. Cuando no se da, se establecen relaciones en las que personas o colectivos humanos luchan por ser reconocidos. Excluir a los pacientes de la toma de decisiones concernientes a su salud es no respetar su autonomía y puede hacer que éstos se sientan tratados como objetos, con la consiguiente pérdida de confianza en el profesional. El paciente informado, es decir, con criterio propio y deseos de participar en lo que le concierne, está generando un colectivo de tendencia creciente. El reconocimiento recíproco aplicado a la relación clínica requiere, por una parte, la confianza del paciente en el profesional al que consulta y, por otra, la iniciativa profesional de compartir decisiones con el paciente. Los autores reflexionan sobre el concepto de reconocimiento recíproco, ejemplificando con situaciones posibles en la consulta.

### **Introducción**

Tanto desde la perspectiva de quien hace uso de los servicios sanitarios, como desde el colectivo de los profesionales, hay quienes afirman que compartir el proceso de decisión clínica con los pacientes es poco operativo y podría entenderse como una dejación de responsabilidad por parte del experto (personal médico o de enfermería). También se da el caso de profesionales de la salud con escasa práctica clínica que confunden el proceso regulador de la decisión compartida (legislación, códigos deontológicos, principios de bioética) con las habilidades y actitudes de comunicación necesarias para que la entrevista médico-paciente resulte satisfactoria<sup>1-5</sup>. La promulgación de leyes, o la firma de consentimientos informados, no garantizan por sí mismas una información adecuada a la persona que acude a la consulta. Es más, pueden terminar siendo instrumentos de medicina defensiva. Además de procesos reguladores o de herramientas de apoyo, es necesario un cierto talante profesional. Existen argumentos válidos, basados en valores y estilo de entrevista, para promover la toma de decisiones compartida con el paciente<sup>6</sup>. El estilo de comunicación adoptado será lo que determine el carácter de herramienta terapéutica o defensiva de la toma de decisiones compartida. Sobre todo las actitudes. Porque la actitud, tanto del paciente como del profesional, modula la entrevista clínica más allá de la utilización de guías, facilitando en algunos casos y complicando en otros. En una reciente investigación, se ha

observado que la empatía que perciben los pacientes con catarro común en sus médicos reduce la duración y gravedad de la enfermedad y se asocia a cambios en el sistema inmunitario<sup>7</sup>. Ser capaz de identificar las propias actitudes, así como las defensas de los pacientes (para reconducirlas positivamente), es una de las características que definen al buen profesional. De ello se va a tratar en este artículo, partiendo de casos que pueden presentarse en las consultas diarias.

### **La importancia de atender a las emociones del paciente y no sólo a sus mensajes verbales**

A pesar de sus 56 años, hasta ahora sólo ha tenido problemas de salud que ha resuelto sin necesidad de consultar.

Es la primera vez que acude al centro de salud. Fumador desde los 20 años, hace unos meses que tiene problemas con la voz y le preocupa porque «los catarros mal curados son peligrosos». Su médico, tras una exploración básica, le solicita un estudio de laboratorio y le deriva al especialista.

Unos meses después, regresa a la consulta y comenta que no volverá al hospital porque «en vez de intentar curarle con medicinas» le dijeron que se tenía que operar y le pidieron que firmase un papel según el cual, si se operaba le podían pasar muchas cosas.

¿Habría que respetar la autonomía del paciente y, ya que no desea operarse, aceptar su decisión? ¿Es mejor ser paternalista y presionarle, por su bien, para que acepte la intervención? ¿Es posible una tercera vía?

Desde un autonomismo estricto, lo correcto sería asumir la decisión del paciente.

Desde una postura paternalista, dado el presumiblemente grave pronóstico de aplazar la cirugía, podría defenderse la conveniencia de «presionar» al paciente para conseguir que se lleve a cabo la que, al médico, le parece la mejor solución. Una medida de presión podría ser decirle al interesado que, si no acepta la propuesta de tratamiento, no acuda más a la consulta, o ponerse en contacto con familiares (buscando aliados).

La vía intermedia consiste en programar una consulta en la que se pueda dedicar el tiempo suficiente para sacar a la luz las ideas erróneas del paciente sobre su enfermedad, emociones suscitadas ante la propuesta de cirugía y miedos (racionales o irracionales), e informar sobre expectativas de vida con cada una de las opciones posibles. Porque, para tomar decisiones en la clínica, tan importante como atender a la manifestación de la voluntad de la persona es comprobar que el procedimiento mediante el cual se toma la decisión refleja efectivamente su autonomía. Para que esto ocurra, tiene que cumplir tres condiciones: en primer lugar, que el paciente tenga intención de participar en la decisión; en segundo lugar, que comprenda la información relevante que rodea a la decisión a tomar, especialmente las consecuencias previsibles de cada opción y, por último, que no exista coacción (de profesionales o familiares).

Este tipo de entrevista, además de precisar tiempo, requiere cambiar desde el estilo directivo, en el que el experto sabe lo que le conviene al que consulta, hacia el centrado en el paciente, en el que ambos deliberan sobre la mejor solución personalizando cada caso (tabla 1).

Tabla 1 **Estilos de entrevista clínica**

Directivo	Centrado en el paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se deja hablar al paciente</li> <li>• No se exploran emociones</li> <li>• No se exploran miedos</li> <li>• No se exploran recursos psicosociales</li> <li>• No se tolera resistencia del paciente a las propuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se lanzan preguntas abiertas</li> <li>• Se practica escucha activa</li> <li>• Se atiende a emociones</li> <li>• Se contemplan recursos psicosociales</li> <li>• Se informa de las consecuencias de la elección</li> </ul>

Con frecuencia, ante estilos directivos el paciente se siente tratado como un objeto, como un caso clínico más que como una persona<sup>8</sup>. Ello puede tener como consecuencia que se sienta excluido de la toma de decisiones y, como resultado de esa experiencia, se sienta indignado e inicie comportamientos de confrontación que autores como Axel Honneth o G.F.W. Hegel, llaman «lucha por el reconocimiento», con el consiguiente deterioro de la relación clínica basada en la confianza.

Por contraposición al estilo directivo existe el centrado en el paciente. En este último, el médico desarrolla la benevolencia<sup>9</sup> como cualidad básica de la relación clínica y fomenta el reconocimiento mutuo en su relación con el paciente. Algunos autores, como Cortina, resaltan la importancia de atender no solo a los argumentos del otro, sino también a sus sentimientos<sup>10</sup>. Quienes actúan convencidos de que hacen el bien sin tener en cuenta el margen de incertidumbre inherente a las decisiones clínicas y sin considerar los sentimientos del paciente, se puede decir que actúan priorizando la beneficencia sobre el principio de autonomía. Quienes sustentan su actuación clínica en la benevolencia, necesariamente han de atender a lo que desea el paciente y a cómo se siente; en consecuencia además de buscar hacer el bien (beneficencia), respetan el principio de autonomía.

### **Sobre cómo los valores y recursos del paciente modulan sus decisiones**

Nuestra paciente de 30 años es diabética, tiene dos hijos pequeños y viene de otro país. Por su condición de inmigrante no cuenta con redes de apoyos sociales. Su hipertiroidismo no ha respondido al tratamiento habitual con antitiroideos, por lo cual se plantea la disyuntiva de elegir entre cirugía (con riesgo aumentado debido a la diabetes), o yodo radioactivo (que exige 15 días de aislamiento de sus hijos y evitar gestación durante un año).

¿Cómo se puede facilitar la mejor decisión en este caso? ¿No ofreciendo a la paciente las dos alternativas y eligiendo por ella? ¿O presentándole las dos posibilidades y aceptando sin más la que elija la interesada? ¿Existe una tercera vía?

Las guías de práctica clínica recomiendan cirugía en personas jóvenes sanas, aunque este caso era dudoso ya que la diabetes de nuestra paciente aumentaba su riesgo quirúrgico. Ella prefería someterse a cirugía, asumiendo el aumento de riesgo debido a su enfermedad, para evitar tener que «abandonar» a sus hijos durante 15 días ¿Cómo resolver el problema de los niños? Este es uno de esos casos en los que entran en escena los trabajadores sociales.

Uno y otro con diferentes matices, los casos presentados ejemplifican la importancia del reconocimiento recíproco, concepto próximo al de empatía

utilizado por los psicólogos. La Academia de la Lengua Española aplica al concepto «reconocer» dos acepciones<sup>11</sup>: una, referida a personas, consiste en mostrarse agradecida a otra por haber recibido algún beneficio suyo. Es obvio que los profesionales nos sentimos gratificados cuando alguno de nuestros pacientes nos recuerda que «les fue muy bien» con nuestro consejo o medicación, de la misma forma que agradecemos a quienes nos consultan -aunque pocas veces lo expresemos- el aprendizaje vicario de afrontamiento de la enfermedad y/o la muerte. La otra, más general, se refiere a examinar con cuidado algo o a alguien para enterarse de su identidad, naturaleza y circunstancias. Al examinar con cuidado algo (en el caso de los profesionales sanitarios, el cuerpo de alguien) lo hacemos sin duda de forma sistemática. Y es a eso a lo que llamamos «reconocimiento» («pase, que le voy a reconocer»). Considerar la naturaleza de ese «alguien» o sus circunstancias, no siempre entra en nuestra práctica habitual. Para introducir tales consideraciones, tendríamos que ejercitarnos en la capacidad de empatía. El mundo percibido desde la propia subjetividad (en la que todo lo externo a uno mismo son objetos) es diferente al mundo percibido empáticamente (en el cual existen otras personas, sujetos dignos de respeto y capaces de respuestas creativas); la empatía está en la raíz de la experiencia intersubjetiva, surge desde la actitud benevolente y es imprescindible para generar coresponsabilidad<sup>12</sup>. Comprender al otro significa penetrar en su mundo de valores.

El reconocimiento mutuo surge del interés y respeto por las personas diferentes y establece un nivel de relación basado en la igualdad, generando espacios sociales en los que hay un lugar para cada persona, nadie está de sobra.

Esta afirmación abstracta resulta especialmente patente en el caso de los pacientes con diferentes paradigmas culturales como el que se va a presentar a continuación.

### **Matices del reconocimiento recíproco en la relación clínica cuando la cultura es diferente**

Un musulmán diabético acude a la consulta para solicitar ayuda del médico. Quiere cumplir el Ramadán, pero teme que en esos 40 días (durante los cuales sólo se puede comer desde la puesta del sol hasta su salida) se descompense su enfermedad.

¿Es un problema absurdo, desde el punto de vista científico?, ¿habría que intentar convencerle de que no puede ayunar, debido a su enfermedad?, ¿existe otra posibilidad de ayudarlo?

No parece disparatado intentar persuadirle, ya que los desarreglos en la dieta son una importante causa de mal control de la glucemia. Sin embargo, más que actuar impositivamente, parece adecuado conocer qué le lleva a desear seguir el ayuno y si el Corán acepta eximentes. Es muy posible que tras la conversación el paciente cambie su punto de vista, aunque si persistiera (o persistiese, quizá) en la decisión que le llevó a consultar, el papel del experto debería consistir en ajustar la medicación al tipo de dieta y realizar controles de glucemia digital más frecuentes. Con ese tipo de actuación se ajustan los conocimientos profesionales a las expectativas de quien consulta, con lo cual se gana la confianza del paciente y, si no se consiguiese buen control (objetivado con las glucemias digitales), tendría buena predisposición a reconsiderar el tema.

La idea que tenemos de nosotros mismos viene parcialmente determinada por cómo nos ven los demás. Instintivamente nos sentimos más cómodos con quienes manifiestan interés por nuestros problemas y nos tratan con respeto, independientemente de que compartan o no nuestras ideas. Llamar la atención sobre la importancia de la afectividad en las relaciones interpersonales no debería conducir a desatender la calidad de los mensajes verbales que transmitimos a los pacientes.

### **Comprender, no solo informar. Un incidente de consentimiento «asustado»**

Tiene 56 años. Fue derivada a cirugía del túnel carpiano, pero ha rechazado la intervención después de leer la hoja de consentimiento informado. El médico de familia le propone una visita programada para comentar la decisión comprobando que la información contenida en dicha hoja, exhaustiva en cuanto a posibles riesgos y desproporcionada en cuanto a frecuencia de aparición de los mismos, había resultado disuasoria para la paciente.

Este no es un caso de problema de capacidad de la paciente sino de falta de autonomía al elegir. Diversos autores han propuesto diferentes escalas para medir la capacidad para tomar decisiones sobre los cuidados de la salud (tabla 2). Aquí la elección de una paciente supuestamente capaz para tomar una decisión, no fue autónoma como consecuencia de haber recibido una información sesgada.

Este caso ejemplifica que, más allá de la consideración de respeto a la autonomía del paciente, en la práctica cotidiana es importante comprobar si las decisiones tomadas son autónomas.

### **En su proceso de integración cultural, los inmigrantes también suelen adoptar los valores negativos de la sociedad de acogida**

Es un joven inmigrante que lleva varios años en España. Siempre acude a la consulta utilizando los cauces adecuados y es respetuoso con las normas. En esta ocasión, el motivo de consulta es solicitar una receta de alendronato. Al revisar su historia y comprobar que no existe un diagnóstico que justifique dicha prescripción, el médico de familia indaga y termina comprobando que el medicamento es para su madre, quien no puede acudir a la consulta porque no vive en España. Aquí, el supuesto paciente terminó practicando la costumbre española (probablemente única en el mundo) de acudir al médico no para consultar sino para solicitar recetas y, en algunos casos, para personas diferentes a la que solicita la prescripción. En este caso, se plantea un doble problema: ¿habría que negarse a extender recetas prescritas por otros profesionales?, ¿es ético prescribir cuando no se tiene delante al paciente?<sup>13</sup>.

Tabla 2 **Escalas de evaluación de la capacidad**

**Criterios de capacidad de Roth**

En base a los criterios utilizados en sentencias judiciales.

Cinco criterios (poder expresarse, elección razonable, basada en motivos racionales, tras comprender riesgos y beneficios y entendiendo el proceso de decidir).

Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry. 1977;134:279-284.

**Criterios de capacidad de Drane**

Escala móvil de competencia, con tres niveles (1º conocer y asentir, 2º comprender y elegir,

3º apreciar -tanto reflexiva como críticamente- y decidir).

Drane JF. Competency to give and informed consent. A model for making clinical assessments. JAMA. 1984;252:925-927.

Drane JF. The many faces of incompetence. Hastings Cent Report. 1985;15:17-21.

**Criterios de capacidad de Appelbaum y Griso**

Criterios CTDS (competencia toma decisiones sanitarias):

capacidad de comunicar, comprensión de la información, apreciación de la situación, buena manipulación de la información.

Appelbaum PS, Grisso T. Assesing patients capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988;319:1635-1638.

**Criterios de capacidad de Draper y Dawson**

Para aplicar a pacientes psiquiátricos, valorando su capacidad mediante cuestionario que recoge respuestas del paciente sobre su enfermedad.

Draper RJ, Dawson D. Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist. Can J Psychiatry. 1990;35:285-289.

**Criterios de capacidad de White**

Mide la susceptibilidad de ser informado (aptitudes para recibir, entender y recordar), capacidades (cognitivas y afectivas), toma de decisiones y análisis crítico de la decisión.

Couceiro A, editor. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999. p. 163-176.

**Mac-Arthur Competence Assessment (MCCAT-T)**, no validado en España

Mide elección, comprensión, apreciación, manipulación racional de la información recibida.

Entrevista semiestructurada.

Se sondea el conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad.

Se le informa en relación a los aspectos que le preocupan.

Mide comprensión, apreciación, razonamiento y elección entre opciones.

No es de diseño binario («tiene capacidad» frente a «no tiene capacidad»).

Grisso T, Appelbaum PS. Professional Resource Press (Sarasota, FL) 1998. ISBN:1568870418

**¿El paciente sabe lo que quiere? Un caso de paciente informado**

Los pacientes informados y activos, es decir con criterio y deseando tomar parte en las decisiones, son un colectivo pequeño con tendencia a crecer. Lo cual es deseable, ya que esperan del profesional una fundamentación científica y actualizada de sus decisiones, y ello puede actuar como acicate

para la formación continuada. Éste es asmático desde hace dos años, pero no termina de aceptar su enfermedad como crónica. Tras la última crisis, le solicita al médico de familia una tomografía. Ante la disyuntiva de respetar la autonomía del paciente, solicitando una prueba no necesaria para confirmar el diagnóstico, o negarse a pedirla, indicando al paciente que no procede, el médico opta por una tercera vía, y comenta con el interesado algunos argumentos de medicina basada en las pruebas. Le informa de que, entre otros, el daño por la exposición a la radiación emitida en una tomografía pulmonar es similar al de la exposición al humo de 700 cigarrillos<sup>14</sup>.

### **Discusión**

Estas diferentes situaciones clínicas sirven para aproximarse al concepto de toma de decisiones compartidas con el paciente desde la práctica cotidiana. Implicar al paciente en el proceso de elección de procedimientos establece un estilo de relación clínica en el que éste y el profesional se sienten reconocidos. Por una parte el paciente, ya que pasa de ser tratado como un «objeto» a ser «protagonista»

capaz de tomar decisiones autónomas. Por otra el profesional, que se descubre no sólo médico de cuerpos, sino también sanador de miedos e incertidumbres. La decisión compartida sólo es posible desde una relación de confianza, a diferencia de la relación de dominación en la que el paciente no opina porque «el poder» está en manos del experto.

Hay que señalar que la recomendación de compartir decisiones no debe convertirse en una imposición. El paciente debe tener la última palabra. Sin embargo, se dan casos de pacientes que eligen delegar cualquier decisión en algún familiar, o exclusivamente en el médico.

Los usuarios del sistema de salud actualmente pueden obtener información de fuentes ajenas a la consulta. Ya existen sitios web con información de calidad (tabla 3). Los enfermos informados y activos constituyen un buen estímulo para que el profesional mantenga, junto con experiencia práctica, conocimientos actualizados<sup>15</sup>. La toma compartida de decisiones aumenta la probabilidad de que la elección tomada contemple los valores del paciente<sup>16</sup>, aunque no existen estudios que midan la calidad de la decisión tomada o los resultados a largo plazo.

### **Conclusión**

El manejo prudente de la toma de decisiones compartida con el paciente durante la entrevista clínica marca un estilo de relación que facilita el reconocimiento recíproco entre éste y el profesional, antagónico a las relaciones de poder en las que uno u otro pueden sufrir manipulación (fig. 1). También evita el deseo de luchar por el reconocimiento, lo cual repercute en una relación de mayor confianza entre el paciente y el médico. Además, practicar el reconocimiento mutuo, permite afrontar de manera éticamente adecuada

los nuevos conflictos de valores que pueden plantearse en la consulta como consecuencia de atender a enfermos de diversos entornos culturales.

**Tabla 3 Sitios web para recomendar a nuestros pacientes**

**Salupedia**

<http://www.salupedia.org/>(consultado 12-/6/2010) Información sobre salud para ciudadanos y profesionales.

*Health On the Net Foundation* (HON) <http://www.hon.ch/home1.html><http://www.hon.ch/home1.html> (consultado 12/6/2010)

La Fundación HON promueve y guía desde 1995 la publicación en internet de información útil y fiable sobre salud, así como su uso eficiente y apropiado. Es una ONG no lucrativa, acreditada por el consejo económico y social de las Naciones Unidas.

*Patient Decision Aids*

<http://decisionaid.ohri.ca/decaids.html> (consultado 12/6/2010)  
Desarrollado en Ottawa.

*Patient Inform*

<http://www.patientinform.com/>(consultado 12/6/2010)

Proyecto en el que colaboran organizaciones de salud, editores de revistas, profesionales de la medicina y de la información, con el objetivo de facilitar a los pacientes un buen uso de la información contenida en internet.

*Center for Shared Decisión Making*

[http://www.dhmc.org/shared\\_decision\\_making.cfm](http://www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm)[http://www.dhmc.org/shared\\_decision\\_making.cfm](http://www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm) (consultado 12/6/2010)

Centro de *New Hampshire* con actividad asistencial y académica, conocido internacionalmente.

*Informed Medical Decisions*

<http://www.informedmedicaldecisions.org/>(consultado 12/6/2010)

Organización sin ánimo de lucro para promover decisiones en el ámbito de la salud con la participación de pacientes informados.

*Health Dialog*

<http://www.healthdialog.com/Main/default> (consultado 12/6/2010)

Proveedor de cuidados de salud y ayuda en la toma de decisiones.

*UNC Working Group on Risk, Communication, and Health Care Decision-Making*

<http://www.shareddecisionmaking.org/Site/Welcome.html> (consultado 12/6/2010)

Apoyo a la toma de decisiones compartida en los centros de salud.

Tu centro de salud

[http://www.semfy.com/es/home/centro\\_salud/](http://www.semfy.com/es/home/centro_salud/) (consultado 12/6/2010)

Página de la web de SemFYC que contiene información para pacientes, consejos de salud y enlaces recomendados.

Guía para la toma de decisiones compartidas con el médico

[http://www.semfy.com/pfw\\_files/cma/biblioteca/Guia\\_para\\_pacientes/Documentos/Tomando\\_decision](http://www.semfy.com/pfw_files/cma/biblioteca/Guia_para_pacientes/Documentos/Tomando_decision) (consultado 12/6/2010)

Guía para ayudar a los pacientes en el balance de riesgos y beneficios ante una decisión difícil.

*Agency for Healthcare Research and Quality*

US Department of Health & Human Services <http://www.ahrq.gov/consumer/> (consultado 12/6/2010)

Materiales de información para mejorar los autocuidados y facilitar la toma de decisiones de los pacientes.

Foro español de pacientes

<http://www.webpacientes.org/fep/>(consultado 12/6/2010)

Constituido en el año 2004 con el objetivo de promover la adecuada representación del conjunto de asociaciones de pacientes españoles. Inscrito en el Registro Nacional de Asociaciones con el número 584449.

Web pacientes

<http://www.webpacientes.org/2005/> (consultado 12/6/2010)

Proyecto desarrollado conjuntamente por la Fundació Biblioteca Josep Laporte y MSD para la difusión e investigación de lo relativo a derechos de los pacientes, con el objetivo de servir de apoyo a la relación clínica (en ningún caso pretende sustituirla).

Figura 1. Marco ético de la toma de decisiones compartida en la relación clínica



### Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación «El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural». Ministerio de Ciencia e Innovación (Referencia del proyecto FFI2008-06133/FISO).

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Ley 41/2002, del 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 15 noviembre 2002, núm. 274 [pág. 40126] [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
2. Lolás Stepke (Ed). Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos. OPS, OMS 2000 [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/BIO/cuidado.pdf>
3. Brazier M. Patient autonomy and consent to treatment: the role of the law? *Legal Studies*. 2006; 7:169---93.
4. Costa-Alcaraz AM, Almendro-Padilla C. Principios de Bioética: Autonomía [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/autonomia.asp>
5. AMA. Code of Medical Ethics [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physicianresources/medical-ethics/code-medical-ethics.shtml>
6. Costa-Alcaraz AM, Almendro-Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria*. 2008; 40:97-89 [consultado 17/11/2020]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/revistas/ctl/servlet?f=7264&articuloid=13116157&revistaid=27>
7. Rakel DP, Hoelt TJ, Barret BP, Chewning BA, Craig BM, Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med*. 2009; 41:494-501 [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2009/July/David494.pdf>
8. Honneth A. Reificación. Buenos Aires: Editorial Katz; 2007.
9. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento. Madrid: Editorial Trotta; 2005.
10. Cortina A. Ética de la razón cordial. Oviedo: Editorial Nobel; 2007.
11. Real Academia Española, Diccionario de la lengua española [en línea], 22a edición, 2001 [consultado 15/10/2010]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>
12. Stein E. On the problem of empathy. Madrid: Editorial Trotta; 2004.
13. Costa-Alcaraz AM, Siurana-Aparisi JC. Paciente inmigrante que requiere asistencia para una tercera persona. *Justicia en la utilización de los servicios de salud*. FMC. 2007; 14:148-50.
14. Picano E. Sustainability of medical imaging. *BMJ*. 2004; 328:578-80.
15. The Future Patient Conference. What Patients Want. Brussels. 2002 [consultado: 15/10/2010]. Disponible en: <http://www.webpacientes.org/docs/AT004.pdf>
16. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; :CD001431.