

## Conocimiento y actitudes del médico familiar mexicano respecto al Método Clínico Centrado en el Paciente y el Estudio de la Salud Familiar.

Knowledge and Attitudes of a Group of Mexican Family Physicians Regarding the *Patient-Centered Clinical Method* and the *Family Health Study*

Ismael Ramírez Villaseñor\*, Javier E. García De Alba García,\*\* Arnulfo Irigoyen Coria.\*\*\*

\*Family Physician, Master in Pharmacology. Profesor de Medicina Familiar y Farmacología Aplicada, Escuela de Medicina y Salud, Tecnológico de Monterrey, Campus, Guadalajara, México. \*\*Dr. en Antropología, Unidad de Investigación Social Epidemiología y Servicios de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. Guadalajara, México. \*\*\* Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM.

Recibido: 24-02-2017 Aceptado: 27-09-2017

Correspondencia: Ismael Ramírez Villaseñor. Correo electrónico: ismaelravi@gmail.com

### Resumen

**Objetivo:** Determinar en un grupo de médicos familiares de Guadalajara, México su opinión acerca del Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) y el Estudio de Salud Familiar (ESF). **Métodos:** Se realizó una encuesta a 80 médicos familiares y residentes de medicina familiar. La muestra fue no aleatoria. Los datos se analizaron mediante frecuencias,  $\chi^2$ , y regresión lineal. **Resultados:** 77.5% de los encuestados conocían el ESF, y 40% conocían el MCCP. La diferencia fue estadísticamente significativa. Las opiniones favorables fueron 54.8% para el ESF y 90.3% para el MCCP. Las opiniones adversas fueron 3.3% para el MCCP y 38.7% para el ESF. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** El ESF es más conocido que el MCCP; pero las opiniones favorecen al MCCP.

**Palabras clave:** Método clínico, medicina centrada en el paciente, Medicina Familiar, Educación médica.

### Abstract

**Objective:** To determine in a group of family physicians in Guadalajara, Mexico, their opinion about the Patient-Centered Clinical Method (PCCM) and the Family Health Study (FSH). **Methods:** A survey of 80 family physicians and family medicine residents was conducted. The sample was non-random. The data were analyzed using frequencies,  $\chi^2$ , and linear regression. **Results:** 77.5% of the respondents knew the FHS, and 40% knew the PCCM. The difference was statistically significant. The favorable opinions were 54.8% for the FHS and 90.3% for the PCCM. Adverse opinions were 3.3% for the PCCM and 38.7% for the FSH. The differences were statistically significant. **Conclusions:** The FSH is better known than the PCCM; but opinions favor the PCCM.

**Keywords:** Clinical Method, Patient Centered Medicine, Family Medicine, Medical Education.

### Introducción

¿Qué son el Estudio de la Salud Familiar (ESF)<sup>1</sup> y el Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP)? En México el término Estudio Integral de la Familia (EIF) se usa como sinónimo de ESF, y es materia esencial en la formación de los residentes de medicina familiar desde 1980.<sup>3-5</sup> Secciones del ESF se han incorporado al -

Estudio Médico de la Familia que se encuentra en Programa Académico de la Especialidad en Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).<sup>3,6</sup> El ESF es una exhaustiva colección de datos que indaga los dominios biopsicosociales, incluye seis apartados: Estructura familiar, tipología familiar, ciclo de vida familiar, funciones familiares básicas, interacción familiar y ámbito social; cada uno de ellos con un amplio listado de componentes. El tiempo necesario para completar sus seis componentes es largo; tan solo el genograma que cubre características sociodemográficas de la familia, requiere en promedio 20 minutos.

El genograma es considerado requisito para clasificar a las familias, es recomendado como actividad rutinaria en las Unidades de Medicina Familiar, considerándolo fuente “*natural*” de información sensible de las familias.<sup>7</sup> Se considera indispensable la “medición objetiva” de la funcionalidad familiar, mediante instrumentos validados.<sup>8,9</sup>

El Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) es producto de 30 años de investigación de la relación médico-paciente, en la práctica real de medicina familiar. Desde mediados de la década de 1990 este método es enseñado en las Residencias de Medicina Familiar (RMF) de gran parte del mundo desarrollado. Se cuenta con investigación cualitativa y cuantitativa acerca de su impacto en variables de salud centradas en la persona, satisfacción de pacientes y médicos, reducción de auxiliares diagnósticos entre otros.<sup>2</sup>

El MCCP se compone de 4 elementos: Comprender la experiencia del enfermo con su padecimiento al mismo tiempo que se efectúa el diagnóstico biomédico; comprender a la persona, es decir, su narrativa de vida, su contexto proximal (familia) y distal (comunidad); La búsqueda de llegar a un terreno común con el paciente respecto al diagnóstico y el plan de tratamiento; Fortalecer la relación médico-paciente, en la revisión 2014 del MCCP, se decidió integrar la prevención y promoción de la salud, dentro del primer componente, y el principio de ser realista con tiempo y recursos, dejó de considerarse un elemento en sí y se integró en los 4 componentes.<sup>10</sup> No existe obligación de cumplir todas las etapas en cada encuentro; la duración de las consultas con el MCCP no es significativamente mayor. Los principios del MCCP se remontan a la Escuela Griega de Cos que se interesaba en las particularidades de cada paciente. Michael Balint fue el primero en usar el término *medicina centrada en la persona*, pero no ofrecía un método clínico. El MCCP vuelve práctica la teoría biopsicosocial de George Engel y reforma el método clínico heredado de mediados de 1850.<sup>11</sup> Entre quienes avalan el MCCP está el Royal College of General Practitioners.<sup>12</sup>

El objetivo general de este trabajo fue averiguar el grado de conocimiento del MCCP entre los médicos de la ciudad de Guadalajara, México, cuáles eran sus opiniones al respecto, y comparar las mismas variables respecto al ESF. Como objetivo secundario, buscamos averiguar si existía alguna asociación entre el conocimiento de ambos métodos y las opiniones y haber cursado o estar cursando la residencia de medicina familiar.

## Métodos

Se aplicó una encuesta de nueve ítems, a una muestra no probabilística de médicos familiares, médicos generales, y directores de Unidades de Medicina Familiar UMF, médicos familiares/generales en urgencias de UMF, (N=61) y 19 residentes de MF (total 80 participantes), todos los participantes residían en la ciudad de Guadalajara, México. Las encuestas se hicieron en los alrededores de las UMF del Sistema de Salud durante los meses de octubre a diciembre de 2009. Una sola persona realizó todas las encuestas. La ponderación de las preguntas abiertas (opiniones) las hizo una persona no relacionada con la investigación cuya opinión fue definitiva en la clasificación de los casos dudosos.

Las preguntas fueron: *¿Conoce el Método Clínico Centrado en el Paciente y sus diferencias con el método clínico biomédico tradicional? Si su respuesta era positiva, ¿Qué opinión tiene sobre él? ¿Conoce el instrumento: Estudio de la Salud Familiar? Si su respuesta era positiva ¿Qué opinión tiene sobre él?*

**Cuestiones legales y éticas.** Se utilizó consentimiento informado verbal debido a que se cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para La Salud, Artículo 17, inciso I (investigaciones con riesgo menor del mínimo) y sin identificación del participante. El Art. 23, exime de la necesidad de consentimiento informado.<sup>13</sup> Cada encuesta tenía impreso en el reverso el marco legal aplicable. **Variables medidas.** Declarar que conoce el MCCP y/o el ESF, opinión sobre ambos; haber cursado la especialidad de medicina familiar, edad, género y el puesto de trabajo. **Análisis estadístico.** Se obtuvieron porcentajes, regresión lineal y prueba de  $\chi^2$ . Se usó el programa EPI-INFO 2000. Los criterios de validez estadística fueron los convencionales  $P \leq 0.05$ .

## Resultados

77.5% de los participantes conocían el ESF y 40% conocían el MCCP la  $\chi^2$  de las diferencias fue significativa.  $P < 0.001$ . Por puesto de trabajo, solo hubo diferencia estadística en el subgrupo de residentes, casi 90% conocían el ESF, y solamente 10% conocían el MCCP,  $p = 0.0001$  (Ver Tablas 1 y 2).

**Tabla 1. Conocimiento respecto al ESF y el MC**

	ESF N(%)	MCCP N(%)
Si lo conocen	62(77.5)	32(40)
No lo conocen	17(21.3)	47(58.8)
Sin respuesta	1(1.3)	1(1.3)
	N=80(100)	80(100)

Las diferencias entre quienes conocían y el ESF y el MCCP fueron estadísticamente significativas, con  $\chi^2$  de 23.64, con  $P = 0.001$  y OR= 5.36 (IC 95% 2.52-11.50).

**Tabla 2. Conocimiento del ESF y el MCCP según puesto de trabajo.**

	ESF N(%)	MCCP N(%)
MF en consulta	24(66.7)	15(41.7)
Directivos	12(92.3)	9(69.2)
Educadores	4(100)	2(50)
MF urgencias	3(60)	3(60)
Residentes	17(89.5)	2(10.5)*

Entre los residentes, 89.5% conocían el ESF y solamente 10.5% conocían el MCCP. En la columna de ESF faltan 2 participantes que si lo conocían, pero no especificaron puesto de trabajo. La  $\chi^2$  agrupada no es significativa  $P = 0.16$ .

## Opiniones sobre el ESF y el MCCP

¿Cuáles fueron las opiniones sobre el ESF y el MCCP?

Sobre el ESF opinaron favorablemente 54.8% de quienes dijeron conocerlo; las opiniones neutras fueron 6.5%, las opiniones paradójicas 22.6%, las desfavorables 11.3%, y las ambiguas 4.8%. Con relación al Sobre el MCCP opinaron favorablemente 90.3% de quienes dijeron conocerlo, 6.5% tuvieron opinión neutra, no hubo opiniones desfavorables ni paradójicas, 3.3% expresaron opinión ambigua. El análisis agrupando en una sola categoría las opiniones paradójicas, desfavorables y ambiguas del EFS y MCCP, mostró  $\chi^2= 13.58$  con  $P= 0.001$  notoriamente significativa.

### ¿Cómo se hizo la clasificación de las opiniones acerca del ESF y el MCCP?

Las opiniones fueron leídas una por una partiendo de la idea inicial de clasificarlas en “claramente favorables”, “claramente desfavorables” y neutras. Conforme se revisaban, se fueron encontrando opiniones que no podían ser ubicadas en ninguna de las tres categorías. El diálogo con una persona ajena al objetivo de investigación permitió llegar al acuerdo de agregar dos rubros adicionales de clasificación de opiniones, ambiguas y paradójicas.

#### Ejemplos de opiniones acerca del ESF:

**Favorables:** “Es una adecuada organización e instrumento para evaluar la dinámica familiar (# 69)” “Excelente” (# 20). “Favorable y muy útil” (# 40)

**Neutras:** “no recuerdo” (#21 a pesar de haber dicho que si lo conocía).

**Paradójicas:** “un instrumento muy útil teóricamente, pero poco práctico” (# 48), “Bueno, lástima que no se lleve a cabo cotidianamente” (#33). “A nivel formativo tiene una gran connotación, pero en área operativa no se emplea, muchos médicos familiares pasados los años desconocen cómo se realiza y para qué sirve.” (#28).

**Desfavorables:** “Es interesante en casos especiales, pero inútil en la práctica de la medicina familiar por el número de ítems” (# 59) “demasiado extenso. (# 34). Es tan extenso que no es aplicable en la consulta (# 31). “no es práctico” (#17).

**Ambiguas:** “no se usa” (# 62)

#### Ejemplos de opiniones acerca del MCCP:

**Favorables:** “Mejora la perspectiva del padecimiento al tener un diagnóstico integrado” (# 2)” “Cambió la manera en que imparto mi consulta, se ve al paciente como el centro del universo” (# 5). “Es impresionante como hay diferencias en la visualización de la patología del paciente desde uno u otro punto de vista” (# 58). “Es mejor ya que responde a las necesidades del paciente” (#19); “Es el ideal para manejar pacientes en primer nivel” (# 59)

**Neutras:** “no lo conozco en su totalidad, no se su abordaje” (#28).

**Paradójicas:** Ninguna.

**Desfavorables:** Ninguna.

**Ambiguas:** “es similar a todos los programas” (# 34) (Confundiendo el MCCP con un programa de salud).

Los participantes fueron: mujeres 48.8%, 47.5% hombres, 3.8% no especificaron su género. La edad promedio fue 39.4 años, con DS 11.1; la mediana 38.0 años, con rango de 24 a 60 años. 68.8% de los participantes cursaron o estaban cursando la residencia de medicina familiar en diversas modalidades que el estudio no indagó. La mediana del año de egreso de la RMF fue 2005, con rango de 1979 a 2009. Media del año de egreso fue 1999 con DS 10.2 años de antigüedad.

### Discusión

¿Qué nos dicen los resultados? El ESF fue más conocido entre los participantes que el MCCP (77.5% Vs. 40%). La regresión lineal mostró asociación clara entre haber cursado la residencia de medicina familiar y conocer el ESF ( $P < 0.001$ ). Pero no hubo asociación entre cursar la residencia de MF y conocer el MCCP ( $P =$

0.121 NS). Esto podría significar que en Guadalajara estaríamos lejos de la propuesta reforma de la educación médica y la integración de pregrado y postgrado, donde las competencias de los estudiantes incluyen un enfoque centrado en la persona.<sup>14-17</sup> Además, que no estaríamos formando adecuadamente a los médicos para enfrentar su trabajo diario. Especialmente cuando hay pruebas de que el MCCP mejora la satisfacción del paciente, reduce las demandas legales, y abate el uso de pruebas de diagnóstico hasta 6 veces cuando se logra llegar a un terreno común; lo que tiene gran impacto en los sistemas de salud.<sup>11</sup>

### Diferencias de opinión entre ESF y MCCP

Las diferencias de opiniones entre quienes conocen el ESF y MCCP fueron estadísticamente significativas ( $P=0.001$ ) el ESF acumuló 38.7% de respuestas paradójicas, desfavorables o ambiguas mientras este grupo de opiniones representó 3.3% en el caso del MCCP. La queja predominante respecto al ESF es su poca aplicación práctica, lo que equivaldría a negarle *efectividad*, si hacemos un paralelismo entre los conceptos de eficacia y efectividad que se aplican a los recursos terapéuticos, diagnósticos y ensayos clínicos.<sup>18</sup> El ESF es tan largo, que un instrumento para evaluar la aptitud de residentes de MF en su aplicación del ESF, requirió de 92 ítems.<sup>1</sup> Se sabe que los instrumentos de 42 ítems son abrumadores para los pacientes que acuden a consulta.<sup>19</sup>

### ¿El foco de atención es la persona o la familia?

Enseñar “un diagnóstico de la salud de toda la familia” recuerda el debate de la década de 1980- acerca de sí “*La unidad de atención*” en nuestra disciplina, era la persona o la familia.<sup>20</sup> McDaniels, consideró erróneo el planteamiento, ya que el foco de atención del médico familiar es *el individuo en el contexto de su familia*.<sup>21</sup>

El clínico hábil, ajusta constantemente su foco de atención –como el fotógrafo experto que nos muestra panorámicas o detallados acercamientos.<sup>22</sup> El médico familiar hace lo mismo porque la atención a tiempo indefinido de sus pacientes le permite variar el “zoom” de su enfoque... esta habilidad se enseña en el Método Clínico Centrado en el Paciente.<sup>23</sup>

### El objetivo sanador del MF/MG

El ESF al concentrarse en coleccionar un amplio conjunto de datos, podría descuidarse el cultivo de la relación médico-paciente con poder sanador, característica que define a la medicina familiar.<sup>24,27</sup> Dejar de lado la centralidad de la relación médico-paciente sería un contrasentido cuando es claro el papel bidireccional del intercambio emocional en la relación médico-paciente, dice Adler:

“Las Emociones estresantes como el miedo o el duelo impulsan a los pacientes a buscar al médico, y su relación con el influye la salud de ambos en sentido de mejoría o de empeoramiento.”<sup>28</sup>

Para hacer su compleja labor, las habilidades del médico familiar/general necesitan de autorreflexión y el conocimiento de sí mismo, así como de cualidades para interpretar historias de vida de nuestros pacientes.<sup>29-34</sup> Estas competencias requieren formación metódica en áreas diversas de la personalidad y emoción que están comprendidas en el MCCP, pero ausentes en el ESF. Reflexionar sobre las emociones ayuda al médico a hacer un puente entre sus propias emociones y su conducta.

¿Porqué es tan importante educar en las emociones del propio médico? Porqué los médicos pueden aprender las técnicas de entrevista clínica, pero sin comprender lo que significa ser verdaderamente atento y responder adecuadamente.

“Los educadores han enfatizado la necesidad de ir más allá de enseñar destrezas de comunicación, hasta comprender como convertirse en un socio con la actitud y respuestas adecuadas para el paciente cuando se plantea cual es el problema clínico y las opciones de tratamiento. Ser verdaderamente centrado en el paciente se ejemplifica poniendo las percepciones del paciente en primer lugar.”<sup>11</sup>

William Osler, decía que lo fundamental no es lo que el médico hace, sino lo que el *paciente percibe* que el médico hizo.<sup>35</sup>

### ¿Es el ESF lo mismo para todos?

Bajo el nombre *Estudio de la Salud Familiar*, subyace un diferente concepto al usado en México. Para autores cubanos, ESF significa una amplia labor de psicólogos sociales y otros especialistas, quiénes con métodos sociológicos, hacen un diagnóstico situacional de las familias de una área o comunidad geográfica con el fin de proveer información al equipo de salud para programar sus estrategias de prevención y manejo de problemas de salud en su comunidad, en conjunto con padres de familia, profesores de escuela y organizaciones de gobierno.<sup>36</sup> Esta información epidemiológica del contexto comunitario, le es de sumo valor al médico familiar, si lo suma al conocimiento de las particularidades del paciente específico.

### Limitaciones del estudio

Nuestro estudio no usó una muestra probabilística y por tanto no podemos afirmar que los resultados apliquen a otras ciudades o regiones de México. Se requiere una muestra más amplia y sistemática.

### ¿Por qué publicar una encuesta de 2009 en 2017?

El reconocimiento de que la medicina basada en evidencia (MBE) tiene anomalías persistentes (p. Ej: 50% de los médicos no siguen las Guías de la Práctica Clínica, y 60% de los pacientes no siguen las indicaciones de sus médicos) y que esto se debe que los ensayos clínicos controlados y aleatorizados- base de la MBE- dejan fuera emociones, sentimientos y preferencias de pacientes y médicos, a pesar de su innegable participación en la toma de decisiones clínicas.<sup>37</sup> Esta carencia constitutiva de la MBE, habla de la necesidad de un método clínico que integre los aspectos subjetivos de cada persona en un balance con la información de los estudios poblacionales. Ya existen universidades que se han comprometido con la medicina centrada en la persona.<sup>38</sup> Los autores, creemos que los resultados de nuestra encuesta pueden ser elementos a considerar por parte de las escuelas de medicina mexicanas.

### Conclusiones

El Estudio de la Salud Familiar es más conocido que el Método Clínico Centrado en Paciente; conocer el ESF estuvo asociado con haber cursado o estar cursando la residencia de medicina familiar. El MCCP no se asoció con cursar la RMF. Las opiniones sobre los métodos encuestados favorecen ampliamente al MCCP, con significación estadística en nuestra encuesta. El ESF acumuló 38.7% de opiniones, desfavorables, frente a 3.3% de ese tipo de opiniones para el MCCP. No hubo diferencia por género. El contexto educativo mundial vuelve oportunos los datos de este trabajo.

### Agradecimientos

A Irma A. Reyes por su apoyo en la clasificación de las opiniones de los encuestados.

**Conflictos de interés:** Ninguno de los autores está ligado a intereses económicos o de otro orden relacionado con el tema tratado.

## Referencias

1. Dorado-Gaspar MP, Loria-Castellanos J, Guerrero-Martínez MB. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006;8(3):169-174.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney R, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 2ª Ed. Abingdon U.K. Radcliffe Med Press. 2003.
3. Consenso Académico. Conceptos básicos para el estudio de familias. *Arch Med Fam*. 2005;7(supl 1):S15-S19.
4. Gómez-Clavelina FJ. ¿Por qué elaborar estudios de la salud familiar? *Arch Med Fam* 2000;2(1):3.
5. Irigoyen AC, Morales H. Análisis estructural de 306 estudios de la salud familiar. *Arch Med Fam*. 2002;4(1):22-26.
6. Facultad de Medicina UNAM. Plan único de Especialización en Medicina Familiar. Pp. 34. Disponible en: <http://www.fmposgrado.unam.mx/programas/medfamiliar.pdf>
7. Navarro-García A, Ponce-Rosas R, Monroy-Caballero C, Trujillo-Benavides E, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina F. Estrategias para elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004;6(3):78-83.
8. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria AE, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):45-57
9. Atención Familiar. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Consultado el 5 Feb 2010. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html>
10. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 4th Ed. London U.K. Radcliffe Med Press. 2014
11. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, et al. The impact of patient-centered care outcomes. *J Fam Prac* 2000;49:796-804
12. Being a General Practitioner. Curriculum for Speciality Training for General Practice. The Core Statement. Royal College of General Practitioners. London. UK. 2007.
13. Secretaría de Salud, Gobierno de México, Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rigsmis.html> Consultado el 8 de octubre de 2009.
14. Sheets KJ, Quirk ME, Davis AK. The family Medicine Curriculum Resource Project. Implications for faculty development. *Fam Med* 2007;39(1):50-2.
15. Stearns JA, Stearns MA, Davis AK, Chessman AW. The Family Medicine Curriculum Resource Project Structural Framework. *Fam Med* 2007;39(1):31-7.
16. Stearns JA, Stearns MA, Paulman PM, Davis AK, Sherwood RA et al. Family medicine curriculum project: The future. *Fam Med* 2007;39(1):53-6.
17. Martin JC, Avant RF, Bowman MA. Del Future Of Family Medicine Project Leadership Committee. Future Of Family Medicine: A collaborative Project of the Family Medicine Community. *Ann Fam Med*. 2004;S3-S32.
18. Jadad AR. Types of randomised controlled trials. En *Randomised Controlled Trials*. 1ª Ed. Reimp. 2000. Plymouth. GB. BMJ Books;1998;13-14.
19. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. A literature review. *Arch Fam Med*. 2000;9:1148-1155.
20. Medalie JH, Cole-Kelly K. The clinical importance of defining family. *Am Fam Physician* 2002;65(7)Edit:1277-1279.
21. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care. Second Edit. Springer, New York. 2005:9-10.
22. Ramírez-Villaseñor I. La Familia Con Padecimientos Agudos Cap. 14. En: Carro RA, Aguilar VC, Peña MCG, Álvarez ONP. Medicina Familiar. Corporativo Intermédica. México D.F. 2008:356-381. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/319205844\\_La\\_familia\\_con\\_problemas\\_agudos](https://www.researchgate.net/publication/319205844_La_familia_con_problemas_agudos)
23. Freeman TR, Belle-Brown J. The second component: Understanding the whole person, Section2: context. En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney R, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 2ª Ed. Abingdon U.K. Radcliffe Med Press. 2003:71-82.
24. Geyman JP. Drawing on the legacy of general practice to build the future of family medicine. *Fam Med* 2004;36(9):631-8.

25. McWhinney IR. The importance of being different. *British Journal of General Practice BJGP* 1996;46:433-36.
26. McWhinney IR. Being a general practitioner: What it means. *European J General Practice* 2000;6:135-139.
27. Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: Scope, role, and function. *Fam Med* 2001;33(4):273-7.
28. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med* 2002;17:883-890.
29. Smith M, Anandarajah G. Mutiny on Balint: Balancing resident development needs with the Balint process. *Fam Med* 2007;39(7):495-7.
30. Adler HM. The history of the present illness as treatment: who's listening and why does it matter? *J Am Board Fam Pract* 1997;10(1) 28-35.
31. Charon R. Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286:1897-1902.
32. Jones AH. Narrative in medical ethics. *BMJ* 1999;318:253-256
33. Greenhalg T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ* 1999;318:48-50.
34. Greenhalg T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999;318:323-325.
35. Blasco PG. A Medicina de Família: um Caminho para Humanizar a Medicina Revista Notandum- 2002;(V)9:51-60. Disponible En:<http://www.hottopos.com/notand9/pablo.htm>
36. Ortiz GMT, Bernal IL, Cangas LJ, Ayzaguer LCS. Métodos de investigación diversos en el estudio de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(2):151-5.
37. Reach G. Simplistic and complex thought in medicine: the rationale for a person-centered care model as a medical revolution. *Patient Preference and Adherence* 2016;10 449-457. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S103007>
38. Miles, A. (2013). Science, humanism, judgement, ethics: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Folia Medica*, 55(1), 5-24.