

---

## **Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria**

### ***Communication skills and the utilisation of primary care consultations***

---

**J.A. Bellón**

---

#### **RESUMEN**

La hiperutilización de las consultas de atención primaria es una preocupación de primer orden para los médicos de familia y los gestores de los servicios. La mejora en las habilidades de comunicación por parte de los profesionales de atención primaria se relaciona con unos mejores resultados de salud física, mental, funcional y subjetiva; aumenta la satisfacción de los profesionales y usuarios, la adherencia a los tratamientos y la eficiencia clínica (menor número de pruebas complementarias y derivaciones) y también podría reducir la hiperutilización de las consultas de atención primaria. Se necesitan nuevos estudios que definan más claramente las relaciones entre habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria.

**Palabras clave:** Utilisation of services. Physician-patient relations. Primary Health Care.

#### **ABSTRACT**

The hyper-utilisation of primary care consultations is a concern of the first order for family doctors and the managers of the services. Improvement in communication skills by the primary care professionals is related to better results in physical, mental, functional and subjective health; it increases the satisfaction of professionals and users, adherence to treatments, and clinical efficiency (lower number of complementary tests and derivations) and could also reduce the hyper-utilisation of primary care consultations. New studies are needed that more clearly define the relationship between communication skills and the use of primary care consultations.

**Key words:** Utilisation of services. Physician-patient relations. Primary Health Care.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 7-14.

---

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud.

**Correspondencia:**  
Juan Ángel Bellón Saameño  
Centro de Salud El Palo  
C/ Salvador Allende, 159  
29018 Málaga  
E-mail: jbellon@samfyc.es

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de los médicos de familia de nuestro país consideran que tienen un exceso de presión asistencial<sup>1</sup>, siendo éste uno de los problemas que más ansiedad laboral les provoca<sup>2</sup>. Incluso en los últimos años, esta preocupación ha saltado a los medios de comunicación bajo una campaña denominada "los 1.500 pacientes por médico y los 10 minutos por paciente"<sup>3</sup>. Estas reivindicaciones de los colectivos médicos de atención primaria, lejos de ser un subproducto de la lucha ideológica o corporativa, se fundamenta en las pruebas de orden científico que relacionan el exceso de presión asistencial con la mala calidad de la atención<sup>4,5</sup>.

Por otra parte, en los últimos años y a nivel nacional e internacional, se está produciendo un gran incremento de la producción científica sobre la comunicación entre pacientes y médicos<sup>6</sup>. La comunicación eficaz médico-paciente también se relaciona positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y médicos, y los resultados de salud<sup>7,8</sup>. Por tanto, la disminución de la utilización de los servicios de atención primaria y la adecuada relación médico-paciente comparten, el ser ambos, factores predictores de la calidad de la atención. Sin embargo, ¿qué tipo de relación existe entre utilización y comunicación médico-paciente?, ¿se influyen entre sí o son sucesos independientes?, si estuvieran relacionados ¿cuál es causa y cuál consecuencia? Este artículo trata de dar respuesta a estas preguntas.

## LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE Y LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Los factores que influyen sobre la utilización se pueden clasificar en factores del usuario, del profesional y de la organización. Los factores del usuario explicarían aproximadamente un 50% de la variabilidad de la utilización<sup>9</sup> y los factores del profesional y la organización explicarían otro 50%<sup>10</sup>.

La relación médico-paciente sería un factor explicativo de la utilización, fundamentalmente, de la interfase usuario-profesional. Para tratar de entender esto, veamos el ejemplo de la "relación médico-

paciente dependiente": una relación de tipo "dependiente" podría ocurrir porque se trate de un médico generador de dependencia (protector, paternalista, etc.) o bien porque el paciente posee rasgos dependientes de personalidad, o por ambas cosas, o porque la interacción entre ese médico y ese paciente, en un determinado entorno y circunstancia, favorece ese tipo de relación. El médico generador de dependencia suele pensar que su consulta está muy utilizada porque es un profesional excelente y sus pacientes necesitan mucho de él. Es raro que este tipo de profesional se plantee que sus pacientes van mucho a la consulta porque él tiene dificultades para resolver eficientemente los problemas de salud de sus pacientes. Al fin y al cabo se trata de un mecanismo de defensa para salvar la autoestima profesional, que en algunos casos ya estaría deteriorada<sup>11</sup>. Esto es fácil de entender a la luz de la denominada demanda inducida por el proveedor<sup>12</sup>, por la cual algunos médicos, ante el mismo problema de salud resuelto (por ejemplo, una neumonía), emplearían muchas más visitas que otros médicos. También es cierto que algunos pacientes se sienten incapaces de afrontar su vida con cierta autonomía y mantienen "enganchados" a todo lo que hacen a familiares, amigos y profesionales de la salud. Estos son los pacientes con rasgos dependientes de personalidad, que como cabría esperar también generan un gran aumento de la utilización de las consultas<sup>13</sup>. Incluso algunos factores del entorno y la organización de los servicios de salud favorecen esta dependencia: información médico-dependiente e hipocondríaca de los medios de comunicación<sup>14</sup> o protocolos de actuación clínica poco científicos y excesivamente centrados en el control médico<sup>15</sup>.

A los médicos que tienen una mayor presión asistencial, sus pacientes les perciben una peor relación médico-paciente en cuanto a disponibilidad de resolver sus problemas, capacidad de escucha, de información, y de entender su sufrimiento<sup>3</sup>. En un reciente estudio prospectivo, se comprobó que los médicos con mejor comunicación centrada en el paciente, sus pacientes percibían una mejoría de su salud, y los médicos solicitaron menos

pruebas complementarias y derivaciones; sin embargo, la utilización de las consultas, aunque fue menor, no fue significativamente inferior<sup>16</sup>.

El mecanismo de acción por el cual se puede reducir la utilización de las consultas de atención primaria se puede resumir en tres acciones: 1) aumentar la capacidad resolutoria del profesional, 2) disminuir la percepción de necesidad y la predisposición a utilizar de los pacientes y, 3) optimizar y aumentar la eficiencia de la organización<sup>4</sup>. La mejora en las habilidades de comunicación podría actuar sobre esos tres mecanismos.

En primer lugar, la mejora en las habilidades de comunicación actuaría directamente proporcionando una mejor salud a los pacientes, disminuyendo por tanto la necesidad de utilizar (los pacientes están o se sienten más sanos) y aumentando la capacidad resolutoria de los profesionales. En los ensayos controlados de Kaplan y col<sup>17</sup> se demostraba que aspectos específicos de una buena comunicación médico-paciente (medidos con grabaciones de audio de las entrevistas) estaban estrechamente relacionados con los resultados de salud medidos objetivamente (presión arterial y HbA1c), con escalas de estado funcional (*RAND-13-items, functional status questionnaire*) y con la salud subjetiva. En pacientes con cefaleas<sup>18</sup> y con fibromialgias<sup>19</sup> también se ha relacionado una mejor comunicación médico-paciente con un superior resultado de salud.

En segundo lugar, la mejora de la comunicación médico-paciente también se ha relacionado con otras variables de proceso<sup>20</sup>: una mayor participación del paciente en las decisiones<sup>21</sup>, mayor cumplimiento de las expectativas del paciente y su satisfacción<sup>22,23</sup>, mayor satisfacción profesional<sup>24</sup> y mayor adherencia a los tratamientos<sup>25</sup>. Estas variables de proceso serían factores intermedios entre la mejor relación médico-paciente, los resultados de salud y la utilización. Si una persona participa más en la toma de decisiones del médico, cumple mejor con los tratamientos y aumenta la probabilidad de curarse-controlarse de la enfermedad que padezca. Si una persona está más satisfecha con su médico tam-

bién mejora su percepción de salud y su adherencia a los tratamientos, mientras que una peor satisfacción del médico se relaciona con una mayor utilización de sus pacientes<sup>26</sup>.

Y en tercer lugar, una buenas habilidades de comunicación se ha relacionado con una mejora en la gestión del tiempo de consulta, de tal modo que los médicos que han desarrollado aspectos tan importantes como la empatía, la exploración de creencias y expectativas de los pacientes, o la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen<sup>17,24</sup>. Incluso, aunque se consumiera más tiempo de entrevista, se trataría de una inversión de futuro; ya que, como ya hemos comentado, al mejorar la eficiencia (menos pruebas complementarias) y los resultados de salud, los pacientes tendrían menos necesidad de utilizar las consultas.

## LOS ENCUENTROS MÉDICO-PACIENTE DIFÍCILES

Los encuentros médico-paciente difíciles suponen un 10-15% de todas las consultas que realiza el médico de familia<sup>27</sup>, mientras que se eleva a un 37% de los encuentros médico-paciente cuando los pacientes son hiperutilizadores<sup>28</sup>. La asociación entre pacientes difíciles e hiperutilización está muy contrastada en la literatura<sup>29</sup>. Recientemente se ha podido demostrar de forma prospectiva que los encuentros médico-paciente difíciles producen un posterior aumento (relevante y significativo) de las visitas frente a los encuentros no difíciles<sup>30</sup>. En este mismo estudio se encontró que la variable del profesional que mejor predecía los encuentros médico-paciente difíciles fue la peor actitud de los médicos frente a los problemas psicosociales de los pacientes y, entre las variables del paciente, el padecer un trastorno ansioso-depresivo subyacente. Esto enlaza con la evidencia de que los problemas de salud mental de los pacientes son los que mejor predicen la utilización de las consultas de atención primaria<sup>31,32</sup>. Este aumento de la utilización puede estar en relación con las dificultades del médico en cubrir las expectativas

del paciente<sup>30,33</sup>, la ausencia de un abordaje psicosocial correcto<sup>34</sup> y la falta de control emocional por parte del médico<sup>35</sup>. Por otra parte, los médicos que perciben una mayor presión asistencial y tienen menos capacitación en técnicas de comunicación y abordaje psicosocial, refieren un mayor número de pacientes difíciles<sup>36</sup>.

### **HABILIDADES DE ABORDAJE PSICOSOCIAL**

La tesis que sustenta que un mejor abordaje psicosocial puede reducir la utilización se apoya fundamentalmente en los ensayos que han demostrado que el buen manejo de los pacientes con problemas psicosociales ha reducido su utilización en atención primaria<sup>37-39</sup>. Desde otra perspectiva, en un estudio se comprobó que cuando los pacientes consultaban por catarros de vía alta y subyacentemente los pacientes tenían un grado elevado de estrés y bajo apoyo social, sus médicos respondían concertando más visitas<sup>40</sup>. En otro estudio con pacientes que referían como principal síntoma de consulta el cansancio, se observó su relación con problemas de salud mental y su gran frecuentación; tras un seguimiento de 6 meses se comprobó que, aunque los pacientes atribuían mayoritariamente sus síntomas a causas físicas, los médicos los atribuían a causas psicológicas; sin embargo, estos no fueron capaces de convencer a sus pacientes<sup>41</sup>.

La mejora del abordaje psicosocial por los médicos de familia se ha conseguido de forma eficiente cuando se han entrenado las habilidades de comunicación<sup>42,43</sup>. El médico después de aprender las habilidades trata de aplicarlas en su consulta, se graba en vídeo y posteriormente se analiza sólo o en grupo (en ambos casos tutorizado). De este modo, consigue un listado personalizado de habilidades a mejorar que irá tratando de adquirir a través de un plan y un entrenamiento; es el denominado entrenamiento por "video-feedback". Este tipo de aprendizaje se ha mantenido en el tiempo y ha demostrado sus resultados con los pacientes<sup>43,44</sup>.

El simple hecho de saber escuchar y empatizar, en muchos casos, no es suficiente para conseguir el objetivo de redu-

cir la utilización. Por ejemplo, un paciente con un déficit de apoyo social sufre un trastorno adaptativo leve; si el profesional se muestra receptivo a la escucha activa y la empatía, se abre una puerta importante para la resolución del problema del paciente. No obstante, si el profesional no va más allá, se corre el peligro de que el paciente trate de suplir su déficit de apoyo social con el propio profesional sanitario, sustituyendo sus relaciones sociales por relaciones sanitario-paciente. La habilidad para motivar el cambio de conducta del paciente respecto de sus relaciones sociales, también es una habilidad profesional de comunicación y se puede aprender.

Algunos médicos con una actitud positiva hacia los problemas psicosociales mantienen un estilo de práctica clínica que favorece la expresión emocional de sus pacientes. Sin embargo, con cierta frecuencia esta actitud se vuelve en contra del profesional cuando no se sabe muy bien cómo el cupo se llena sesgadamente de pacientes difíciles y con problemas psicosociales; de tal modo, que se produce el efecto contrario al deseado, aumentar la utilización de su consulta. Es posible que la explicación se pueda encontrar en una excesiva psicologización atribuible al médico, la incapacidad del profesional para conseguir que el paciente encuentre recursos en la comunidad (generación de dependencia sanitaria), y la coexistencia en un mismo equipo de profesionales muy biomédicos y muy psicosociales, actuando, en este caso, el propio paciente como agente activo seleccionando al profesional en función de sus expectativas afectivas y de la consciencia de su problemática psicosocial.

### **FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN**

Uno de los mejores predictores de una buena relación médico-paciente es la continuidad del proveedor; ésta a su vez se ha relacionado con una menor probabilidad de utilización de las consultas de atención primaria, hospitalizaciones y menores costes<sup>45,46</sup>. En Estados Unidos el problema de la continuidad del proveedor en atención primaria es grave, ya que es frecuente que un paciente se encuentre adscrito a varios

médicos de atención primaria a la vez, siendo el cambio de médico bastante frecuente. En nuestro país, no es un problema de gran magnitud, pero sí habría que tener en cuenta las circunstancias de compartir cada año un residente de tercer año de medicina familiar y comunitaria, o el exceso de interinos y de diferentes sustitutos. Esto provoca cambios en la relación médico-paciente y una falta de continuidad en la atención que indefectiblemente produce un aumento de la utilización.

La duración de las entrevistas en atención primaria se relaciona estrechamente con aspectos de la comunicación médico-paciente y de forma indirecta con la utilización de las consultas. En general, el abordaje psicosocial requiere de 3 a 6 minutos más de consulta<sup>47</sup>; pero esto es relativo, ya que hay médicos que con 7 minutos de consulta pueden hacer un correcto y efectivo abordaje psicosocial; mientras que otros médicos, ante un mismo caso y con 15 minutos de consulta, no son capaces de ello. Así en Estados Unidos, donde la media de tiempo por paciente se sitúa en los 15 minutos, la proporción de contenidos psicosociales de las consultas es similar al del Reino Unido, cuya media de tiempo por paciente es de 8-9 minutos<sup>48</sup>. También se sabe que la menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática, mayor número de derivaciones, menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones, menor información por parte del médico de diagnósticos y tratamientos, menos consejos preventivos, peor satisfacción del paciente y del médico y, como cabría suponer, también un aumento de las revisiones de los pacientes<sup>49-52</sup>.

La gestión eficiente del tiempo de consulta pasa por mantener tiempos por paciente flexibles, dedicando 5 minutos al catarro sin complicaciones y 12 minutos a ese caso más complejo donde se mezcla presentaciones somáticas y circunstancias psicosociales. Los médicos con déficits en habilidades de comunicación suelen dedicar en toda circunstancia el mismo tiempo. La gestión eficiente del tiempo de consulta también pasa (además de disminuir

el tiempo burocrático) por conseguir una mayor destreza y competencia, de tal forma que se podrían obtener resultados clínicos semejantes en menor tiempo<sup>52</sup>. Esto se puede alcanzar con una mayor formación clínica, y especialmente con una mejor formación en habilidades de comunicación<sup>24</sup>.

## EL CONTRAPUNTO Y LAS FUTURAS INVESTIGACIONES

A pesar de todo lo expuesto hasta aquí, las relaciones entre la mejora de las habilidades de comunicación de los médicos de familia y la menor utilización de las consultas no están del todo claras. En algunos estudios no se han encontrado resultados significativos<sup>16,53</sup> y en otro tipo de estudios, aunque se logra la significación estadística, se pueden referir a habilidades de comunicación sobre pacientes muy concretos, por lo que no pueden generalizarse los resultados al conjunto de pacientes de un médico de familia<sup>54</sup>.

La medida de las habilidades de comunicación presenta serias dificultades metodológicas. Se puede medir de forma objetiva mediante análisis de audio o vídeo, o bien preguntando directamente al paciente después de la consulta. Así en el estudio de Stewart M y col<sup>16</sup> se midió con audio y preguntando al paciente, resultando significativa la segunda medida pero no la primera. También el hecho de medir con audio o con vídeo plantea la validez del primero al prescindir de la comunicación no verbal. Otra duda razonable permanece en la decisión de definir cuántas entrevistas por paciente son necesarias para considerar que se obtiene una buena medida global del perfil comunicacional de un profesional<sup>55</sup>.

La medida de la utilización debería tener ciertas exigencias metodológicas que no siempre se cumplen<sup>56</sup>: emplear cálculos prospectivos y de larga duración (al menos un año), registros fiables y no encuestas, y medir todos los tipos de utilización de la consulta de atención primaria y fuera de ella (hospital, urgencias, telefónica, enfermería, medicinas alternativas y privadas). Este último punto es importante en el tema que estamos tratando, ya que

los pacientes que perciben una peor relación médico-paciente pueden utilizar con más probabilidad otros servicios de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. LOAYSSA JR, INDURÁIN S, EXTREMERA V, ÁGREDA J, EXTRAMIANA E, VILCHES C. Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión. *Aten Primaria* 1997; 20: 34-40.
2. SAURA J, LEAL M, GARCÍA MM, LÓPEZ M, FERRER A, DE LA VIESCA S. Motivos de ansiedad en los profesionales de atención primaria. Comparación residentes-tutores. *Aten Prim* 1997; 20: 142-146.
3. BELLÓN JA. Los 1.500 pacientes por médico y los 10 minutos por paciente. *El Médico* 2000; 75: 12-15.
4. BELLÓN JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3: 108-129.
5. ZYZANSKI SJ, STANGE KC, LANGA D, FLOCKE SA. Trade-offs in high-volumen primary care practice. *J Fam Pract* 1998; 46: 397-402.
6. BELLÓN JA, MARTÍNEZ T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Prim* 2001; 27: 452-458.
7. EPSTEIN RM, CAMPBELL TL, COHEN-COLE SA, McWHINNEY IR, SMILKSTEIN G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993; 37: 377-388.
8. ONG LML, DE HAES CJM, HOOS AM, LAMMES FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-918.
9. ORUETA JF, LÓPEZ DE MUNAÍN J, BÁEZ K, AIARZAGUENA JM, ARANGUREN JI, PEDRERO E. Application of the ambulatory care groups of a european national health care system. Does it work? *Med Care* 1999; 37: 238-248.
10. HURLEY J, WOODWARD C, BROWN J. Changing patterns of physician services utilization in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice, and market-area characteristics. *Med Care Res Rev* 1996; 53: 179-206.
11. MCKINSTRY B. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 340-342.
12. EISENBERG JM. Physician utilization, the state of research about physician's practice patterns. *Med Care* 1985; 23: 461-483.
13. HUESTON WJ, MAINOUS III AG, SCHILLING R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract* 1996; 42: 54-60.
14. BARKSKY AJ. The paradox of Health. *N Engl J Med* 1988; 318: 414-418.
15. BELLÓN JA. Cómo reducir la utilización y no morir en el intento: (II) estrategias con el profesional y la organización. *Revista electrónica c@p: www/semfyc.es/*.
16. STEWART M, BROWN JB, DONNER A, McWHINNEY IR, OATES J, WESTON WW, JORDAN J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.
17. KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27: S110-S127.
18. Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians: a one-year prospective study. *Headache* 1986; 26: 285-294.
19. RUIZ R, MUÑOZ M, ALBA M, PÉRULA L. Effectiveness of a patient-centered approach in patient attending primary care surgeries for chronic musculoskeletal pain/fibromyalgia. IV International conference on Health & Communication. Barcelona 2000.
20. WINEFIELD HR, MURRELL TG, CLIFFORD J. Process and outcomes in general practice consultations: problems in defining high quality care. *Soc Sci Med* 1995; 41: 969-975.
21. STARFIELD B, WRAY C, HESS K, GROSS R, BIRK PS, D'LUGOFF BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Pub Health* 1981; 71: 127-131.
22. ROBBINS JA, BERTAKIS KD, HELMS LJ, AZARI R, CALLAHAN EF, CRETEN DA. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Fam Med* 1993; 25: 17-20.
23. WILLIAMS S, WEINMAN J, DALE J, NEWMAN S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995; 12: 193-201.
24. ROTER DL, STEWART M, PUTNAM SM, LIPKIN M, STILES W, INUI TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997; 277: 350-356.
25. PRADOS JA. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1992; 16: 209-216.

26. McCUE JD. The effects of stress on physician and their medical practice. *N Engl J Med* 1982; 306: 458-463.
27. SCHWENK TL, ROMANO SE. Managing the difficult physician-patient relationship. *Am Fam Physician* 1992; 46: 1503-1509.
28. LIN EH, KATON M, VON KORFF M, BUSH T, LIPSCOMB P, RUSSO J, WAGNER E. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 241-246.
29. SCHWENK TL, ROI LD, COHEN M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult' patients. *J Fam Pract* 1987; 24: 607-610.
30. JACKSON JL, KROENKE K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1069-1075.
31. BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29: 1347-1357.
32. DOWRICK CF, BELLÓN JA, GÓMEZ MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 361-365.
33. KRAVITZ RL, CALLAHAN EJ, PATERNITI D, ANTONIUS D, DURHAM M, LEWIS CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996; 125: 730-737.
34. CAPE J, BARKER C, BUSZEWICZ M, PISTRANG N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 313-318.
35. BELLÓN JA. Emotional profile of physicians interviewing to frequent attenders. IV International conference on Health & Communication. Barcelona 2000.
36. MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 293-296.
37. SMITH GR, MONSON RA, RAY DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-1413.
38. HANSSON L, NETTELBLADT P, BORGQUIST L. Patterns of care in patient utilizing both primary health care and psychiatric care in a Swedish health district. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 173-178.
39. BLAKEY R. Psychological treatment in general practice: its effect on patients and their families. *J R Coll Gen Pract* 1986; 36: 209-211.
40. FRANK S, ZYZANSKI S, ALEMAGNO S. Upper respiratory infection: stress, support, and the medical encounter. *Fam Med* 1993; 25: 225-227.
41. RIDSDALE L, EVANS A, JERRET W, MANDALIA S, OSLER K, VORA H. Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 413-416.
42. ROTER DL, HALL JA, KERN DE, BARKER LR, COLE KA, ROCA RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1877-1884.
43. GASK L. Training general practitioners to detect and manage emotional disorders. *Int Rev Psychiatry* 1992; 4: 293-300.
44. HOWE A. Detecting psychological distress. Can general practitioners improve their own performance? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 407-410.
45. LOVE MM, MAINOUS III AG, TALBERT JC, HAGER GL. Continuity of care and the physician-patient relationship. The importance of continuity for adult patients with asthma. *J Fam Pract* 2000; 49: 998-1004.
46. WEISS LJ, BLUSTEIN J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the cost and use of health care by older americans. *Am J Public Health* 1996; 86: 1742-1747.
47. ROBINSON JW, ROTER DL. Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *J Fam Pract* 1999; 48: 98-705.
48. BLUMENTHAL D, CAUSINO N, CHANG Y, CULPEPPER L, MARDER W, SAGLAM D et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *J Fam Pract* 1999; 48: 264-271.
49. ROLAND MO, BARTHOLOMEW J, COURTENAY MJF, MORRIS RW, MORRELL DC. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874-876.
50. WILSON A, McDONALD P, HAYES L, COONEY J. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 184-187.
51. WILSON A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 119-122.

J.A. Bellón

52. BELLÓN JA, MOLINA F, PANADERO A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Prim* 1995; 15: 439-444.
53. JOOS SK, HICKAM DH, GORDON GH, BAKER LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 187-188.
54. CLARK NM, GONG M, SHORK MA, KACIROTI N, EVANS D, ROLOFF D et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *Eur Respir J* 2000; 16: 15-21.
55. RUIZ R, PRADOS JA, ALBA M, BELLÓN JA, PÉRULA L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GHATA-RES. *Aten Prim* 2001; 27: 49-477.
56. BELLÓN JA, LARDELLI P, LUNA JD, DELGADO A. Validity of self reported utilization of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 544-551.