

És possible una nova comunicació entre metge i malalt?

Antoni Gelabert Mas¹, Biel Fortuny Organs²

¹ Catedràtic d'Urologia, UAB. Cap emèrit del Servei d'Urologia. Hospital del Mar; ² Col·laborador acadèmic d'ESADE

Recepció: 10/02/2012, acceptació: 31/03/2012

Reflexions sobre bioètica: «[...] els actes mèdics han de complir sempre les condicions bàsiques de correcció i bondat».

1. INTRODUCCIÓ

A l'Estat espanyol tenim un sistema sanitari públic d'accés universal i finançament públic, considerat un dels millors models sanitaris del món en termes d'integració, cohesió, equitat i qualitat, a un cost relativament barat (encara que amb la crisi global el sistema es veu sotmès a una forta retallada pressupostària, en ocasions superior al 10 %), amb molt bons professionals. Ara bé, aquest sistema sanitari no és tan bo per satisfer les expectatives dels pacients i dels seus familiars. Pel que fa a la salut, tenim una situació bona: l'esperança de vida dels espanyols és la més alta d'Europa i els resultats clínics estan al nivell dels països més avançats. Però la sanitat està sotmesa a un procés continu de canvi social, que modifica i diversifica els valors i les expectatives socials de la medicina. En definitiva, el sistema ha de modernitzar-se i podria funcionar millor si s'adeqüés a les noves necessitats dels pacients. Per a algunes persones és difícil afrontar problemes d'índole personal, i canalitzen el seu malestar a través de malalties amb una base més o menys biològica. Fins fa relativament poc temps, la relació entre el metge i el malalt es basava en un model paternalista, d'acord amb l'aforisme hipocràtic de la recerca del màxim benefici per al malalt, segons Tomás Montserrat (2009). Aquest model, que molts professionals segueixen encara en l'actualitat, considera que el deure del pacient és complir les ordres del metge, que exerceix la tutela de l'autonomia de la persona malalta. No obstant això, amb la democràcia i l'evolució social del respecte a les llibertats individuals s'inicia un procés de transferència dels nous valors al terreny de la relació entre metge i malalt. Òbviament, aquesta evolució té lloc en uns països abans que en uns altres, i el nostre no ha estat un pioner del canvi de model. La cultura anglosaxona, més impregnada del sentiment d'individualitat, ha estat i és la més avançada en aquest procés.

2. EL DIÀLEG INTERPERSONAL

El llenguatge ha estat el punt de partida del desenvolupament social de l'ésser humà. La vida en societat i l'harmonia de la convivència depenen en gran part de l'ús adequat que es faci d'aquesta possibilitat de comunicar-nos eficaçment. La comunicació humana és la que ha possibilitat la relació i associació, ens hem convertit en éssers socials. Més de la meitat del temps el dediquem a comunicar-nos, ja sigui parlant, escoltant, llegint o escrivint. Podríem dir que la incomunicació en un sentit radical és impossible ja que la ment humana sempre està treballant.

El llenguatge fa el miracle que possibilita portar els missatges entre les ments, entre el que jo penso i la ment de l'altre, una autèntica comunicació intel·lectual, i que a la vegada

farà que ens sentim partícips de les mateixes preocupacions, esperances, anhels; és a dir, de les mateixes idees, de compartir els mateixos missatges, el que en definitiva constitueix el coneixement.

Aquesta és una de les grandeses de les persones, del gènere humà, a diferència de la resta dels éssers vius: la capacitat de compartir idees, d'exposar-les perquè ens entenguem i ajudin a enriquir les ments dels altres; i no tan sols dels que compartim en aquest moment l'espai-temps, sinó dels que aspirem que aquest espai-temps sigui efectiu per a les generacions futures. En definitiva, que ens permeti crear, difondre, compartir i generar coneixement consolidat.

Escollir i parlar és l'acte fonamental, i constitueix la base de la relació entre persones, i per tant, per extensió, de la comunicació entre metge i malalt. Acceptada doncs aquesta premissa, quan un malalt acudeix a la visita mèdica ho fa, a banda de les causes mèdiques del seu patiment, perquè busca mitjançant la comunicació interpersonal, la comunicació entre metge i malalt, l'ajut que li ha de permetre trobar la causa o causes de la seva malaltia i posar-hi remei. La trobada entre un metge i un malalt, el fet d'asseure's un davant de l'altre, ja contribueix a curar: és el punt d'inici de la teràpia més eficaç. La relació entre metge i malalt, quan és profunda i intensa, aspecte que cal reivindicar, genera una tan gran confiança que arriba a ser d'una entrega radical per part del malalt, fins al punt que adquireix una dimensió que autoritza el metge a prendre decisions que poden afectar-li la vida.

La comunicació està present i influeix de manera decisiva pràcticament en totes les àrees de la vida de l'ésser humà: en els aspectes personals, en els aspectes laborals i socials, i en els aspectes formatius. És, per tant, la comunicació un dels grans privilegis de la condició humana, és un fet que hem de valorar diàriament: el fet de poder comunicar-nos entre nosaltres, segons Ballenato (2006).

3. EL MALALT ÉS EL CENTRE DE LA COMUNICACIÓ

Una nova concepció de la medicina-salut, com d'un dret humà fonamental, com a conquesta social, és el motiu que s'hagi desplaçat totalment el centre d'interès d'aquest acte: ara el centre resideix en el malalt. La medicina es justifica pel malalt, per la població, per la salut pública, per la felicitat de les persones i pel progrés i cohesió social.

Aquest nou paradigma conceptual pressuposa superar el concepte *pacient* o *malalt* que era més o manco passiu per traduir-lo a *persona*, *pacient* o *malalt*, és a dir, ens referirem a un ésser humà singular i dinàmic. Som davant un nou repte professional. No se'ns escapa que aquest nou model de relació selecciona en aquests moments els tipus de persones que són capaces d'assumir aquest nou paper i, també —per què no dir-ho—, els professionals que acceptin i entenguin aquest nou rol assistencial.

Però a més s'ha de fer un acte de reflexió i sinceritat, i constatar que no poques vegades es prioritza l'atenció a la malaltia com a problema biològic i s'oblida parcialment el malalt. Es posa l'accent en els aspectes científics (investigació) de les malalties i s'oblida de l'ésser humà que un té davant, que està a l'altre costat de la taula de visita.

La medicina ha perdut una part important de sensibilitat i això és a causa del fet que, molt probablement en part, no es reforça la comunicació; aquest aspecte ocupa en la mentalitat de molts metges un segon lloc, i en canvi es reforça, agafa preeminència, el saber, el coneixement i la tecnologia. La malaltia se situa per davant del malalt. Aquest biaix no és igualment visualitzat en tots els estaments assistencials, es dona amb una intensitat superior als hospitals de més alt nivell assistencial, on hi ha una presència més gran de tecnologia, on l'aprofundiment en els aspectes bioquímics i íntims de la malaltia

poden arribar a detalls més grans, on el coneixement més profund és la diferència, segons López-Ibor (2008).

En aquests nivells assistencials, generalment els metges s'interessen de manera preeminent pels aspectes científics de: la malaltia, la fisiopatologia; algun aspecte molecular molt recent acabat de conèixer (com poden ser els mecanismes de la malignització); el creixement tumoral, i la comprensió de la formació de les metàstasis en la investigació de signes i símptomes molt específics. Tot plegat, amb la capacitat d'efectuar exploracions molt sofisticades cercant una imatge, un marcador molecular molt concret, i, en canvi, s'oblida el malalt com a persona.

En una pregunta que un periodista va fer al conegut teòleg Hans Küng sobre la tecnificació assolida per la medicina actual, si aquest alt grau de tecnificació li agradava, ell va respondre de manera clara i contundent que no, i explica i raona la resposta. Una resposta atribuïda a la gran tecnificació que la medicina tendeix a la deshumanització. El teòleg admet que les màquines són un gran avenç, però no basten; que la medicina requereix alguna cosa més. Comenta que el malalt necessita, també, paraules de consol per part del metge i que el contacte humà entre metge i malalt cada dia és més escàs. En els seus llibres reflexiona sobre els metges que tracten amb fredor els malalts, amb els telepredicadors que sermonegen a distància els problemes de la gent.

4. FORMACIÓ EN COMUNICACIÓ: UN REPTE

Cada vegada hi ha més consens en afirmar que la comunicació entre metge i malalt és un aspecte fonamental de l'exercici de la medicina, concepte que ara és conegut com a *habilitats comunicatives*. Doncs bé, conscients d'aquesta importància, si analitzem els continguts formatius de la immensa majoria de les facultats de medicina de l'Estat espanyol i de la Unió Europea (UE), tindrem una gran decepció perquè constatarem de manera clara i contundent que són molt poques les que inclouen en el seu programa formatiu l'aprenentatge de les habilitats comunicatives. I molt poques de les que tenen aquest programa inclouen l'apartat de com comunicar males notícies, que, com és fàcilment imaginable, és un acte mèdic freqüent en l'activitat assistencial diària.

Quan a les facultats de medicina es parlava —i encara es parla— de la comunicació entre metge i malalt, en l'ensenyament clàssic (és a dir, abans de Bolonya) l'exposició de com efectuar una història clínica (HC), tant des d'un punt de vista teòric com pràctic, es basa gairebé exclusivament en la manera d'obtenir dades sobre els signes i símptomes del pacient, i en cap moment n'estudien els efectes psicològics. I així transcriure el que ha de ser, sens dubte, el document marc per efectuar l'orientació diagnòstica i fonamentar les exploracions complementàries adients, que són les que ens han de confirmar o rebutjar la primera hipòtesi diagnòstica. Aquesta interacció és, bàsicament, un procés de comunicació, d'intercanvi entre persones; per això, per a cada pacient, per a cada metge, pot representar significats diferents, atès que la relació es veu particularment influïda per la percepció i l'experiència de cada individu. Cal tenir present que la relació entre metge i malalt en el context clínic té com a finalitat ajudar, aconseguir una relació terapèutica i alleujar el pacient; és a dir, té una funció central per a l'exercici de la medicina.

Encara avui i de manera general en un sentit unidireccional, es procura extreure gairebé exclusivament dades clíniques del malalt, oblidant la família.

Més d'una vegada s'ha dit que pràcticament totes les malalties, les que en diríem "serioses", com les neurodegeneratives, i de manera específica les greus, com les neoplàsiques, tenen tres parts:

a) El fet físic de la malaltia, que és el que queda reflectit a la HC. Amb referència als signes i símptomes clínics, es demana al pacient que ens digui el que sent físicament, el

que li passa; per exemple, el dolor, el tipus de dolor, les característiques físiques d'aquest tipus o bé els diferents trastorns físics que experimenta (vòmits, coixesa, sensació d'ofec, opressió precordial, diarrea, molèsties a l'orinar, etc. i així una llarga llista de possibles trastorns).

b) El fet emotiu o vivencial, psíquic, que molt poques vegades es recull a la HC (fem un apart en les patologies psiquiàtriques, que el seu fonament és precisament l'alteració psíquica). Darrerament, alguns metges amb una clara visió de futur i amb pensament avançat no deixen d'insistir en la gran importància que té per al malalt aquest aspecte, i com a conseqüència trien, amb més o menys intensitat i interès, aquests aspectes vivencials del malalt. La realitat és que hi ha poc interès per la vivència d'aquests símptomes per part del malalt; poques vegades es pregunta per quina sensació experimenta, si presenta angoixa vital, si tem per la seva vida de manera imminent, si té por que aquests trastorns el portin a la taula del quiròfan, que el deixin impedit, que siguin el començament d'una agonia llarga o que el diagnòstic final sigui inexorablement dolent, entre altres aspectes.

c) La repercussió social de la malaltia, que encara és més difícil que es reculli a la HC, fora dels molt limitats àmbits de reflexió excel·lent, però que adquireix cada dia més una importància tan gran com la dels altres dos aspectes anteriors. De manera especial en el primer món, on l'estructura sociolaboral ho condiciona i impregna tot, es fa difícil resoldre els greus inconvenients sociofamiliars i laborals que comporten moltes malalties, no únicament les "serioses" i les neoplàsiques. Cal esmentar aquí com a excepcional, però no gens menys important, el paper que realitzen a Catalunya els professionals del Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport, a l'atenció integral dels pacients en fase terminal a les seves llars. Per tant, amb més raó és un aspecte cabdal a tenir en compte en la història clínica. Amb referència als trastorns del seu entorn, hauríem de procurar conèixer els àmbits següents:

- El familiar: què comporta la malaltia (aspecte social d'emmalaltir, de quina manera afectarà la família, és a dir, de manera especial quan se l'haurà d'acompanyar a repetides visites mèdiques, a ingressos hospitalaris, a les atencions especials que requerirà, etc.);
- El laboral: combinar-ho amb els horaris laborals, les necessitats de transport i el condicionament del lleure.
- El social: les relacions socials es veuran regirades en la mesura que poden veure's radicalment disminuïdes, i hom ja es veu prou aïllat significativament en relació amb l'activitat social (dins l'entorn familiar i laboral, o dins el cercle de relacions socials).

Veiem doncs que el que es coneix com a HC i la relació entre metge i malalt és un concepte més ampli del que la realitat assistencial diària ofereix. Cal conèixer i acceptar que actualment la formació i docència s'han de dur a terme amb la finalitat d'aconseguir una qualificada competència professional, i que la competència mèdica inclou no només l'ús del raonament clínic i el coneixement de tècniques biomèdiques, sinó també l'ús habitual i amb criteri de la comunicació, les eines tecnològiques sanitàries, el raonament clínic, les emocions, els valors i l'autoreflexió en la pràctica diària per al benefici dels individus i de les comunitats.

Però la realitat actual encara és que els aspectes vivencials, personals i socials són gairebé oblidats a la HC. Trobar aquestes referències en una HC habitual de qualsevol centre hospitalari del país és un fet que no dubtaríem de qualificar de casual. Està clar que els metges no han (no hem) de considerar els pacients o malalts com a simples casos clínics o malalties, sinó com a persones amb problemes biopsicosocials i familiars, la qual cosa encara queda més explícita en la medicina primària, ja que moltes vegades les causes transcendeixen els mals que indueixen a sol·licitar l'atenció del metge, és a dir, el metge ha de tenir una visió integral del malalt.

5. REFLEXIONS PER A UN CANVI DE MODEL

La dualitat psicofísica és complexa però és una sola realitat: una persona malalta. El cert és que únicament pot emmalaltir la part biològica, que és un tot antropològic i somàtic. S'entrellacen els problemes del món exterior i del món interior. S'ha dit que en l'home tot el que és biològic és mental i tot el que és mental és biològic.

Com deia Victorí Planells: «[...] la persona no és sols un bocí de naturalesa, això seria una mutilació antropològica. Les persones som úniques i individuals, i les malalties abasten tots els nostres àmbits: físic, emocional, familiar, social i espiritual. L'objecte de la medicina és la persona integral, per això crec que l'ofici de curar implica proporcionar a la persona malalta els recursos tècnics, però també emocionals, i fins i tot espirituals, per afrontar una determinada situació de malaltia, de dolor en la seva vida, o per afrontar l'arribada de la mort.» (2009)

Amb el model que comentàvem anteriorment d'HC, que malauradament és el més estès, no es té en compte la biografia del malalt, és a dir, no s'entra en el món de les emocions, de l'expressió més íntima de la vivència del que hom sent, del simbolisme de la seva expressió i, per tant, tampoc de l'entorn familiar, social, ni laboral.

Arribats fins aquí, ens hem de preguntar: tot això no conforma també el tot de la persona? No pateix també per les circumstàncies? Emmalaltir no és també tenir trastocades aquestes circumstàncies personals? Podem dir, tal com és la realitat assistencial, que els metges s'afanyen (ens afanyem) a curar, però únicament la malaltia, no la persona.

Una nova relació entre metge i malalt entenem que s'ha d'interpretar com un vincle especial que es crea entre dues persones. Però no un vincle qualsevol, de simple coneixença o d'amistat, sinó un vincle en què per una banda hi ha una persona que demana un servei i, per l'altra, una persona tècnicament qualificada per atendre aquest servei però que ultrapassa el simple fet d'establir un contacte formal.

Pensem que no s'ha d'entendre com una relació d'objectivació; el metge mai ha de fer del malalt un simple objecte de contemplació, un espectacle, un instrument. D'aquesta concepció que en altres temps havia estat una realitat, quan la medicina no tenia una funció social, quan la salut no formava part dels drets fonamentals de l'home, llavors sí que en trobaríem indicis, però en aquells moments era un concepte acceptat per tota la societat.

Per evidenciar aquesta afirmació només cal recordar com s'explicaven moltes de les assignatures clíniques en gairebé totes les facultats de medicina d'Europa durant el primer i segon terç del segle passat. Alguns clínics portaven els malalts a les aules multitudinàries i allà els interrogaven o bé els feien fer moviments d'algunes extremitats o caminar, perquè els estudiants contemplessin *in vivo* les patologies que s'explicaven. D'això n'hi ha exemples gràfics i pictòrics de l'època ben demostratius. Personalment, encara recordo haver assistit en alguna classe on es col·locava un malalt sobre una llitera amb rodes al centre de l'aula i allà, sota la mirada de tots els estudiants, era interrogat i explorat quasi sense cap contemplació. A la dècada dels setanta encara no s'havien codificat els drets del malalts al nostre país.

Podríem dir que aquella concepció de la relació entre metge i malalt únicament servia als fins del metge i al concepte de la medicina de llavors.

6. NOUS CONCEPTES EN LA COMUNICACIÓ ENTRE METGE I MALALT

En la nova concepció de la medicina com un dret humà fonamental, com a conquesta social, l'aspecte de la relació entre metge i malalt ha desplaçat totalment el centre

d'interès, el qual resideix en el malalt, segons Castillo Arenal (2009). Ja hem esmentat a l'inici que ara la medicina es justifica pel malalt, per la sanitat, per la salut, per la felicitat i el progrés social. La relació entre metge i malalt profundament establerta i transparent, com hem dit abans, permet que el metge pugui decidir, i en algunes circumstàncies prendre mesures que poden afectar profundament la vida del malalt.

Quins han de ser els nous aspectes formals i conceptuals que han de conformar un nou paradigma en la comunicació entre metge i malalt? La resposta en gran mesura ve recollida i codificada en els programaris formatius de les facultats de medicina, que sota una estructura organitzativa inspirada en la filosofia de Bolonya, permeten formar nous models de metges, de professionals, impregnats d'una visió global del malalt entès com un tot psicofísic, segons Baños et al. (2011).

Els trets que haurien de conformar el nou corpus de doctrina de la comunicació entre metge i malalt dels futurs professionals sorgits sota aquesta idea són els següents:

- Escoltar amb atenció, obtenir i sintetitzar la informació pertinent sobre els problemes que afecten el malalt, i comprendre el contingut d'aquesta informació.

- Establir una bona comunicació interpersonal que capaciti per adreçar-se amb eficàcia i empatia als malalts, familiars, acompanyants, i també a altres metges i professionals sanitaris.

- Redactar històries clíniques, informes (mèdics) i (altres) registres mèdics de manera comprensible per a terceres persones.

- Comunicar-se de manera efectiva i clara, tant oralment com per escrit, amb els pacients, familiars i acompanyants per facilitar-los la presa de decisions, el consentiment informat i el compliment de les prescripcions.

- Donar adequadament al pacient i/o acompanyants la informació pertinent sobre el procés patològic, les seves bases i conseqüències, incloent-hi les males notícies.

- Comunicar-se de manera clara, tant oralment com per escrit, amb altres professionals i amb els mitjans de comunicació.

- Conèixer bé la llengua anglesa per poder comunicar-se, tant oralment com per escrit, des d'un punt de vista científic i professional de manera eficaç amb el món científic i mèdic internacional.

Si ens preguntem quines són les quatre característiques que ha de tenir un bon comunicador, les que ocuparien els primers llocs amb més seguretat serien les següents:

- fer-se entendre
- expressar-se amb claredat
- saber escoltar
- convèncer l'interlocutor

Algunes persones estan dotades d'aquests atributs des del naixement; el do de la paraula persuasiva és a vegades una qualitat des del bressol, però el cert és que es poden adquirir mitjançant un bon aprenentatge planificat i que en el dia a dia ho podem convertir en un hàbit sòlidament assentat, la qual cosa ens reportarà una gran millora en les nostres relacions personals i professionals. Des del moment que som capaços d'establir una teoria de la comunicació, aquesta pot convertir-se en una assignatura per aprendre; n'hi ha prou de dotar-la d'un codi d'aprenentatge.

També la informació que transmetem al malalt ha de complir una sèrie de requisits teòrics, tal com aconsellen tots els manuals de teoria general de la comunicació. El que es digui ha de ser rellevant, ha de ser suficient, ha de ser l'adequat i ha de ser precís. Aquestes premisses ens acosten a l'excel·lència de la relació comunicativa entre el metge i el malalt en un context de medicina moderna, pública, centrada en els drets del pacient de manera fonamental.

Cal tenir ben present que en el moment d'iniciar l'entrevista, la formulació de la HC — que és l'inici de la relació metge-malalt— és la nostra vertadera carta de presentació: les nostres primeres frases, la nostra primera imatge, la nostra manera de fer i gesticular. Aquests moments són molt importants, ja que se'n derivarà el futur de la imatge que es tindrà de nosaltres, difícilment modificable a partir d'aquest moment. Per tant, s'ha de ser conscient que s'ha de controlar el caràcter, l'estat d'ànim, els pensaments, i oferir la cara amable i tècnicament més adient per efectuar l'acte comunicatiu representant el paper de metge-consultor. S'ha d'insistir en aquest aspecte ja que en cada situació el paper que s'ha de representar s'ha de tenir ben clar. En aquesta entrevista, la de la HC, el metge no pot ser ni l'amic, ni el pare, ni el professor, ni el ciutadà anònim; hem de ser conscients que el paper ha de ser el de metge, al qual el pacient acut a demanar ajut, consell, suport i sempre una solució. Malgrat que no sempre en disposem i només podem pal·liar els efectes més indesitjables de la malaltia. Sempre s'ha de tenir present el control emocional en comunicar-se amb els malalts o familiars, no es pot deixar influenciar per l'estat d'ànim en comunicar-se amb els altres, s'ha de mantenir la professionalitat per damunt de tot i s'ha de controlar el maneig de les emocions. Si no, amb total seguretat es provocarà una falta de sintonia i confiança en el malalt. I s'haurà aconseguit l'efecte contrari al desitjat: provocar una desconnexió comunicativa.

7. CLOENDA

Charles Boelen, director de recursos humans de l'OMS, va dir l'any 1995 que el metge del segle XXI hauria de ser un metge (una metgessa, tenint en compte el creixent predomini femení de la professió) «cinc estrelles». Aquestes cinc estrelles són les següents:

1. Proveïdor d'assistència sanitària de la màxima qualitat, que consideri el pacient com a individu integrat en la família i la comunitat, amb un tracte personalitzat i integral.
2. Resolt, que prengui les decisions adequades des del punt de vista ètic, però amb eficàcia i al menor cost possible, és a dir, amb eficiència.
3. Molt bon comunicador, capaç d'orientar i promoure, per mitjà d'explicacions, estils de vida que duguin a millorar la salut (per exemple, els relacionats amb l'alimentació, el tabaquisme i l'alcoholisme), que tanta incidència tenen en el nostre medi.
4. Capaç d'assumir un paper de lideratge en la comunitat, guanyant-se la confiança dels seus col·laboradors i conciliant les necessitats de salut individual amb les de la comunitat.
5. Bon gestor per trobar les millors pràctiques i tecnologies, adequades a cada moment, i harmonitzar-les amb els individus i organitzacions dintre i fora del sistema; detectar les necessitats de l'individu i la societat, i fer ús apropiat de la informació de salut disponible.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

BALLENATO PRIETO, GUILLERMO (2006). *Comunicación eficaz. Teoría y práctica de la comunicación humana*. Madrid: Pirámide.

LÓPEZ-IBOR, JUAN JOSÉ (2008). «Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno». *Educación Médica*. Vol. 11, 1, 53-61.

TOMÁS MONTSERRAT, JOSÉ (2009). *Del miedo a la sumisión. Medicina y Santo Oficio en Mallorca*. Balears: Leonard Muntaner.

CASTILLO ARENAL, TOMÁS (2009). *Aprendiendo a vivir. La enfermedad: descubrir las posibilidades que hay en mí*. Barcelona: CEAC.



BAÑOS, JOSEP ELADI; SENTÍ, MARIANO; MIRALLES, RAMÓN (2011). *Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina*. *Educación Médica*, 14, 1, 39-47.

PLANELLAS, VICTORÍ (2009). *La medicina unidimensional* [en línia]. *Diari de Balears*. <<http://dbalears.cat/noticia/permalink/slug/la-medicina-unidimensional>> [Consulta: 10 setembre 2010].