



## FORMACIÓN CONTINUADA - TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

# Aspectos no farmacológicos de las medicaciones

J.L. Turabián Fernández<sup>a,\*</sup> y B. Pérez Franco<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 30 de septiembre de 2010; aceptado el 27 de febrero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Medicina de familia;  
Aspectos no farmacológicos de los fármacos;  
Prescripción farmacológica;  
Placebos;  
Reacción adversa a medicamentos;  
Adherencia al tratamiento;  
Relación médico-paciente

### KEYWORDS

Family practice;  
Pharmacological phenomena;  
Medication therapy management;  
Placebos;  
Adverse drug reaction;  
Medication adherence;  
Physician-patient relations

**Resumen** La prescripción farmacológica es una de las facetas principales del médico de familia. Es fundamental conocer la farmacología de los medicamentos usados, pero igualmente los aspectos no farmacológicos, como los efectos adversos no específicos (nocebo), el efecto placebo, el incumplimiento, el coste, los significados psicológicos (símbolos, significados, creencias, estigmas), los aspectos éticos, el hecho de ser a veces la prescripción un modo de afrontar el médico su frustración, etc., que producen efectos sobre la salud, modifican el encuentro médico-paciente, y pueden condicionar un cambio de actitud en las prescripciones en la práctica cotidiana.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Non-pharmacological aspects of medications

**Abstract** The pharmacological prescription is one of the principal facets of the family doctor. It is fundamental to know the pharmacology of the medicines, but equally to understand the non-pharmacological aspects, such as non-specific adverse effects (nocebo), placebo effect, non-compliance, costs, psychological significance (symbols, meanings, beliefs, stigmas), ethical aspects, the fact that sometimes the prescription is a way for family doctors to confront their frustration, etc., that produce effects on the health, modify the doctor – patient relationship, and can determine a change of attitude in the prescriptions in the daily practice.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jturabianf@meditex.es](mailto:jturabianf@meditex.es) (J.L. Turabián Fernández).

« [...] Los troncos de pino dan una llama rojiza; los sarmientos un chisporroteo entre rosado y verde; la leña de haya, un resplandor amarillento, el roble y la encina, un destello blanco, continuado, inmóvil, de una fijeza e intensidad que parecen ultraterrenas. Si coloca usted en el fuego un tronco de alcornoque con su corteza, despide primero una gran llamarada; luego su combustión es un poco fumosa; finalmente el tronco forma un rescoldo que se mantiene durante mucho tiempo vivo y deslumbrador... La leña de olivo emite una llama pequeña, viva, azulada.»

Josep Pla, *Viaje en autobús*

(Barcelona: Destino; 2010. p. 122-125)

## Introducción

La prescripción farmacológica es una de las facetas principales del profesional médico. Sin embargo, su formación está orientada al conocimiento de las propiedades químicas de los medicamentos y pocas veces tiene en cuenta los significados y las relaciones sociales de los fármacos, que producen efectos sobre la salud, modifican el encuentro médico-paciente, y pueden condicionar un cambio de actitud en las prescripciones en la práctica cotidiana<sup>1</sup>. Los recién llegados a la clínica, en su ansiedad por curar rápidamente, conciben la terapéutica como una pura aplicación de conceptos teóricos farmacológicos, y esta vertiente eclipsa totalmente la importancia de los aspectos no farmacológicos de la medicación, que no se consideran, y que sin embargo, especialmente en medicina de familia (MF), adquieren una gran importancia. Las probabilidades de éxito en un tratamiento son directamente proporcionales a la calidad de la relación médico-paciente<sup>2</sup>.

## Desarrollo del tema

¿Cómo funciona el tratamiento en MF? ¿Es el efecto farmacológico? ¿Es la relación de apoyo terapéutica? Aunque los medicamentos han llegado a ser una parte esencial de la atención sanitaria moderna, y de la mejora de la salud de la población, el negocio de los fármacos origina un crecimiento exponencial de los mismos, aunque muy pocos son realmente nuevos, y en consecuencia hay una auténtica epidemia de efectos colaterales y de la medicalización de las circunstancias naturales de la vida<sup>1,3</sup>.

Se pueden considerar 4 formas de interpretar el papel de los medicamentos en los servicios médicos (tabla 1): 1) como herramientas para modificar el curso natural de una enfermedad, prevenir un mal o hacer un diagnóstico; 2) como una forma de medir la conducta médica; 3) como indicadores para medir los resultados del impacto que su utilización provoca en la comunidad, y 4) como elemento en la relación médico-paciente<sup>1</sup>. Esta última —la relación médico-paciente— es la intervención que más frecuentemente utiliza el médico en su relación con el enfermo.

En la dimensión biológica del tratamiento (por ejemplo, antibióticos) las intervenciones se usan con la expectativa de que van a lograr la curación. Pero hay que tener en cuenta que muchos fármacos también actúan a través de la dimensión psicológica (efecto placebo), y que los fármacos

modifican el encuentro médico-paciente. El tratamiento en la dimensión psicológica está principalmente dirigido a modificar sentimientos-emociones, las capacidades funcionales y el bienestar del paciente, y se basa especialmente en la relación médico-paciente y su efecto placebo<sup>2</sup>.

Los médicos de familia (MdF) estamos entrenados para trabajar con enfermedades, pero en la consulta se nos presentan síntomas —dolor abdominal, cefalea, mareo, etc.— que parecen ser atraídos por causas biológicas, pero éstos son en la mayoría de los casos de origen predominantemente psicosocial más que de causa biológica: el 60% del dolor abdominal y el 80% del dolor torácico son de origen no orgánico. Al menos un tercio de los síntomas carecen de base orgánica clara<sup>4</sup>. La idea de que los pacientes visitan a los médicos por razones físicas está sacada de la experiencia de la planta hospitalaria, y tiene que descartarse en MF<sup>5</sup>.

Los aspectos no farmacológicos de la medicación que oscilan entre el consuelo y el efecto placebo, modifican la relación médico-paciente (colaboración médico-paciente, frustración del médico por el manejo de problemas ambiguos, la apariencia de apoyar al paciente) y las relaciones interpersonales y contextuales del paciente y médico. A su vez, esta relación médico-paciente-contexto y paciente-contexto modifican los aspectos no farmacológicos de la medicación (tabla 2 y fig. 1). La tabla 3 muestra un ejemplo.

Los aspectos «no específicos» y no farmacológicos de tomar la medicación son importantes especialmente en varias situaciones clínicas: cuando los pacientes insisten en un medicamento que clínicamente no está indicado; cuando rechazan una medicación apropiada; cuando repetidamente están preocupados por los efectos secundarios de un gran número de medicamentos; y cuando no se adhieren al régimen. El comportamiento del paciente en estas situaciones puede ser motivado por los significados psicológicos, las comunicaciones interpersonales, o las consecuencias sociales de tomar fármacos<sup>6</sup>. La comunicación del paciente de efectos secundarios no específicos al tomar medicaciones, que no son un resultado directo de la acción específica farmacológica del fármaco, aunque es un fenómeno común, y costoso, raras veces se ha estudiado. Varios factores parecen estar relacionados: las expectativas del paciente de efectos adversos al comienzo del tratamiento; un proceso de condicionamiento en el cual el paciente aprende de experiencias previas y asocia la toma de medicación con síntomas somáticos; ciertas características psicológicas como ansiedad, depresión y la tendencia a somatizar; y factores circunstanciales y contextuales<sup>7,8</sup>. Los mecanismos de generación de síntomas en los efectos secundarios no específicos a fármacos pueden ser análogos a aquellos que operan en las intolerancias ambientales idiopáticas, síndrome de sensibilidad química múltiple, o en la «seudoalergia», y se relacionan con el efecto nocebo<sup>9,10</sup>.

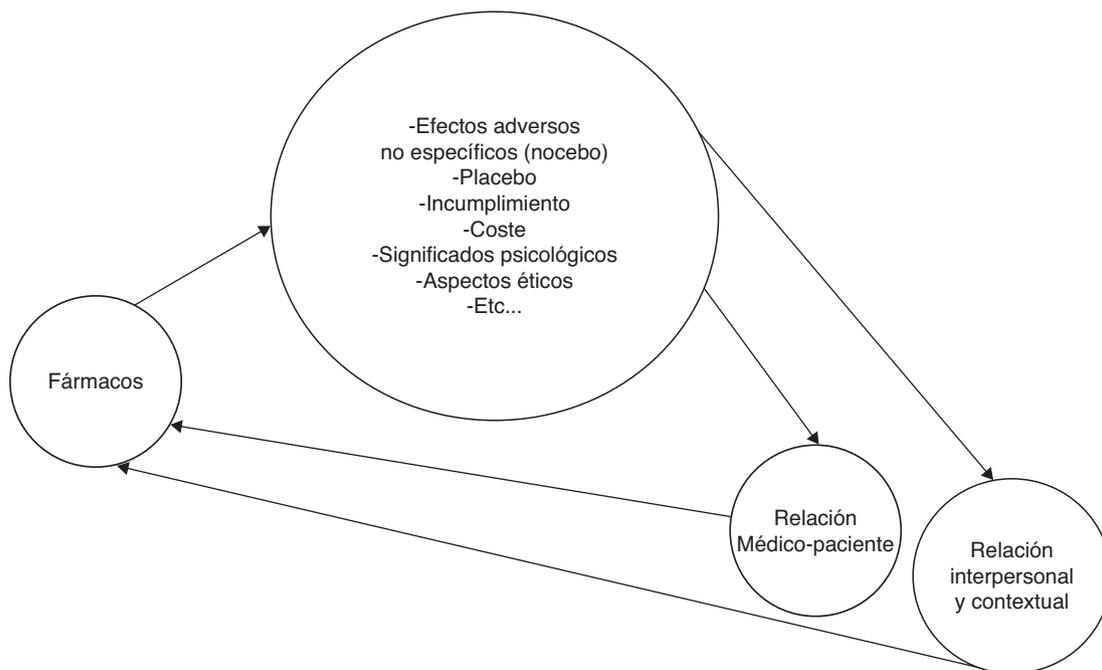
El significado del medicamento no es natural, es histórico, y dado en una sociedad concreta. Entre el conjunto de significados posibles para el medicamento están el ser equivalente a salud, a bienestar, a necesidad, a solución de problemas, o a prevención. El medicamento es un objeto relacional<sup>11</sup>. Las metáforas y símbolos que provocan los fármacos influyen en las creencias y actitudes así como los significados dados a las experiencias de toma de

**Tabla 1** Cuatro formas de interpretar el papel de los medicamentos en los servicios médicos<sup>1</sup>

Formas de interpretar el papel de los medicamentos en los servicios médicos	Comentarios
1. Pueden ser considerados como herramientas, medios de los que se valen los proveedores de salud para modificar el curso natural de una enfermedad, prevenir un mal o hacer un diagnóstico	Existe la apreciación errónea que un amplio arsenal de herramientas puede ser beneficioso para el proveedor de servicios de salud y los pacientes o usuarios de los servicios. El incremento en la disponibilidad de estos medios sobrepasa la capacidad de conocimientos para su uso, por parte de los proveedores, independientemente de las potencialidades de riesgo inherentes al producto en sí
2. Pueden ser considerados también como una forma de medir la conducta médica	El uso que hacen los prescriptores de esta herramienta evidencia los conocimientos, aptitudes, valores éticos y humanos y hasta la personalidad de los prescriptores. La utilización de fármacos de escaso o nulo valor terapéutico o de baja seguridad según las potencialidades intrínsecas del producto, o una deficiente prescripción y/o uso de medicamentos de probada eficacia y seguridad, reflejan los riesgos a que están sometidas las poblaciones por la conducta médica
3. Los medicamentos también son indicadores para medir los resultados del impacto que su utilización provoca en la comunidad	Las vacunas son un ejemplo significativo. Un buen programa de vacunación reduce la morbimortalidad de enfermedades infecciosas prevenibles por este medio. En el ejemplo negativo se evidencia que un mal uso de los antibióticos ha dado lugar a la aparición de gérmenes resistentes a los antimicrobianos más seguros y baratos, con el consecuente incremento de la morbilidad y la mortalidad de la población y del coste de los servicios de salud
4. Los medicamentos tienen un papel en la relación médico-paciente	Esta es la intervención más frecuente que utiliza el médico en su relación con el paciente

medicamentos<sup>12</sup>. En consecuencia, la medicación, literal y simbólicamente, altera relaciones y contextos (fig. 1). La medicación es también un símbolo del estigma de enfermedad<sup>13</sup>.

El medicamento más frecuentemente usado por los médicos generales es el propio médico<sup>14</sup>. Hay un momento milagroso cuando la simple presencia del médico es la parte más eficaz del tratamiento. Debe considerarse al médico en



**Figura 1** Los aspectos no farmacológicos de la medicación modifican y son modificados por la relación médico-paciente.

**Tabla 2** Aspectos no farmacológicos de la medicación

Aspectos no farmacológicos de la medicación	Ejemplos
Efectos adversos no específicos (nocebo)	La comunicación de intolerancia y efectos adversos a muchos medicamentos de distintos grupos terapéuticos en pacientes con trastornos de salud mental (ansiedad, somatizaciones, depresión)
Placebo	Prescripción de tratamientos inertes o inactivos, en dosis bajas, o en indicaciones inapropiadas (vitaminas para aumentar masa muscular, etc.), tratamientos considerados erróneamente eficaces (antibióticos para viriasis, muchas medicinas «alternativas», etc.)
Incumplimiento	El paciente que antes de comprar un fármaco prescrito por un especialista, lo consulta con su médico de cabecera, y sólo lo toma si éste se lo aconseja
Coste	Un paciente en el que se prescribe clopidogrel puede finalmente usar ácido acetilsalicílico al no poder pagar el coste del primero
Significados psicológicos (símbolos, significados, creencias, estigmas)	Como consecuencia del estigma en la depresión se produce el abandono del tratamiento en función de las creencias de lo que representa tomar un tipo de medicamento específico. La toma de medicación en la epilepsia o diabetes (insulina) puede aumentar el sentimiento de control sobre la enfermedad o por el contrario de dependencia, y puede también significar un estigma y modificar relaciones interpersonales o prácticas sociales
Aspectos éticos	Prescripción de genéricos o fármacos bioequivalentes de menor coste
La espera por parte del paciente de «que le den algo» (o la negativa a prescribirlo)	El médico «cree» que el paciente desea salir de la consulta con alguna receta. La negativa a prescribir un fármaco (pedido por el paciente o según el consejo de otro médico) puede acarrear problemas de relación médico-paciente
Prescripción como modo de afrontar el médico su frustración por el manejo de problemas ambiguos o como modo de dar la apariencia de apoyar al paciente	La polimedición y el uso de benzodiazepinas en el anciano

sí mismo como un fármaco, esto es, que se pueden aplicar los conceptos de la farmacología —sobredosis, reacciones alérgicas, efectos secundarios, y así sucesivamente— a la interacción entre médico y paciente. Ambos se afectan uno al otro.

Los resultados de los tratamientos son más dependientes de la personalidad del terapeuta que del efecto farmacológico o de la técnica empleada. Hay evidencia de que los profesionales sanitarios pueden influir a los pacientes sobre la forma de pensar y sentir sobre sus enfermedades o su tratamiento. Pero, ¿cuál es la dosis óptima de «médico»? Se conoce poco de las dosis e intervalos de administración de esta «droga médico», por lo que hay que investigar la naturaleza y los factores que están involucrados en esa relación médico-paciente.

El placebo no es una pastilla, es un proceso. Un proceso que comienza con la confianza del paciente en el médico y se extiende a través del funcionamiento completo inmunológico y del «sistema sanador» del paciente. El placebo es la prueba de que no hay una separación verdadera entre mente y cuerpo. La enfermedad es siempre una interacción entre ambos; puede comenzar en la mente y afectar al cuerpo, o viceversa. Los intentos de tratar las enfermedades mentales como completamente libres de causas físicas,

y de tratar las enfermedades orgánicas como si no tuvieran ninguna relación con la mente, es algo arcaico. Los placebos no funcionan en todas las circunstancias. El médico es en sí mismo el más poderoso placebo. Hay numerosos estudios experimentales que lo demuestran. La mayoría de los médicos aceptan que todo medicamento se asocia con algún grado de efecto placebo. La historia de la Medicina es la historia del efecto placebo<sup>15</sup>.

Se admite que la mayoría de las personas parecen sentir que su consulta no se toma seriamente a menos que se le dé una receta. Para el paciente, la prescripción es el certificado que le asegura la recuperación; es el cordón umbilical que nutre y mantiene la conexión entre médico y paciente. Los médicos conocen que es en el papel de la receta, más que en el fármaco que se escribe en él, donde está el ingrediente vital. Los medicamentos no siempre son necesarios; la creencia en la recuperación sí lo es. El mecanismo de acción fisiológica del placebo no es completamente comprendido: activación del córtex cerebral que da lugar a cambios en el sistema endocrinológico. Es probable que para cada enfermedad la administración de un placebo desencadene un proceso biológico que lleva el mismo camino de la curación. Los investigadores biomédicos desprecian el efecto placebo. Sin embargo, frecuentemente es

**Tabla 3** Un ejemplo de algunos aspectos no farmacológicos de las medicaciones

Aspectos no farmacológicos de la medicación	Ejemplo: Jesús, de 50 años, trabajador metalúrgico, casado y sin hijos. Hay una historia antigua de úlcera duodenal, estreñimiento, hiperuricemia asintomática, cefalea tensional y mareos inespecíficos. Fumador de 15 cigarrillos/día. Refiere que «un día amanecí con síntomas de gripe y me tomé unas pastillas para quitarme el malestar y lo que pasó fue que terminé en un hospital con un shock porque mi cuerpo reaccionó mal al medicamento. Desde entonces todo me sienta mal». También, desde «muchos años» presenta «pinchazos» uretrales y abdominales. Está preocupado por la próstata. Ha llegado a «estar deprimido por creer tener una enfermedad urinaria grave como un familiar y eso dificulta sus relaciones sexuales». Ha comunicado intolerancia a omeprazol, y toma ranitidina ocasionalmente. En esas visitas al médico de cabecera, es diagnosticado de hipertensión arterial. La analítica general, con THS es normal. El fondo de ojo muestra signos de cruce. Se trata con atenolol, pero no lo tolera por molestias digestivas, y se cambia a captopril, pero le da tos. Se cambia a losartán, pero le produce «sequedad de boca y de estómago». Se cambia a clortalidona, pero tampoco la tolera por malestar general. Se cambia a amlodipino, pero se producen edemas maleolares. De todos los hipotensores tomados, se decide volver a losartán, que es con el fármaco que dice que «notaba menos molestias».
Efectos adversos no específicos (nocebo)	
Placebo	Ha visitado reiteradamente a urología por disuria y dolor antes de orinar. El urólogo no encontró enfermedad pero trató con pronos africanus, que el paciente no toleró por disuria. Admite no cumplir los tratamientos, «por sentarle mal». Expresa que «va a dejarse de tomar la tensión».
Incumplimiento	«Estos medicamentos que no puedo tomar son un dinerito perdido».
Coste	El paciente refiere que «desde que toma tratamiento para la hipertensión es cuando estoy enfermo de verdad», «yo he tomado medicación para la úlcera, pero esto es ser ya un enfermo crónico».
Significados psicológicos (símbolos, significados, creencias, estigmas)	Le visita el cardiólogo por dolor torácico, y una ergometría es concluyente negativa para isquemia; es diagnosticado de hipertensión arterial y se le prescribe una marca comercial de losartán, recomendándole «que sea exclusivamente esa». El médico de cabecera, que le atiende desde hace 12 años, usando ese capital de confianza, le explica la bioequivalencia del fármaco genérico que estaba tomando y aconseja seguir con él.
Aspectos éticos	La presión arterial no está controlada con losartán, y se añade hidroclorotiazida, pero refiere «irritación crónica en piel de escroto» que achaca al nuevo fármaco, y persistencia del malestar en boca y cuello. El médico, ya agobiado, receta una benzodiazepina, aunque el paciente rechaza factores psicosociales -«no es de los nervios»-, y le insiste en la conveniencia de consultar al psicólogo. Jesús lo rechaza, y se cambia de médico.
Prescripción como modo de afrontar el médico su frustración por el manejo de problemas ambiguos	

más importante que el efecto del fármaco específico, pero no tenemos información sobre él. Así, los ensayos clínicos controlados pueden mantener el anacronismo del modelo biomédico<sup>16</sup>.

Los estudios de aceptación de los fármacos muestran que los pacientes no toman su medicación en el 50% de

los casos, y la principal razón por la que la toman es la buena relación que tienen con su médico. Y muchos médicos son horribles en la relación humana. Se utilizan los fármacos para evitar estar con la gente, y esto nos resulta más fácil que mostrarnos humanos<sup>17</sup>. Aunque los pacientes tienen ciertas expectativas en la consulta sobre la

medicación, las opiniones de los médicos sobre las expectativas de los pacientes son el principal determinante de la prescripción<sup>18</sup>. La prescripción de fármacos puede también servir al médico para disminuir su frustración en el tratamiento de condiciones ambiguas a veces asociadas con fases normales de la vida, o querer dar a entender que se apoya al paciente<sup>19</sup>.

## Conclusiones

Muchos de los fármacos que se usan en medicina son síntomas de desconexiones de la sociedad, y al igual que la reacción química que origina el fuego, que además de producir calor da origen a llamas de diferentes colores según la leña, entender las consecuencias no farmacológicas que produce la prescripción —con sus diferentes aspectos; «colores» según contextos— es tan importante si no más que conocer la farmacología<sup>20</sup>, y tiene implicaciones para el diagnóstico y tratamiento: los efectos específicos e inespecíficos de los fármacos no son simplemente aditivos sino que interactúan; la curación se produce en parte por la presencia del médico —efecto placebo—, más ciertos factores del propio paciente (ganas o deseo de vivir, papel beneficioso de las emociones positivas, confianza en el médico y trabajo cooperativo médico-paciente); y la herramienta o tecnología de los médicos de familia es el propio médico. La buena comunicación es siempre terapéutica. La comunicación verdadera ocurre cuando vemos lo expresado y las ideas de la otra persona desde su punto de vista. Si se entiende de esta forma a la otra persona, se puede entrar en un mundo privado y ver cómo se le aparece la vida a él. En esta situación puede cambiar él, y puede cambiar uno mismo<sup>21,22</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Prescripción de medicamentos en medicina de familia: ¿racional, razonable o relevante? *Aten Primaria*. 2005;36:507–9.
2. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. Mapa de una ciudad apenas vista. *Aten Primaria*. 2010;42:253–4.
3. Lazarou J, Pomeranz BH, Corcy PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998 [consultado 20/9/2010];279:1200-1205. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/279/15/1200>.
4. Kroenke K. Symptoms and science. The frontiers of primary care research. *J Gen Intern Med*. 2007 [consultado 18/9/2010];12:509-510. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/g3658408k7125w50/>.
5. Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2010;42:66–9.
6. Barsky AJ. Nonpharmacologic aspects of medication. *Arch Intern Med*. 1983;143:1544–8.
7. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA*. 2002 [consultado 20/9/2010];287:622-627. Disponible en: <http://media.eurekalert.org/aaasnewsroom/2004/Barsky-Paper.pdf>.
8. Davies SJ, Jackson PR, Ramsay LE, Ghahramani P. Drug intolerance due to nonspecific adverse effects related to psychiatric morbidity in hypertensive patients. *Arch Intern Med*. 2003;163:592–600.
9. Ong D, Popat A, Knowles SR, Arrowood JS, Shear NH, Binkley KE. Objective psychological measurement and clinical assessment of anxiety in adverse drug reactions. *Can J Clin Pharmacol*. 2004 [consultado 20/9/2010];11:e8-16. Disponible en: [http://www.cjcp.ca/pdf/Objective\\_Psychological\\_MeasurementDEMO.pdf](http://www.cjcp.ca/pdf/Objective_Psychological_MeasurementDEMO.pdf).
10. Lombardi C, Gargioni S, Canonica GW, Passalacqua G. The nocebo effect during oral challenge in subjects with adverse drug reactions. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*. 2008 [consultado 20/9/2010];40:138-141. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19227649>.
11. Méndez M. Los rostros y los efectos del medicamento. Un análisis socio-cultural. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. 2000 [consultado 20/9/2010];10:513-538. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/705/70511228012.pdf>.
12. Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. *Soc Sci Med*. 1985 [consultado 20/9/2010];20:29-37. Disponible en: [http://archives.who.int/PRDUC2004/Resource\\_Mats/meaning%20of%20medications.pdf](http://archives.who.int/PRDUC2004/Resource_Mats/meaning%20of%20medications.pdf).
13. Montagne M. The metaphorical nature of drugs and drug taking. *Soc Sci Med*. 1988;26:417–24.
14. Balint E, Norell JS. *Six minutes for the patient: interactions in general practice consultations*. London: Tavistock Publications; 1973.
15. Cousins N. Anatomy of an illness. As perceived by the patient. Reflections on healing and regeneration. New York: W.W. Norton & Company, 1979.
16. Gannik DE. Situational disease. *Fam Pract*. 1995;12:202–6.
17. Shem S. *Monte Miseria*. Barcelona: Anagrama; 2000.
18. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patient's expectations - A questionnaire study. *BMJ*. 1997 [consultado 20/9/2010];20:520-523. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/315/7107/520.full>.
19. Ried LD, Christensen DB, Stergachis A. Medical and psychosocial factors predictive of psychotropic drug use in elderly patients. *AJPH*. 1990 [consultado 20/9/2010];80:1349-1353. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/80/11/1349.pdf>.
20. Hammersley D. *Counselling people on prescribed drugs*. London: Sage Publications; 1995.
21. Rogers C. *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin Company; 1961.
22. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El efecto de ver por primera vez el mar. Un intento de definición de la Ley General de la medicina de familia: la entrevista clínica. *Aten Primaria*. 2008;40:565–6.