



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Un modo de ayudar al «Sr. Minotauro» y a la «Sra. Ariadna» a salir del laberinto de la multimorbilidad: los «problemas maestros»



J.L. Turabián^{a,*} y B. Pérez Franco^b

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 6 de enero de 2015; aceptado el 9 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 26 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Educación médica;
Investigación cualitativa;
Medicina Familiar y Comunitaria;
Metáfora;
Multimorbilidad;
Planificación de atención al paciente

KEYWORDS

Medical education;
Qualitative research;
Family Practice;
Metaphor;
Multiple morbidity;
Patient care planning

Resumen La multimorbilidad parece «infinita» y así no es operativa para tomar decisiones útiles. Presentamos un nuevo concepto: los «problemas maestros», como método cualitativo para facilitar la salida de este laberinto. Para la enseñanza de este concepto se han usado metáforas basadas en el mundo del arte. Estos «problemas maestros» generalmente permanecen ocultos y solo pueden «desvelarse» entre los intersticios de la multimorbilidad, al fijarnos en los detalles del sistema que define el problema. Un problema con «energía» o «problema maestro» es complejo, múltiple y dramático o teatral –todas las cosas de la historia clínica nos hacen mirar hacia ese punto determinado–; es el que nos da un golpe en la boca del estómago, el que hace que nos lata más rápido el corazón, el que nos conmueve a muchos niveles, el que tiene una gran «densidad de emociones», elementos humanos, símbolos sociales, y nos abre soluciones en un paciente.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A way of helping “Mr. Minotaur” and “Ms. Ariadne” to exit from the multiple morbidity labyrinth: The “master problems”

Abstract Multiple morbidity seems to be “infinite” and so is not easy to make useful decisions. A new concept is introduced: the “master problems”, as a qualitative method to facilitate the exit from this maze of multiple morbidity. Metaphors from the art world have been used to teach this concept. These “master problems” generally remain hidden and can only “unravel” between the interstices of multiple morbidity, when the details of the system that defines the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@hotmail.com (J.L. Turabián).

problem are explained. A problem with "energy" or a "master problem" is complex, multiple and dramatic or theatrical –everything in the clinical history history make us look into that particular question–. It is what gives us a blow to the stomach, which causes our hearts to beat faster, that moves us on many levels, which has a high "density of emotions", human elements, social symbols, and opens solutions in a patient.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Tenía la impresión de que todavía deambulábamos sin rumbo por la superficie de la materia, que nos da miedo adentrarnos en el caos, romper e invertir bajo nuestros pies la superficie tradicional. Chagall M. Mi vida. Barcelona: El Acantilado; 2004. p. 125.

Introducción

Aunque existen problemas metodológicos para valorar la prevalencia de la multimorbilidad (tabla 1)¹⁻¹⁸, la triangulación de datos recogidos de múltiples fuentes^{7,19-21} permite asegurar que está aumentando en todo el mundo, y no solo entre personas mayores, sino también en jóvenes^{3,22-27}, especialmente entre los individuos desfavorecidos, afectando a los pacientes mediante el aumento de la carga de los síntomas, de la demanda de cuidados y de tratamientos, así como complicando su navegación por los sistemas sanitarios¹⁹, habiéndose convertido, en consecuencia, en un grave problema de salud pública debido a sus repercusiones negativas en la calidad de vida, la mayor tendencia a la discapacidad y mortalidad, y el costo de la utilización de servicios sanitarios²⁸⁻³¹.

La atención a las personas con multimorbilidad recae en gran medida en los médicos de familia (MdF), pero la práctica diaria está fuertemente influida por una variedad cada vez mayor de protocolos individuales. El resultado es el de servicios de salud fragmentados y mal coordinados, potencialmente inseguros, e innecesariamente costosos y con un grave riesgo de iatrogenia por polifarmacia^{3,32,33}, y estas circunstancias no se abordan adecuadamente en la formación profesional ni en la investigación^{13,34-38}. Hay poca evidencia para recomendar la mejor manera de realizar la asistencia de estos pacientes^{39,40}. Además, presentan un problema psicosocial secundario «oculto»: el de la propia multimorbilidad, tanto en sus vidas personales como en las interacciones con el sistema sanitario (son hiperutilizadores, incumplidores, pacientes «difíciles»). La intensidad y la complejidad de los problemas pueden abrumar incluso a profesionales experimentados, producen sentimientos de desconcierto, desesperación, frustración e impotencia en el MdF y el paciente, y en muchos casos, la atención se realiza enteramente en términos somáticos, lo que puede «salvar al paciente», pero causa también daños irreparables

en él y su contexto⁴¹. En esta situación, los MdF necesitan orientaciones sobre cómo abordar a pacientes con múltiples enfermedades. Este texto tiene como objetivo conceptualizar y definir un modo de priorizar la multimorbilidad mediante el desvelamiento de los problemas con más «fuerza» o con «energía», que podemos llamar «problemas maestros».

Según Kant es imposible percibir algo que no sea ya una versión procesada por nosotros de lo que vemos. Sin embargo, Schopenhauer creía que podemos acercarnos más a partir de nuestros sentimientos, y estos conocimientos los transmitimos a través de las artes⁴². En esta línea, para presentar este «nuevo» concepto en medicina de familia (MF) de los «problemas maestros» usamos el método de formación basada en el mundo del arte, para lograr una mayor conciencia de las experiencias, de las capacidades de análisis, imaginación, observación y razonamiento clínico⁴³.

¿Cómo afrontar la multimorbilidad del Sr. Minotauro y la Sra. Ariadna y salir del laberinto?

Veamos 2 casos de multimorbilidad: el «Sr. Minotauro»⁴⁴ y la «Sra. Ariadna» (figs. 1 y 2). Cuando se hace correctamente, la medicina comprende la identificación de la multimorbilidad⁴⁵. En la lista de problemas encontramos vestigios arqueológicos del pasado: desde pequeñas cerámicas hasta grandes catedrales góticas. La gestión clínica de los pacientes con multimorbilidad requiere una evaluación precisa y completa con el fin de dirigir la intervención y los recursos «al problema que más lo necesita». Pero esta selección es complicada, controvertida y contradictoria debido a la falta de acuerdos generales y criterios claros⁴⁶. El abordaje de condiciones concordantes como la hipertensión, la enfermedad coronaria y la diabetes puede dar origen a intervenciones sinérgicas que son potencialmente más simples que tratar las condiciones discordantes (como diabetes, asma bronquial y cáncer de próstata). La dificultad es extrema cuando la mezcla de condiciones incluye tanto los problemas de salud física como los de salud mental^{47,48}. En teoría, este abordaje puede hacerse por diversos caminos (tabla 2)^{3,8,16,27,40,45,47,49-68}, que se resumen en los siguientes enfoques: 1) suma de condiciones individuales; 2) basado en sistemas u órganos; 3) uso de índices ponderados; 4) conjuntos de casos interrelacionados por su complejidad, y

Tabla 1 Diferentes definiciones de multimorbilidad

Definiciones de multimorbilidad	Referencias
1) La coexistencia de más de una condición crónica en una persona	1
2) Tener 2 o más enfermedades crónicas elegidas arbitrariamente de una lista	2-6
3) Tener 2 o más enfermedades crónicas «que condicionan fragilidad clínica y disminución de la autonomía y la capacidad funcional»	7
4) Dos o más condiciones crónicas de salud de diferentes rúbricas del International Classification of Primary Care, Second Edition, o 2 o más condiciones crónicas de salud de diferentes capítulos de dicha clasificación	8
5) Concurrencia de 3 o más condiciones de una lista arbitraria de enfermedades crónicas	9
6) Identificando las díadas y tríadas más prevalentes de enfermedades crónicas	10
7) El número de Grupos de Diagnóstico Ambulatorio	11
8) Dos o más especialidades médicas involucradas en el cuidado del paciente	8
9) Un índice como, por ejemplo, el Cumulative Illness Rating Scale > 1, o el índice de Preference-Weighted Health-Related Quality of Life, una puntuación que combina el funcionamiento físico y mental	12-14
10) Identificando aquel que tiene varias enfermedades crónicas relevantes y una de ellas o la conjunción de varias condicionan una dependencia importante en las actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel < 60 puntos, con varios ingresos hospitalarios el último año y al menos uno de ellos por las enfermedades consideradas	15
11) La presencia de polimedición	7, 16, 17

Fuente: elaboración propia.

5) las medidas generales del estado de salud física o calidad de vida³⁶. Sin embargo, no hay ni mucho menos unanimidad, la heterogeneidad de la multimorbilidad hace poco útil los planteamientos predefinidos, y no se conoce bien la influencia de las características del paciente⁶⁹.

Además, el análisis cuantitativo, teóricamente «objetivo», de esa multitud de datos puede ser como «la montaña que pare un minúsculo ratón». Tal vez podría pensarse en algún sistema informático en la historia clínica electrónica que sintetice los datos de la multimorbilidad, pero puede ser poco útil, y en cierta medida una herramienta peligrosa^{70,71}. Desde luego, la priorización de la multimorbilidad deberá incluir algún tipo de discusión con el paciente acerca de las preferencias sobre

los resultados, aunque es aún un área de investigación⁷², y la consulta centrada en el paciente puede mejorar su participación activa⁷³, pero la mayoría de los enfermos prefieren delegar la toma de decisiones en los médicos, y las preferencias varían significativamente según las características del paciente⁷⁴, estos toman frecuentemente decisiones que son incongruentes o inconsistentes con sus preferencias expresadas, y estas deficiencias se vuelven más pronunciadas cuando las opciones son más complejas⁷⁵. En todo caso, las propuestas de guías de práctica clínica sobre la multimorbilidad incluyen tener en cuenta las agregaciones de morbilidad y el peso de la carga de gestionar la enfermedad para el paciente y su entorno⁷⁶.

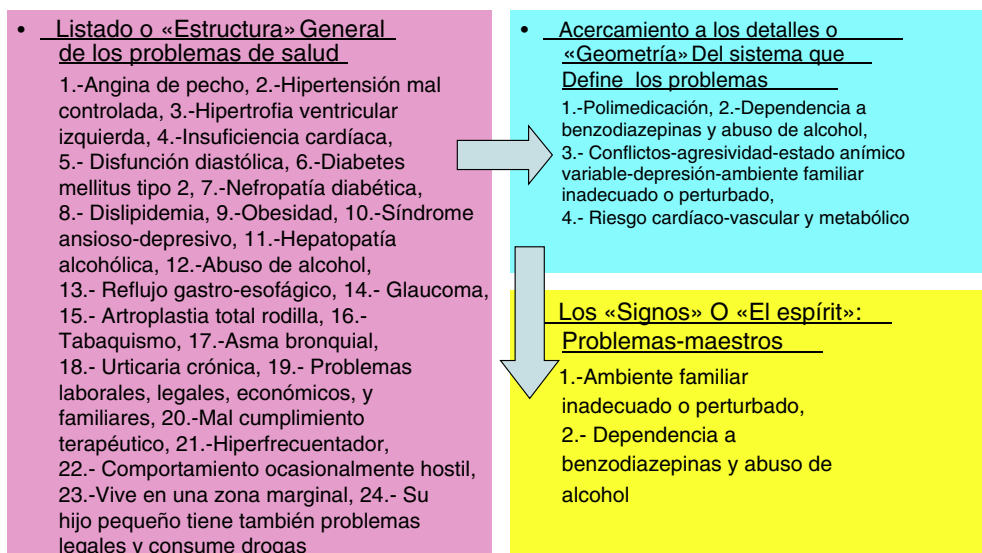


Figura 1 La lista general de problemas y los «problemas maestros» para el «Sr. Minotauro», de 46 años de edad.

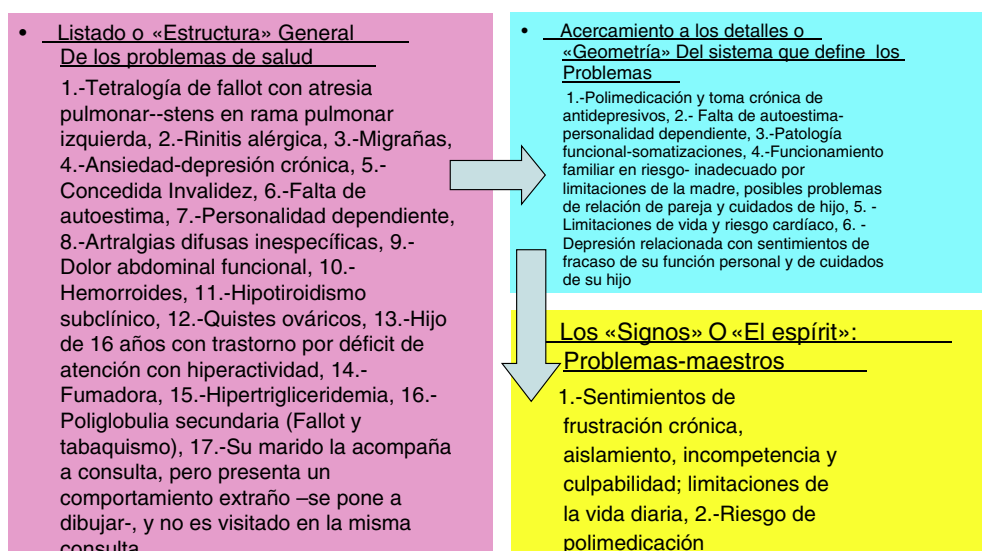


Figura 2 La lista general y los «problemas maestros» para la «Sra. Ariadna», de 30 años de edad.

Buscando entre un segmento y otro de vida: los intersticios secretos

La multimorbilidad es «infinita», y de este modo se nos presenta como no operativa para tomar decisiones útiles. ¿Cómo podemos organizar los datos casi ilimitados? Una primera orientación es encontrar «el sistema que define el problema»⁴¹, y esto muchas veces permanece «secreto» u oculto en los intersticios de los problemas; no se ve a primera vista. El listado de problemas de salud/enfermedad son muchas veces jeroglíficos que guardan claves. Son como los «cuadros con secreto», como el famosísimo cuadro de

Holbein el Joven, *Los embajadores*⁷⁷, pintado en Londres en 1533. En una estancia muy solemne 2 caballeros están retratados de pie, apoyados en una mesa colmada de objetos científicos, geográficos, musicales. Los 2 caballeros son, seguramente, personas importantes. Los más infinitesimales detalles son legibles con una claridad casi alucinante. En primer plano, casi en el centro, hay un objeto en claro contraste con la verosimilitud de la obra: una especie de forma alargada y blanquecina de la que no es posible obtener inmediatamente su identificación. Este punto turba al espectador que mira de frente el cuadro; este avanza para ver las cosas más de cerca, pero aquel objeto especial sigue

Tabla 2 ¿Cuál es la mejor manera de medir o valorar la multimorbilidad?

Formas de medir o valorar la multimorbilidad	Referencias
1. Clasificando los problemas como simples/complicados, de transición, y no ordenados (complejos y caóticos)	48
2. Considerando 4 componentes principales de la complejidad: 1) complejidad del caso (paciente); 2) complejidad de los cuidados; 3) complejidad de la evaluación de la calidad, y 4) complejidad de los sistemas de salud	49
3. Basado en la continuidad de la atención-continuidad de la medicación	50, 51
4. Identificando racimos o conglomerados de multimorbilidad o combinaciones de enfermedades	52
5. Identificando enfermedades centrales o con el mayor número de asociaciones	52
6. Dando a las enfermedades mentales más «peso» o prioridad a la hora del abordaje de la multimorbilidad	53, 54
7. «Cuidados en colaboración», «manejo de casos» (case management), programas de «navegación» por los servicios sanitarios o de coordinación desde la Atención Primaria	15, 46, 55, 56
8. Trabajo en equipo del médico con el farmacéutico o abordaje de la atención farmacéutica	7, 39, 44, 51, 57, 58
9. Abordaje según los patrones de multimorbilidad asociados con el sexo, las etapas de la vida y la edad	2, 26, 59
10. Cuestionarios para valorar la multimorbilidad mediante índices de actividad de las enfermedades, la función física, la calidad de vida, las actividades de la vida diaria, la incapacidad laboral, la autopercepción de salud, etc.	60-63
11. Individualizar la gestión y la participación de los pacientes	64-66
12. Acercamientos cualitativos para priorizar las preferencias de las personas	67

Fuente: elaboración propia.

siendo absolutamente indescifrable. Desconcertado, el visitante sale por la puerta de la derecha y, antes de salir, vuelve la cabeza para dar una última mirada al retrato y lo comprende todo: donde antes todo era esplendor mundano, ahora ve una calavera, que en una visión «normal» (ortogonal al cuadro) está oculta y que se desvela solo en determinadas condiciones de visión^{78,79}. El secreto no aparece reconocible sobre las bases normales de las reglas de reconocimiento. Los secretos solo son «desvelables» a través de prácticas «intertextuales»: entre los intersticios del listado de problemas. Estos intersticios son las zonas de incertidumbre o espacios decisionales que dejan abiertos los problemas de salud del paciente.

El retorno al detalle: ¿pescar con red o con anzuelo?

Si seguimos a Confucio: «El Maestro pescaba con anzuelo, no con red»⁸⁰. Se trata de acercarse, lo que se pueda, a ese caso particular. Tendremos que intentar reconocer o descubrir los elementos básicos: simplificar las formas, buscar la mayor pureza del color. Sería como eliminar «lo figurativo» de un cuadro y descubrir «la composición»: cuanto más descubierto esté el elemento básico del problema, más puro sonará. Así, se trata de encontrar en la complejidad del caso clínico los elementos puramente «abstractos» o formas básicas. De este modo aparece una construcción más serena, que puede mostrar una distribución más armónica entre los diversos elementos, más tranquila, equilibrada y homogénea: encontrar la melodía en la sinfonía⁸¹. Una cosa es la «realidad» (externa, epidérmica), y otra, la «verdad» (interna, abstracta). Para ver esas estructuras subyacentes «verdaderamente válidas» se podría decir que hay que descomponer la realidad de la lista de problemas en planos para reordenarla en otro conjunto autónomo. Para eso hay que volver al detalle: desvelar o revelar los «problemas maestros» es como descifrar un secreto oculto. La mano de la figura de Dios en el acto de separar la tierra de las aguas –*Creación del Mundo*, 1511–, que está pintada por Miguel Ángel en los frescos de la Capilla Sixtina, está abierta hacia el espectador... y ¡llena de líneas!, que podría ser leída quirománticamente, y sin duda eso implicará un significado oculto y necesariamente en conflicto con el significado manifiesto (es decir, la historia de la humanidad desde sus orígenes hasta la salvación)⁷⁸. A veces el bosque –el listado de problemas del paciente con multimorbilidad– nos impide ver el árbol. «Dios reside en los detalles» –observar el detalle, buscar leyes generales al estudiar un dato particular–. Fijarse en el detalle es «focalizar el diagnóstico»⁸². Hay un punto donde lo integral y lo focalizado (abstracto) se unen: los «problemas maestros». Lo abstracto y universal no excluye en absoluto lo particular, del mismo modo que la naturaleza, que se rige por leyes universales, arroja resultados distintos según las latitudes.

«En el fondo no se puede ir más allá porque no lo hay». . . ¡La salida del muro!

La multimorbilidad es un muro infranqueable para el MdF. No hay salida... Solo queda ir haciendo las numerosas prescripciones inducidas por cada especialista del nivel

secundario que visita al paciente. Pero... ¡un ojo sensible puede descubrir detalles que indican huecos, intersticios por donde salir! En la novela *Rayuela*, un personaje proyecta uno de los muchos finales de su libro inconcluso, y deja una maqueta. La página contiene una sola frase: «En el fondo sabía que no se puede ir más allá porque no lo hay». La frase se repite a lo largo de toda la página, dando la impresión de un muro. No hay puntos ni comas ni márgenes. De hecho, un muro de palabras ilustrando el sentido de la frase; un choque contra una barrera, detrás de la cual no hay nada. Pero hacia abajo, a la derecha, en una de las frases falta la palabra «lo». Un ojo sensible descubre el hueco entre los ladrillos, la luz que pasa⁸³. Un ojo sensible puede descubrir uno o unos pocos problemas que tienen «energía», o son «claves»; el resto de los problemas pueden esperar. Esto facilita la decisión subsiguiente del clínico. Estos problemas –podemos ya llamarlos– «maestros» nos «abren soluciones» de un paciente (figs. 2 y 3). Así, las tomas de decisión (tratamiento, intervención) son más fácilmente aplicables en pacientes con multimorbilidad después de haber desvelado los «problemas maestros»⁸¹.

¿Qué es un «problema maestro»?

El que abre y cierra distintas cerraduras; el que permite conseguir o descubrir una cosa; es la «joya de los problemas», un problema de «valor», especial, de gran importancia, que destaca entre los del mismo tipo o clase, donde «saltan chispas»⁸⁴ (tabla 3). Un «problema maestro» es aquel que, a juicio del clínico, para ese paciente en ese momento y en ese contexto, concentra la mayor significación para la salud/enfermedad. Nos permite «avanzar» (abrir puertas, cambiar de escenarios). Nos permite abordarlo o «curarlo» o «resolverlo»: facilita el desbloqueo de una situación, el cambio o el paso de un escenario a otro con nuevas perspectivas; restaurar o reestructurar conexiones interrumpidas. Desde luego, los «problemas maestros» desvelados en un paciente son una foto en un momento determinado del tiempo; no tiene un valor continuado salvo que no cambie ninguna de las circunstancias del paciente y del médico, lo cual es casi, por definición, imposible.

¿Por qué medios atribuimos energía o fuerza a los problemas de salud de un paciente («problemas maestros»)?⁸⁵

A pesar de la importancia de la medicina basada en la evidencia, gran parte de la toma de decisiones médicas se basa en el juicio, un proceso que es difícil cuantificar o incluso evaluar cualitativamente. Encontrar el o los problemas «con energía» es una experiencia subjetiva. Se fundamenta, en parte, en el instinto clínico. El instinto no se basa en los patrones de comportamiento innatos, sino en experiencias anteriores que se han reforzado hasta tal punto que permiten hacer suposiciones a pesar de la falta de lógica aparente. El instinto de tomar decisiones requiere centrarse en circunstancias específicas. El clínico discrimina o hace un pronóstico a priori de «evidencias cuantitativas» basado en las experiencias del pasado y los sentimientos instintivos, y es increíblemente preciso. Los instintos pueden estar basados en la emoción, la razón y la lógica⁸⁶.

Tabla 3 Características de un «problema maestro» o con «fuerza» o «con energía», y cómo tratar de ser «objetivo» en la elección «subjetiva» del «problema maestro»

Características de un «problema maestro» o con «fuerza» o «con energía»	Cómo ser objetivo en la elección del «problema maestro»
El que nos da un golpe en la boca del estómago, el que hace que nos lata más rápido el corazón, el que nos conmueve a muchos niveles	1. Reflexionando: argumentando de forma interpretativa sobre la esencia y lo periférico como medio para conferir o confirmar un valor
El que tiene una gran «densidad de emociones», con elementos humanos y símbolos sociales	2. Dando importancia a su «intención» subyacente: tomando como guía no tanto el dar importancia al «significado figurativo o visible» del problema, sino su «intención» subyacente; es decir, poner la atención en la pregunta «por qué esa estructura, con qué objetivo, con qué consecuencias». Llegar a una «nueva colección de signos y síntomas y diagnósticos», en el sentido de disposición de las notas en una partitura musical
El que es complejo, múltiple y dramático o teatral (todas las cosas en esa historia clínica nos hacen mirar, nos conducen hacia ese punto determinado)	3. Teniendo en cuenta la interdependencia entre el conocimiento y la opinión: no se trata de acumulación de información, sino de conocimiento
El que nos permite abordarlo o «curarlo» o «resolverlo» («desbloquearlo», «reconectarlo»)	4. Recordando que los hallazgos de la ciencia deben ser aplicados a las humanidades: el hombre humaniza y personifica imágenes, ideas y conceptos al convertirlos en sujetos vivientes

Fuente: elaboración propia.

Encontrar los problemas «con energía» no es hacer un resumen de la lista de problemas, sino desvelarlos. Lo principal es notar donde está la «energía»; dejar atrás lo accesorio, lo coyuntural. Es como en un caleidoscopio: un puñado de trocitos multicolores de vidrio –de problemas de salud– se reflejan en espejos, formando figuras, las cuales varían en cuanto el caleidoscopio se hace girar lo más mínimo. La forma en que vemos los problemas maestros está afectada por lo que conocemos o creemos; solo vemos lo que «miramos»⁷⁹. El desvelamiento de los «problemas maestros» no es ver la enfermedad más grave, más prevalente, más aguda o más crónica... Ese desvelamiento implica distinguir entre problemas principales y otros que pasarían a un segundo plano, y eso se hace viendo los detalles⁸⁷.

Lo que parecía marginal puede pertenecer mejor al centro; para que pueda haber nuevas valoraciones, es preciso que se perciban nuevas relaciones, nuevos ajustes de qué es central o marginal. La comprensión solo es posible una vez que se ha logrado una comunicación eficaz con el paciente. Hay una amplia gama de factores que deben ser incluidos en esta evaluación para desvelar los «problemas maestros», incluyendo las circunstancias sociales y económicas, las condiciones de vida y el apoyo social, la educación en salud, la autonomía funcional y las estrategias de afrontamiento⁸⁸. En la elección de los «problemas maestros» influye la narración que ha hecho el paciente y otros actores significativos (familia, etc.) en las entrevistas clínicas, muchas veces a lo largo de muchas visitas, y cómo dan respuestas dentro de su propio contexto⁸⁹. Sin embargo, proponemos que el desvelamiento de los «problemas maestros» es una tarea del MdF, y no puede delegarse en el paciente como si fuera un acto de participación o generosidad. Se ha propuesto un «equilibrio reflexivo triangular» con base en: 1) las narraciones descriptivas; 2) la consideración de juicios, y 3) los argumentos racionales⁹⁰.

Los «problemas maestros» desvelados deberían ser «icónicos», es decir, lo más abstractos posible (que trasciendan las apariencias exteriores de la realidad, remitiendo a lo más esencial): la estructura de los problemas nos lleva a una cierta geometría, luego al signo, y finalmente al espíritu del problema (figs. 2 y 3). Son como las pinturas de Monet de los jardines de Giverny –*Los nenúfares*–, donde no hay espacio ni perspectiva, y aboga por el abandono de la realidad aparente en favor de una realidad más profunda, fundamentada en los elementos que se transforman por la luz y la percepción interna del artista. La contemplación del jardín realizada por Monet no se enfrenta al objeto, sino que se sumerge en él⁹¹. Un problema con «energía» o «problema maestro» es el que nos da un golpe en la boca del estómago, el que hace que nos lata más rápido el corazón, el que nos conmueve a muchos niveles. Este tipo de problema tiene una gran «densidad de emociones», elementos humanos, símbolos sociales, es complejo, múltiple y dramático o teatral. La historia clínica se articula como un escenario; todas las cosas en esa historia clínica nos hacen mirar, nos conducen hacia un punto determinado, como ocurre cuando miramos, por ejemplo, *El Prendimiento de Jesús*, de Giotto (1302-05), fresco en la Capilla de los Scrovegni de Padua⁹².

¿Cómo tratar de ser «objetivo» en la elección «subjetiva» del «problema maestro»?

Un juicio basado en el instinto puede ser impopular. Las revistas médicas tienden a evitar «la poesía» por estas mismas razones⁹³. Los MdF están en una excelente posición para conocer a sus pacientes, y se necesita un retorno a su juicio profesional: un razonamiento rápido, intuitivo, basado en la imaginación, el sentido común y la evidencia de investigación con un criterio selectivo⁹⁴. Pero, ¿hay alguna forma de

controlar la subjetividad de la valoración de los «problemas maestros»?⁷⁸.

El mecanismo para tratar de ser «objetivo» en el desvelamiento de los «problemas maestros» es considerar siempre la importancia del detalle contra el trasfondo del marco teórico (tabla 3). Esta dependencia del marco teórico de la MF trae como consecuencia su efecto de objetividad; cuanto más se busca un efecto de verosimilitud con el marco teórico, más se debe recurrir a la máxima abstracción y contextualización. Lo que percibimos lo hacemos como figura-fondo. Las figuras –los problemas de salud– tienen contornos, límites y se encuentran en un primer plano. El fondo es el marco teórico biopsicosocial que se encuentra en un segundo plano. Ese marco teórico –fondo– genera contrastes en las figuras-problemas de salud que las hacen resaltar o genera similitudes que las hacen fundirse una con otra, o genera la aparición de una nueva figura-problema de salud que tiene un tono, color o textura diferente. Todo lo que se refiere a la figura se recuerda mejor que lo referente al fondo (marco teórico), y así, su presencia constante se hace inconsciente en la mayoría de las apreciaciones y decisiones.

En la elección del detalle hay una influencia de intereses del profesional. La verdad científica depende de la teoría. Es necesaria alguna forma de teoría para todas las formas de atención. Las condiciones bajo las cuales se elabora el «problema maestro» son en parte determinadas y carecemos de un control absoluto sobre ellas. Hay una dialéctica entre opinión y conocimiento. Hay que ser conscientes de la naturaleza de los procedimientos intelectuales y de la falibilidad que es inseparable de su utilidad. Todas las centralidades que se deciden como «problemas maestros» son precarias en la naturaleza del caso. Se puede volver a marginar otra vez lo que se ha centralizado, y colocar en ese lugar otra cosa. En todo caso, las reflexiones sobre cuál o cuáles son los problemas «fuerza» son deliberadas (pensamiento sistemático) más que fortuitas. Y a pesar de su falibilidad son estimulantes. La decisión sobre los «problemas maestros», como «la interpretación de las líneas de la mano de Dios en los frescos de Miguel Ángel en la Capilla Sixtina», debe tenerse como hipótesis de trabajo, y comprobar si resiste una verificación, o si tal hipótesis tiene significado, y permite tomar decisiones y obtener resultados. En este punto, el conocimiento exacto no tiene ningún papel que jugar. La opinión informada requiere un cierto marco teórico e histórico. Es de vital importancia para los clínicos entender cómo su propio sistema de creencias y ciclo de vida multigeneracional afectan a su efectividad. Los MdF deben aceptar el reto de examinar sus propios prejuicios, ya que estos, cuando no son explorados, influyen en nuestra capacidad de obtener o actuar sobre información importante⁹⁵.

Conclusión

¿Cuál es la mejor manera de valorar la multimorbilidad para priorizar nuestro abordaje? La revisión sistemática de los ensayos clínicos sobre las intervenciones para mejorar los resultados en las personas con multimorbilidad muestra un número muy reducido de estudios y resultados inciertos⁹⁶. Aquí hemos usado metáforas –dispositivos analógicos para iluminar la realidad– entre el campo artístico y

determinados conceptos en MF pendientes de comprender, y esto puede suponer un importante soporte para entender nuestra profesión. Pero, desde luego, no pretendemos tener una solución final al complejo problema de la gestión de los pacientes con multimorbilidad por varias razones: los principios fundamentales propuestos aún no se han probado, hay una base teórica de apoyo limitada en la actualidad, y su aplicación también puede ser difícil de lograr en 10 min de consulta. Sin embargo, el desvelamiento cualitativo de los «problemas maestros» puede suponer un paso decisivo o punto de inflexión: un momento en el que se produce un cambio clave, con expectativas de resultados beneficioso, en una situación.

En el desvelamiento de los «problemas maestros» suele apreciarse que surgen con frecuencia temas psicosociales⁹⁷⁻⁹⁹. Es como cuando la escritora Claire Keegan contestó de forma casi airada a un periodista que quería averiguar qué temas tocaba en sus novelas: «Soy irlandesa. Escribo sobre familias disfuncionales, vidas miserables carentes de amor, enfermedad, vejez, el invierno, el clima gris, el aburrimiento y la lluvia»¹⁰⁰. La investigación ha establecido que los entornos sociales afectan la salud humana y repercuten en la eficacia de la atención de la salud ofrecida. Mientras que la enfermedad biológica puede presentar objetivos específicos para la intervención, la social o estructural es difícil de tratar, pero no podemos darnos el lujo de ignorarla⁹⁵. Y esto nos recuerda que la prioridad en la formación de los MdF sobre el proceso salud-enfermedad es sobre todo social y cultural, pues es ahí donde se insertan los aspectos biológicos y psicológicos¹⁰¹. Desde luego, se necesita más investigación sobre las bases teóricas de la MF, y sobre cómo encontrar maneras prácticas y replicables de identificar e intervenir en el abordaje de la multimorbilidad, lo que implica cambios en el diseño en los estudios^{46,47,102}. «Tal vez hay que romper e invertir la superficie tradicional».

Conflicto de intereses

Declaramos que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Martínez Vellilla N. El desafío terapéutico de la multimorbilidad. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra. 2013;21:1-12 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8E20EDDC-EB73-40DA-B8F4-4CE3F96235D4/264988/Bit_v21n3.pdf
2. Oni T, McGrath N, BeLue R, Roderick P, Colagiuri S, May CR, et al. Chronic diseases and multi-morbidity - A conceptual modification to the WHO ICC model for countries in health transition. BMC Public Health. 2014;14:575 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/575>.
3. Foguet-Boreu Q, Violan C, Roso-Llorach A, Rodríguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Muñoz-Pérez MA, et al. Impact of multimorbidity: acute morbidity, area of residency and use of health services across the life span in a region of south Europe. BMC Fam Pract. 2014;15:55 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/55>.
4. Van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. BMC Fam

- Pract. 2014;15:61 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/61>.
5. Van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE, et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population – Data from general practices. *BMC Public Health*. 2012;12:715 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/715>.
 6. Orueta JF, Nuño-Solinís R, García-Alvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2013;13:918 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/918>.
 7. Wallace RB, Salive ME. The dimensions of multiple chronic conditions: Where do we go from here? A commentary on the special collection of *preventing chronic disease*. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:130104 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130104>.
 8. Buitrago Ramírez F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedicados. *Aten Primaria*. 2013;45:19–20 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-metodos-medida-adequacion-del-tratamiento-90185332>
 9. Rizza A, Kaplan V, Senn O, Rosemann T, Bhend H, Tandjung R, et al. Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: The Swiss fire project. *BMC Fam Pract*. 2012;13:113 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/113>.
 10. König HH, Leicht H, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, et al. Effects of multiple chronic conditions on health care costs: An analysis based on an advanced tree-based regression model. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:219 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/219>.
 11. Ashman JJ, Beresovsky V. Multiple chronic conditions among US adults who visited physician offices: Data from the National Ambulatory Medical Care Survey, 2009. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120308 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120308>.
 12. Carrera-Lasfuentes P, Abad JM, Aguilar-Palacio I, Rabanaque MJ. Comorbilidad como predictor de utilización de servicios sanitarios y mortalidad en pacientes con diabetes. *Gac Sanit*. 2015;29:10–4 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/comorbilidad-como-predictor-utilizacion-servicios/articulo/S0213911114002052/>.
 13. Boeckxstaens P, Peersman W, Goubin G, Ghali S, de Maeseneer J, Brusselle G, et al. A practice-based analysis of combinations of diseases in patients aged 65 or older in primary care. *BMC Fam Pract*. 2014;15:159 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/159>.
 14. Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Abbreviated guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) in family practice. *J Clin Epidemiol*. 2007;60, 212.e1–L 212.e4 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: [http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(06\)00287-3/Abstract](http://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(06)00287-3/Abstract).
 15. Lawson KD, Mercer SW, Wyke S, Grieve E, Guthrie B, Watt GC, et al. Double trouble: The impact of multimorbidity and deprivation on preference-weighted health related quality of life a cross sectional analysis of the Scottish Health Survey. *Int J Equity Health*. 2013;12:67 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/67>.
 16. Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. *Aten Primaria*. 2013;45:181–3 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/abordaje-integral-paciente-pluripatologico-atencion-primaria-tendencia-90198628-editorial-2013>.
 17. Brilleman SL, Salisbury C. Comparing measures of multimorbidity to predict outcomes in primary care: A cross sectional study. *Fam Pract*. 2013;30:172–8 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/30/2/172.abstract.html?etoc>.
 18. Gallacher KI, Batty GD, McLean G, Mercer SW, Guthrie B, May CR, et al. Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: Implications for treatment burden. *BMC Med*. 2014;12:151 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/151>.
 19. Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: Imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120239 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120239>.
 20. Ghosh A, Charlton KE, Girdo L, Batterham M. Using data from patient interactions in primary care for population level chronic disease surveillance: The Sentinel Practices Data Sourcing (SPDS) project. *BMC Public Health*. 2014;14:557 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/557>.
 21. Violán C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Pérez E, Valderas JM, Bolívar B, Fàbregas-Escurriola M, et al. Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity. *BMC Public Health*. 2013;13:251 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/251>.
 22. Ford ES, Croft JB, Posner SF, Goodman RA, Giles WH. Co-occurrence of leading lifestyle-related chronic conditions among adults in the United States, 2002–2009. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120316 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/12_0316.htm.
 23. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garman A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10:430–9 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163711000249>.
 24. Ward BW, Schiller JS. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: Estimates from the National Health Interview Survey, 2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120203 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120203>.
 25. Chau K, Baumann M, Chau N. Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence. *Int J Equity Health*. 2013;12:65 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/65>.
 26. Cornish RP, Boyd A, van Staa T, Salisbury C, Macleod J. Socio-economic position and childhood multimorbidity: A study using linkage between the Avon Longitudinal study of parents and children and the general practice research database. *Int J Equity Health*. 2013;12:66 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/66>.
 27. Violán C, Foguet-Boreu Q, Roso-Llorach A, Rodríguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, et al. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:530 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/530>.
 28. Lochner KA, Cox CS. Prevalence of multiple chronic conditions among medicare beneficiaries, United States, 2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:120137 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120137>.
 29. Boutayeb A, Boutayeb S, Boutayeb W. Multi-morbidity of non communicable diseases and equity in WHO Eastern Mediterranean countries. *Int J Equity Health*. 2013;12:60 [consultado

- 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/60/abstract>.
30. Machlin SR, Soni A. Health care expenditures for adults with multiple treated chronic conditions: Estimates from the Medical Expenditure Panel Survey, 2009. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:120172 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120172>.
31. Mercer SW, Guthrie B, Furler J, Watt GCM, Tudor Hart J. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ.* 2012;344:e4152 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e4152?etoc>.
32. Mair FS, May CR. Thinking about the burden of treatment. *BMJ.* 2014;349:g6680 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6680?etoc>.
33. Muggah E, Graves E, Bennett C, Manuel DG. The impact of multiple chronic diseases on ambulatory care use; a population based study in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:452 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/452>.
34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380:37–43 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext).
35. Salisbury C. Multimorbidity: Redesigning health care for people who use it. *Lancet.* 2012;380:7–9 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60482-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60482-6).
36. Peters DH. The application of systems thinking in health: Why use systems thinking? *Health Res Policy Syst.* 2014;12:51 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/51>.
37. Carmona L. Is there a best way to measure co-morbidity? *Rheumatology.* 2014;53:963–4 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/53/6/963.full>.
38. Shiner A, Ford J, Steel N, Salisbury C, Howe A. Managing multimorbidity in primary care. *InnovAiT.* 2014;7:691–700 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://ino.sagepub.com/content/7/11/691?etoc>.
39. Hughes LD. Using clinical practice guidelines in multimorbid older adults-A challenging clinical dilemma. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60:2180–2 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2012.04223.x/full>.
40. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: The challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing.* 2012;42:62–9 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/1/62.full>.
41. Rolland JS. Families, illness, and disability: An integrative treatment model. New York: Basic Books; 1994.
42. Yalom ID. Un año con Schopenhauer. Buenos Aires: Emecé Editores S. A.; 2006.
43. Muszkat M, Barak O, Lalazar G, Mazal B, Schneider R, Levi IM, et al. The effect of medical students' gender, ethnicity and attitude towards poetry-reading on the evaluation of a required, clinically-integrated poetry-based educational intervention. *BMC Med Educ.* 2014;14:188 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/14/188>.
44. Turabián JL, Pérez Franco B. El señor Minotauro, la historia continúa. La Ventana. 2.^a ed. Foro de intercambio de buenas prácticas. Toledo: Sescam, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2014.
45. Hyatt R. Collaboration between generalists in primary and secondary care is needed. *BMJ.* 2012;345:e5148 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5148?etoc>.
46. Shadmi E, Freund T. Targeting patients for multimorbid care management interventions: The case for equity in high-risk patient identification. *Int J Equity Health.* 2013;12:70 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/70/Abstract>.
47. Mercer SW, Gunn J, Bower P, Wyke S, Guthrie B. Managing patients with mental and physical multimorbidity. *BMJ.* 2012;345:e5559 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5559>.
48. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw JM, Schünemann HJ, Eccles MP. Developing clinical practice guidelines: Reviewing, reporting, and publishing guidelines; updating guidelines; and the emerging issues of enhancing guideline implementability and accounting for comorbid conditions in guideline development. *Implement Sci.* 2012;7:62 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/62>.
49. Kernick D. A theoretical framework for multimorbidity: From complicated to chaotic. *Br J Gen Pract.* 2012;62:659–62 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://bjgp.org/content/62/602/e659>.
50. Borgermans L, de Maeseneer J, Wollersheim H, Vrijhoef B, Devroey D. A theoretical lens for revealing the complexity of chronic care. *Perspect Biol Med.* 2013;56:289–99 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/perspectives_in_biology_and_medicine/v056/56.2.borgermans.html.
51. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. *BMJ.* 2013;346:f2510 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f2510.long>.
52. Beadles CA, Voils CI, Crowley MJ, Farley JF, Maciejewski ML. Continuity of medication management and continuity of care: Conceptual and operational considerations. *SAGE Open Med.* 2014;2 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://smo.sagepub.com/content/2/2050312114559261?etoc>.
53. Schäfer I, Kaduszkiewicz H, Wagner HO, Schön G, Scherer M, van den Bussche H. Reducing complexity: A visualisation of multimorbidity by combining disease clusters and triads. *BMC Public Health.* 2014;14:1285 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1285/Abstract>.
54. Woodhead C, Ashworth M, Schofield P, Henderson M. Patterns of physical co-/multi-morbidity among patients with serious mental illness: A London borough-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2014;15:117 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/117>.
55. Stanners MN, Barton CA, Shakib S, Winefield HR. Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: A thematic analysis. *BMC Fam Pract.* 2014;15:124 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/>.
56. Gustafsson M, Kristensson J, Holst G, Willman A, Bohman D. Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work – A focused ethnography. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:496 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/496>.
57. Plant N, Mallitt K, Kelly PJ, Usherwood T, Gillespie J, Boyages S, et al. Implementation and effectiveness of 'care navigation', coordinated management for people with complex chronic illness: Rationale and methods of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:164 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/164>.
58. Flores Dorado M, Baena Parejo I, Jiménez Martín J, Faus Dáder MJ. Revisión de la medicación de pacientes polimedicados

- en atención primaria. *Aten Primaria*. 2013;45:222-7 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/revision-medicacion-pacientes-polimedicados-atencion-primaria-90198634-cartas-al-director-2013>.
59. Santos-Ramos B, Otero López MJ, Galán-Banqueri M, Alfaro-Lara ER, Vega-Coca MD, Nieto-Martón MD, et al. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. 2012;36:506-17 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/129_vol36.6.52.pdf.
 60. Abad-Díez JM, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falcó A, Poblador-Plou B, Calderón-Meza JM, Sicras-Mainar A, et al. Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatr*. 2014;14:75 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/75>.
 61. Stolwijk C, van Tubergen A, Ramiro S, Essers I, Blaauw M, van der Heijde D, et al. Aspects of validity of the self-administered comorbidity questionnaire in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology*. 2014;53:1054-64 [consultado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/53/6/1054.abstract.html?etoc>.
 62. Hermesen LA, Leone SS, Smalbrugge M, Knol DL, van der Horst HE, Dekker J. Exploring the aggregation of four functional measures in a population of older adults with joint pain and comorbidity. *BMC Geriatr*. 2013;13:119 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/119>.
 63. Parker L, Moran GM, Roberts LM, Calvert M, McCahon D. The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK. *Fam Pract*. 2014;31:557-63 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/5/557.abstract.html?etoc>.
 64. Mavaddat N, Valderas JM, van der Linde R, Khaw KT, Kinmonth AL. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:185 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/185>.
 65. Muth C, van den Akker M, Blom JW, Mallen CD, Rochon J, Schellevis FG, et al. The Ariadne principles: How to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med*. 2014;12:223 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/223>.
 66. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter. *BMJ*. 2012;345:e6572 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e6572.long>.
 67. Morris RL, Sanders C, Kennedy AP, Rogers A. Shifting priorities in multimorbidity: A longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions. *Chronic Illn*. 2011;7:147-61 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://chi.sagepub.com/content/7/2/147.abstract>.
 68. Fried TR, Tinetti M, Agostini J, Iannone L, Towle V. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions. *Patient Educ Couns*. 2011;83:278-82 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945432/>.
 69. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Höfels S, Altiner A, Dahlhaus A, et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:89 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3348059/>.
 70. Martlew R. *Information systems in Archaeology*. Gloucester: Alan Sutton Publishing Limited; 1984.
 71. Turabian Fernández JL, Pérez Franco B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor? *Cuadernos de Gestión*. 2004;10:175-88 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/34257833/hacp-electronica-sopa-con-tenedor-cuad-gestion-2004#scribd>.
 72. van der Weijden T, Légaré F, Boivin A, Burgers JS, van Veenendaal H, Stiggelbout AM, et al. How to integrate individual patient values and preferences in clinical practice guidelines? A research protocol. *Implement Sci*. 2010; 5:10 [consultado 12 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824684/>.
 73. Denig P, Schuling J, Haaijer-Ruskamp F, Voorham J. Effects of a patient oriented decision aid for prioritising treatment goals in diabetes: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2014;349:g5651 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g5651>.
 74. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: Who really wants to participate? *Med Care*. 2000;38:335-41 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/articleviewer.aspx?year=2000&issue=03000&article=00010&type=abstract>.
 75. Schlesinger M, Kanouse DE, Martino SC, Shaller D, Rybowski L. Complexity, public reporting, and choice of doctors. A look inside the blackest box of consumer behavior. *Med Care Res Rev*. 2014;71 5 Suppl:38S-64S [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: http://mcr.sagepub.com/content/71/5_suppl/38S?etoc.
 76. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeche del Campo R, Sánchez Gómez S, Casariego Vales E. Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria*. 2014;46:385-92 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-90341738>.
 77. Los embajadores. Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Los_embajadores.
 78. Calabrese O. *Cómo se lee una obra de arte*. Madrid: Cátedra. Signo e Imagen; 1993.
 79. Berger J. *Ways of seeing*. London: British Broadcasting Corporation and Penguin Books; 1972.
 80. Confucio. *Los cuatro libros clásicos*. Barcelona: Editorial Bru-guera S. A.; 1974.
 81. Turabián JL, Pérez Franco B. Álbum de modelos para las herramientas cualitativas en la toma de decisiones en Medicina de Familia. Otros mapas para describir un mismo país. *Semergen*. 2014;40:415-24 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/lbum-modelos-las-herramientas-cualitativas-90366884>.
 82. Balint E, Novell JS. *Six minutes for the patient: Interactions in general practice consultations*. London: Tavistock; 1973.
 83. Cortázar J. *Rayuela*. Barcelona: Edhasa; 1984.
 84. Clark K. *What is a masterpiece?* New York: Thames and Hudson; 1979.
 85. Kermode F. *Formas de atención*. Barcelona: Gedisa Editorial; 1988.
 86. Patel SB. Is the role of instinct important in medicine? *J R Soc Med*. 2014;107:464-5 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://jrs.sagepub.com/content/107/12/464?etoc>.
 87. Turabián JL, Pérez-Franco B. Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades. *Semergen*. 2014;40:65-72 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/resumen/viaje-lo-esencial-invisible-aspectos-90279179>.
 88. Bower P. Better management of multimorbidity: A critical look at the 'Ariadne principles'. *BMC Med*. 2014;12:222 [consultado

- 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/222>.
89. Ong BN, Richardson JC, Porter T, Grime J. Exploring the relationship between multi-morbidity, resilience and social connectedness across the lifecourse. *Health (London)*. 2014;18:302–18 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://hea.sagepub.com/content/18/3/302?etoc>.
 90. Chiapperino L, Boniolo G. Rethinking medical humanities. *J Med Humanit*. 2014;35:377–87 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10912-014-9269-5>.
 91. Ruiz de la Puerta F. Monet y la poética del jardín. Informe. Santillana. [homepage on the Internet]. [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CArte%20monet%20y%20la%20po%C3%A9tica%20del%20jardin.pdf>
 92. ArteHistoria. La página del arte y la cultura en español. Prendimiento de Jesús. Junta de Castilla y León. [homepage on the Internet]. [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.artehistoria.jcyl.es/v2/obras/15344.htm>
 93. Abbasi K. Ebola and the wisdom of Haygarth. *J R Soc Med*. 2014;107:463 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://jrs.sagepub.com/content/107/12/463?etoc>.
 94. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725.long>.
 95. Behforouz HL, Drain PK, Rhatigan JJ. Rethinking the Social History. *N Engl J Med*. 2014;371:1277–9 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1404846?query=clinical-practice-enterr>.
 96. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5205.long>.
 97. Demirchyan A, Khachadourian V, Armenian HK, Petrosyan V. Short and long term determinants of incident multimorbidity in a cohort of 1988 earthquake survivors in Armenia. *Int J Equity Health*. 2013;12:68 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/68>.
 98. Kuo RN, Lai M. The influence of socio-economic status and multimorbidity patterns on healthcare costs: A six-year follow-up under a universal healthcare system. *Int J Equity Health*. 2013;12:69 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/69>.
 99. Shadmi E. Multimorbidity and equity in health. *Int J Equity Health*. 2013;12:59 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/59>.
 100. Vila-Matas E. Dublinesca. Barcelona: Seix Barral Biblioteca Breve S.A.; 2010.
 101. Quintero GA. Medical education and the healthcare system – Why does the curriculum need to be reformed? *BMC Med*. 2014;12:213 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/12/213>.
 102. Muth C, Beyer M, Fortin M, Rochon J, Oswald F, Valderas JM, et al. Multimorbidity's research challenges and priorities from a clinical perspective: The case of 'Mr Curran'. *Eur J Gen Pract*. 2014;20:139–47 [consultado 4 Ene 2015]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/13814788.2013.839651>.