



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

Álbum de modelos para las herramientas cualitativas en la toma de decisiones en Medicina de Familia. Otros mapas para describir un mismo país



Album of models for qualitative tools in the Family Medicine decision making. Other maps to describe a country

«Tengo dos mapas: Michelin y Hallwag. Describen el mismo país y las mismas carreteras, pero parece, sin embargo, como si la España de Hallwag coincidiera más con el vacío y el silencio que me rodea». Noteboom c. El desvío a Santiago. Madrid: Ediciones Siruela; 1992. p. 23.

Introducción. El abeto y la palmera: 2 extremos

¿Cuál es el mejor tratamiento para el paciente presentado en la [tabla 1](#)? ¿Con qué ayudas para la toma de decisiones contamos? En un extremo tenemos las herramientas cuantitativas –Medicina Basada en la Evidencia (MBE)–, pero, independientemente de que durante los últimos años haya quedado claro que identificar y sintetizar todos los estudios científicos que responden a una pregunta constituye un desafío inabordable para un clínico debido al crecimiento vertiginoso de la cantidad de información¹, ¿es responder a una pregunta?, ¿a cuál de ellas? La pregunta de la viñeta –caso o situación clínica– no puede contestarse mediante la suma de preguntas separadas. Se trata de encontrar una respuesta global². Y la presencia de múltiples enfermedades hace crecer la incertidumbre sobre los beneficios y perjuicios de aplicar directamente una guía clínica^{3,4}, ya que la mayoría de los ensayos excluyen a pacientes con múltiples enfermedades⁵. Además, la viñeta no es ni mucho menos algo excepcional; los médicos de familia (MdF) identifican aproximadamente a una cuarta parte de sus pacientes como complejos, contribuyendo a ello tanto los factores biológicos, como los psicológicos y los sociales⁶.

En consecuencia, aunque parece mantenerse la idea de que la calidad de la toma de decisiones se define en referencia a la MBE, este enfoque no es suficiente en la

práctica real⁷. Y entonces, ¿qué herramientas tenemos para decidir? La [tabla 2](#) presenta un resumen y ejemplos de las herramientas cualitativas de ayuda para la toma de decisiones que usan los MdF, consciente o inconscientemente. La [tabla 3](#) expone una simplificación conceptual de estas herramientas. Esta generalización se basa en la reflexión sobre la experiencia clínica de los autores –son conclusiones teóricas desde la práctica–, y está, por tanto, sujeta a su validación, pero puede suponer un punto de comienzo aceptable.

En los casos complejos como el de la viñeta –¿y cuándo no es un caso complejo?– no es posible usar como única herramienta de ayuda a la toma de decisiones el estilo Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones (herramienta cuantitativa)^{9,10}. Independientemente de esa información, la experiencia personal de cada profesional representa un factor de gran importancia en la toma cotidiana de decisiones. La integración entre la información cuantitativa, las circunstancias personales del paciente y los parámetros no clínicos constituyen lo que se ha denominado de modo tradicional «el arte de la medicina». Y no parece posible llevar a cabo una verdadera MBE sin el reconocimiento y la incorporación de estas variables que modifican la toma de decisiones clínicas. Si bien no se los considera formalmente, en muchas ocasiones distintos elementos no clínicos pueden asociarse con dificultades relevantes en la toma de decisiones^{11–13}.

Así, aunque la MBE ha tenido muchos beneficios, comienzan a oírse algunas voces calificadas que nos hacen notar que también ha tenido algunas consecuencias negativas no deseadas –como que los intereses creados se han apropiado de la «marca de calidad» basada en la evidencia, el énfasis excesivo en seguir las reglas algorítmicas, o que los beneficios estadísticamente significativos pueden no ser clínicamente relevantes–, y que proponen volver a centrarse

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.09.011>

1138-3593/© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Tabla 1 Viñeta (caso o situación clínica)

¿Cuál es el mejor tratamiento para un paciente de 46 años con ángor, hipertensión arterial mal controlada, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, disfunción diastólica, diabetes mellitus tipo 2, nefropatía diabética, dislipidemia, obesidad, síndrome ansiosodepresivo, hepatopatía alcohólica, abuso de alcohol, fumador, con asma bronquial y urticaria crónica, con problemas legales, económicos y familiares, que es religioso, presenta incumplimiento, que es hiperfrecuentador, con un comportamiento ocasionalmente hostil, y que vive en una zona marginal...?

en proporcionar evidencias utilizables que se puedan combinar con el contexto y la experiencia profesional para que cada paciente reciba tratamiento óptimo¹⁴. Sin embargo, a pesar de ese creciente reconocimiento de que muchas consultas del MdF implican varios problemas que abarcan distintos dominios de la enfermedad, hay una escasez de herramientas y técnicas fiables para ayudar a la toma de decisiones¹⁵, que además no están sistematizadas en los libros de texto. Y así, las respuestas que se suelen dar ante la viñeta de la [tabla 1](#) se mueven entre los lugares comunes de «suprimir el tabaco y el alcohol, realizar ejercicio físico o citar en una visita programada».

¿Y qué otras herramientas están disponibles, más allá de usar la MBE considerando separadamente cada problema de salud (HTA, ángor, diabetes, etc.) –lo que incluso nos mostrará guías clínicas discordantes, como en el caso de la HTA–?¹⁶. En el otro extremo atisbamos otras herramientas cualitativas que están desordenadas en el desván¹⁷. ¿Cuándo elegir unas u otras? No hay decisión sin carga emocional¹⁸. La clase de decisión clínica depende del rango y calidad de las evidencias usadas para tomarla¹⁹. Puede no haber diferencias significativas entre el tratamiento dado por los médicos que tienen un conocimiento adecuado de las guías clínicas y el de aquellos cuyo conocimiento de las recomendaciones es menos bueno. Este hecho se debe a que los MdF usan herramientas cualitativas para la toma de decisiones²⁰. Y estas decisiones parecen estar ajustadas a los síntomas y realizadas muchas veces de forma inmediata²¹.

Este uso, a veces muy rápido, casi «mágico», de las herramientas cualitativas por el médico experto, puede hacer poco visible el proceso a los estudiantes: resultarnos difícil descubrirlas, y explicarlas. Un enfoque para superar esta situación y ayudar a la enseñanza de las herramientas cualitativas de toma de decisiones es el análisis reflexivo de metáforas, para hacer accesible el pensamiento experto sobre el razonamiento clínico. Las metáforas simplifican el conocimiento, no para ignorar o reducir la complejidad inherente, sino para proporcionar un punto de entrada en su comprensión, generar ideas, favorecer la creatividad y construir conceptos y teorías. Aquí los MdF podemos usar las técnicas de los arquitectos que trabajan por analogías, símbolos e imágenes y obtienen ideas y estímulos inesperados²². Pensar en metáforas, en comparaciones, es una manera de contar un concepto de forma sugestiva,

interesante y sorprendente, que puede llegar a la gente más fácilmente²³.

Estas metáforas pueden constituir «modelos», y su variedad y riqueza pueden ser expresadas en múltiples formas: literatura, pintura, arquitectura, escultura, cine, biología, etc.^{24,25}. En la Edad Media, los artistas no pintaban directamente del natural, sino que se inspiraban por lo general en fórmulas ya establecidas. Entre los accesorios indispensables de los talleres de pintura en la Edad Media figuran los «libros de modelos», que contienen las copias de figuras y motivos vistos en alguna parte y que el artista puede utilizar más tarde. Estos libros llegan a ser depositarios importantes de la tradición artística, ya que por medio de ellos las formas e ideas de sus creadores pueden generalizarse y viajan de un taller a otro²⁶. Siguiendo este razonamiento, la [tabla 4](#) presenta «imágenes del álbum de las herramientas cualitativas» de ayuda para la toma de decisiones en situaciones complejas en Medicina de Familia (MF). Estos modelos contienen motivos metafóricos vistos o usados en alguna ocasión por los autores para la ilustración de conceptos. Desde luego, los «modelos» presentados no son sino algunos de los posibles para ilustrar la herramienta cualitativa correspondiente. El álbum podría generalizarse al difundirse entre profesionales y enriquecerse con nuevas láminas, y servir de mecanismo para hacer visible el proceso «casi invisible» –como ver el mar al fondo, entre los árboles– del uso de las herramientas cualitativas de ayuda en la toma de decisiones.

Desarrollo del tema. Por entre las hojas plateadas de los olivos, a lo lejos, brillaba el mar azul, tranquilo, denso

Lo que somos capaces de ver determina lo que somos capaces de escoger. Así, estas herramientas cualitativas nos permiten ver más allá del nudo de la pregunta compleja. La [tabla 3](#) expone algunos elementos conceptuales clave de las diferentes herramientas (cuyas «imágenes del álbum» se presentan en la [tabla 4](#)), y que desarrollaremos brevemente a continuación. Desde luego, algunos aspectos pueden superponerse entre las distintas herramientas, y normalmente usamos varias de ellas –además de las guías clínicas y la MBE– a la vez ante cada escenario clínico.

El análisis contextual^{27–31} puede definirse como el proceso de comprensión mediante el cual se infiere o deduce el sentido o significado de un elemento extraño a partir de su lugar o función en el conjunto. Los síntomas toman significado en el contexto. Tiene en cuenta que el entorno de cada uno, en buena parte está creado por uno mismo porque estamos interpretando lo que nos rodea. Por tanto, si variaras la interpretación de lo que te rodea, en cierto modo es como si variaras tu entorno³². Cambiar el contexto de un comportamiento se considera frecuentemente el mejor modo de producir cambios individuales. Así, el fondo (familiar, comunitario) es el que marca la importancia del problema individual³³, y aquí puede ser de utilidad tener en cuenta el ciclo vital y el genograma familiar.

El análisis histórico^{34–43} nos remite a la imagen del piel roja postrado sobre el suelo siguiendo la pista, a la caza

Tabla 2 Ejemplos de herramientas cualitativas de ayuda para la toma de decisiones en situaciones complejas en Medicina de Familia

Herramienta	Ejemplos
Análisis contextual	1. Marcar metas individualizadas, realizar planes de educación y tratamiento de carácter individual 2. En los brotes psicóticos se precisa la participación de la familia en el tratamiento 3. Una niña de 14 años con fractura de rodilla por traumatismo jugando a baloncesto, que la obliga a dejar el deporte –un elemento importante en su vida– sufre una crisis vital al perder su autoestima
Análisis histórico	1. ¿Qué hizo el paciente/la familia anteriormente para resolver otros problemas parecidos al actual? 2. La continuidad de la asistencia en la HTA nos muestra su historia natural: el período prepatogénico (con los elementos del huésped y del ambiente) y el período patogénico, que permite incluir medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria 3. Pacientes que han sufrido múltiples accidentes de tráfico en relación con ciertas fechas y lugares
Teoría del caos	1. Una pequeña mejora en la situación relacional familiar en un paciente diabético puede favorecer una evolución mucho mejor 2. Una paciente con distimia mejora y empeora según la situación familiar: está en «el borde del caos», y la decisión de prescribir o no antidepresivos necesitará flexibilidad dentro de los protocolos existentes 3. Los eventos estresantes no ocurren al azar –con una distribución lineal–, sino que se agregan en ciertos individuos
Análisis de la respuesta temporal	1. En la HTA, limitar el daño: biológico (mantener la presión arterial con cifras por debajo de 120/90 mmHg), psicológico (a la autoestima del hipertenso) y social 2. Un paciente con EPOC presentará una evolución de lento deterioro progresivo, con sucesivas agudizaciones y repetidos ingresos hospitalarios, que afectarán también a toda la familia 3. En un paciente con HTA y comportamiento hostil y desconfiado, deberá mejorarse la relación antes de marcar metas biológicas
Análisis sociológico	1. Hay sociedades casi sin depresión, y otras, con altas tasas 2. El bajo nivel socioeconómico se vincula con un incremento de la morbilidad de origen cardiovascular 3. Los factores sociales pueden afectar comportamientos relacionados con la salud (como tabaquismo, dieta, consumo de alcohol, actividad física), que a su vez pueden influir en el riesgo de una enfermedad orgánica y modificar el acceso y el contenido de la asistencia médica
Análisis relacional-emocional	1. El miedo a la insulino terapia puede alterar más la hemoglobina glucosilada y producir más retinopatías que la insuficiente dotación de oftalmólogos 2. El tipo de relación familiar determina el control médico de los pacientes independientemente de la enfermedad presentada 3. La deficiente interrelación médico-familia en el hipertenso está significativamente asociada al descontrol de la presión arterial
Análisis ecológico	1. La tala masiva en África del árbol <i>Prunus africana</i> para extraer una sustancia utilizada, sin clara base científica, para tratar el prostatismo, hace que este árbol esté en vías de extinción, favoreciendo la pérdida de fertilidad del suelo y la inseguridad alimentaria de su población 2. El estrés crónico promueve la inflamación y los mecanismos primarios de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular 3. Las personas que residen en barrios en los que hay espacios verdes atractivos –que hacen que sea más frecuente la actividad física– tienen menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2
Análisis ético	1. La asociación dutasterida + tamsulosina cuesta el doble que la prescripción de finasterida + tamsulosina, mientras que la evidencia actualmente disponible muestra que tienen una eficacia similar 2. Un paciente que rechaza dejar de fumar solicita una estatina: tiene un riesgo cardiovascular por encima del nivel en el que la guía clínica aconseja tratamiento hipolipidemiante, pero por debajo de ese nivel si dejara de fumar 3. Una mujer expone al médico que sospecha que su marido «le pueda contagiar algo», y pide que cuando venga a consulta, se le haga un análisis, «pero sin decirle que ha sido ella quien lo pidió»
Análisis estratégico	1. Paciente con diabetes mellitus atendido por el médico de cabecera, el endocrinólogo, el podólogo, la enfermera, la esposa, la Asociación de Diabéticos, etc. 2. Actores implicados en la promoción de la salud: el público, los grupos comunitarios, los sanitarios, los gestores, los gobernantes, los medios de comunicación, la industria farmacéutica 3. Centrarse en el cuidador de un enfermo crónico, como estrategia para evitar un incremento de los problemas en el familiar enfermo

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3 Conceptos de las herramientas cualitativas de ayuda para la toma de decisiones en situaciones complejas en Medicina de Familia

Herramienta	Conceptos que incluyen
Análisis contextual	La salud individual es expresión del contexto del enfermo Los síntomas toman significado en el contexto
Análisis histórico	Continuidad, patrones, evolución, análisis retrospectivo Es la historia pasada contenida en la situación actual. Un conocimiento detallado de lo ocurrido en la historia del paciente podría ayudarnos a tener una mejor y más amplia perspectiva de lo que estamos viviendo en la actualidad
Teoría del caos y análisis rizomático	Una bifurcación, transición o cambio de nivel en el sistema que puede identificarse con la enfermedad o con la curación Un atractor es el conjunto hacia el que el sistema evoluciona (como en esas novelas donde los personajes están «hechizados» o «encadenados» a un determinado elemento que reaparece invariablemente) Un rizoma es un modelo descriptivo o epistemológico en el cual la formación de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica
Análisis de la respuesta temporal	La decisión del «mal menor» o limitar el daño
Análisis sociológico	Acompañar «Esperar y ver» Establecer objetivos a corto plazo y modificar el plan a medida que este avanza Estabilización de la situación antes de abordar otras metas Hacer cosas fáciles, y que permiten luego el mayor número de otras opciones posibles La enfermedad y la salud es esencialmente un fenómeno social Los «estilos de vida» son «condiciones de vida» Los «roles» de la persona ordinaria y del profesional son elementos potenciales de conflicto
Análisis relacional-emocional	Entrevista clínica en sus modalidades de informativa, motivacional o capacitadora (ayudando a que el paciente/familia elijan su solución más apropiada; intentando activar el potencial de la persona; que «siga su camino propio») Participación del paciente Importa más el «cómo» -proceso- que el «qué» -contenido- Empatía/asertividad
Análisis ecológico	Repercusiones ecológicas de las decisiones en el paciente individual
Análisis ético	El principio ético fundamental es «primero, no hacer daño» Anteponer la no maleficencia a la beneficencia
Análisis estratégico	Valoración de escenarios (imaginando actitudes de actores relevantes que afectarán a eventos futuros) «Macroplanes»: actuar prioritariamente sobre los problemas principales o con «energía» en ese paciente

Fuente: elaboración propia.

del bisonte. La vida humana es una trayectoria a través del tiempo. ¿Qué hizo el paciente o la familia anteriormente para resolver otros problemas parecidos al actual? El historiador trabaja con restos materiales o documentos; con las huellas o rastros, reales o imaginarios, dejados por los seres humanos y las sociedades en el espacio a través del tiempo. El MdF basa su trabajo en entender a pacientes y sus huellas o datos que nos permitan reconstruir una historia y pronosticar un futuro⁴⁴.

La teoría del caos⁴⁵⁻⁴⁸ introduce la idea de que en un sistema complejo las condiciones cambiantes pueden en cualquier momento alterar su curso de forma desconocida. Esto implica usar, bien decisiones «firmes» –pensando en las peores condiciones posibles a tomar por el sistema–, bien «adaptativas» –las que se modifican de acuerdo con cada estimación de lo que sucede–. Hay un punto llamado el «borde

del caos–, en el que el MdF se puede mover, manteniendo la cohesión de los procesos, pero, a la vez, con suficiente flexibilidad como para permitir la innovación y la adaptación. En este análisis se considera el escenario clínico como «un rizoma», un sistema sin centro, jerarquías ni significado, donde todos los puntos están conectados entre sí. Ejemplos de «rizoma» son los sistemas de autocorrección y reacomodación no lineal que tanto abundan en la naturaleza, como es la conducta gregaria de las aves migratorias: parecen seguir una pocas leyes simples, como la de no chocarse entre sí, volar todas a la misma velocidad y mantenerse siempre junto al grupo. Nótese la constante reacomodación, autocorrección y adaptación a que permanentemente recurren estas aves para lograr su objetivo de mantenerse imperturbables a las cambiantes circunstancias⁴⁹. Podremos desarrollar una explicación

Tabla 4 Imágenes del álbum de las herramientas cualitativas de ayuda para la toma de decisiones en situaciones complejas en Medicina de Familia

Herramienta	Imágenes del álbum
Análisis contextual	1. <i>Series de pinturas «Homenaje al cuadrado», de Josef Albers (1888-1976):</i> un mismo color en función del entorno causa un efecto radicalmente distinto en el espectador^{27,28} 2. <i>La pintura «El día del Derby» (Derby Day), de W. P. Frith, de 1856-1858,</i> muestra en primer término una variopinta multitud, mientras que los caballos están relegados a un segundo plano^{29,30} 3. <i>Go Now! (Amo la vida), 1996, de Michael Winterbottom:</i> un obrero de la construcción empieza a tener pequeños problemas de salud: comienza a ver doble...³¹
Análisis histórico	1. <i>Un rastro permite apreciar la dirección del viaje del animal</i>^{40,41} 2. <i>Robinson Crusoe (1952), de Luis Buñuel.</i> ¿Cómo podía encontrarse en una isla desierta aquella huella humana?⁴² 3. <i>La serie de la Catedral de Rouen, de Claude Monet (1892 y 1894),</i> 31 lienzos de la fachada de la catedral gótica de Rouen bajo distintas condiciones de luz y clima, representando el tiempo⁴³
Teoría del caos	1. <i>La pintura de Jerónimo Bosco (1450-1516),</i> especialmente «El jardín de las Delicias» del Museo del Prado: las fuerzas del caos⁴⁷ 2. <i>Música de jazz.</i> Los músicos de jazz siguen algunos lineamientos básicos, pero improvisan según el público, el entorno o una cantidad de otros factores⁴⁸ 3. <i>Todo o nada (2002).</i> Dirigida por Mike Leigh. Phil y Penny han perdido la alegría de vivir –se desconectan–, pero cuando Rory cae enfermo y tiene que ser ingresado urgentemente se unen de nuevo y vuelven a descubrir el amor –se conectan⁵²–
Análisis de la respuesta temporal	1. <i>La muerte de Iván Ilich, de León Tolstói.</i> La novela relata cómo la enfermedad de Iván Ilich va aislándole progresivamente²⁵ 2. En <i>Don Quijote:</i> acompañar para evitar más riesgos y traumas (como Sancho Panza hace con Don Quijote)⁵³ 3. <i>Iris (2002), de Richard Eyre,</i> que narra la vida de la filósofa y novelista Iris Murdoch, centrándose en el proceso de evitar más daños y acompañar en el afrontamiento de la enfermedad de Alzheimer⁵⁴
Análisis sociológico	1. <i>Ophelia (1851-1852).</i> Óleo sobre lienzo. Tate Gallery, Londres. <i>Sir John Everett Millais (1829-1896).</i> Los prerrafaelistas buscaban lo interior en lo exterior: la psicología en la sociología⁵⁷ 2. <i>Lloviendo piedras (Raining Stones) 1993.</i> Dirigida por Ken Loach. Bob es un padre de familia que se queda sin trabajo. Vive en un barrio pobre al norte de Inglaterra. A pesar de las penurias, intentará, como buen católico, que su hija lleve el mejor vestido el día de su Primera Comunión⁵⁸ 3. <i>El pequeño salvaje.</i> De François Truffaut. Francia, 1969. Trata la controversia sobre la influencia de la herencia y el ambiente en el desarrollo de los hombres y las mujeres⁵⁸
Análisis relacional-emocional	1. <i>La peste, de Albert Camus.</i> Describe la vida de un médico durante una epidemia de peste bubónica, que posee empatía natural y compasión, pero considera que debe refrenar sus sentimientos porque podrían dificultar su trabajo como médico²⁵ 2. <i>Amar la vida (Wit).</i> Reino Unido, EE. UU., 2001, 95 min. De Mike Nichols. La actitud profesional del médico frente al personaje de la enfermera representan modelos de comunicación diferentes⁶³ 3. <i>El bajo continuo en la música barroca:</i> dos versiones de <i>Si dolce è'l tormento</i>, de Monteverdi. Son la misma y son distintas⁶⁹
Análisis ecológico	1. <i>Dersu Uzala (El cazador) 1975.</i> De Akira Kurosawa. Describe la relación con la Naturaleza de igual a igual sin intentar imponerse como hace la civilización occidental⁷² 2. <i>El jardinero fiel,</i> dirigida por Fernando Meirelles, es una película británica de 2005, basada en la novela homónima de John Le Carré, que a su vez está basada en unos ensayos ilegales llevados a cabo en niños nigerianos en 1996⁷³ 3. <i>La arquitectura especial de las iglesias de la isla de Ibiza,</i> adaptadas a su geografía, paisaje, pobreza e idiosincrasia⁷⁴
Análisis ético	1. <i>Amarga victoria (1939), de Edmund Goulding.</i> Se plantean cuestiones éticas como el paternalismo, el ocultar información a la paciente, o el secreto profesional⁸¹ 2. <i>Mar adentro (2004), de Alejandro Amenábar.</i> Ramón lleva casi 3 décadas postrado en una cama, y su único deseo es poder terminar con su vida dignamente⁸² 3. <i>Philadelphia (1993) de Jonathan Demme.</i> Aspectos éticos del sida⁸³
Análisis estratégico	1. <i>Rashōmon</i> es una película japonesa de 1950 dirigida por Akira Kurosawa. Muestra las visiones distintas de un mismo hecho⁸⁵ 2. <i>Hombre con violín. Picasso, 1911.</i> Óleo sobre lienzo. Museo de Arte de Filadelfia, EE. UU. La pintura cubista implica la combinación de múltiples puntos de vista⁸⁶ 3. <i>Náufrago (2000), de Robert Zemeckis.</i> Los conceptos básicos de planificación estratégica⁸⁷

Fuente: elaboración propia.

provisional acerca de cómo el sistema (familiar, comunitario, etc.) se ha organizado en torno a un problema, y generar hipótesis no lineales, como encontrar múltiples puntos de equilibrio aislados, saturación de respuestas, zonas muertas donde no hay respuestas, o conexión-desconexión (todo o nada) –periodos «on» en los que la respuesta a la intervención es adecuada, y periodos «off», en los que no hay respuesta y la sintomatología de la enfermedad empeora–. También incluye este análisis el concepto de «transición de fase» o «crisis» que puede reordenar o disolver problemas. Así mismo incluye el concepto de «atractor»⁵⁰: algo que atrae a la figura hacia su centro; un síntoma, un leitmotiv. Aquí debe recordarse que «un mínimo cambio al principio puede tener al final resultados considerables» (previstos o no previstos)^{51,52}, y que pueden presentarse «bifurcaciones» (un cambio brusco en las propiedades del sistema provocado por una pequeña variación de algún parámetro). En ocasiones, aunque estemos frente a un escenario no lineal, no queda más remedio que «simplificarlo», transformando un problema no lineal en uno lineal y, por tanto, permitiendo en un segundo paso la utilización de otras herramientas de toma de decisión.

El análisis de la respuesta temporal tiene en cuenta el comportamiento en el tiempo del sistema ante alguna variación en sus entradas²⁵. Defiende la riqueza en vez de la claridad de significados. Busca la decisión del «mal menor» o limitar el daño. Acepta como única respuesta posible el «acompañar»^{53,54}. Propone centrarse en el «aquí y ahora» y establecer objetivos a corto plazo y modificar el plan a medida que este avanza. Busca respuestas fáciles y pequeñas⁵⁵.

En el análisis sociológico^{19,56}, lo biológico es conformado por lo social, a través del eslabón mediador de lo psíquico; la conducta de un individuo solo puede entenderse como práctica de sus funciones sociales. Tiene en cuenta los mundos separados de la experiencia y referencia (roles) de la persona ordinaria y del profesional, que son siempre elementos potenciales de conflictos entre ellos. La enfermedad es esencialmente un fenómeno social, y es primordial la influencia del ambiente en el desarrollo de las personas⁵⁷⁻⁶⁰.

El análisis relacional-emocional pretende explicar la matriz de relaciones –cuáles son sus componentes y cuándo se dan sus relaciones entre sí– del objeto de estudio. Estas relaciones se expresan como «dependencias», ya que el estado de cada componente del sistema se ve afectado por otro u otros componentes, y viceversa⁶¹. Con las diferentes configuraciones estructurales de la familia que aparecen en el genograma se pueden intentar predecir características de la personalidad y de las relaciones, así como pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que continúan o se alteran de una generación a otra. Este análisis también incluye la entrevista clínica, en donde destaca la relación empatía/asertividad^{25,62,63}: mucha empatía precisa de mucha asertividad. En esta herramienta están las emociones⁶⁴, la confianza⁶⁵ y la intuición. Diagnosticar emociones –tanto del médico como del paciente– constituye la primera puerta que tenemos que pasar para que el paciente se deje abordar⁶⁶. Es importante que el MdF pueda ser consciente de aceptar la oferta de síntomas que le hace el paciente sin excluir lo somático, mental, familiar o social, y organizarlos incluyéndose a

sí mismo en la matriz que se configura^{67,68}. La intuición es el «bajo continuo» que debe estar presente durante todo el trabajo diagnóstico y terapéutico: en la música barroca el bajo continuo marcaba la rítmica para guiar a los demás instrumentos, y así cada instrumentista le daba un toque personal, a veces improvisando sobre ese acorde⁶⁹.

El análisis ecológico es el estudio de las relaciones funcionales entre los organismos y el medio ambiente de su mundo exterior⁷⁰. Es ser conscientes de las repercusiones ecológicas de las decisiones «micro» (en el paciente individual)⁷¹⁻⁷⁴. La Naturaleza nos brinda el ejemplo de la biodiversidad como estrategia de supervivencia⁷⁵. Es tener en cuenta los profundos efectos fisiológicos de lo psicosocial en los pacientes⁷⁶.

En el análisis ético⁷⁷⁻⁸³ la vida y la salud se examinan a la luz de los valores y principios morales. Los temas son libertad –¿por qué hago eso?, ¿lo hago o no lo hago?, ¿no sería aconsejable que procurara informarme lo suficiente para decidir por mí mismo?–, autonomía, felicidad, justicia. La decisión correcta implica tomar en consideración una red de valores sociales y del enfermo, y los criterios de bondad o prudencia en el mejor interés para el paciente y su familia.

El análisis estratégico⁸⁴⁻⁸⁷ se dirige a conocer recursos y potencialidades para el logro de las metas. Puede permitir rodear las resistencias al cambio y crear condiciones propicias para la intervención médica. El proceso diagnóstico y terapéutico en MF comienza observando las fuerzas y actores principales que influyen en los resultados de los eventos, sin olvidar que no existe una sola realidad, sino diferentes versiones de esta –a veces contradictorias⁸⁸–, y aquí puede ser de utilidad tener en cuenta el ciclo vital y el genograma familiar. Las preguntas estratégicas a la hora de la planificación de la intervención incluyen las siguientes: ¿a quién afectará la intervención del médico?, ¿quién podría detener la acción médica?, ¿quién podría facilitar la implementación?, ¿cuáles son las fortalezas y debilidades del paciente y su familia?, ¿cuáles son los intereses del paciente?, ¿los objetivos de la intervención médica se han acordado con los actores principales? La recta final de una carrera es el desenlace de un drama delineado mucho antes²⁹. «Conoce a tu enemigo y conócete a ti mismo y en 100 batallas nunca saldrás derrotado»^{89,90}.

Conclusiones teóricas desde la práctica

Los pacientes atendidos en MF son complejos porque sus problemas de salud no suelen depender de un solo elemento simple dominante, como sucede en la atención secundaria –haciendo un símil musical, estos serían pacientes melódicos–, sino que presentan varios elementos entremezclados –pacientes sinfónicos–, que se pueden subordinar a un elemento principal, evidente o velado. Desde la posición del MdF que atiende al paciente, puede ser muy difícil hallar este elemento dominante, y suele permanecer ante nosotros la gran fuerza de la complejidad –la gran fuerza sonora de la sinfonía–.

Por lo tanto, ante la pregunta de «¿cuál es el mejor tratamiento para un paciente?», como la que presenta la

viñeta, nos surge otra: «¿pescar con red o con anzuelo?». Si seguimos a Confucio⁹⁰: «El Maestro no pescaba con red, sino con anzuelo; no cazaba con trampas, sino con dardos». Se trata de acercarse, lo que se pueda, a ese caso particular. Y en consecuencia, las herramientas cualitativas de ayuda a la toma de decisiones son tan indispensables como las cuantitativas (MBE), y con frecuencia, estas últimas solo se pueden aplicar después de las primeras. Dentro de la complejidad del caso clínico, tendremos que intentar reconocer o descubrir los elementos básicos: 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 composición compleja del caso clínico los elementos puramente «abstractos» o formas básicas. Así se simplifica la complejidad, aparece una construcción más serena, que puede mostrar una distribución más armónica entre los diversos elementos, más tranquila, equilibrada y homogénea⁹¹. Las herramientas cualitativas aquí mostradas nos pueden ayudar en esta tarea: encontrar la melodía en la sinfonía.

Y aquí, el «álbum de modelos» podría ser un método para enseñar y aprender, haciendo visibles, accesibles y «transitables» las herramientas cualitativas de ayuda a la toma de decisiones: «si los senderos de las montañas son frecuentados por los hombres, se hacen transitables y fáciles de seguir; si, por el contrario, transcurre algún tiempo sin que nadie pase por ellos, entonces crecen hierbas y plantas que los ocultan y los hacen intransitables»⁹⁰. Sin embargo, la tarea de sistematizar e ilustrar estas herramientas no está terminada. Se aconseja estudiar cualitativamente la terminología que usan los MdF para definir sus sistemas de toma de decisiones en su vida cotidiana (no solo en medicina), y desde ahí facilitar la transposición a la clínica. Así mismo, sería preciso completar las herramientas aquí presentadas, y validar estas categorías en la práctica diaria de la MF, por ejemplo, estudiando la frecuencia con que el MdF usa cada una de ellas para gestionar la incertidumbre de los problemas clínicos.

Bibliografía

- Rada G. Quick evidence reviews using Epistemonikos: A thorough, friendly and current approach to evidence in health. *Medwave*. 2014;14:e5997 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Editorial/5997>
- Turabián JL. Inteligencia contextual. *JANO*. 2005;LXIX:10 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/69/1571/10/1v69n1571a13076911pdf001.pdf>
- Fried TR, Tinetti ME, Iannone L. Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med*. 2011;171:75-80 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837819>
- Neumann I, Rada G. Evidence-based decision-making: When it is worthwhile. *Medwave*. 2014;14:e5966, <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.05.5966> [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/EvidDecisiones/5966>
- Fuller J, Flores LJ, Upshur REG, Goldenberg MJ. Renaissance or reformation for evidence based medicine? *BMJ*. 2014;349:g4902 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4902?etoc=>
- Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: A cohort study. *Ann Intern Med*. 2011;155:797-804 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.annals.org/content/155/12/797/Abstract>
- Reeve J. Protecting generalism: Moving on from evidence-based medicine? *Br J Gen Pract*. 2010;60:521-3 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20594443>
- Turabián JL, Pérez Franco B. ¿Un caso fácil o difícil? Las formas dibujadas por la vida. *Medicina de familia basada en la incertidumbre*. *Semergen*. 2010;36:485-90 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/semergen-medicina-general-familia-40/un-caso-facil-o-dificil-las-formas-13184353-editorial-2010>
- Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada Mar 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
- Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, et al. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med*. 2009;6:e1000086 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000086>
- Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: A major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med*. 2010;103:178-87 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://jrs.sagepub.com/content/103/5/178/Abstract>
- Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity and clinical care. *BMJ*. 2001;323:685-8 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7314/685>
- Donner-Banzhoff N. Dealing with uncertainty in general medical practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2008;102:13-8 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19009936> (German).
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*. 2014;348:g3725 [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725?etoc=>
- Procter S, Stewart K, Reeves D, Bowen L, Purdy S, Ridd M, et al. Complex consultations in primary care: A tool for assessing the range of health problems and issues addressed in general practice consultations. *BMC Fam Pract*. 2014;15:105 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/105>
- Salvo M, White CM. Reconciling multiple hypertension guidelines to promote effective clinical practice. *Ann Pharmacother*. 2014;48:1242-8 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://aop.sagepub.com/content/48/9/1242/Abstract>
- Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Una forma de hacer operativo el pragmatismo clínico: sistematización del modo de acción de los médicos competentes. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:476-9 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/una-forma-hacer-operativo-el-13073233>
- Punset E. El alma está en el cerebro. *Radiografía de la máquina de pensar*. Madrid: Punto de Lectura S. L.; 2007.
- Tudor Hart J. Democratise or perish: The health sciences as a path for social change. En: Panitch L, Leys C, editores. *Necessary and unnecessary utopias: Socialist Register 2000*. Suffolk, UK: Merlin Press Ltd.; 1999 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/5742>

20. Karbach U, Schubert I, Hagemeister J, Ernstmann N, Pfaff H, Höpp HW. Physicians' knowledge of and compliance with guidelines. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108:61-9 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=80615>
21. André M, Andén A, Borgquist L, Rudebeck CE. GPs' decision-making - Perceiving the patient as a person or a disease. *BMC Fam Pract.* 2012;13:38 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/38/Abstract>
22. Scott Brown D, Venturi R. *Aprendiendo de todas las cosas*. Barcelona: Tusquets editores; 1971.
23. Ramón-Cortés F. *La isla de los 5 faros. Un recorrido por las claves de la comunicación*. Barcelona: RBA Libros, S. A.; 2006.
24. Gramaglia C, Jona A, Imperatori F, Torre E, Zeppegno P. Cinema in the training of psychiatry residents: Focus on helping relationships. *BMC Med Educ.* 2013;13:90 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/90/Abstract>
25. García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc).* 1998;111:23-6 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/articulo/el-desarrollo-las-actitudes-humanistas-2445?referer=buscador>
26. Eörsi A. *Az internacionális gótika festészete*. Budapest: Corvina Kiado; 1984. [La pintura gótica internacional. La Habana: Editorial De Arte y Literatura; 1984].
27. Albers J. *La interacción del color*. Madrid: Alianza Forma; 1979.
28. Bitácora del Párvulo. Blog [Internet]. Albers J. Homenaje al cuadrado. Viernes, 12 de noviembre de 2010. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://fabricioestrada.blogspot.com.es/2010/11/josef-albers-homenaje-al-cuadrado.html>
29. Savater F. *El juego de los caballos*. Madrid: El Observatorio Ediciones; 1984.
30. Tate. [homepage on the Internet]. William Powell Frith. The Derby Day 1856-8. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.tate.org.uk/art/artworks/frith-the-derby-day-n00615>
31. Todosomosuno. [homepage on the Internet]. Go Now! (Amo la vida) - Una motivadora película sobre la esclerosis múltiple [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://todossomosuno.com.mx/portal/index.php/go-now-amo-la-vida-una-motivadora-pelicula-sobre-la-esclerosis-multiple/>
32. Fuster V, Sampedro JL. *La ciencia y la vida*. Barcelona: Random House Mondadori; S. A.
33. Rolland JS. *Families, illness, and disability. An integrative treatment model*. New York: Basic Books; 1994.
34. Toscano SE. A retrospective pattern analysis. *J Holist Nurs.* 2013;31:78-83 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://jhn.sagepub.com/cgi/content/abstract/31/2/78?etoc>
35. Thomas PA. Trajectories of social engagement and mortality in late life. *J Aging Health.* 2012;24:547-68 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://jah.sagepub.com/cgi/content/abstract/24/4/547?etoc>
36. Seshadri S, Beiser A, Pikula A, Himali JJ, Kelly-Hayes M, DeBette S, et al. Parental occurrence of stroke and risk of stroke in their children. The Framingham Study. *Circulation.* 2010;121:1304-12 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/121/11/1304.Abstract>
37. Skipstein A, Janson H, Kjeldsen A, Nilsen W, Mathiesen KS. Trajectories of maternal symptoms of depression and anxiety over 13 years: The influence of stress, social support, and maternal temperament. *BMC Public Health.* 2012;12:1120 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1120/Abstract>
38. White JH, Magin P, Attia J, Sturm J, Carter G, Pollack M. Trajectories of psychological distress after stroke. *Ann Fam Med.* 2012;10:435-42 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/10/5/435.full>
39. Henselmans I, Helgeson VS, Seltman H, de Vries J, Sanderman R, Ranchor AV. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychol.* 2010;29:160-8 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20230089>
40. Ennion EAR, Tinbergen N. *Tracks*. London: Oxford The Clarendon Press; 1969.
41. Aranda Sánchez JM. *Manual para el rastreo de mamíferos silvestres de México*. [monografía en Internet]. México, 2012. [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: http://www.biodiversidad.gob.mx/publicaciones/versiones_digitales/ManualRastreoMamiferosMexico.pdf
42. Robinson Crusoe (película). Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Robinson_Crusoe_\(pel%C3%ADcula\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Robinson_Crusoe_(pel%C3%ADcula))
43. Theartwolf.com. [homepage on the Internet]. Claude Monet - La serie de la catedral de Rouen, 1892-1894 - El clímax del impresionismo. [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: http://www.theartwolf.com/monet_cathedral.es.htm
44. Turabián JL, Pérez Franco B. Senderos clínicos en la presentación de los síntomas considerados como obra de arte plástica en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2012;44:511-3 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/senderos-clinicos-presentacion-los-sintomas-considerados-como-90151784-editorial-2012>
45. Griffiths F, Byrne D. La teoría del caos y el arte de la medicina general. *Dimens Hum.* 1999;3:31-40.
46. Masny D. Rhizoanalytic pathways in qualitative research. *Qual Inq.* 2013;19:339-48 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/5/339?etoc>
47. Museo Nacional del Prado. Galería online. [homepage on the Internet]. El Bosco. El jardín de las Delicias. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <https://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/obra/el-jardin-de-las-delicias-o-la-pintura-del-madrono/>
48. Haidet P. Jazz and the 'Art' of Medicine: Improvisation in the Medical Encounter. *Ann Fam Med.* 2007;5:164-9 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/cgi/content/full/5/2/164>
49. La teoría del caos o el desafío de gerenciar con reglas inestables. *Revista Mercado*, 3 de marzo de 2009. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.mercado.com.ar/notas/google-organic/359919/noticias-desde-google?id=359919>
50. Campbell C, Albert R. Stabilization of perturbed Boolean network attractors through compensatory interactions. *BMC Syst Biol.* 2014;8:53 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1752-0509/8/53/Abstract>
51. Turabián JL. El «efecto mariposa» en el tratamiento dentro de la medicina de familia. *JANO.* 2004;LXVII:10 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/67/1531/10/1v67n1531a13065746pdf001.pdf>
52. Sartora J. A todo o nada. [homepage on the Internet]. [consultado 23 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/cya/pdf/Films1/A.todo.o.nada.pdf>
53. El Quijote - Molinos de Viento. YouTube. [homepage on the Internet]. [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=44Fze3GXwRs>
54. Iris (película). Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 10 Ago 2014]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Iris_\(pel%C3%ADcula\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Iris_(pel%C3%ADcula))
55. Turabián Fernández JL. Una medicina a escala humana. *JANO.* 2003;LXV:10 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/65/1489/10/1v65n1489a13052086pdf001.pdf>
56. Freidson E. *Dilemmas in the doctor/patient relationship*. En: Cox C, Mead A, editores. *A sociology of medical practice*. London: Collier-MacMillan; 1975.

57. Sánchez Artola B. Ofelia, de Millais. REMI. 2004;4 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2004/09/ofelia.htm>
58. Tarín JM. El cine de Ken Loach. LaButaca.net. Revista de cine. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.labutaca.net/reportaje/elcinedekenloach/2.htm>
59. El pequeño salvaje. Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/El-peque%C3%B1o_salvaje
60. Brown GW. En: Tuckett D, Kaufert JM, editores. *Basic readings in Medical Sociology*. London: Tavistock Publications Ltd.; 1978.
61. Martín Serrano M, Piñuel Raigada JL, Gracia Sanz J, Arias Fernández MA. Teoría de la comunicación. I. Epistemología y análisis de la referencia. [monografía en Internet]. Cuadernos de la Comunicación de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid: A. Corazón; 1982. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/15635000/Teoria-de-La-Comunicacion>
62. La peste. Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/La_peste
63. Amar la vida: cine y enfermedad. EduKacine. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://edukazine.blogspot.com.es/2009/10/amar-la-vida-cine-y-enfermedad.html>
64. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;35:306-10 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/la-emocion-intuicion-como-herramientas-gestionar-incertidumbre-13073417-special-article-2005>
65. Ayerbe García-Monzón L, Pérez-Piñar López M, Pereira Sanz S. Su médico le recomienda un poco más de confianza. *Aten Primaria*. 2013;45:63-4 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/su-medico-le-recomienda-un-poco-mas-90185339-cartas-al-director-2013?bd=1>
66. Scoralick FM, Piazzolla LP, Camargos EF, Dias Freitas MP, Guimarães RM, Laiana C. Facial expression may indicate depression in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:2371-3 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23231560>
67. Wortman S. La biomedicalización del envejecimiento. *Revista Topía*. [Revista on-line] 2005. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-biomedicalizaci%C3%B3n-del-envejecimiento>
68. Rudebeck CE. Algunos aspectos evidentes del cuerpo en la experiencia e interacción clínica. *Dimens Hum*. 1999;3: 24-9.
69. De Miguel JC. El bajo continuo: ¿una moda pasajera del Barroco? Haciendo música desde el IES Bergidum Flavium de Cacabelos. Sábado, 25 de febrero de 2012. *Admusicafaciendum*. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://admusicafaciendum.blogspot.com.es/2012/02/el-bajo-continuo-una-moda-pasajera-del.html>
70. Cole DC, Eyles J, Gibson BL, Ross N. Links between humans and ecosystems: The implications of framing for health promotion strategies. *Health Promot Int*. 1999;14:65-72 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/14/1/65.full>
71. Marihuana en el monte Kenia. *El País*. Domingo, 21 de noviembre de 1999. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/sociedad/KENIA/UNESCO/Marihuana/monte/Kenia/elpepisoc/19991121elpepisoc/8/Tes>
72. Dersu Uzala (El cazador). Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Dersu_Uzala_\(pel%C3%ADcula_de_1975\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Dersu_Uzala_(pel%C3%ADcula_de_1975))
73. El jardinero fiel (película). Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/El_jardinero_fiel_\(pel%C3%ADcula_de_1975\)](http://es.wikipedia.org/wiki/El_jardinero_fiel_(pel%C3%ADcula_de_1975))
74. Demerson J. *Las iglesias de Ibiza*. Madrid: PAR, Artes Gráficas, S. A.; 1974.
75. Turabián JL. La disciplina más ecológica es la Medicina de Familia. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. [homepage en Internet]. Segunda edición, ampliada y corregida: 10 de diciembre, 2010. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.siiisalud.com/dato/experto.php/96635>
76. Heidt T, Sager HB, Courties G, Dutta P, Iwamoto Y, Zaltsman A, et al. Chronic variable stress activates hematopoietic stem cells. *Nat Med*. 2014;20:754-8 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.nature.com/nm/journal/v20/n7/abs/nm.3589.html>
77. Wright-St Clair VA, Newcombe DB. Values and ethics in practice-based decision making. *Can J Occup Ther*. 2014;81:154-62 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: €.
78. Savater F. *Ética para Amador*. Barcelona: Editorial Ariel, S. A.; 1993.
79. Borrell-Carrió F. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Aten Primaria*. 2007;129:176-83 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/etica-seguridad-clinica-contribuciones-practica-medica-13107794-articulos-especiales-2007>
80. Koelewijn-van Loon MS, van Dijk-de Vries A, van der Weijden T, Elwyn G, Widdershoven GAM. Ethical issues in cardiovascular risk management. Patients need nurses' support. *Nurs Ethics*. 2014;21:540-53 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://nej.sagepub.com/content/21/5/540?etoc>
81. Amarga victoria. Sábado, 13 de agosto de 2011. *Cinemed*. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://sus-cinemed.blogspot.com.es/2011/08/amarga-victoria.html>
82. «Mar adentro» de Alejandro Amenabar. 15 de septiembre de 2010. Blog de bioética. Noticias de bioética en Latinoamérica y en el mundo. [Internet]. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.blogdebioetica.com.ar/mar-adentro-de-alejandro-amenabar/>
83. Aguirre A, Araya P, González M, López K. Alumnas IV Enfermería Universidad de Chile. Ensayo: «Philadelphia». Sida y Trabajo. Jueves, 10 de julio de 2008. Bioética y enfermería. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://eticayenfermeria.blogspot.com.es/2008/07/ensayo-philadelphia.html>
84. Noiseux S, Tribble St-Cyr D, Corin E, St-Hilaire PL, Morissette R, Leclerc C, et al. The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:161 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902465/>
85. Rashōmon (película). Wikipedia. [homepage on the Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Rash%C5%8Dmon_\(pel%C3%ADcula_de_1950\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Rash%C5%8Dmon_(pel%C3%ADcula_de_1950))
86. Philadelphia Museum of Art Collections. [homepage on the Internet]. Man with a Violin. Pablo Ruiz y Picasso. [consultado 19 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.philamuseum.org/collections/permanent/51089.html?mulR=1451478111|304>
87. Naufrago (Cast away). La Butaca.net. Revista de Cine. [Internet]. [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.labutaca.net/films/2/naufrago2.htm>
88. Watzlawick P. *How real is real? Communication, desinformation, confusion*. Toronto: Random House; 1976.

89. Griffith SB. Original translation of The Art of War. En: McNeilly M, editor. Sun Tzu and the art of business. Six strategic principles for managers. New York: Oxford University Press; 1966.
90. Confucio. Los cuatro libros clásicos. Barcelona: Editorial Bru-guera S. A.; 1974.
91. Kandinsky V. De lo espiritual en el arte. Barcelona: Barral Edi-tores, S. A.; 1982.

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

^a Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^b Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina,
Toledo, España

* Autor para correspondencia.

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