

## COLABORACIÓN ESPECIAL

### LA INVESTIGACIÓN IRRELEVANTE O LA INVESTIGACIÓN COMO DEPORTE: UNA PAREJA EXPLOSIVA

**José Luis Turabián Fernández.** Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo.

**Benjamín Pérez Franco.** Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo.

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. Directores de los cursos a distancia de Tutorización de semFYC.

*No entres dócilmente en la noche callada  
Do not go gentle into that good night*

Dylan Thomas (*Poemas*)

La investigación en Medicina de Familia / Atención Primaria (MF/AP) actual en nuestro país se parece a la que realiza Jackie Chan (como el inspector Lee) y Chris Tucker (como el detective James Carter), en la película *Una pareja explosiva 2* (2001). En ella estos policías repiten papeles de cientos de películas previas. En esta ocasión, Carter está de vacaciones en Hong Kong esperando recibir los deleites que ofrece esa exótica cultura, pero frustrándose cada vez más, pues Lee lo enreda continuamente en los casos policíacos que maneja. Eventualmente, uno de los casos implica la muerte de dos norteamericanos, con lo que Carter accede a ayudar. Al parecer, está trabajando en Hong Kong una banda de falsificadores cuyo dinero manufacturado es indistinguible del dinero real, y cuando la investigación revela conexiones en Estados Unidos, la pareja decide aliarse temporalmente con el Servicio Secreto norteamericano para continuar la persecución del líder, quien convenientemente puede o no ser responsable por la muerte del padre de Lee años atrás. Así, Lee y Carter van de Hong Kong a Los Ángeles y de ahí a Las Vegas, haciendo uso de sus únicos métodos de investigación para descubrir y capturar a

los villanos. Éstos, a su vez, se rodean de los obligados esbirros cuya función es dispensar violencia en las múltiples escenas de cómica pelea. La película y la investigación, por supuesto, son completamente irrelevantes y sirven únicamente como base más o menos funcional para la ejecución de rutinas cómicas que sacan todo el jugo posible de las diferencias entre Jackie Chan y Chris Tucker.<sup>1</sup> Desafortunadamente, esta cinta que no ofrece nada nuevo puede ser una buena metáfora de la investigación en AP/MF. La tabla 1 expone algunas causas de la investigación irrelevante actual en AP/MF.

La palabra investigación se usa para significar tanto una actividad de descubrimiento, desarrollo y prueba de conocimientos, como en el sentido de una fuente de conocimiento científico accesible a través de las publicaciones científicas. Pero lo fundamental de la investigación primaria es el descubrir nuevo conocimiento. Desde el punto de vista de los investigadores, es necesario generar nuevo conocimiento suficientemente consistente para que sus consecuencias tengan un efecto fundamental en la naturaleza de la práctica del día a día. La meta es producir conocimiento y acción directamente útil a la práctica y los pacientes.<sup>2</sup>

Los avances científicos se basan en descubrimientos básicos y éstos son imprevisibles. La ciencia básica es, por lo tanto, el motor del avance tecnológico, el cual

**TABLA 1. ALGUNAS CAUSAS DE LA INVESTIGACIÓN IRRELEVANTE**

- No es fruto de una reflexión-acción de los prácticos
- No se dirige a dar luz a los temas cruciales de la AP/MF
- Predende simular ciencia
- Se dirige a engordar el currículum del práctico o aparentar o simular en el gestor
- No es creativa ni innovadora
- Es repetitiva; copia de otras previas
- No es predominantemente cualitativa
- No relaciona avances básicos con aplicaciones prácticas
- No es multidisciplinaria y transversal
- No se dirige a resolver aspectos importantes para la vida de los pacientes

siempre ha sido, y ahora es aún más, una de las bases más importante del poder económico y del bienestar social. Pero hay una desconexión entre las promesas de la ciencia básica y la oferta de mejor salud.<sup>3</sup>

Gregorio Marañón, decía en 1954 -en un libro en la actualidad difícil de encontrar- lo siguiente: "El cientificismo conduce unas veces tan sólo a la pedertería verbal. Otras veces constituye una noble actitud de trabajo, respetable en su intención, si bien llena de ineficacias que se deben advertir y evitar. Tal ocurre con el prurito de la experimentación por la experimentación; prurito que a todos nos ha alcanzado también... Esas revistas llenas de protocolos, en largas columnas adornadas de gráficas jeroglíficas, que prueban o no un enunciado previo, pero un enunciado que por lo común tiene un interés insignificante frente a los grandes problemas del saber... Una parte de los trabajos experimentales que parecen a los no iniciados la cúspide de la ciencia son sólo pasos rutinarios... cuyo fin es la meta laboral (el currículum). Estos experimentos (investigación) sin principio ni fin nada tienen que ver con la grande y rigurosa experimentación que marca rumbos de la ciencia. Estos grandes experimentos se distinguen, ante todo, porque son un hecho auxiliar del pensamiento. Aquellas otras investigaciones tienen mucho más de deporte que de ciencia verdadera y son infecundas porque están desconectadas de la trayectoria del pensamiento científico."<sup>4</sup>

El dicho popular de "El jefe hace que nos paga y nosotros hacemos que trabajamos" podría aplicarse sin mucha dificultad a la investigación que se hace en la Atención Primaria (AP) española actual. Las Unidades Docentes (UU DD), gerencias, sociedades científicas... hacen que incentivan la investigación y los residentes, tutores, médicos establecidos... hacen que investigan.

Se ha establecido una simulación en nuestra AP: que las cosas *parezcan*, aunque sean simuladas o irrelevantes. Y esta simulación afecta de lleno a la investigación. Gran parte de la investigación en AP es irrelevante. La verdadera investigación, la que puede suponer novedades y desarrollos, no se está publicando y permanece oculta.<sup>2,5,6</sup>

El volumen de la información médica crece a un ritmo de 40.000 nuevos artículos semanales. La inmensa mayoría de lo que se publica no le es útil al médico, y lo poco que sí le sería de interés está escondido y no siempre es fácilmente accesible.<sup>7</sup> El número de revistas biomédicas se ha duplicado desde 1970, pero mucho de lo que se publica es de poca calidad o irrelevante.<sup>8</sup> Damos valor, se publica y se expone en congresos y jornadas científicas y se favorece de una forma u otra desde la Administración sanitaria, a algo que sería casi irrelevante si se tratase de investigación en Historia o Literatura. Es una "investigación como espectáculo": se dan premios de investigación en las gerencias a quienes reproducen en miniatura lo que ya han hecho otros y proclaman a través de los medios de comunicación que hemos sido los primeros en Toledo, Tenerife, Aranjuez o en el barrio de S. Luis de Yepes, en hacer esto o aquello. Y el problema con esta actitud es que no se favorece una verdadera investigación (relacionada con la naturaleza de la MF).<sup>9</sup> En los congresos de las más importantes sociedades científicas mundiales de MF hay pocos ejemplos de buena práctica en investigación. Tanto en las comunicaciones presentadas como en las discusiones predominan las reflexiones teóricas sobre las acciones prácticas.<sup>10</sup>

En un contexto de dificultades laborales y ausencia de reflexión crítica por parte de los actores importantes de la AP española, que prima la simulación y la inflación de publicaciones para el currículum, ¿es razonable que esperemos que los profesionales de a pie de la AP deje-

mos de hacer investigación irrelevante y, en consecuencia, tener un currículum *vacío*? *The rice bowl bias* -o traducido castizamente el sesgo del plato de lentejas- es un tipo de sesgo en la interpretación y diseminación de los ensayos clínicos que se ha acuñado para describir el hecho de ver lo que quieres ver en los ensayos aleatorios controlados.<sup>11</sup> Y este sesgo del plato de lentejas puede aplicarse exactamente a la generación y diseminación de la investigación en nuestro país.

Parece que en el asunto de la investigación en MF/AP, los actores relevantes implicados no tienen ni idea del tamaño ni la perspectiva. Como se sabe, la sensación en sí misma, carece de indicadores; hay que aprenderlos con la experiencia. De este modo, cuando se lleva a alguien que ha habitado toda su vida en una selva tropical, cuya perspectiva visual acaba a pocos metros, a un amplio paisaje abierto, a veces intenta alargar los brazos y tocar las cumbres de las montañas con las manos; no tiene noción de lo lejos que están.<sup>12</sup> ¿Es esto lo que le pasa a las instituciones que favorecen el enfoque de investigación irrelevante en España? ¿Llevan los responsables de estas instituciones demasiado tiempo sin tener experiencia práctica personal como profesional sanitario en MF/AP y así su perspectiva visual sobre la investigación crea distorsiones irrelevantes para la práctica?<sup>13</sup>

Cuando los futuros historiadores de la medicina miren hacia atrás, se quedarán atónitos ante los cambios rotundos de las frecuencias de las enfermedades a finales del siglo XX y principios del XXI. Verán que muchas enfermedades alcanzaron dimensiones epidémicas. Los médicos cambiamos los diagnósticos según modas influidas por la industria farmacéutica y su investigación. Esa investigación espúrea tiene que ver con la adopción de nuevos fármacos -antibióticos, antidiabéticos, estatinas, psicofármacos, antiagregantes, hipotensores...- que modifican pautas de comprender, clasificar y tratar la enfermedad infecciosa, diabética, aterosclerótica, mental, cardiovascular...<sup>14</sup> y que reproducimos y adoptamos sin ninguna reflexión crítica.

Se precisa una reflexión en torno a las características de la investigación en la MF académica dominante -*deportiva*- en términos de: a) su aislamiento y falta de relevancia social, b) las conexiones y desconexiones entre saber teórico y saber práctico y c) la natura-

leza del saber producido. No somos capaces de sacar experiencias de la nuestra propia, ni de entender y trabajar *lo comunitario* en los escenarios actuales, ni de tomar conciencia de cómo pueden construirse las evidencias en AP (en la realidad, en el contexto) y aumentar nuestra autoestima con ello -trabajamos en la práctica de forma diferente al médico hospitalario, pero eso nos parece *poco científico* y no tenemos la autoestima para defenderlo-, tememos incluir lo subjetivo y emocional en el desarrollo de nuestra práctica.<sup>5,6</sup>

Gran parte de la investigación que se hace en AP, en las UU DD... es irrelevante: Trae por consecuencia una incapacidad para captar el sentido de cualquier acción humana, que es lo que debe proponerse la medicina de familia. El propósito científicista de la biomedicina académica que se hace se adecua poco a captar este sentido, lo que le lleva a perderse en un trabajo estéril y especulativo. Se utiliza el discurso de la *verdadera* ciencia para darle un barniz de rigor a una teoría demasiado vaga que no puede ser comprobada empíricamente. Se recurre al uso de símbolos y fórmulas para suplir carencias. Los datos no son evidencia; podemos tener muchos datos pero sólo serán evidencias cuando tengamos un tipo de modelo en su interpretación.<sup>15</sup> En MF/AP falta consolidar todavía este modelo teórico específico. Falta crear una *escuela* de investigación en MF/AP que ofrezca un marco teórico propio y específico.

Las investigaciones se originan en ideas que el hombre se hace, relacionadas con alguna situación dada en un hecho, proceso o fenómeno de la naturaleza, la sociedad o el pensamiento. Estas ideas constituyen, por tanto, el primer acercamiento al objeto de la realidad que habrá de investigarse: Dinámica del proceso de investigación científica.<sup>16</sup> Tomar prestado y adaptar el conocimiento de otras áreas médicas es insuficiente para optimizar el potencial del enfoque integral, relacional, contextual de la MF dirigido a mejorar la salud de individuos, familias y comunidades. La base del conocimiento en MF involucra la práctica autorreflexiva de los clínicos, la toma en consideración de la voz de los pacientes en la generación de preguntas de investigación y en la interpretación de datos, la concienciación del marco teórico social donde ocurre la práctica y la investigación, así como la investigación fenomenológica y a largo plazo de los fenómenos de enfermedad y los efectos de las intervenciones en los

pacientes. Es necesaria, por lo tanto, una investigación con múltiples métodos, transdisciplinaria, relacional, colaborativa, participativa y contextualizada que pueda trasladarse rápidamente a la práctica.<sup>17</sup> Los métodos y los diseños de investigación pueden estar de más si no sabemos qué es lo que queremos investigar, porque éstos sólo recobran su verdadero sentido cuando tenemos claridad acerca de nuestros objetos de investigación. No es la caja de herramientas la que hace al carpintero. Es necesario tener *mente de carpintero*; luego se sacará la caja de herramientas o se surtirá de las necesarias para la construcción y desarrollo de una idea.

Hasta ahora parece haberse fracasado en identificar un curso de acción claro para la investigación futura en MF/AP. Más que crear una barrera alrededor de la disciplina de MF/AP para buscar un conocimiento básico de la misma, sería preferible fortalecer una perspectiva de la MF/AP que pudiera influir a todas las especialidades clínicas. La gran fortaleza de la MF/AP es que no tiene fronteras; o mejor dicho, que está en la frontera, en ese terreno de crecimiento. La hibridación entre disciplinas ocurre en las fronteras, en los bordes entre disciplinas, en esos lugares donde nos encontramos como nómadas, caminando por zonas sin territorios. Deberíamos favorecer una *nomadología*, una *desterritorialización* de la MF y una crítica al centralismo de la medicina occidental. Cuando una ciencia piensa más allá de su ciencia llama a otro pensamiento, llama a un pensamiento fronterizo, creativo, en el horizonte de las relaciones de opresión, hegemonía y resistencia.

Para el historiador estadounidense Frederick Jackson Turner, autor del ensayo *The significance of the frontier in American history*, publicado en 1893, la palabra 'frontera' no tenía el significado habitual de un límite de demarcación entre entidades geográficas distintas, sino el de designar una región mal definida y en constante cambio a causa del desplazamiento de los colonos y en la cual las prácticas económicas, las estructuras administrativas y los modos de vida no eran fijos y evolucionaban rápidamente.<sup>18,19</sup> Las zonas fronterizas son territorios llenos de peligros, pero también de movilidad geográfica y social, de desarrollo y espíritu pionero. La vida y la salud son una frontera. Es precisamente en las fronteras difusas donde encontramos la atractiva invitación a adentrarnos en sendas llamadas a ampliar el

alcance de nuestras intervenciones. Son las encrucijadas y los nudos de conexión lo que facilita el dinamismo y la potencia. Allí donde hay un cruce hay también un encuentro, intercambio, riqueza.<sup>20</sup>

Hay que experimentar las percepciones elementales de una manera fresca y nueva. Cézanne escribió una vez: "El mismo tema, visto desde un ángulo distinto, ofrece materia de estudio del mayor interés y tan variado que creo que podría ocuparme meses enteros sin cambiar de lugar, simplemente inclinándome más a la izquierda o a la derecha."<sup>12</sup> Un enfoque particular de la investigación en MF/AP debería ser el contexto vital personal de la enfermedad (la matriz de relaciones de la familia en la comunidad), el cual ha cambiado espectacularmente en la última década -económica, social, educacional y sexualmente-. Pensemos en la epidemia oculta previamente de problemas de salud mental o violencia doméstica, o en el fenómeno de la inmigración, que hace que el impacto de la cultura sea aún más importante en la medicina.<sup>21</sup>

Todos coincidiremos en que la actividad médica debe centrarse en el enfermo, pero, seguramente, hay discrepancias respecto a la *distracción* del médico en otras facetas como investigación.<sup>22,23</sup> A pesar del progreso, ¿quedan tantos interrogantes por contestar en medicina! Además, las nuevas enfermedades y las novedosas formas de enfermar hacen más difícil la labor del médico. En este contexto, hay quien se cuestiona que el médico deba dedicar su tiempo a la investigación, ya que la investigación rigurosa exige preparación, dedicación, medios, trabajo en equipo y tiempo, que rara vez se dan en un médico de atención primaria. Según estas opiniones, es un error que en el ámbito de la Atención Primaria se *bareme* la investigación como mérito equiparable a otras actividades, pues induce a investigar en condiciones deficitarias, con escaso rigor y sin garantías éticas, buscando con frecuente obsesión la publicación sólo como mérito.

Por el contrario, pensamos que la investigación es una parte integral de las funciones del MF, ya que la reflexión crítica sobre su trabajo como base de la investigación es también la base de su desarrollo profesional. Los MF tienen su papel en la generación y aplicación de nuevo conocimiento para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades. Esta meta sólo puede alcanzarse incrementando el número de MF prácticos que hacen investigación y no formando una élite de investigadores

en MF/AP,<sup>24</sup> pero sobre todo, aumentando el valor de la investigación.<sup>25,26</sup>

El concepto de capital intelectual es uno de los eventos dominantes del siglo XXI. Los productos más importantes de toda empresa / universidad son, sin duda, sus profesionales. Una manera de evaluar rutinariamente este recurso humano es por medio de notas académicas y en función de la creación de nuevo conocimiento mediante investigación. Pero una cosa es la calidad de las investigaciones desde el punto de vista metodológico y otra su relevancia social.

Se ha dicho que los errores más frecuentes en los artículos publicados son: no ser inteligibles, contener información irrelevante, inclusión de conclusiones no relacionadas con el texto y falta de precisión, concisión y ordenamiento,<sup>27</sup> pero queda por hacer una investigación sobre la investigación en AP publicada en nuestro país en función de los indicadores biomédicos de problema científico, muestras, análisis (comparabilidad) y conclusiones como pilares de la investigación científica. Es decir, si la investigación planteó o formuló un problema de investigación, llegando a conclusiones por medio de una muestra representativa y adecuada, presentando correctamente el análisis. Pero, lo que es peor, no se considera como un indicador básico el que tal investigación tuviera relevancia social, acorde con la cantidad de personas que podrían ser beneficiarias al utilizarse los resultados.<sup>28</sup> Todo esto demuestra la necesidad de la existencia de una formación crítica en el ámbito de la ciencia para los MF/AP. O lo que es lo mismo: el valor de la reflexión filosófica para que no nos den gato por liebre.<sup>29</sup>

Hay un incremento progresivo de la información en todo el mundo. En el caso del área de la salud, sólo para tener una idea de su magnitud, se considera que anualmente se editan más de 6.000 libros nuevos y que se publica un artículo científico cada 20 segundos. No se está en verdadera capacidad de *identificar* cuál de toda esa información es relevante, válida, útil y aplicable. Es posible que más del 90% de la literatura médica mundial sea *inservible* y que el 10% restante corresponda a los artículos con los mejores estándares técnicos, que responden importantes dudas del ejercicio médico y con los que podemos ayudar efectivamente a los pacientes.

La actividad científica se expresa en *resultados*. Sin embargo, la proliferación de revistas especializadas y de datos y la propia necesidad del sistema para auto-perpetuar la fábrica del conocimiento hace muy difícil seguir la actualidad en áreas de investigación concretas si no son ámbitos muy especializados. La llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ha sido un reciente y poderoso revulsivo para tratar de que los profesionales, que toman decisiones comprometidas diarias, puedan optimizar el uso de la información disponible pese a su acumulación y dispersión.

El modelo de educación tradicional en la enseñanza y aprendizaje de la medicina está diseñado para la producción de médicos magníficos, memorizadores de contenidos, contestadores de exámenes, pero de muy corta vida científica y con imposibilidad de responder las nuevas preguntas que van surgiendo en su ejercicio diario. En el caso de que se tenga los deseos y actitudes, algunos carecen de las destrezas necesarias para elaborar adecuadas preguntas de búsqueda y para realizar dichas búsquedas de una manera eficiente. Con respecto a la evidencia, ninguna estrategia existente, incluso la MBE, ha logrado controlar de alguna manera tan abundante flujo de información. No existe un sensor suficientemente sensible y específico que esté en capacidad de detectar aquella información válida, precisa, relevante y aplicable en el escenario cotidiano de trabajo de cada clínico. La abundancia de material inexacto, impreciso e irrelevante termina por fatigar hasta al más estoico de los investigadores. La MBE ha traído mejoras en la evaluación de tratamientos, pero no garantiza que conozcamos las preguntas adecuadas con relación a las estrategias de la investigación, ya que no están definidos claramente los conceptos que valorar como puntos finales<sup>30</sup> -como cura, resolutivez, etc.-.<sup>31</sup>

#### UTILIZANDO LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA PARA GENERAR EVIDENCIA DESDE LA PRÁCTICA<sup>32</sup>

El primer paso del proceso de investigación debe ser la identificación de problemas en MF en nuestro contexto. Sin embargo, carecemos de estudios descriptivos epidemiológicos básicos que indiquen cuáles deberían ser nuestras líneas de investigación prioritarias. En este proceso, ¿qué caso tiene que enseñar a nuestros estudiantes, residentes y médicos establecidos, complejos proce-

Los investigadores y diseños epidemiológicos altamente sofisticados si el proceso inicial de identificación de problemas no se ha dado o se ha dado sólo parcialmente por parte de sus profesores?<sup>33</sup> La investigación era 10% inspiración y 90% transpiración. Hay que encontrar que nuestras participaciones y publicaciones finalmente aportan algo al conocimiento actual, no sólo en medicina, para dar ese 90% de transpiración, trabajo duro, día a día, poco a poco, pero con un norte, con una escuela.

Hasta ahora el paradigma dominante ha sido el del Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) como estándar de oro. Pero se ha identificado cierto número de problemas metodológicos en la aplicación del ECA a la práctica en medicina general (que incluye relaciones, emociones, comportamientos, educación, participación de pacientes...) (tabla 2).<sup>2</sup> Cada médico clínico realiza ensayos clínicos diariamente en cada consulta con los pacientes. La práctica de la medicina cada día es realizar investigación clínica. La disciplina de la investigación conocida como ECA es la formalización de este proceso. Los clínicos están obligados a practicar la medicina siguiendo estándares profesionales y no según juicios personales, pero de los clínicos se espera que sean suficientemente competentes para contextualizar de acuerdo con las características de los pacientes individuales.<sup>34</sup>

Decía Marañón: "Los médicos que después de muchos años de ejercicio profesional no han hallado un solo detalle nuevo que añadir a los que descubren los libros de patología; los cirujanos, con estadísticas copiosas de operados de todas clases, que han visto, en el experimento que es cada operación, nada más que lo mismo que habían visto los demás; a quienes no se les ha ocurrido variar un instrumento o inventar uno nuevo o dar un sesgo distinto a este o aquel detalle operatorio, faltan a un deber primordial, son usufructuarios abusivos de la ciencia. Ellos pueden

excusarse con el soniquete de siempre de que no han contribuido a la verdad porque no han podido investigar. Pero la verdad no está sólo detrás del experimento, sino también detrás de la simple y fecunda observación".<sup>35</sup>

Una mirada atenta a las actividades del día a día del MF muestra las grandes similitudes entre la investigación cualitativa y la práctica de la MF/AP. La experiencia de ser MF es similar a la experiencia de ser un etnógrafo que realiza un estudio cualitativo: Está en la misma consulta durante largo tiempo, desarrollando relaciones y con los pacientes y sus contextos y comprendiendo sus visiones y conocimientos, de forma que puede interpretar mejor los signos y síntomas de la enfermedad de esas personas. En la consulta, el MF, como el etnógrafo, realiza una entrevista con un paciente, para lo que necesita establecer una sintonía y trata de entender e interpretar la perspectiva y experiencia del mismo, los sentimientos y valores. Como un etnógrafo, el MF debe interactuar con una gran variedad de personas, muchas de las cuales tienen formas de entender la realidad, historias previas y experiencias totalmente diferentes. Tanto el MF como el etnógrafo negocian sus relaciones con esas personas diferentes para minimizar las barreras de la comprensión. Pero, a diferencia del etnógrafo, el MF está orientado a la práctica y debe tratar a cada paciente.

Un ensayo clínico aleatorio, controlado, doble ciego... Todo ello es esencial, pero... eso no es todo. Las reglas metodológicas son indispensables, pero no se deberían usar para apoyar una cuestión que es de por sí irrelevante.<sup>36</sup> Otro clásico de la medicina, Santiago Ramón y Cajal, ha citado a quien calificó de sabio bibliotecario, el Sr. Billing, de la Biblioteca Nacional de Medicina de Washington, quien aconsejaba a los publicistas científicos la sumisión a las siguientes reglas: Tener algo que decir; decirlo; callarse en cuanto queda dicho.<sup>37</sup>

TABLA 2. PROBLEMAS METODOLÓGICOS EN LA APLICACIÓN DEL ENSAYO ALEATORIO A LA PRÁCTICA EN MEDICINA GENERAL

- La distribución aleatoria es difícil de conseguir en la práctica y es artificial
- Las consideraciones éticas
- Es prácticamente imposible evitar la contaminación del grupo experimental en el de control
- No es posible lograr los requerimientos del tratamiento *ciego* trabajando participativamente

Hay que reconocer que hay diversas formas de evidencia y que es preciso un trabajo inicial antes de la propia investigación para identificar los métodos más apropiados para generar evidencias, incluyendo la evaluación de la seguridad, aceptabilidad, adecuación y calidad, además de efectividad. Parte de este proceso de elegir los métodos de investigación para generar evidencias apropiadas al contexto se produce por los fecundos aportes desde otras disciplinas, por ejemplo desde el campo de la educación.

Además, es preciso incluir las experiencias y puntos de vista de los pacientes en la investigación clínica para determinar la *buena práctica*, y en la formación (clínica y ética) de los profesionales: Hay grandes áreas de la práctica médica en las que las decisiones clínicas no se basan, y quizás no puedan basarse, en datos que establezcan la efectividad de la intervención. Incluso donde hay evidencia establecida, basada en ensayos clínicos -quizás en el 30% de las intervenciones médicas-, esto no siempre es una guía de la acción médica. Esto ocurre en parte porque en lo que se ha llamado buena práctica, raramente se han incorporado en las evaluaciones de los tratamientos, las opiniones de los ciudadanos. Los pacientes son fuente de una inestimable información clínica como personas que tienen la experiencia de padecer la enfermedad, y así deberían colaborar en la investigación.<sup>38,39</sup>

Los métodos de investigación y evaluación (aunque puedan ser conceptualmente diferentes investigación y evaluación) que desarrollar en un determinado contexto han de ser compatibles con los principios y práctica del contexto (medicina general, comunidad, promoción de salud...) para poder generar verdaderamente nuevos conocimientos y que éstos puedan transferirse de forma pertinente a la práctica. Así, hay que adaptar la definición de MBE: La nueva MBE tiene lugar cuando las decisiones que afectan a nuestras intervenciones se toman sopesadas respecto a su validez y la relevancia de su información. La validación de los datos cualitativos puede hacerse mediante triangulación, pero tal vez es más adecuado hacerlo mediante un riguroso análisis inductivo, en el cual se eliminan las excepciones mediante las revisiones de la hipótesis hasta que casan todos los datos.

Hay que aclarar los papeles de los médicos clínicos prácticos y de los investigadores. No tiene sentido pedir

a los clínicos que prueben que un procedimiento clínico determinado tiene mejores resultados que otro. Aunque puede ocasionalmente ser factible con un cuidadoso estudio dentro de la consulta, lo más razonable es pedirle al médico práctico que participe en un estudio multicéntrico. Como médico de familia, en el aspecto individual, para llenar las expectativas que se espera de él con relación a la MBE bastará con auditar sobre determinados procedimientos, indicar la fuente de materiales para tomar sus decisiones, así como su adherencia a protocolos clínicos si existen. Sin embargo, esto no ocupa ni mucho menos su tarea clínica y su manejo de la incertidumbre en su práctica.

Por otra parte, tendrán que mejorarse las relaciones entre investigadores y clínicos para facilitar la transferencia de ideas de la investigación a la práctica y viceversa para generar investigación académicamente rigurosa y contextualizada. Actualmente muchos seres humanos viven con algún tipo de dolor o enfermedad (reumatismo, cáncer, sida, afecciones neurológicas) a quienes la medicina y los servicios de salud no han logrado ofrecerles posibilidades de curación, ni alternativas suficientes para aliviar el dolor. De ahí que todos de una u otra manera tienen que enfrentar su situación desde el momento en que aparecen los síntomas. Es importante que las ciencias sociales rescaten la experiencia de los sujetos en esos procesos de construcción y reconstrucción de su vida cotidiana donde se pone en juego la salud y se enfrenta la enfermedad.<sup>40</sup>

Hay que concebir al médico práctico como un *constructor de conocimiento* mediante las interacciones sociales, la interacción con lo real, desde diferentes niveles culturales o realidades.<sup>41</sup> Tenemos la posibilidad de mirar la realidad más allá de la medición y la cuantificación. Detrás de las cifras hay seres humanos. Y en las acciones de los seres humanos, por muy triviales que parezcan, siempre hay significados que las cifras ignoran. Tenemos que cuestionarnos la concepción que sobre la salud se hace desde las investigaciones clínica y biológica, las cuales también han construido explicaciones monocausales en torno a la enfermedad y la muerte. Este escenario lleva a enfatizar la investigación cualitativa en MF/AP.

El paradigma cuantitativo representa las investigaciones que, predominantemente, tienden a usar datos cuyo

estudio requiere, inevitablemente, el uso de modelos matemáticos y de la estadística, y el paradigma cualitativo son las investigaciones que usan herramientas de obtención y manejo de información que no necesariamente requiere el concurso de la matemática o estadística para llegar a conclusiones. Algunas características de este paradigma, que surge en la década de 1980, se exponen en la tabla 3.<sup>16</sup> El cambio de paradigmas en investigación de MF/AP revierte en un mejor ajuste entre las intenciones de la investigación y los fenómenos sociales y de conducta. La investigación cualitativa y constructi-

vista proporciona un modelo superior al de la investigación convencional para los objetivos de la MF/AP.<sup>42</sup>

Este paradigma se adapta especialmente bien al trabajo clínico en MF/AP: Un trabajo en contextos o contextualizado. La tabla 4 presenta algunos ejemplos de las técnicas cualitativas que incluir en la historia clínica orientada hacia contextos en MF/AP.<sup>43</sup>

Tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa son fuentes útiles de evidencias. Pero, en la práctica clíni-

**TABLA 3. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL PARADIGMA CUALITATIVO DE INVESTIGACIÓN**

- En el plano gnoseológico del paradigma cuantitativo se dice que posee una concepción global positivista, hipotético-deductivo, particularista, objetiva, orientada a resultados y propia de las ciencias naturales. Del paradigma cualitativo se afirma que postula una concepción global fenomenológica, inductiva, estructuralista, subjetiva, orientada al proceso y propia de las ciencias sociales
- Las investigaciones cualitativas surgen porque los datos estadísticos no reflejan las complejas situaciones que se manifiestan en el comportamiento humano y, además, porque en dicho comportamiento inciden múltiples aspectos o situaciones que no se pueden aislar, ya que son dependientes unas de otras
- En las investigaciones cuantitativas, el investigador puede incidir en el objeto de estudio fragmentándolo y manipulando sus partes de manera independiente; en el caso de las cualitativas, todas las partes que conforman el objeto están interrelacionadas, de modo que el estudio de una de ellas influye necesariamente en todas las demás
- La relación investigador-objeto, en las investigaciones cuantitativas, opera de manera que el investigador pueda mantener una distancia respecto al objeto de estudio; no ocurre así en las investigaciones cualitativas, en las que el investigador y el objeto están interrelacionados, con influencias mutuas
- Los resultados obtenidos en las investigaciones cuantitativas implican la generalización de los mismos; en las cualitativas, las generalizaciones no son posibles, sólo se obtienen resultados referidos a un contexto particular
- En las investigaciones cuantitativas se intercalan instrumentos entre el investigador y los objetos estudiados, lo que permite que mejore la fiabilidad y objetividad del estudio; en el caso de las cualitativas, el investigador se utiliza a sí mismo como instrumento, con lo que se pierde fiabilidad y objetividad, pero se gana en flexibilidad y posibilidades en la construcción de un conocimiento tácito
- Las investigaciones cuantitativas requieren de un diseño preestructurado donde se declaren previamente la descripción de todos los pasos de la investigación; en las cualitativas, el diseño es abierto y se despliega a lo largo del proceso de investigación
- El escenario idóneo donde se desarrollan las investigaciones cuantitativas es el laboratorio; las cualitativas se llevan a cabo en la sociedad. (Aspectos fundamentales que diferencian a los paradigmas cuantitativos de los cualitativos)

**TABLA 4. EJEMPLOS DE LAS TÉCNICAS CUALITATIVAS QUE INCLUIR EN LA HC ORIENTADA HACIA CONTEXTOS**

**1. Grupo de discusión:**

P.ej. diagnóstico-tratamiento de problemas de salud familiar en grupo, basado en la libre expresión del grupo de sus problemas y soluciones, ejerciendo el profesional de moderador

**2. Encuestas autocontestadas y autohistorias de salud y enfermedad**

**3. Historias de vida:**

P.ej. jalonomiento de entrevistas con detalle realizadas ocasionalmente a lo largo de la historia de la relación médico-paciente y posterior intento de comprensión de las *líneas-fuerza* que las unen

**4. Estudios de casos:**

P.ej. presentación de casos-situaciones relativos a problemas de salud a pacientes en los que se les pide que las interpreten y tomen decisiones al respecto, nosotros comprendemos sus interpretaciones y decisiones y obramos en consecuencia cuando toca abordar el propio problema de salud del paciente

**5. Experimentos de caso único:**

P.ej. la repetición de mediciones del comportamiento individual, y cada persona actúa como su propio control

**6. Entrevistas con detalle:**

P.ej. entrevistas abiertas a pacientes para tratar de comprender los significados subjetivos implícitos en la interpretación de sus problemas de salud y formas de abordaje

**7. Diarios de salud:**

P.ej. recoger las acciones y decisiones de la vida diaria, evolución de la enfermedad, autocuidados, toma de medicación, uso de remedios caseros, fuentes de información sobre salud y comportamientos, a lo largo de periodos dilatados (6 meses), para obtener información que no se suele lograr mediante entrevistas permitiendo el estudio de casos detallados para mejorar comprensión de síntomas y su tratamiento

**8. Teoría de juegos como técnicas de investigación epidemiológica:**

P.ej. para simular una amplia variedad de problemas ecológicos y epidemiológicos referidos a las relaciones agente-huésped en grupos de población, con fines didácticos

**9. Análisis de documentos:**

P.ej. inclusión en la HC de escritos, dibujos, fotos, etc. del paciente que puedan aportar nuevas comprensiones sobre el mundo que vive

**10. Observación participante:**

P.ej. nuestras autoobservaciones como pacientes

**11. Etnografía, investigación-acción:**

Por ej. grupos educativos con pacientes que acuden a consulta programada por problemas similares y que colectivamente inician un proceso espiral de estudio de su problema común y propuesta de soluciones

**12. Competencia, cooperación:**

P.ej. cuando se han detectado los múltiples actores que intervienen en el cuidado de un terminal, se podrían establecer diversas reuniones para llegar a acuerdos desde los distintos mundos (verdades) de cada actor

ca, la investigación cualitativa es especialmente útil para contribuir con evidencias útiles y contextualizadas que permitan poder entender la información en las complejas situaciones de los pacientes que no permiten ECR, o donde no hay un conocimiento sistemático previo y es preciso entender el fenómeno en el contexto y con las implicaciones del contexto (lo que no considera la investigación cuantitativa). La investigación cualitativa es una forma viable de evidencia y, además, nos ilustra sobre cómo nuestras suposiciones tradicionales respecto a la evidencia no tienen en consideración las implicaciones del contexto, los significados y la práctica clínica. Se puede construir un modelo con cuatro ejes (figura 1) relacionando el significado y el contexto de la evidencia. Hay que tener en cuenta que los hechos, las teorías y las interpretaciones están interrelacionados. El marco teórico, el tamaño de la muestra y la recogida de datos para la investigación pueden verse tanto desde la perspectiva de una disciplina científica como desde una perspectiva filosófica.<sup>44</sup>

El marco descrito antes implica que hoy día el diagnóstico tiene que ser centrado en el paciente, y esto debe

reflejarse en la investigación, formación y el trabajo clínico diario. Los pacientes son únicos y autónomos y experimentan la vida desde su propia perspectiva. Conocer bien las características básicas del ejercicio profesional del médico de familia, asumirlas como parte de nuestras tareas diarias inevitables, reflexionar sobre ellas, identificando problemas y proponiendo posibles soluciones, siempre desde la MF/AP y a partir de la experiencia: investigación en la acción. El trabajo de investigación nace o se inicia a partir de las situaciones observadas en la práctica diaria asistencial. Hay que centrarse en los hechos concretos y aprender a leerlos e interpretarlos en sus interacciones y en sus diferentes dimensiones, no limitándose a aplicar una teoría ya hecha, emancipándose del *pret à penser* de las teorías impuestas y pensar por sí mismos: Se trata de entrar en un ciclo de reflexión-acción, aprendizaje significativo y proceso científico significativo y contextualizado.

Es preciso, por tanto, un nuevo currículum en MF/AP que se centre en sus habilidades cruciales<sup>45</sup> además de ser científico y equilibrado respecto a todos

**TABLA 5. UN EJEMPLO DE INVESTIGACIÓN CONTEXTUALIZADA POR PARTE DEL FAMOSO DETECTIVE SHERLOCK HOLMES**

- "Veo que actualmente está muy ocupado - me dijo al fin Holmes, mirándome con atención.
- Sí, he tenido un día de mucho movimiento - repuse. Y agregué: - Quizás parezca tonto que lo confiese, pero no comprendo cómo ha podido deducirlo. Holmes rió entre dientes.
- Tengo la ventaja de conocer sus costumbres, mi querido Watson- manifestó-. Cuando el recorrido es corto lo hace usted caminando; cuando es largo usa un coche. Según veo, sus botas, aunque algo polvorientas, no están sucias, lo cual me da a entender que tiene suficiente clientela como para justificar el uso de un coche.
- ¡Excelente! - Exclamé.
- Elemental, mi querido Watson.

**FIGURA 1. MODELO CON CUATRO EJES SOBRE LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS**

Significado de la evidencia	Contexto de la evidencia	
	CUALITATIVO	
	Personal	General
	CUANTITATIVO	
<p>* El significado de la medición (el rango de los métodos de investigación como eje vertical)</p> <p>* Lo particular o general (el contexto) de la evidencia como eje horizontal</p>		

los aspectos centrales de la especialidad. Esto quiere decir que es preciso formación en psicología, sociología, ética y humanidades; más formación sobre los contextos que sobre los contenidos.<sup>46</sup> Todos los estudiantes y médicos jóvenes aprenden métodos cuantitativos de investigación en áreas de epidemiología y estadística; además, deben entender los métodos de investigación cualitativa y sus resultados, por lo que éstos deben incorporarse a su currículum.

Hay que cambiar de marco teórico. Según Kuhn,<sup>47</sup> el desarrollo científico es una sucesión de periodos establecidos por la tradición (ciencia normal) continuados por interrupciones no acumulativas (revoluciones). La ciencia normal es la investigación basada en una o más realizaciones científicas. Éstas son reconocidas por alguna comunidad particular, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica posterior, pues proporcionan una red de compromisos conceptuales, teóricos, instrumentales y metodológicos (pero también sociopolíticos y éticos). Es decir, es la actividad gobernada por determinados paradigmas y en la que los científicos consumen la mayor parte de un tiempo. Tiene como fines refinar, ampliar y articular el modelo explicativo existente. De esta forma no está encaminada a producir innovaciones, por el contrario, las suprime; trata de explicarlo todo a partir de los patrones conceptuales que proporciona el paradigma y los fenómenos que no encajan en él no se ven. El fracaso para llegar al resultado esperado constituye habitualmente una derrota del científico y no un fracaso de la teoría.

En resumen, los clínicos necesitamos herramientas específicas para identificar eficientemente información altamente relevante y válida<sup>48</sup> y abandonar la senda de la investigación irrelevante. Es necesario crear una verdadera escuela de investigación en MF. Esperemos que el profesional clínico de MF/AP desarrolle la capacidad de observación, la astucia, la mente ágil, el razonamiento y la contextualización, cualidades que hicieron famoso al detective Sherlock Holmes, por sus investigaciones y la búsqueda de la verdad (tabla 4),<sup>49</sup> de forma que se cree un nuevo tipo de investigación en MF/AP. ¿O... es irrelevante? (Recordemos la ¡"pequeña monografía sobre las cenizas de 140 variedades de tabaco de pipa, cigarro y cigarrillo"! de Sir Arthur Conan Doyle).<sup>12,50</sup> ■

## BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ratner B (Director).** Tucker C, Chan J (Intérpretes). Hora punta 2. USA. 2001. La Butaca. [consulta 25 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.labutaca.net/films/5/horapunta22.htm>.
- 2. Learmonth AL.** Utilizing research in practice and generating evidence from practice. *Health Educ Res* 2000; 15(6): 743-756.
- 3. Rosenberg RM.** Translating Biomedical Research to the Bedside. A National Crisis and a Call to Action. [consulta 22 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://jama.ama-assn.org/issues/v289n10/full/jed30008.html>.
- 4. Marañón G.** La investigación buena y la menos buena. En: Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. 5ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1980.
- 5. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B.** El futuro de la medicina de familia. *Aten Primaria* 2001; 28: 657-661. [consulta 22 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mre- vista.fulltext?pidet=13023742>.
- 6. Turabián JL, Pérez Franco B.** Bienvenido al futuro: la medicina general/de familia. Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2003. En prensa.
- 7. Casino G.** La fórmula de la U. Sobre la utilidad de la información médica y su estimación Escepticismo Viernes, 21 de febrero de 2003. [consulta 21 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://db2.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/pescepticemia.plantilla?pidet=1961>.
- 8. O'Rourke A.** An Introduction to Evidence-Based Practice. The Wisdom Centre, Seminar Room 3. [consulta 15 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/wrp/sem3.html>.
- 9. Salido Ruiz E.** Investigación Biomédica en España. [consulta 15 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.comtf.es/ActaMedica/1998/1/Pag16a18.html>.
- 10. Editorial.** Is primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003. 361(9362): [consulta 23 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.thelancet.com/journal/journal.isa>.
- 11. Workman S.** Another bias for consideration. Rapid responses to: McCormack J, Greenhalgh T. Seeing what you want to see in randomised controlled trials: versions and perversions of UKPDS data. *BMJ* 2000; 320: 1720-1723. [consulta 12 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://bmj.com/cgi/eletters/320/7251/1720#8525>.
- 12. Sacks O.** *Un antropólogo en Marte*. Barcelona: Anagrama; 1997.
- 13. Planes Magrinyà A.** Crecimos. ¿Crecemos? Aunditu gara ¿Aunditzen arri gara? *Aten Primaria* 2001; 28 Supl 1: 27-28.
- 14. Shem S.** *Monte Miseria*. Anagrama: Barcelona; 2000.
- 15. Miller S, Fredericks M.** The Nature of "Evidence" in Qualitative Research Methods *IJQM* 2003; 2 (1). [consulta 24 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.ualberta.ca/~ijqm/spanish/spframeset.html>.
- 16. López Arias EC, López Novoa FJ.** La investigación científica del proceso pedagógico. *Monografías.com*. [consulta 17 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos12/pedag/pedag.shtml>.

17. **Stange KC, Miller WL, McWhinney I.** Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med* 2001 Apr; 33 (4): 286-97.
18. **Jackson Turner F.** Wisconsin's Historian of the Frontier. Martin Ridge (Editor). Madison: The State Historical Society of Wisconsin; 1993.
19. **Dubos R.** Celebraciones de la vida. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1985.
20. **Turabián JL.** Pensar ecológicamente el concepto de vida y las intervenciones médicas. *Dimens Hum* 2002; 6 (3): 113-115.
21. **Gadamer HG.** The enigma of health. Cambridge: Polity Press; 1996.
22. **Prieto J.** La medicina en atención primaria implica magisterio. *JANO* 2002; 63 (1449): 11.
23. **Fraser RC.** Introduction to lap (Leicester Assessment Package). Department of General Practice and Primary Health Care. Un University of Leicester. [consulta 25 de abril 2003]. Disponible en URL: [http://www.le.ac.uk/genpractice/lap/lap\\_introduction.htm](http://www.le.ac.uk/genpractice/lap/lap_introduction.htm).
24. **Juncosa Font S.** Que muchos investiguen poco y pocos investiguen mucho. *Aten Primaria* 2003; 31 (5): 342.
25. North American Primary Care Research Group Committee, Academic Family Medicine Organizations Research Subcommittee. What does it mean to build research capacity? *Fam Med* 2002; 34 (9): 678-684.
26. **Fernández Fernández I.** ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 31: 281-284.
27. **Artiles Visbal L.** El artículo científico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 995. Abril-junio. [consulta 14 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.angelfire.com/sk/thesishelp/artic.html>.
28. **Sanabria Rojas H, Bullón Camarena L.** Exploración de la calidad de las tesis de enfermería de la Facultad de Medicina de San Fernando. [consulta 1 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.unam.mx/udual/Revista/20/CalidadTesisEnfer.htm>.
29. **Echeverry Raad J, Aguailimpia Franky P.** Medicina basada en la evidencia: una estrategia clínica para la actualización y la toma de decisiones. *Pediatría* 2000; 35(4). [consulta 25 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatría/pediatría35400medicina.htm>
30. **Barth JH, Jones RG.** Indiscriminate investigations have adverse effects. *BMJ* 2003; 326:393. [consulta 30 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/326/7385/393?etoc>.
31. **Turabián JL, Pérez Franco B.** Apuntes sobre la resolutiveidad y la cura en la medicina de familia. *Aten Primaria*. En prensa.
32. **Turabián JL, Pérez Franco B.** ¿Investigación irrelevante en atención primaria? ¿Se utiliza la investigación clínica para generar evidencia desde la práctica? *Aten Primaria*. En prensa.
33. **Caballero CV.** Participar, publicar o aportar. La necesidad de crear una verdadera escuela de investigación. *Salud Uninorte* 1999;14. [consulta 12 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/salud/articulos/art1.htm>.
34. **Miller FG, Rosenstien DL.** The Therapeutic Orientation to Clinical Trials. *NEJM* 2003;348:1383-1386. [consulta 25 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/348/14/1383?query=TOC>.
35. **Marañón G.** El dogmatismo médico y la Medicina antidogmática. En: *La Medicina de nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1980.
36. **Azparren Andía A.** Promoción de Medicamentos. *Bit, Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra* 2000; 8 (3). Julio. [consulta 25 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/bj/textos/v8n3.htm>.
37. **Ramón y Cajal S.** Los tónicos de la voluntad. 9ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 1971. p. 130.
38. **Stott R.** The ecology of health. Bristol: Green Books Ltd for The Schumacher Society; 2000.
39. **Turabián JL, Pérez Franco B.** Estrategias de implicación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (3): 133-149.
40. Reseña de: Martínez Vilchis (2001). Una mirada alternativa a las experiencias de vida en torno a los procesos de salud-enfermedad. *Salud y Sociedad. Sus Métodos Cualitativos de Investigación*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca. 132 pp. <http://216.239.39.100/search?q=cache:HTRH3jypAJ0C:www.cmq.edu.mx/documentos/Revista/revista12/est12rese%C3%B1a.pdf+investigacion+irrelevante+medicina&hl=es&ie=UTF-8>.
41. **Roberto Sanabria J.** La investigación en el contexto constructivista. [consulta 24 de abril 2003]. Disponible en URL: [http://www.escribimos.com.ar/www/investigacionycontexto.htm#\\_ftnref1](http://www.escribimos.com.ar/www/investigacionycontexto.htm#_ftnref1).
42. **Lincoln IS.** Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Investigación y Educación en Enfermería* 1997; 15(2). [consulta 24 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep97/Conexiones.html>.
43. **Turabián JL, Pérez Franco B.** Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
44. **Bailey DW.** Review Note: Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ (Eds.) (2001). *The Nature of Qualitative Evidence*. *FQS* 2002; 3(4). [consulta 24 de marzo 2003]. Disponible en URL: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-02/4-02review-bailey-e.htm>.
45. **Turabián JL, Pérez Franco B.** Las habilidades cruciales del médico de familia y sus implicaciones en la gestión y la formación: el diagnóstico, el tratamiento, la cura y la resolutiveidad. *Cuadernos de Gestión*. En prensa.
46. **Boelen C.** Context and content. *Changing medical education and medical practice*. Ginebra: WHO/EDL/NL; 1995.
47. **Kuhn ST.** La estructura de las revoluciones científicas. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1992.
48. **Stawson DC, Shaughnessy AF, Barry H.** Which should come first: rigor or relevance? *J Fam Pract* March 2001; 50 (3).
49. **Conan Doyle A.** El jorobado. [consulta 25 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://members.fortunecity.es/literanet/JOROBADO.htm>.
50. **Arthur Conan Doyle.** El misterio del Valle de Boscombe. [consulta 25 de abril 2003]. Disponible en URL: <http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/ing/doyle/mistvall.htm>.