

La vulnerabilidad, una anfisbena

José Alberto Campos Campos

0. Introducción – Definiciones – Justificación

“... *geminum caput amphisbaenae, hoc est et a cauda, tamquam parum esset uno ore fundi venenum ...*”¹

Mientras que ‘vulnerabilidad’ viene del verbo latino *vulnerare*, ‘herir’, de *vulnus*, (-*eris*) herida,² ‘anfisbena’ (lat. *amphisbaena*) se compone de dos étimos griegos, ἀμφιζ, por ambos lados y βαίνειν, andar, y el término denota un “reptil que puede ir hacia adelante y hacia atrás”.³ En el epígrafe, la descripción de Plinio el Viejo “doble cabeza de la anfisbena, esto es, y en la cola, como si fuese demasiado poco el veneno del fondo de una boca.”

No obstante, el trabajo no versará sobre zoología fantástica, intentaré hacer una disección –acaso burda– de la vulnerabilidad, de sus efectos y de su doble cabeza; para que los médicos en general y los cirujanos en particular hagamos un alto en el camino a pesar del “vertiginoso” avance de la cirugía (o precisamente debido a él) con el objeto de salir del vértigo, sedimentar el polvo, reposar la cabeza y reflexionar. Si bien hay aspectos éticos importantes y pendientes de analizar respecto de la alta tecnología de la cirugía y del mal –el *nocere* – que con ella podemos causar, no trataré en este trabajo la tecnología *per se*, sino el hecho de que al vulnerar a los pacientes nos vulneramos. La vulnerabilidad es una anfisbena, porque en la medida en que el cirujano vulnera a sus pacientes, en el largo plazo se hace vulnerable.

Trataré entonces [1] algunas de las causas de la vulnerabilidad del enfermo, las que tienen que ver con su manera de razonar los problemas; [2] a continuación del *analfabetismo* del paciente frente al *alfabetismo* del cirujano, [3] de las decisiones que tomamos médicos y pacientes y cómo lo hacemos con base en nuestras representaciones mentales, influidos por factores del entorno, [4] de la vulnerabilidad que genera la manera de procesar la enfermedad, [5] de la disociación médico-paciente que surge de ese proceso, [6] de los mecanismos de defensa que se echan a andar, [7] de la doble dirección nociva de la vulnerabilidad; [8] seguirán algunas reflexiones para una realidad compleja y [9] sobre la posibilidad de un recondicionamiento racional.

Espero que esta reflexión haga ver la Medicina menos como una práctica de defensa y más como un aplicar del conocimiento de la ciencia sin dañar a quien ya es vulnerable, el enfermo, ni a quien puede situarse en condición de vulnerabilidad, el cirujano.

1. Algunas causas de vulnerabilidad del enfermo

En términos generales se hace poco esfuerzo para posibilitar que el paciente tenga un conocimiento adecuado de su enfermedad y de su tratamiento. Es lugar común que el paciente se enfrenta a un lenguaje críptico e indescifrable, pero la consecuencia es que se siente avergonzado y renuente a hacer preguntas, para no ser percibido además, de enfermo, como ignorante. De tal suerte, esa mala educación en salud, con la vergüenza que produce, se hace una “epidemia silenciosa” y escondida.⁴ Mucha información, textos difíciles, del lenguaje de las aseguradoras al de los especialistas.

La educación en salud emerge como problema cuando las expectativas, preferencias y habilidades de quien busca atención se enfrentan con las contrapartes que proveen la información y servicios. Bajo estos enfrentamientos subyacen suposiciones nada evidentes de que el paciente tiene habilidades cognitivas que en el entorno se dan por sentadas y no se exploran.

2. Del analfabetismo del paciente al alfabetismo del médico

Una queja que se expresa con frecuencia es que los pacientes no entienden lo que queremos explicar. Aquí veo tres problemas.

[2.1] El primero es que en México el porcentaje de alfabetización es muy bajo. A propósito del Día Internacional de la Alfabetización, el INEGI reportó en 2005 que el 91.4% de los habitantes mayores de 15 años somos alfabetas, sólo que en el INEGI el criterio para ser ‘alfabeta’ define a la “persona de 15 y más años de edad que sabe leer y escribir un recado”.⁵⁻⁷ Esa cifra contrasta con los resultados de la prueba PISA de la OCDE, que muestran con significación estadística que estamos por debajo del promedio en la escala general de lectura en todas las variedades: acceso y recuperación de datos, integración e interpretación, reflexión y evaluación.⁸ Esto significa que hay deter-

minantes sociales de la vulnerabilidad de los pacientes. El analfabetismo funcional es solamente uno de ellos.

[2.2] El segundo problema es más grave, pues la desatendida educación en salud mantiene ese estado de analfabetismo médico del paciente, que implica además de la mala capacidad de comprensión de lectura, que en nuestro país es del nivel medio de secundaria, la falta de conocimiento conceptual, la falta de familiaridad con el lenguaje, por ejemplo, de las instrucciones para una preparación prequirúrgica, de las etiquetas de los empaques, y las pocas habilidades numéricas para entender nuestra manera de redactar las prescripciones.⁹

Para el paciente tampoco suelen ser muy claros los formularios de consentimiento informado, escritos en un lenguaje híbrido médico y legal. Al final de estos convenios se le pide un autógrafo como prueba de que entiende, antes de entregarle la orden de internamiento. Y no pocas veces se cumple esta formalidad ya en su habitación, en el poco tiempo entre el brevísimo interrogatorio preanestésico y el miligramo de clorhidrato de midazolam. El consentimiento informado, que requiere una capacidad de entendimiento que supera el nivel medio, tiene implicaciones éticas y legales. Si el paciente no es informado debidamente, se le vulnera.

Podría argumentarse como salida del problema, que en nuestra sociedad los pacientes no tienen cultura médica. Pero si usamos 'cultura' para referirnos a ideas y valores compartidos por los miembros de nuestra sociedad entonces la dificultad aumenta. 'Nuestra sociedad' es un concepto ambiguo. En este país hay muy diferentes sociedades, con ideas y valores disímolos, y conceptos diversos del término 'médico', que hacen que quienes poseen un tipo diferente de valores sean, por esa misma razón vulnerables frente quienes poseen otros.¹⁰

Leer un recado no es lo mismo que integrar, interpretar, reflexionar y evaluar a qué acto médico da el enfermo su consentimiento "informado"; esto es más serio todavía cuando, sin querer la responsabilidad de un mal desenlace, el paciente cede totalmente la toma de decisión al médico de su confianza.¹¹

Como defensa podría argumentarse que la educación es deber del estado, pero la educación en salud es parte de los deberes médicos, a más de las otras obligaciones que caracterizan nuestra profesión. Debiera proveerse caso por caso, con cada paciente. Ciertamente, la carga de trabajo hace esto muy difícil, pero mientras se trate a los pacientes con un paternalismo para iletrados –fácil para el médico– se les vulnerará.

[2.3] Un tercer problema: ¿qué tan alfabetizados permanecemos los médicos con el transcurrir de nuestra vida profesional? ¿Es verdad que sólo por hacernos viejos nos hacemos expertos?, ¿más confiables? Al cenit sigue un declive natural y el declive biológico implica un declive cognitivo. De acuerdo con los criterios del modelo Medicina Basada en Evidencia (MBE), los grados de recomendación se establecen a partir de

la calidad de ésta; en el modelo, la opinión del experto es uno de los grados menos confiables.¹²

Además, hay una disociación entre los estudios basados en evidencia y una realidad compleja, en parte porque las leyes mienten.¹³ Por otra parte, los procesos de decisiones médicas y quirúrgicas que tomamos constantemente se encuentran en ese hiato entre las teorías y las prácticas.

3. De las decisiones que tomamos (médicos y pacientes) y cómo

3.1 Disposiciones mentales y memoria de trabajo. Aunque en medicina hay indicadores de riesgo basados en evidencia, también hay evidencia del papel que juegan las representaciones mentales no conscientes a la hora de tomar decisiones. Las representaciones tienen poco que ver con la evidencia; las percepciones de riesgo son subjetivas, no son conscientes.^{14,15}

La idea central de la teoría de las representaciones difusas es que para tomar una decisión la gente extrae la esencia de la información mediante un proceso de codificación semejante a la destilación.^{16,17} Los eventos se jerarquizan en una secuencia que va de "difuso-a-*verbatim*", de las representaciones más vagas (*fuzzy traces*) que apenas conforman un patrón, hasta huellas literales (*verbatim traces*) exactas y bien articuladas. Este proceso provee opciones cognitivas que ayudan a maximizar el desempeño mediante una inclinación natural a procesar difuso y con menor esfuerzo.

Las disposiciones mentales también hacen que al aumentar nuestra experiencia y desempeño aumente la confianza que tenemos en los puntos básicos de un problema más que en sus detalles; pero eso no significa que en una relación costo/beneficio una decisión basada en representaciones de significado sea la mejor.

3.2 El "experto". De estas consideraciones se desprende otra, la más seria. Más allá de los estudios sobre MBE, de los estudios sobre evaluación de riesgo, de los estudios de nuestras representaciones mentales, difusas o literales, [1] el declive biológico conduce a un declive cognitivo y [2] de los grados de recomendación, la opinión del experto es considerada poco confiable. Esto entre otras causas porque, en términos de economía, el viejo procesa más fácilmente información difusa que puntual. ¿Dónde nos lleva esta reflexión? A pensar la vulnerabilidad.

4. De la vulnerabilidad ante presiones propias de la enfermedad

4.1 El conocimiento inadecuado como factor vulnerante.

Como herramienta que facilitará la toma de decisiones frente a los problemas característicos de cada enfermedad, el "consentimiento debidamente informado" tiene un alcance limitado. El estándar de comprensión que se requiere para poder tomar decisiones de calidad en la práctica clínica cotidiana es demasiado alto y vimos en la §2 que en México es muy bajo.

Mientras que los pacientes refieren haber entendido lo que se les explica, cuando se les pregunta sobre el procedimiento en cuestión frecuentemente fallan.^{18,19} Entonces, por una parte confían en el experto, pero

también piden con mayor frecuencia información estadística sobre opciones de tratamiento. Ellos esperan que un procedimiento que consienten les devuelva la salud; pero prefieren asumir un grado parcial de decisión, lo que implica que no saben qué hacer con los datos y que no pueden tomar la responsabilidad total.

4.2 Otros factores que afectan emocionalmente la racionalidad del enfermo. De tipo médico: el dolor, el pronóstico, el proyecto alterado de vida, el miedo a la invalidez, la certeza de la muerte. No menos importantes los no médicos: el costo de los medicamentos, de la cirugía, el no asistir al trabajo, con quién dejar los hijos, el despido injustificado, el arbitrio de los terceros pagadores.

Podemos empezar a ver varias causas por las que el evento patológico produce vulnerabilidad; [1] que ante la enfermedad no es claro al paciente lo que puede esperar del médico, [2] que los médicos hablan con los enfermos orientándose hacia metas y no con base en modelos de tomas de decisiones centrados en el paciente.²⁰ Si pensamos la enfermedad como complejo de eventos estocásticos²¹ y agregamos [3] las variables sobre analfabetismo médico y funcional del paciente, [4] la manera difusa que predomina en la memoria de trabajo, y [5] la disposición psicológica del médico, de saberse experto, entonces es fácil imaginar las múltiples condiciones de vulnerabilidad a las que se enfrenta el binomio médico paciente. Esas condiciones conducen a la disociación. Nos acercamos a la anfisbena, la doble vulnerabilidad.

5. Presiones paramédicas - parálisis recíproca y disociación médico-paciente

La encuesta *National Survey of Medical Decisions (DECISIONS)*, que estudió una muestra nacional representativa de datos sobre la frecuencia con que los pacientes toman diferentes tipos de decisiones médicas comunes, permitió asumir qué conocimientos requiere el paciente para tomar una decisión. La variable más significativa fue el efecto de tener un médico tratante, quien sigue siendo para el enfermo la fuente más confiable de información; los pacientes que tienen médico de cabecera toman un mayor número de decisiones respecto de los que no.²² Pero hay agentes emergentes que también la proveen y que en combinación con conductas inadecuadas diluyen el respeto por el médico. De ese modo la *www* se convierte en una *“Wild West Web”*.²³ Ahí la estrategia de búsqueda de información es *googlear*.

Si la práctica de la medicina se había caracterizado por la inercia con que el paciente esperaba ser curado, las cosas han cambiado en los últimos años. Si antes el médico podía tener un efecto placebo, ahora se le percibe como nocebo.²⁴ El paciente ve al médico como origen de conflictos de interés, sobre todo por efecto de la internet y los medios, donde aparecen otros actores que le recomiendan la elección “correcta”. Además, para cruzar información y tomar una decisión puede consultar varios médicos sugeridos por su entorno social y desplazarse a su médico cabecera. Si es así, ¿a quién la vulnerabilidad?

6. Mecanismo de defensa – la visión en túnel

Mucha información viene de fuentes que incluyen a los medios y la industria multimillonaria del mercadeo de productos para la salud. El paciente se expone a mensajes que apelan a estados de ánimo y no a la calidad de los productos, tan variable como difícil de discernir, entre otras razones porque son estrellas de la farándula quienes las proveen mediante infomerciales en los que se siguen guiones intencionalmente ambiguos. ¿Qué hace el médico entonces? Sin saber cómo llegó a ese estado de cosas, a perder la confianza, a ser empleado y presa de instituciones paramédicas – los hospitales privados y los terceros pagadores – se disocia de las actitudes escépticas del paciente “informado”.

El médico adopta una medicina defensiva, que consiste en dedicarse a “lo suyo” y lo conduce a una visión estrecha, en túnel. Habiendo perdido la perspectiva entonces, provee a los pacientes monografías abstrusas y exceso de estudios de laboratorio y gabinete para que éstos, con la información disponible, den su “consentimiento”, puesto que son “autónomos”. Ahora el dilema es del enfermo no del médico. Como antes el paciente, el médico adopta una estrategia de defensa; ha perdido autoridad epistémica y respeto social. Es vulnerable.

7. Doble dirección de la vulnerabilidad

Cuando las expectativas se confrontan es importante preguntar si el experto sabe que no sabe. Intuitivamente [1] pasa por alto metaanálisis sobre calidad de la evidencia antes de ejecutar un procedimiento, [2] está convencido de que sí sabe, pero [3] no sabe que no sabe. Así surge la anfisbena, de la que Lucano, cuando narra su travesía del desierto libio previene “teman a Anfisbena con su doble cabeza afilada”.²⁵ Hemos visto arriba la descripción de Plinio.²⁶

La confianza da falsa certeza de que un procedimiento es seguro para un enfermo particular - a pesar de los análisis, puesto que éstos incluyen otras variables de error. Esto quiere decir que intuitivamente sus series son perfectas. Él es el experto, el paciente no. Pasa, inconsciente o voluntariamente, del paternalismo para iletrados (“a ver, madrecita, te voy a dar un piquetito en tu espaldita”) al abandono del enfermo a su suerte y entera responsabilidad con el argumento de la autonomía y bajo la protección de un consentimiento “informado” (“para mí todo está muy claro, el dilema es de la paciente, no mío”).

El médico evade así el hecho de que hay un pagador de sus servicios (el paciente, el estado, un tercero) y que sus servicios también consisten en asesoría, consultoría y análisis; en las transacciones comerciales ese servicio es muy claro y los prestadores se llaman asesores, consultores, analistas. En el campo semántico del médico el término ‘consulta’ tiene ambigüedad; es sinónimo de ‘pregunta’ y puede por ende, contestarse a medias. Entre varias, hay dos preguntas que el médico habitualmente no se hace, cada una de las cuales tiene dos respuestas [1] ¿sé lo que el enfermo entendió?, [2] ¿sé lo que el enfermo no entendió?

Entonces, el paciente [1] ¿qué tan informado está? [2] ¿qué tan bien evaluó los pros y contras, [3] qué tan bien se los planteé basándome en la evidencia y no en mi opinión intuicionista de experto, y [4] ¿qué tanto es el enfermo vulnerable? [5] ¿qué bien le haré si lo opero? [6] ¿qué bien le haré si no lo opero?

8 Reflexiones para una realidad compleja

8.1 La falacia naturalista

Para entender adecuadamente una realidad compleja es importante, entre otras cosas, distinguir predicciones descriptivas del comportamiento, de asunciones normativas. No ganamos nada con describir conductas no racionales en la toma de decisiones si asumimos que así como son las cosas, así deberían ser. La falacia naturalista consiste en pensar de esa manera, “así son las cosas, así deben ser”. Se comete cuando se pasa de enunciados descriptivos a enunciados prescriptivos, de expresiones que tienen la forma ‘es’ a expresiones que tienen la forma ‘debe ser’; el problema consiste en que no se pueden deducir válidamente proposiciones normativas a partir de proposiciones fácticas. David Hume lo describe en el *Tratado sobre la naturaleza humana*.

“En todo sistema de moralidad que hasta ahora he encontrado, siempre he notado que el autor procede por algún tiempo en los modos ordinarios de razonamiento [...] o hace observaciones concernientes a los asuntos humanos, cuando de pronto me veo sorprendido de encontrar, que en vez de los enlaces usuales de las proposiciones, es y no es, encuentro que no hay ninguna proposición que no esté enlazada con un *debe*, o un *no debe*. Este cambio es imperceptible; pero es, sin embargo, de grandes consecuencias. Pues como este *debe*, o *no debe*, expresa una nueva relación o afirmación, es necesario que sea observada y explicada; y que al mismo tiempo se dé una razón de lo que parece totalmente inconcebible: cómo esta nueva relación puede ser deducción de otras, que son completamente diferentes de ella [...] por lo común los autores no usan esta precaución.”²⁷

Las oraciones descriptivas (fácticas, de cuestiones de hecho) son aquellas que dicen lo que es el caso, mientras que las oraciones normativas (prescriptivas, de cuestiones deontológicas) son aquellas que dicen lo que *debe ser* el caso. Un ejemplo típico:

1. Un cirujano es heroico.
2. Un cirujano *debe ser* heroico.

La primera es una oración descriptiva y la segunda es una oración normativa, y es evidente que existe una gran diferencia entre ambas. Para deducir una oración normativa que fuere lógicamente válida, habría que construir un argumento que incluyera una oración normativa entre las premisas. Por ejemplo:

1. Todos los cirujanos *deben ser* heroicos.
2. Quirurgo es un cirujano.
3. Quirurgo *debe ser* heroico.

El silogismo es lógicamente válido, sin embargo, la primera es una premisa deóntica (del deber ser), no es descriptiva, y por eso no puede generalizarse válidamente al universo de los cirujanos. No se puede, así como así, convertir un conjunto de hechos en un conjunto de reglas. Esa es la falacia naturalista.

Veamos otras generalizaciones que grabadas desde nuestro entrenamiento damos por sentadas como cuestiones de hecho o deberes. Por ejemplo, “al cirujano no le gusta que le hablen de moral, es demasiado elevado... le aburre”, “es una disposición natural del cirujano”, “así es el perfil del cirujano”, “es necesario ese perfil”, “la institución lo hace así”, “debe ser así para poder funcionar”, “o no resiste”, “o se queda sin trabajo”, “estamos en México”...

En los hospitales sin embargo se oyen, y en la medida en que se oyen se creen. Son ejemplos de la falacia naturalista. La aceptación de ese perfil como algo dado convierte al cirujano en un profesionista vulnerable a su entorno, compuesto por los pacientes defensivos, las aseguradoras, los abogados, los medios de comunicación, un entorno que el cirujano en buena medida ha permitido constituir. La falacia naturalista consiste en aceptar acríticamente esas prácticas anómalas.

8.2 El entorno como realidad compleja - La dispraxis

Hay entonces una nueva relación que es necesario observar. El surgimiento de las dispraxis, prácticas anómalas en sistemas complejos en los que entran en juego no sólo la relación médico-paciente, sino otras profesiones e instituciones, no necesariamente médicas. Estas dispraxis son interdependientes y autoorganizativas; evolucionan adaptativamente con el sistema. Hay conflictos de intereses entre médicos, administradores de hospitales, actuarios de aseguradoras y abogados, y estas prácticas anómalas minan las relaciones entre las partes. La consecuencia es un incremento de la medicina defensiva; el paciente se defiende, el médico se defiende, se aumentan los estudios innecesarios, se elevan los costos, todos pierden; bueno, ganan los hospitales privados, las aseguradoras, los bufetes de abogados.

Médicos y pacientes son presa de las anfisbenas del entorno, entendidas ya fuera de la metáfora como vectores bidireccionales entre nodos de un sistema complejo. Esos vectores en buena medida son producto, de maneras que tienen médicos y pacientes de procesar información, y de tomar decisiones que los hacen vulnerables.

9. Sobre la posibilidad de un recondicionamiento racional

La forma de acomodar nuestras representaciones mentales influencia el cómo aceptamos o rechazamos nuestras responsabilidades.²⁸ Nuestras creencias, deseos y decisiones son eventos mentales (actitudes proposicionales) no son eventos observables. Nuestras acciones son observables y tienen consecuencias.

Entonces al actuar deberíamos

9.1 preguntar si nuestra vulnerabilidad es de tipo conductual, es decir, responsabilidad nuestra, o situacional, es decir, si somos "víctimas del sistema";

9.2 cuestionar si nuestros sistemas de creencias y nuestras representaciones, que como cirujanos nos mueven a la acción, siguen vigentes;

9.3 ser capaces, mediante un reacomodo deliberado de esas representaciones, de controlar nuestras falacias naturalistas, las conductas no válidas que aprendimos como tradiciones quirúrgicas;

9.4 preguntarnos dónde están los fallos, si son meramente técnicos o sistémicos.

De ser así podremos

9.5 ser capaces de ver desde un nivel más alto que nuestro entorno, actuar en consecuencia y ser cirujanos éticos;

9.6 recuperar el lugar social y el respeto perdido;

9.7 vulnerar menos y ser menos vulnerables.

Referencias

- Gaius Plinius Secundus. *Naturalis Historia*. VIII, xxxv, 85.
- Corominas J. *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos, 1957, IV, 765.
- Corominas J. *Diccionario crítico etimológico de la lengua castellana*. Madrid, Gredos, 1954, I, 212.
- Nielsen-Bohlman L. *Health Literacy—A prescription to end confusion*. Washington DC, National Academies Press, 2004: xiii.
- Proclamado por la UNESCO el 8 de septiembre de 1967. *INEGI*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- INEGI*. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Base de datos.
- <http://www.inegi.org.mx/sistemas/glosario/default.aspx?clvlglo=cpv2010&s=est&c=27432>
- PISA 2009 Results: Executive Summary*. Programme for International Student Assessment (PISA) 2010: 10.
- Nielsen-Bohlman L. *Op. cit.*
- Campos A, Cano Valle F. 'Alternative Therapies': Health Care, Bioethics and The Law. *Amsterdam Law Forum* 2011; 3: 42-51.
- Pauker, SG. Medical Decision Making: How Patients Choose. *Med Decis Making* 2010; 30: 8S-10S.
- Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*. 2003; 2: 39-42.
- Cf. Cartwright N. *How the laws of physics lie*. Oxford, Clarendon Press 1983; Cartwright N. *The dappled world: a study of the boundaries of science*. Cambridge, Cambridge University Press 1999.
- Tversky A, Kahneman, D. The Framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 1981, 211: 453-8.
- Reyna, VF. Theories of Medical decision making and health: An evidence-based approach. *Med Decis Making* 2008; 28: 829-833.
- Fuzzy Trace Theory* (FTT) En español, teoría de las huellas (mnémicas) difusas, propuesta por Brainerd C, y Reyna, VF. 1990.
- Brainerd CJ, Reyna VF. Gist is the Grist: Fuzzy-Trace Theory and the New Intuitionism. *Developmental Review* 1990; 10: 3-47.
- Zikmund-Fisher BJ. The Decisions Study: A Nationwide Survey of United States Adults Regarding 9 Common Medical Decisions. *Med Decis Making* 2010; 30: 20S-34S.
- Halvorsen PA. What information do patients need to make a medical decision? *Med Decis Making* 2010; 30: 11S-13S.
- Elwyn, G. Idealistic, impractical, impossible? Shared decision making in the real world. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 403-404.
- Del gr. στοιχειαστικός, *hábil en conjeturar*. 1. adj. Perteneciente o relativo al azar. 2. f. Mat. Teoría estadística de los procesos cuya evolución en el tiempo es aleatoria, tal como la secuencia de las tiradas de un dado." *DRAE*.
- Zikmund-Fisher BJ. *Op. cit.*
- Pauker, SG. Medical decision making: How patients choose. *Med Decis Making* 2010; 30: 8S-10S.
- Lat. placebo, futuro de placēre 'te complaceré'*. "Sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo, si éste la recibe convencido de que esa sustancia posee realmente tal acción" *DRAE*. Análogamente, nocebo, 'te dañaré', la sustancia o práctica sin acción terapéutica que produce efectos nocivos en el enfermo, si está convencido de esa acción.
- Lucano (Marcus Annaeus Lucanus) ca. 61-65. *Pharsalia (Bellum civile)* IX, 843-844. (trad. del inglés de Sir Edward Ridley *The Pharsalia of Lucan*. Londres, Longmans, Green, and Co., 1896. En: On Line Medieval & Classic Library. <http://omacl.org>
- Plinio (Gaius Plinius Secundus) ca. 77. *Naturalis Historia*. VIII, xxxv, 85. (trad. del inglés de Philemon Holland, (1601) *The Eighth Booke of The Historie of Nature, Written by C. Plinius Secundus*. (pp. 192 - 234) En <http://penelope.uchicago.edu/holland/pliny8.html>
- Hume, D. *A treatise of human nature*, reprinted from the original ed. in three volumes, by L. A. Selby Bigge. Oxford, Clarendon Press, 1739. (1888/1960, tomo III, I, §I, p. 470, trad. mía, *cur-sivas añadidas*.)
- Tversky A, Kahneman D. The Framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 1981, 211: 453-458.