

Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud (APS) Consultorio "San Luis" Peñalolén

Ballas M.¹, Malagón M.¹, Peláez F.¹, Cruz M.², Ávila L.², Villagra V.², Álvarez P.³, Lewin J.³, Vildosola D.³, Mora I.³, Rodríguez M.⁴, Cruz C.⁴

Resumen:

La policonsulta constituye un desafío importante para los sistemas de salud modernos y tiene estrecha relación con problemas de salud mental, entre ellos depresión, así como con el gasto que involucran.

Existe un fuerte impacto psicológico de estos pacientes sobre el equipo de APS, el cual muchas veces se ve sobrepasado y sumido en la frustración de no lograr dar solución a las demandas de este grupo.

El objetivo de este trabajo fue elaborar un flujograma para el manejo integrado de policonsultantes tomando la experiencia de una paciente evaluada en el Consultorio San Luis de Peñalolén, y de acuerdo a directrices internacionales.

Palabras clave: Policonsulta, equipo de APS, salud mental.

Poly-consultant user: Management Strategy for teams of Primary Health Care (PHC) "San Luis" Peñalolén

Summary:

The poly-consultation is a major challenge for modern health systems and is closely related to mental health problems, including depression, as well as for the expense involved.

There is a strong psychological impact of these patients on the APS team, which often is overwhelmed and lost in the frustration of failing to solve the demands of this group.

The goal of this work is to develop a flow chart for the integrated management of poly-consultants, taking the experience of a patient evaluated at the San Luis clinic in Peñalolén, and according to international guidelines.

Keywords: Poly-consultation, APS Team, Mental Health.

Introducción

La policonsulta constituye un desafío importante para los sistemas de salud modernos y tiene estrecha relación con problemas de salud mental, entre ellos depresión, así como con el gasto que involucran. (Miranda G., Saffie X., 2014). Existe además una preocupación permanente entre los psiquiatras por llegar a una demarcación teórica y empírica del fenómeno con el fin de manejarlo adecuadamente. (Di Silvestre, Cristina, 1998).

El Tamizaje de Trastornos somatomorfos pregunta cuánto le han molestado (nada, poco o mucho), en las últimas 4 semanas, los siguientes síntomas: dolor en la espalda, dolor de estómago, menstruación dolorosa, dolor en sus brazos, piernas o articulaciones, dolor durante las relaciones sexuales, cefalea, dolor torácico, sensación de fatiga, vértigo, sensación de fatiga, dificultad para respirar, constipación o diarrea, náusea, gases o indigestión, sensación de aceleración del corazón. Si hay más de 3 síntomas que perturban mucho, y sin explicación médica, es sospecha de Trastorno Somatomorfo. (Álvarez A., 2009)

¿Qué es la somatización? Lipowski (1988) la concibe como una tendencia a experimentar y expresar malestar (*distress*) psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa, y en consecuencia, solicita atención médica para ellos.

Lipowski propone, además, distinguir varias dimensiones de la somatización:

1. duración: puede ser transitoria o persistente,
2. grado de hipocondría (preocupación por sus síntomas y el temor de encontrarse enfermos),
3. emocionalidad manifiesta (los pacientes pueden oscilar desde la indiferencia hasta el pánico o la incapacitación severa),
4. habilidad para describir los sentimientos y desarrollar fantasías (algunos pacientes parecen carecer de ésta, mientras otros no).

1. Médico Programa Salud Mental C.S. San Luis,
2. Asistente Social,
3. Psicólogo C.S. San Luis,
4. Psiquiatra

Por otra parte, la somatización puede ser entendida como un patrón de conducta de enfermedad: podría ser la expresión de un rasgo de personalidad subyacente o de una tendencia a adoptar el papel de enfermo.

Son sujetos que tienen umbrales más bajos para el reconocimiento o percepción del daño.

En este caso, la somatización se considera un mecanismo para manejarse con los hechos estresantes de la vida.

Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. (Di Silvestre, Cristina, 1998).

Somatización como un desorden psiquiátrico «disfrazado» (por ejemplo, depresión o ansiedad). Los individuos buscan ayuda médica repetidamente quejándose primariamente de síntomas somáticos y más tarde son diagnosticados como teniendo un desorden psiquiátrico. Los síntomas somáticos son una parte prominente de un desorden afectivo y el síntoma podría ser generalizado o localizado (Di Silvestre, Cristina, 1998).

Para definir síntomas y síndromes somáticos, sin causa orgánica, la literatura utiliza constructos biomédicos establecidos (CIE, DSM) o conceptos fisiopatológicos psiquiátricos como "depresión y ansiedad", "somatización" (Gill D., 1999) o síndromes funcionales de otras especialidades como colon irritable, cefalea tensional, síndrome de fatiga crónica (Velasco S., 2006) (Uceda J., 2000).

El concepto "paciente policonsultante" prácticamente no está establecido en la literatura internacional. Hay estudios en Estados Unidos, realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (Regier DA y otros, 1993 y Kessler et al, 1994) en donde esta modalidad de consulta se vincula a "trastornos psicosociales" (Picado L., 2002).

No existiendo una definición meridiana para "paciente policonsultante", se ha ido asimilando que éste se refiere a aquel paciente que presenta un alto número de consultas espontáneas (más de 7 en un año) en un mismo centro de salud (Picado L., 2002).

Este patrón conductual de consulta estaría impactando en los costos de los sistemas de salud, considerando que el financiamiento de éstos se ha ido haciendo insuficiente, entre otros, por disminución de los aportes del Estado y la sobreutilización por parte de los usuarios que exigen cada vez más de los servicios (Picado L., 2002).

Una reforma del sector salud se está instalando en la agenda pública, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Variables críticas a balancear son la satisfacción usuaria y la contención de los costos. En Costa Rica se estimó que el 20.8% del presupuesto total anual de salud lo utiliza la policonsulta de los centros de atención pública ambulatoria. En ese país se ha planteado derivar a grupos de apoyo a los pacientes que en su 4ª consulta anual estén evidenciando un "trastorno psicossocial", o cuando estén consultando por 7ª vez (Picado L., 2002). El 19.75% de la población atendida en estos consultorios corresponde a policonsultantes. Este grupo se constituye principalmente por mujeres casadas o en convivencia, edad entre 30 y 50 años y con educación básica completa (Picado L., 2002).

Uno de los riesgos de los modelos de atención en salud en general, y mental en particular, es que no cubran adecuadamente las necesidades de salud de las personas a quienes están enfocadas. Un primer avance en este sentido fue el giro desde la enfermedad mental a la salud mental, que para algunos (Rogers A, 1997) significa que "esto puede señalar que la provisión de servicios de salud mental contiene prácticas derivadas más allá de los confines del modelo de enfermedad, y perspectivas que proceden de fuera de la medicina" (pág. 23)

Este interesante estudio del conocimiento de los legos sobre la salud mental, muestra que éstos tienen dificultad para definirla: "por contraste (a lo físico), la auto-reflexión sobre la propia conducta y sobre estados mentales está bastante menos desarrollada" (pág. 27), e incluso "para algunos entrevistados, situar la salud mental en el cuerpo es el único punto de referencia para su comprensión" (pág. 27). Así también, la salud mental se percibiría sólo por contraste: "pero con la salud mental no te das cuenta de lo que ocurre hasta que es demasiado tarde" (pág. 28). De esta manera, para la persona lega la enfermedad mental es su señal de alarma.

Otra manera de aportar mayor comprensión al proceso de solicitar ayuda la conseguimos al situarnos en la perspectiva del paciente: es el "modelo de medicina centrado en el paciente". Aquí se considera que el paciente trae una agenda propia que "incluye todas las razones para entrevistarse (con un profesional) y que conlleva las ideas, preocupaciones y expectativas de él." (Barry C., 2000) y (Borrell-Carrió F., 2004).

Existe evidencia de que en algunos contextos socioculturales la somatización entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo, y la disconformidad que resulta de estos problemas, está socioculturalmente sancionada. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios (con la pareja, hijos, trabajo, desempleo, adicción a las drogas, abuso sexual y otros) no sólo es un

método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. (Di Silvestre, Cristina., 1998).

Lo que ocurre posteriormente es también un área gris: creemos que las personas tienen su propio patrón para solicitar ayuda, que iría desde intentar resolver el problema por sus propios medios a pedir ayuda a los más cercanos y posteriormente, si éstos han fracasado, recurrir a los servicios de ayuda formales. Este planteamiento es apoyado por las investigaciones extranjeras y nacionales: "generalmente, la ayuda profesional en la forma de médicos generales, visitadores de salud u otros fue visto como en una posición de retaguardia, en caso de que las redes de pares y el auto-apoyo ya se hayan intentado y probado" (Rogers A, 1997). Por otra parte, un estudio nacional comunitario observó que la población con y sin trastorno mental recurría, casi en la mitad de los casos, a pedir ayuda a un amigo o sacerdote (Vielma M., 1994). El mismo estudio mostró que sólo un tercio de las personas pidió ayuda profesional no especializada o especializada.

Hay motivos de consulta no médicos que se relacionan con síntomas como cefalea, colitis y ansiedad (Picado L., 2002). Entre los motivos médicos de consulta están principalmente molestias digestivas (primer lugar), seguidas por molestias del sistema nervioso, molestias indeterminadas, cardiorrespiratorias y genitourinarias (Muñoz, Milagros., 1991).

Aproximadamente un 5% de la población utiliza un 45 - 50% del gasto en salud destinado a Atención Primaria en Chile. Existe un fuerte impacto psicológico de estos pacientes sobre del equipo de APS, el cual muchas veces se ve sobrepasado y sumido en la frustración de no lograr dar solución a las demandas de este grupo (Mattila AK., 2007) (Raggio B., 2007).

Hasta el momento no se han ideado estrategias específicas a nivel comunal para el manejo de la policonsulta que determinen un diagnóstico correcto de la patología de base y un tratamiento integrado multidisciplinario que reduzca el desgaste individual de los profesionales de APS (Aholo K., 2007) (Dahlin ME., 2007).

Los policonsultantes generan perturbación en los miembros del equipo de salud porque menoscaban la eficiencia y resolutivez que se espera de ellos. Constituyen además una amenaza para los indicadores, por la imposibilidad de categorizarlos y por el uso improductivo de horas (Picado L., 2002) (Miranda G., Saffie X., 2014).

Finalmente, los servicios públicos se desgastan en atenciones menores, postergando actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, las que sí impactan más efecti-

vamente en mejorar el nivel de salud de la población (Picado L., 2002).

En estos pacientes los exámenes no revelan nada, contrariamente a lo que ellos plantean. Hay una suerte de oposición entre la "enfermedad del médico" y la del enfermo. Como no hay evidencia, sus molestias son atribuidas a su fantasía enfermiza, serían "enfermos imaginarios" (Le Breton D., 2002).

Los policonsultantes son descalificados, y su queja, menospreciada. Pero el paciente se resiste a la falta de respuesta y a la exclusión a la que es enviado. Se queja y persevera por ser reconocido como paciente. Puede llegar a ser incluso más desconcertante que un diagnóstico doloroso: V de M. (vieja de mierda). (Miranda G, Saffie X., 2014).

Objetivo

Elaborar un flujograma para el manejo integrado de policonsultantes tomando la experiencia de una paciente evaluada en el Consultorio San Luis de Peñalolén y de acuerdo a directrices internacionales.

Materiales y métodos

Se estudió un caso clínico de un paciente policonsultante definido según los siguientes criterios:

1. Persona que describe signos y síntomas psicósomáticos de cualquier patología.
2. Solicitan dos o más citas médicas al mes en un mismo centro y el número de consultas aumenta proporcionalmente a la oferta de servicios otorgados.
3. Esta clasificación difiere dependiendo del entorno sociocultural en que vive el usuario. (Tabla 1)
4. Abordaje realizado:
Estrategias: Citar a hijo, mantener terapia farmacológica, estudio de familia, aumentar redes y actividades.
5. **Discusión del caso:**
Diagnóstico, Enfrentamiento terapéutico, Impacto sobre el equipo, lecciones aprendidas.

Diagnóstico: Se plantea la necesidad de ir más allá del diagnóstico y tener un abordaje comprensivo, pero enfocado a las motivaciones del paciente, sin dejar por ello de realizar el diagnóstico propiamente tal.
El problema emergente aquí son las molestias somáticas que la han llevado a considerarse inválida.

Enfrentamiento terapéutico: El equipo decide "intuitivamente" ofrecerle apoyo kinesiológico en primera instancia, asociado a otras medidas que se deciden en equipo.

De este modo avanzan con una adherencia parcial de la paciente, pero esto les permite plantearse si no habrán puesto expectativas muy altas en lo que podían alcanzar.

Impacto sobre el equipo: El equipo reconoce que este tipo de pacientes los desgasta y que fue una buena decisión compartir responsabilidades y el "peso" de la paciente.

Surge la dificultad de aceptar las limitaciones propias, el daño al ego.

Estar atento a que la paciente puede requerir otro terapeuta que la acoja de una manera distinta.

Lecciones aprendidas: La necesidad del equipo de disponer de espacios de reflexión y percatarse de las buenas y malas decisiones en lo profesional y en lo personal.

El diseño de un protocolo en este caso no es un proceso rígido sino que el énfasis está en el proceso de reflexión y la apertura a manejos diferentes de una paciente compleja.

Una cuestión interesante es que los llamados **policonsultantes** radican su malestar en el cuerpo, es decir, se quejan de molestias físicas. Por esto, para ellos adquiere gran relevancia el hecho de ser examinados, auscultados, palpados. Esto es más relevante, incluso, que el tiempo que dure la consulta, y contrasta con la desestimación del cuerpo que hace el médico, al considerar que las molestias somáticas, no son sino "excusas".

Dentro de las causas médicas de consulta frecuentemente asociadas a policonsulta se mencionan hipertensión arterial no asociada a cardiopatía, cefaleas, gripe, bronquitis, diarrea,

gastritis, colitis, úlcera, problemas de angustia y ansiedad, entre otras. En las causas no médicas se menciona búsqueda de contacto humano, beneficios secundarios, evasión de responsabilidades, consultas como ritual, demanda de servicios y búsqueda de solución a temas emocionales. (Picado L., 2002).

En efecto, las respuestas que se ofrecen son de un nivel bastante concreto; se les da la licencia, el fármaco, la **interconsulta** o la orden para el examen, pero esto no termina con la consulta reiterada de estos **pacientes**. (Tabla 2) (Picado L., 2002)

Sobre la motivación central de la policonsulta se ha planteado varias razones, como la agresión doméstica y la carencia de afecto, y también la permanente ausencia de confirmación diagnóstica en sí misma, que los lleva a cambiar de médico. Cabe agregar, por otro lado, que si el médico se muestra muy atento a temas psicosociales surge una relación de dependencia por parte del paciente que genera una aún mayor frecuencia de consulta. (Picado L., 2002)

Es difícil proponer con anticipación las actividades a desarrollar con estos pacientes. El trabajo de grupo particularmente va a depender de las necesidades detectadas en los pacientes.

Una vez individualizado el caso del policonsultante, se realizó un grupo focal con distintos profesionales que conocían el caso, de manera que se pudieran compartir apreciaciones sobre éste y desarrollaran una estrategia común para su manejo que involucrara una visión biopsicosocial y revisando la literatura acerca del tema.

Tabla N°1

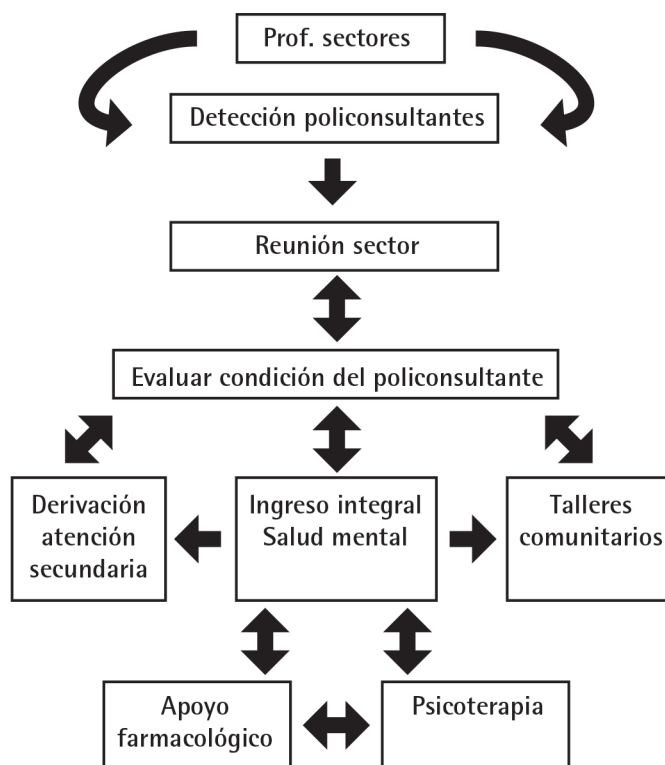
Características policonsultante vs paciente en estudio

- El paciente policonsultante suele ser un frecuentador considerable.	- Ver tabla 2
- Insatisfacción frente a servicios que recibe y percepción negativa generada en equipo salud.	- Manifestada a través del lenguaje verbal y gestual. - Malestar expresado por funcionarios en relación a su atención.
- Suele presentar más problemas de salud crónicos que otros pacientes de igual sexo y edad.	- Obesidad, HTA, cefalea tensional recurrente refractaria a terapia, artrosis, depresión, rasgos dependientes personalidad.
- Suelen generar mayor número de exploraciones complementarias, derivaciones y gasto en la prescripción.	- Interconsultas: neurología (1), psiquiatría (1), oftalmología (1) - Exploraciones complementarias: TAC, EEG, ECG, Rx. - Medicamentos, ttos complementarios, talleres, visitas domiciliarias.
- Sus elementos de soporte y contención social (familia, trabajo, relaciones, etc) son escasos o conflictivos.	Relación conflictiva entorno directo (madre, cuñada, hijo, nuera, etc) y escasa a nivel organizacional.
- Suelen ser fieles a sus profesionales de preferencia, negándose a cambiar de cupo en las ocasiones en que éste se lo ha propuesto.	- Mantiene atención mismo sector para consultas morbilidad y manejo patología crónica.

Tabla N°2

Número de atenciones por recurso

- Psicoterapia individual	- 8 sesiones (acude a 6 sesiones)
- Psicoterapia grupal	- 6 sesiones (acude a 5 sesiones)
- Masoterapia	- 8 sesiones (acude a 6 sesiones)
- Taller de yoga	- 20 sesiones (acude a 16 sesiones)
- V. Domiciliaria	- 1 realizada



Resultados y discusión

El flujograma plantea un cambio innovador en la estrategia de intervención del usuario polisintomático.

El modelo de atención se centra en el paciente y el conocimiento sobre sí mismo (biografía, contexto social y personal). Las intervenciones se fundamentan en la escucha de la entrevista clínica, dar espacio a la queja del paciente, la comprensión del malestar y significado simbólico de los síntomas (Velasco S., 2006) (López LS., 1997).

En la policonsulta los factores causales son desconocidos para el enfoque biomédico. Centrándose en la Teoría Psicosocial, se apunta a factores causales psicológicos como respuesta al stress. Estilos de vida, aprendizaje, creencias y características como personalidad histriónica en mujeres, antisocial en el hombre o dependientes en ambos, se estiman predisponentes. Estos pacientes se resisten a la atribución psicológica de sus molestias, lo que es fuente de frustración y desconcierto en los médicos, generándose en estos últimos rechazo por el policonsultante (Velasco S., 2006) (Claraco LM., 1999).

Involucra un manejo coordinado y secuencial de los distintos recursos con la finalidad de elaborar un diagnóstico precoz y multidimensional del cuadro.

El propósito es generar espacio para apoyar a pacientes con problemas socioeconómicos y trastornos psicosociales, generando satisfacción de sus necesidades reales y entregar herramientas para mejorar su situación (Picado L, 2002). Se busca cambiar el foco de atención desde los síntomas del usuario hacia el significado de la consulta y ganancias que constituye para éste.

Los médicos reportan dificultades en la clasificación de estos pacientes dado que los síntomas son numerosos, diversos, cambiantes, inespecíficos y solapados. Así entonces el manejo biomédico se hace caótico. Al plantear el abordaje psicoterapéutico se fija como objetivo "reatribuir" el padecimiento a su causa psicológica (Velasco S., 2006) (Claraco M., 1999).

El flujograma permite además un menor desgaste individual y podría constituir una buena herramienta para prevenir el Burnout del equipo (Kumar S., 2015). Se recomienda tener un registro de los policonsultantes por cada centro de salud, que incluya datos personales, número de ficha, motivos de consulta e intervenciones realizadas (Picado L, 2002), considerando que son pacientes que movilizan más recursos que el resto y por lo mismo es necesario conocerlos, para mantenerlos contenidos y compensados.

Se requieren estudios posteriores de seguimiento de éste y otros casos a fin de evaluar beneficios de esta nueva modalidad. (Báez M.E. et als, 2007) y (Oyama O., 2007).

Agradecimientos: al equipo CESFAM Cardenal Silva Henríquez, Peñalolén.

Bibliografía

1. Ahola K, Hakanen J. Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord*. Dec;104(1-3):103-10. 2007.
2. Alvarez A., Aqueveque A., Araya M., Díaz F., Cruz C. Validación del cuestionario de salud del paciente como herramienta de tamizaje para trastornos por somatización. *Psiquiatría y Salud mental*. 2009, N° 1-2 (XXVI): 44-48.
3. Báez M.E. et als. Pacientes policonsultantes adultos - CESFAM Bentania año 2007. medicina.uach.cl/.../osorno%202006/pacientes_policonsultantes_adultos_cesfa_%20b...
4. Barry C., Bradley C., Britten N., Stevenson F., Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practices consultations: qualitative study. *BMJ* 2000; 320: 1246-1250.
5. Borrell-Carrió F., Suchman A., Epstein R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine* vol. 2, no. 6 2004.
6. Claraco LM, Monreal A, García J. Manejo del paciente somatizador en atención primaria. *Form Méd Cont* 1999; 6(8): 536- 43.
7. Di Silvestre, Cristina, Somatización y Percepción Subjetiva de la Enfermedad. *Cinta de Moebio*, núm. 4, 181-189 1998. www.moebio.uchile.cl/04/silvestre.htm
8. Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ*. 2007 Apr 12; 7:6
9. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999; 47(2):115-30
10. López Herrero LS. La histeria cien años después. *Aten Prim* 1997; 19(3):151-3.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Jan;51(1):8-19.
12. Kumar S., Kumar R. Evolving Concept Of Abnormal Illness Behavior & Clinical Implications. *ASEAN Journal of Psychiatry*, Vol. 16 (2), July - December 2015: XX-XX
13. Le Breton D. *Antropología del Cuerpo y Modernidad*. Buenos aires: Nueva visión; 2002.
14. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M. Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res*. 2007 Jun; 62 (6):657-65.
15. Miranda G., Saffie X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioethica* 2014; 20 (2): 215-223.
16. Muñoz Milagros. Características de los Pacientes Policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado, 1991. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. En repositorio.uned.ac.cr/.../La%20policonsulta%20y%20su%20impacto%20en%20los%20
17. Oyama O., Paltoo C. Greengold J. Somatoform Disorders. *Am Fam Physician* 2007;76:1333-8.
18. Picado L. La policonsulta y su impacto en los costos de los EBAS concentrados del área de salud Alajuela sur durante el año 2001. Tesis de Maestría en administración de servicios de salud sostenibles. Costa Rica: Universidad Estatal a distancia; 2002.
19. Lipowski, Z.J. Somatization: The Concept and Its Clinical Application. *En Am J Psychiat* 1988; 145, 1358-1368.
20. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit.1: *Minerva Anesthesiol*. 2007 Apr; 73(4):195-200.
21. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Feb;50(2):85-94.
22. Rogers A., Pilgrim D. The contribution of lay knowledge to the understanding and promotion of mental health. *Journal of Mental Health* 1997;6,1,23-35.
23. Velasco S., M^a Teresa Ruiz M. T. y Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 317-333.
24. Vielma M., Vicente B., Riaseco P., Escobar B., Saldívar S., Cruzat M., Medina E., Vicente M. Utilización de servicios de salud en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría* 1994;4:203-210.
25. Uceda J, González I, Fernández C, Hernández R. Fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27(10): 414-6.