



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Riquelme I., Marcela; Schade Y., Nieves

Trastorno somatomorfo: resolutividad en la atención primaria

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 4, diciembre-, 2013, pp. 255-262

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331530949004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastorno somatomorfo: resolutividad en la atención primaria

Somatoform disorder: response capacity in primary care

Marcela Riquelme I.¹ y Nieves Schade Y.²

This paper aims to describe the response capacity of primary care to meet the needs that patients with somatoform disorders. Knowing the type of care delivered and the perception that these patients have about the care provided. The sample consists of 25 patients from three primary care centers in the commune of Chillán. Patients perceive that their health claims are resolved only sometimes in the primary care center, despite considerable human resource costs, and drug tests. The results are discussed in relation to the limitations presented and projections.

Key words: Response capacity, Somatoform Disorder, primary care health.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (4): 255-262

Introducción y Objetivos

La somatización es considerada como un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos. “La expresión somática es una expresión emocional donde el cuerpo ha sustituido a las palabras”^{1,2}.

Los Trastornos Somatomorfos, son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son los suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social. Los factores psicológicos son de gran relevancia en el inicio, la gravedad y duración de los síntomas, que no son producidos intencionalmente³. Según el DSM-IV y el CIE-10, los malestares de la somatización se

traducen en un trastorno diagnosticable cuando los síntomas superan los seis meses de manifestación.

Como la somatización es con frecuencia un diagnóstico de exclusión, se traduce en un problema de costo y frustración, deteriorando la relación médico paciente⁴. En el nivel primario de salud es una situación habitual, y su manejo por parte de los médicos no especialistas resulta inadecuado; se practican numerosos estudios de laboratorio y se deriva habitualmente al nivel hospitalario⁵.

Estos pacientes son considerados como “hiperfrecuentadores” o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando importantes cantidades de hora profesional y recursos económicos significativos. Un 30% del total de pacientes consume un 80% de las consultas de los centros de salud^{6,7}.

Los Trastornos Somatomorfos son frecuentes

Recibido: 14/08/2013

Aprobado: 20/12/2013

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Magíster Psicología de la Salud Universidad de Concepción.

² Universidad de Concepción.

en la atención primaria, con una prevalencia del 16% aproximadamente, estimándose que la problemática de los síntomas somáticos sin explicación clínica representa entre el 15 a 25% de las consultas en APS y hasta un 70% de este tipo de consultas permanece sin explicación luego de la evaluación². En Chile los estudios en el tema son escasos, uno de ellos, ejecutado por la OMS encontró que en Santiago de Chile la prevalencia de este trastorno en consultantes de atención primaria alcanza un 17,7%^{8,9}.

En cuanto a los costos, los pacientes con el diagnóstico de trastorno somatomorfo, provocan un aumento exponencial de éstos en los servicios sanitarios. Se calcula que en Chile, 9 millones de personas utilizan el sistema municipal de atención primaria de salud (APS), por lo que la eficiente utilización de los recursos es un desafío importante. Estos pacientes, en general, gastan anualmente el doble que cualquier otro tipo de paciente¹⁰⁻¹³.

La alta utilización de recursos, por parte de los pacientes con trastorno somatomorfo, hace necesario un plan de acción resolutivo que permita disminuir los costos y aumentar la eficiencia del sistema.

Una de las preguntas más frecuentemente formulada con respecto a la reforma de salud en nuestro país, es si las atenciones de salud en su nivel primario tienen la capacidad suficiente para resolver los problemas de salud de su población a cargo.

Según la planificación propuesta en esta reforma de salud, el Cesfam (Centro de Salud Familiar) se caracterizaría por desarrollar un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, cuyo eje central sería la implementación de los equipos de cabecera, responsables de la atención integral de un sector delimitado de población. Con distintas herramientas se lograría un diagnóstico biopsicosocial de su población y orientarían su tarea privilegiando a las familias de mayor riesgo^{14,15}.

De la mano de esta reforma, la reorientación de los procesos asistenciales busca entender y mejorar los aspectos de la continuidad de la atención y del trabajo mancomunado en salud, donde intervienen múltiples profesionales, de manera que se dé mayor auge a la resolutividad y al trabajo en equipo^{16,17}.

A modo de definición, la capacidad resolutiva

o resolutividad se entiende como un cambio en el estado de salud, que puede atribuirse a la atención precedente de salud¹⁸.

Los objetivos que persigue la resolutividad son: compensar a los pacientes, disminuir los factores de riesgo y los problemas de salud, aumentar los factores protectores individuales, familiares y comunitarios, curar, aliviar y/o consolar y conseguir la satisfacción del usuario por el servicio otorgado¹⁹.

La falta de resolutividad es, sin duda, la mayor crítica al sistema de salud. La población no encuentra solución a sus problemas, se siente tramitada por interconsultas con largos tiempos de espera, solicitudes de exámenes que se demoran o se pierden y ausencia de medicamentos. La responsabilidad por la capacidad resolutiva de nuestros Centros de Salud Familiar recae en los médicos y sus adecuados diagnósticos, tratamientos y derivaciones²⁰.

El análisis de la capacidad resolutiva de los establecimientos de APS, informado por el Ministerio de Salud, estima que hay un 86% de resolutividad entre los años 1994-2002²⁰. Desde una perspectiva cualitativa se informan resultados limitados, reducidos y empobrecidos en sus contenidos, brindando una atención restringida, de regular calidad, con un fuerte énfasis asistencial y curativo. Esto se explica en parte, por la lógica del antiguo sistema de salud FAPEM (Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipales), la cual promueve la contabilización de actividades para obtener financiamiento. La orientación centrada en la producción, con mínimas referencias a la calidad de la atención, no entrega elementos para desarrollar una capacidad resolutiva de calidad, ni para comprobar si se están corrigiendo las brechas de la inequidad en la atención del sistema público de salud²¹.

La capacidad resolutiva que presentan los centros de atención primaria, por otra parte, disminuye aún más, en los casos de los pacientes con trastorno somatomorfo.

El sistema de salud invierte en exámenes, medicación y horas profesional innecesarias, además de derivaciones al nivel secundario, lo que ayuda a

trabar el sistema y a aumentar la insatisfacción por la atención recibida.

El presente estudio tiene como objetivo general, conocer la resolutividad de los centros de salud familiar respecto a los pacientes con Trastornos Somatomorfos, y la percepción que éstos tienen de la resolución a su demanda.

Método

Población

La población se compone de pacientes con diagnóstico de trastorno somatomorfo, de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV, beneficiarios de los centros de atención primaria de la comuna de Chillán.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 25 adultos; 20 mujeres y 5 hombres, cuyo rango etario varió entre los 40 y los 64 años. Fueron seleccionados de forma intencionada aquellos pacientes que presentan el diagnóstico de trastorno somatomorfo y/o que cumplían los criterios del CIE-10 o DSM-IV. Para efectos de la investigación, a todos los pacientes que cumplen con los criterios, pero no tienen el diagnóstico claramente especificado, se le solicitó a su médico tratante que confirme el diagnóstico de trastorno somatomorfo para ser incluido en la muestra. Los y las participantes fueron reclutados en tres establecimientos de salud de la ciudad de Chillán: centros de características urbanas, con enfoques de atención integral de la salud, y con el rango de Cesfam mayor a 10 años. Los criterios de inclusión utilizados para la selección de la muestra fueron: pacientes adultos (entre 18 y 64 años), con trastorno somatomorfo, que vivan en radio urbano y que pertenezcan a los centros de salud seleccionados. Se excluyen a pacientes que presentan patología orgánica y a embarazadas.

Instrumentos

Se utilizan tres instrumentos para evaluar la resolutividad en la atención de pacientes somatomorfos:

1. *Ficha clínica*: documento reservado, confidencial, sujeto al secreto profesional, en el cual el equipo de salud registra la historia médica del paciente y su proceso de atención de salud.
2. *Pauta de cotejo*: registro de información acerca de las características sociodemográficas, de atención y tratamiento de los pacientes seleccionados.
3. *Encuesta de resolutividad*: cuestionario tipo Likert que consta de 6 preguntas, cuyo objetivo es medir la percepción de resolutividad acerca de la atención brindada por los centros de atención primaria. Se puntúa 1 a la opción “nunca” y 5 a “siempre” (Tabla 3).

Procedimiento

La investigación se lleva a cabo en tres Cesfam de la comuna de Chillán, que fueron seleccionados por sus características de urbanidad y fácil acceso, además de contar con la acreditación de Centros de Salud Familiar, mayor a 10 años.

La aplicación de la encuesta de resolutividad, la realizaron estudiantes capacitados del último año de la carrera de psicología.

La selección de la muestra se obtiene a través del contacto con las coordinadoras de docencia asistencial de cada Cesfam, a quienes se les solicita un listado de pacientes que cumplan con los requisitos de la investigación y que incluyan el número de teléfono. Posteriormente, se hace contacto telefónico para invitar a los pacientes a participar en forma voluntaria a la investigación, previa coordinación con el Cesfam correspondiente, quienes facilitaron box de atención para aplicar la encuesta.

La aplicación de la encuesta es realizada en un clima de confianza y colaboración. Todos los encuestados firman la carta de consentimiento informado. Posteriormente, la investigadora revisa las fichas de los pacientes usando la Pauta de Cotejo, con el fin de obtener datos demográficos y características de las atenciones brindadas por sus centros de salud.

Análisis

Se realiza un análisis de tipo descriptivo para dar cuenta de las características de la muestra y de

la resolutividad de APS en la atención de este tipo de pacientes.

Resultados

Características psicosociales

En la investigación participaron 25 usuarios de atención primaria, de los cuales el 80% corresponden a mujeres y 20% a hombres. El rango etario varió entre los 40 y los 64 años, período de edad que corresponde a la adultez media y tercera edad²² (Tabla 1).

La estructura familiar de los participantes es predominantemente biparental (56%). La etapa de ciclo vital familiar por el que cursan las familias de estos usuarios corresponde, en su mayoría a “nido vacío” (52%) y a la etapa con “hijos adolescentes” (44%).

La ocupación principal de los participantes es el de Dueña de casa (64%), le sigue Trabajo Independiente, Empleado y Jubilado. Con respecto al nivel educacional de estas personas la distribución indica que el 44% de los encuestados tiene educación básica incompleta y 40% educación media completa. El estado civil predominante en la muestra es de casados (64%).

Motivos de consulta

El 88% de los pacientes tiene más de cinco años de pertenencia a su centro de salud y el 64% de los participantes consulta varias veces al mes en su Cesfam.

Entre los motivos de consulta señalados por los usuarios de atención primaria, destaca la dolencia física (48%), le siguen los problemas para dormir (24%) y los problemas del ánimo (16%). El 12% restante se distribuye en otras quejas somáticas, como erupciones en la piel, problemas auditivos o visuales y náuseas, entre otras (Tabla 2).

Historia clínica

Pese a que todos los participantes cumplen con los criterios diagnóstico del trastorno somatomorfo, sólo el 20% de ellos

Tabla 1. Características psicosociales de pacientes con trastorno somatomorfo

Variable		f	%
Sexo	Hombre	5	20%
	Mujer	20	80%
Ocupación	Dueña de casa	16	64%
	T. independiente	4	16%
	Empleado	3	12%
	Jubilada	2	8%
Escolaridad	Básica incompleta	11	44%
	Media completa	10	40%
	Universitaria	2	8%
	Media incompleta	1	4%
	Analfabeta	1	4%
Estado civil	Casados	16	64%
	Viudos	4	16%
	Separados	3	12%
	Solteros	2	8%
Estructura familiar	Biparental	14	56%
	Biparental extendida	3	12%
	Monoparental	6	24%
	Monoparental extendida	2	8%
	Solo	0	0%
Ciclo vital	Hacia el encuentro del otro	0	0%
	Recién casados	0	0%
	Camino a la familia	0	0%
	Ahora somos tres	0	0%
	La familia se abre al mundo	1	4%
	Cuando los hijos son adolescentes	11	44%
	Nido vacío	13	52%

*f= frecuencias; % = porcentajes.

Tabla 2. Motivos de consulta frecuente

Motivos de consulta	f	%
Dolor (Cabeza, brazos, hombro, piernas, espalda, estomago, etc.)	12	48%
Problemas para Dormir	6	24%
Animo (disminuido, alterado, etc.)	4	16%
Otras quejas somáticas (erupción en la piel, náuseas, problemas auditivos, y visuales, etc.)	3	12%
Total	25	100%

*f= frecuencias; % = porcentajes.

Tabla 3. Encuesta de resolutividad

Alternativas	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Siempre
El profesional y el equipo de salud que me atienden me explican de forma sencilla el problema que tengo					
El equipo de salud me da tratamiento que resuelve mi problema					
El equipo de salud me solicita una serie de exámenes que permite resolver el problema					
Encuentro en el centro de salud la ayuda que busco					
El profesional que me atiende resuelve mis problemas					
El equipo de salud me ha derivado a los especialistas del hospital					

tiene el diagnóstico señalado en su historia clínica. Dentro de las clasificaciones diagnósticas para estos pacientes, más frecuentemente indicadas por los médicos de la atención primaria, son: Depresión Moderada, Trastorno de Personalidad, Gastritis, Menopausia y Trastorno Ansioso.

Características de la atención

El 100% de los usuarios, consultan principalmente al médico del Cesfam. Como segunda opción el profesional más consultado es el/la Psicólogo/a, le sigue la Trabajadora Social, la Madre, la Enfermera y finalmente el Odontólogo.

El número de consultas realizadas a cualquier profesional por estos pacientes varía entre 6 y 18 atenciones en un período de 6 meses, promediando 10,6 consultas en medio año y 1,8 atenciones en el plazo de 1 mes.

La entrega de medicamentos a los usuarios se realiza en el 100% de los casos, de los cuales el 84% corresponden a fármacos del *stock* de salud mental. Los otros medicamentos más frecuentemente entregados son desinflamatorios e inhibidores del dolor, seguidos por fármacos que producen alivio sintomático de molestias tensionales. En tanto que la orden de exámenes para estos pacientes está presente en el 92% de las atenciones.

Percepción de resolutividad

Los pacientes con trastorno somatomorfo, usuarios del Centros de Salud Familiar, opinan que la

capacidad resolutiva es intermedia, con un puntaje promedio de 3,3. De acuerdo a ello, estos pacientes consideran que sólo “a veces” su motivo de consulta es resuelto por la atención recibida en el Cesfam.

Señalan que sólo “en ocasiones” encuentran la ayuda que necesitan y que el tratamiento indicado “algunas veces” es el adecuado y resuelve su problema de salud, “a veces” le explican de forma sencilla su diagnóstico y resuelven su necesidad de saber qué ocurre con su cuerpo.

Por otra parte, consideran que “con frecuencia” les solicitan exámenes que ayudan a resolver su motivo de consulta y que el profesional que le atiende “frecuentemente” resuelve su necesidad de atención. Las derivaciones a nivel secundario para resolver sus problemas de salud son emitidas sólo en “algunas ocasiones”, según perciben estos pacientes.

Discusión

Antes de comenzar con el análisis de los resultados, es necesario señalar que este trabajo no permite, en rigor, hacer una extrapolación seria sobre la resolutividad en la atención de pacientes con trastorno somatomorfo, debido al pequeño tamaño de la muestra.

Un aspecto importante a destacar es que durante la selección de la muestra sólo un grupo reducido de pacientes tiene claramente especificado su diagnóstico y el resto, aunque cumple los requisitos de acuerdo al CIE 10, presenta en su historial clí-

nico distintos diagnósticos, siendo necesario para efectos de esta investigación, solicitar al médico que explice si corresponde o no a un trastorno somatomorfo.

Lo anterior puede ser explicado porque muchas veces el trastorno somatomorfo es un diagnóstico de exclusión. Sólo un porcentaje menor de los participantes en su historia clínica tienen diagnóstico de esta patología, encubriendose tras calificativos como “policonsultante” o “hiperfrecuentador”, con diagnósticos variados en que suelen estar presentes enfermedades de salud mental. Lo anterior pone en evidencia la dificultad para establecer un claro diagnóstico de esta patología y pone en duda la preparación de los médicos y/o equipos de salud de cabecera de la atención primaria para diagnosticar este trastorno y resolverlo adecuadamente.

Teniendo presente las limitaciones de este estudio, se realiza una discusión e interpretación de los resultados, en pos de algunas posibles conclusiones.

La mayoría de los pacientes con trastorno somatomorfo, corresponden a mujeres, casadas, dueñas de casa, con estudios básicos incompletos, con familias biparentales y en etapa de nido vacío según el ciclo vital familiar. Estas usuarias poseen más de cinco años de antigüedad en sus centros de salud y acuden al Cesfam varias veces al mes.

Los motivos de consulta más frecuentemente señalados en las historias clínicas de estos usuarios corresponden a dolencias físicas, seguidas de alteraciones del ánimo y problemas para dormir.

Dentro de los equipos multiprofesionales de salud instalados en los Cesfam, los más consultados por este tipo de pacientes son los médicos, quienes entregan fármacos y órdenes de exámenes al 100% de estos usuarios, le siguen las(os) psicólogas(os) debido a los frecuentes diagnósticos de salud mental. Cabe resaltar que son los integrantes del equipo psicosocial quienes reciben las derivaciones intracesfam.

Los pacientes con trastorno somatomorfo, participantes de este estudio, consultan entre 6 y 18 veces en un plazo de seis meses, promediando 10,6 atenciones en este período de tiempo, lo cual significa que contando los 25 pacientes de esta muestra multiplicado por 10,6 atenciones

suman 265 consultas en medio año. Estas consultas son principalmente de morbilidad, con psicóloga y asistente social, trabando el sistema y ocupando muchos recursos. Esto, sumado al alto porcentaje de entrega de fármacos y órdenes de exámenes solicitados, confirma las características de la atención señaladas por Florenzano y cols., en el 2002⁵.

La resolutividad es una de las premisas centrales de la reforma de salud en Chile, y se puede evaluar a través de las características de la atención brindada por los Centros de Salud Familiar de atención primaria, así como a través de la percepción que tienen los usuarios acerca de ella.

En relación a la percepción de resolutividad de estos usuarios, ellos consideran que no se les explica claramente sus problemas de salud, que “a veces” reciben tratamiento adecuado y que “frecuentemente” se les pide algunos exámenes complementarios. En general, ellos perciben que las intervenciones realizadas dan respuesta parcial a sus requerimientos y que sólo “a veces” obtienen una respuesta adecuada a sus demanda de salud.

Esta percepción de los usuarios no se correlaciona con el excesivo gasto en recursos humanos que se destina para su atención. Por otra parte, el alto gasto en medicamentos que no dan la respuesta esperada, los exámenes innecesarios, y los cupos/horas profesionales especialistas sólo ayudan a trabar el sistema. Por lo tanto, los esfuerzos que estos Cesfam realizan, no permiten resolver eficientemente las necesidades de estos pacientes.

Esto puede ser explicado por la dificultad que implica el diagnóstico de estos pacientes y como señala Florenzano (2002), es importante revisar el modo de clasificarlos, especialmente para la formación de los médicos de familia⁵.

Finalmente y como conclusión, es importante señalar que estos pacientes requieren quizás nuevas formas de abordajes: considerar sus creencias, preocupaciones y necesidades, y no sólo la queja somática. Los equipos de salud requieren nuevas herramientas de atención desde el modelo biopsicosocial y salud familiar que den una respuesta más integral a sus problemas.

Agradecimientos

Se agradece al departamento de Salud Municipal de Chillán que generosamente nos abrieron

las puertas de sus Cesfam, a los ayudantes y a los usuarios que entregaron parte de su tiempo para participar de esta investigación.

Resumen

El presente artículo, tiene como propósito conocer la capacidad resolutiva de la atención primaria, frente a las necesidades que tienen los pacientes con Trastornos Somatomorfolos. Conocer también, la percepción que estos pacientes tienen acerca de la atención recibida. La muestra, está constituida por 25 pacientes pertenecientes a tres Centros de Atención Primaria de la comuna de Chillán. De acuerdo a los resultados, los pacientes perciben que sus demandas de salud sólo "a veces" son resueltas en su centro de atención primaria, pese a los notables costos en recurso humano, farmacológico y exámenes. Los resultados se discuten en relación a las limitaciones presentadas y a las proyecciones.

Palabras clave: Resolutividad, Trastorno Somatomorfo, Atención Primaria.

Referencias bibliográficas

1. Lipowsky Z. Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1998; 145: 1358-68.
2. Zegarra H, Guzmán R. Trastorno de Somatización. Revista Paceña de Medicina Familiar 2007; 4: 244-8.
3. Noguera E, Bayona H, Dávila A. Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. Revista Colombiana de Psiquiatría 2007; vol. XXXVI, Nº 2.
4. Quiroz E. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud Nº 4: Manejo de salud mental del paciente somatizador en la atención primaria de salud. Universidad de Santiago de Chile, 2004.
5. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización, aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Revista Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 47-55.
6. Insalud. Los equipos de atención primaria: propuestas de mejora. Madrid, 2001.
7. Schade N, González A, Beyebach M, Torres P. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. Revista Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48: 20-8.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 2003 (10^a. Ed.).
9. Schade N, Beyebach M, Torres P, González A. Terapia familiar breve y atención primaria: un caso de trastorno somatomorfo. Terapia Psicológica 2009; 27: 239-46.
10. Rief W, Sharpe M. Somatoform disorders: new approaches to classification, conceptualization and treatment. J Psychosom Res 1983; 54: 387-90.
11. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry 1983; 140: 273-83.
12. Barsky A, Orav M, Bates AJ. Somatization increases Medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 903-10.
13. Servan-Schreiber D, Randall N, Tabas G. Somatizing Patients: Part I. Practical Diagnosis. Am. Fam. Physician 2000; 61: 1073-8.
14. Infante A. Crisis del Modelo de Atención: ¿tiene salida? Revista Chilena de Salud Pública 2011; 15 (2).
15. Figueroa F, Muñoz R. Capacidad resolutiva y trabajo en equipo, factores de la calidad de atención. Modulo I: Tendencias en salud pública; Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Universidad de Concepción, 2011.

16. García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Montón C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II): reacciones del profesional y tipos de relación. *Med Clin* 1999; 112: 147-50.
17. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Ediciones científicas. La prensa médica mexicana S.A., 1984.
18. Segovia I. Potenciando el Recurso Médico en la Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Universidad de Chile, 2010.
19. Servicio de Salud Maule. Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria, 2009.
20. Román O. Resolución clínica en la atención primaria de la salud. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1240-1.
21. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Capacidad resolutiva de redes descentralizadas de atención de salud. Santiago, Chile, 1999. corsaps@reuna.cl
22. Kail R, Cavanaugh J. Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital. México: Thomson, 2006.

Correspondencia:

Marcela Riquelme Iribarra
Huambalí 682, Villa Madrid, Chillán.
E-mail: marce.sri@gmail.com
mriquelmei@udec.cl