



# Poliartralgias

## Antecedentes

El dolor en varias articulaciones es un motivo de consulta muy común en consulta externa. Puede significar desde un trastorno auto-limitado hasta el debut de una enfermedad crónica y debilitante.

La anamnesis y el examen físico son de importancia, junto con un conocimiento básico de la presentación de algunas enfermedades preocupantes para realizar el diagnóstico diferencial.

## Examen físico

La fiebre está presente en procesos sistémicos; la presencia de nódulos subcutáneos, lesiones dérmicas, trastornos oculares, dolor o rigidez de la columna vertebral pueden guiar al médico hacia el diagnóstico.

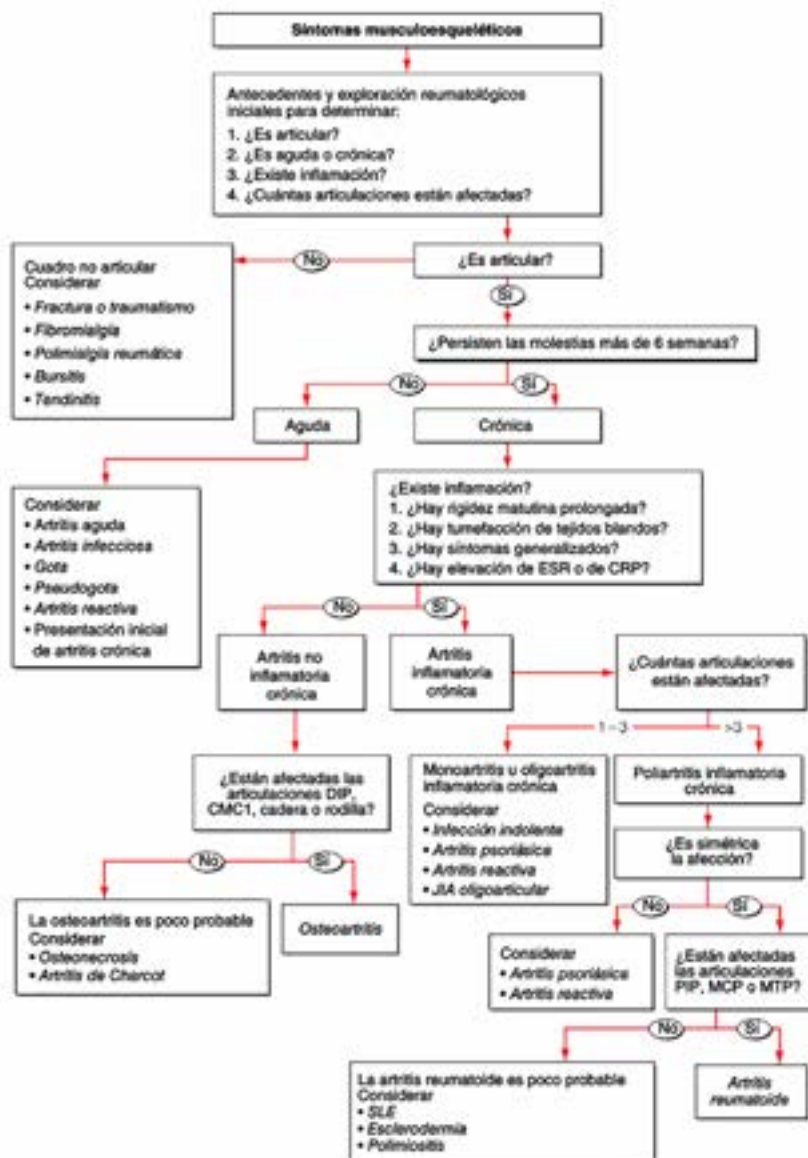
En el examen articular debemos buscar “sinovitis” o inflamación articular; signos de sinovitis son: edema, calor, disminución del movimiento articular, derrame articular.

Sinovitis, que significa inflamación articular, es la distinción más importante para enfocar el diagnóstico. La presencia de inflamación articular es artritis que representa un tipo de artralgia (1).

## Diagnóstico diferencial

Se realiza a través de la historia clínica, donde debemos preguntar el tiempo del dolor, la rigidez matutina y las articulaciones afectadas. Al examen físico lo más importante es diferenciar entre artritis inflamatoria o no inflamatoria y al final necesitamos de los resultados de laboratorio para definir el diagnóstico (tabla 1).

## Imagen 1. Algoritmo para trastornos musculoesqueléticos



Fuente: Manual de medicina integral e intercultural, versión digital

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial de artritis inflamatoria**

Poliartritis Inflamatoria (con Sinovitis)	
<b>Infecciosa</b>	<b>Enfermedad Reumática Sistémica</b>
Bacteriana (Lyme, Endocarditis)	Lupus Eritematoso Sistémico (LES)
Viral	Vasculitis Sistémica
<b>Pos-Infecciosa</b>	Esclerosis Sistémica (Escleroderma)
Fiebre Reumática	Poli/Dermatomiositis
Artritis Reactiva	Enfermedad de Still
Infección Entérica	Síndrome Behcet
<b>Espondiloartritis Seronegativa</b>	Policondritis Relapsante
Espondilitis Anquilosante	Trastornos Autoinflamatorios
Artritis Psoriasica	<b>Otras Enfermedades Sistémicas</b>
Enfermedad Inflamatoria de Colon	Sarcoidosis
<b>Artritis Reumatoidea</b>	Fiebre Familiar Mediterranea
<b>Osteoartritis Inflamatoria</b>	Cáncer
<b>Artritis Inducida por Cristales</b>	Hiperlipoproteinemias
<b>Artritis Juvenil Idiopatica</b>	

Poliartralgias (sin Sinovitis)	
Fibromialgia	Bursitis en varios sitios
Hipotiroidismo	Tendonitis en varios sitios
Dolor Neuropático	Depresion
Enfermedad Osea Metabolica	

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

- No-inflamatorio: < 2,000 glóbulos blancos/mm<sup>3</sup>
- Inflamatorio: 2,000-50,000 glóbulos blancos/mm<sup>3</sup>
- Potencialmente séptico: > 50,000 glóbulos blancos/mm<sup>3</sup> (13)

## Laboratorio

No todo paciente requiere exámenes complementarios. Si no hay hallazgos en el examen físico en un paciente con artralgias o mialgias, se puede iniciar tratamiento sintomático, y esperar la evolución clínica para ver si desaparecen (imagen 1).

Si existen hallazgos en el examen físico como sinovitis o signos que señalan una enfermedad grave, se justifica descartar enfermedades sistémicas inicialmente con los siguientes exámenes:

- Biometría Hemática
- EMO
- Creatinina
- Función hepática
- VSG: velocidad de eritrosedimentación globular, los glóbulos rojos tienen una carga eléctrica negativa en su superficie y se

repelan. Pero en la presencia de proteínas con una carga eléctrica positiva, los glóbulos rojos se agregan y se precipitan de manera más rápida, provocando un aumento en velocidad (milímetros/hora) (2).

- Fibrinógeno e IgG son las proteínas que más afectan VSG, y por su vida media larga, VSG se mantiene elevada hasta semanas luego de la resolución del proceso inflamatorio (3).
- PCR: Proteína C Reactiva, descubierto cuando se observó que una precipitación del suero de pacientes con neumonía por neumococo que disminuía con una mejoría clínica. La proteína que precipitaba reacciona con el polisacárido-C de las bacterias neumococicas (mg/L o mg/dL) (4).
- El hígado produce PCR y tiene una vida media de 4-7 horas; disminuye rápidamente cuando se resuelve la inflamación(5).
- Estos dos últimos exámenes ayudan a distinguir entre trastorno inflamatorios y no inflamatorios, pero nunca son suficientes para confirmar un diagnóstico (6).

### **Otros exámenes que se pueden realizar según la clínica incluyen:**

#### **ASLO: Anti Estreptolisina O (AELO)**

Prueba de anticuerpos contra el antígeno de Streptococo Grupo A, que se utiliza para completar el diagnóstico de fiebre reumática cuando están presentes dos o más de los criterios de Jones (7).

Titulación >160U/ml puede significar infección previa.

**FR: Factor Reumatoide**, mide anticuerpos dirigidos a la región Fc de IgG. Se pueden encontrar en pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes, trastornos no-autoinmunes, y en pacientes sanos (tabla 2) (8).

#### **ANA: Anticuerpo Anti-Nucleares**

Un ensayo de 232 ptes referidos a interconsulta de reumatología por ANA positivo, demostró un valor predictivo positivo para Lupus de 2.1% y para cualquier otra enfermedad reumática asociado con ANA de 9.1%. Ninguna enfermedad reumática asociado con ANA fue identificada con una ANA <1:160 (10).

No es una prueba de mucha especificidad se necesita ANCA para confirmar el diagnóstico de LES(11).

#### **ACPA: Anticuerpos a Antígenos de Péptidos Citrulinados**

ACPAs son altamente específicos para artritis reumatoidea, y puede pronosticar la severidad de la enfermedad (12).

## Análisis de Líquido Sinovial

El análisis debería incluir: Viscosidad, color, claridad. Recuento glóbulos blancos. Análisis de cristales. Gram y cultivo (12).

El líquido sinovial puede servir para distinguir entre un trastorno no inflamatorio, inflamatorio, y séptico.

**Tabla 2. Frecuencia de Factor Reumatoideo (Latex) positivo en varias enfermedades (9).**

Enfermedad	Frecuencia (%)
<b>Artritis</b>	
Artritis Reumatoidea	70-90
Artritis Juvenil Idiopático y Artritis Reactiva	5
Artritis Psoriatica	<15
Síndrome de Sjogrens	75-95
Enf. Mixta de Tejidos Conectivos	50-60
Lupus Eritematosa Sistémica (LES)	15-35
Esclerosis Sistémico	20-30
Dermato-/polimiositis	20
Vasculitis Sistémica (Wegeners, PAN)	5-20
<b>Enfermedades Infecciosas</b>	
<b>Bacteriana</b>	
Endocarditis	40
Sífilis, Tuberculosis	8-37
<b>Viral</b>	
Coxsackie B	15
Dengue, VIH, Hérpes, Sarampión, Rubeola, Parvovirus, Epstein Barr y CMV	10-15
Hepatitis A y B	25
Hepatitis C	40-76
<b>Parasitaria</b>	
Chagas, Malaria, Oncocercosis, Toxoplasmosis	10-25
<b>Otras Enfermedades</b>	
Crioglobulinemia Mixta Tipo II	100
Cirrosis Biliar Primaria	45-70
Cancer (general), Cirrosis Hepatica, Sarcoidosis	5-30
<b>Adultos sanos de 50 años</b>	5 %
<b>Adultos sanos de 70 años</b>	10-25 %

## Enfermedades específicas

### *Fiebre Reumática*

Un trastorno autoinmune que sucede después de una infección con Streptococo Grupo A, que provoca inflamación de articulacio-

nes, corazón, cerebro y se manifiesta como artritis, carditis, corea. La secuela más preocupante y común es la enfermedad cardíaca reumática. El diagnóstico está basado en los criterios de Jones. (Tabla. 3) Si no existe por lo menos un criterio mayor, el diagnóstico esta descartado. El diagnóstico no está basado en el examen de ASLO (Anti-streptolysin O).

**Tabla 3. Criterios de Jones**

Resumen de los criterios de la OMS 2002-2003 para el diagnóstico de fiebre reumática aguda y enfermedad cardíaca reumática basada en los Criterios de Jones	
Categorías diagnósticas	Criterios
Primer episodio de fiebre reumática	2 criterios mayores o 1 mayor más 2 menores junto con la evidencia de infección previa por estreptococo del grupo A (EGA)
Ataque recurrente de fiebre reumática en pacientes SIN afectación cardíaca	2 criterios mayores o 1 mayor más 2 menores junto con la evidencia de infección previa por EGA
Ataque recurrente de fiebre reumática en pacientes CON afectación cardíaca	2 criterios menores junto con la evidencia de infección previa por EGA
Corea de Sydenham	No se requieren otras manifestaciones mayores ni la evidencia de infección previa por EGA
Lesión cardíaca inicial subclínica	No se requieren otras manifestaciones mayores ni la evidencia de infección previa por EGA
Lesiones valvulares crónicas de enfermedad cardíaca reumática (pacientes presentándose por primera vez con estenosis mitral pura, afectación valvular mitral mixta y enfermedad valvular aórtica)	No se requiere ningún otro criterio para ser diagnosticado de enfermedad cardíaca reumática
Evidencia de infección por EGA: igual que en los criterios de Jones, pero se incluye también la posibilidad de un reciente episodio de escarlatina.	

Fuente: Manual de medicina integral e intercultural, versión digital

### **Artritis Reumatoidea**

Dolor y rigidez en múltiples articulaciones, más frecuentes en: interfalanges proximales y metacarpofalanges. Rigidez matutina ya no es un criterio clínico, pero puede sugerir el diagnóstico. Puede ser acompañado de síntomas sistémicos. El Colegio Americano de Reumatología estableció nuevos criterios en 2010 (tabla. 4) (14).

Exámenes incluyen VSG, PCR, Factor Reumatoideo, Anticuerpos a antígenos de péptidos citrulinados.

**Tabla 4. Criterios de artritis reumatoidea de 2010 del CAR.**

Criterio articular	Puntaje
1 Articulación grande	0
2- 10 Articulaciones grandes	1
1 - 3 Articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de las grandes)	2
4 - 10 Articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de las grandes)	3
≥ - 10 Articulaciones (al menos una pequeña)	5
<b>Criterio serológico (al menos un test es necesario)</b>	
RA test y ACCP negativos	0
RA test positivo bajo o ACCP positivo bajo	2
RA test positivo alto o ACCP positivo alto	3
<b>Reactantes de fase aguda (al menos un test es necesario)</b>	
VSG y PCR normal	0
PCR anormal o anormal VSG	1
<b>Duración de los síntomas</b>	
< 6 semanas	0
> a 6 semanas	1
Interpretación: "AR definitiva": Confirmación de sinovitis en al menos 1 articulación, en ausencia de otras alternativas diagnósticas y un puntaje de 6 ó mayor.	

### **Artralgia/Artritis Viral**

Parvovirus, Hepatitis B y C, VIH, Hérpes, Coxsackie y los Alfavirus y Flavivirus son causas frecuentes de artritis asociada con infección viral. En Sudamérica, los Alfavirus (Chikungunya y Mayaro) y Flavivirus (Dengue) son comunes (15).

La artritis puede acompañar la infección aguda en Hep B o Hep C, y en muchos de estos pacientes el factor reumatoideo es positivo, confundiendo el diagnóstico (16).

En países donde existe transmisión de Chikungunya, se puede presentar poliartalgias por hasta 36 meses luego de la infección aguda, existen retos para no confundirlo con artritis reumatoidea.

### **Artrosis u Osteoartritis**

Es la causa más común de dolor articular, como no es una artritis inflamatoria, sino un deterioro de cartílago, el dolor no es tan matutino como el dolor de Artritis Reumatoidea. Los sitios más afectados son rodillas, caderas, columna, e interfalanges distales de las manos. El tratamiento incluye ejercicio, bajar de peso, fisioterapia; se pueden realizar infiltraciones interarticulares de corticoides, pero el tratamiento final cuando existe daño articular severo, es colocación de prótesis articular.

Un ensayo realizado en el 2017 demostró que corticoide (Triamcinolona), versus solución salina intra-articular no tienen ninguna diferencia en la mejoría del dolor de rodilla, pero el corticoide produjo una mayor pérdida de volumen de cartílago a los 24 meses (17).

Este estudio, pone en duda la utilidad de corticoides intra-articulares, especialmente en países donde pocas personas tienen acceso a prótesis articulares.

### **LES: Lupus Eritematoso Sistémico**

LES es una enfermedad autoinmune heterogénea que puede afectar varios órganos como piel, articulaciones, riñón, y sistema nervioso central (18).

Como proceso inflamatorio, provoca sinovitis en articulaciones, fiebre, cansancio y artralgias o artritis son los síntomas no específicos más comunes al principio de la enfermedad (19).

Según los criterios de clasificación de Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC), deben existir 4 criterios (1 criterio clínico más 1 criterio inmunológico) para establecer el diagnóstico (Tabla 5) (20).

**Tabla 5. Criterios de LES de clasificación SLICC, 2012 (21)**

Criterios clínicos	Criterios inmunológicos
1. Lupus Cutáneo Agudo o Subagudo	1. ANA
2. Lupus Cutáneo Crónico	2. Anti-DNA
3. Úlceras orales (paladar, bucal, lengua) o nasales	3. Anti-Sn
4. Alopecia no cicatrizal	4. Antifosfolípidos
5. Sinovitis > 2 articulaciones	5. Hipocomplementemia (C3, C4, CH50)
6. Serositis: pleuritis o pericarditis (> 1 día)	6. Coombs directo (+) en ausencia de anemia hemolítica
7. Renal: ratio Proteína/creatinina o proteinuria de 24 h > 500mg o presencia de cilindros hemáticos	
8. Neurológico: convulsiones, psicosis, mononeuritis múltiple, mielitis, neuropatía central o periférica, síndrome orgánico cerebral	
9. Anemia hemolítica autoinmune	
10. Leucopenia < 4.000 ó linfopenia < 1.000; > 1 vez	
Trombocitopenia < 100.000 > 1 vez	
Se califica a un paciente portador de LES si: Nefritis lúpica comprobada por biopsia + ANA o Anti-DNA (+) Reune 4 criterios incluyendo por lo menos un criterio clínico y uno inmunológica	

Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016



## **Gota**

Es un trastorno de metabolismo de purina que resulta en depósito de cristales de ácido úrico en articulaciones (artritis) y tejido blando (gota tofosa crónica). Ataques de gota empiezan en una articulación, normalmente en extremidad inferior (metatarsofalángica), pero con tiempo los ataques pueden ser poliarticulares (22).

La confirmación del diagnóstico se da cuando encontramos cristales negativamente birrefringentes de urato mono sódico en líquido sinovial, utilizando microscopia polarizada (22) o clínicamente existe una respuesta al uso de colchicina.

## **Aspectos socioculturales**

Cuando los seres humanos enfrentan una nueva experiencia dolorosa, suelen recurrir a medicamentos contra el dolor. En esta fase las personas tratan de encajar su experiencia en un acontecimiento doloroso aislado y pasajero y recurren a su imaginario para buscar explicaciones puntuales como «haber levantado peso», «haber trabajado durante mucho tiempo en una posición desfavorable», «haber forzado demasiado», explicaciones de «algo habré hecho mal, en o con algo me habré hecho daño, pero ya se pasará».

Pero ¿qué ocurre cuando esta experiencia del dolor se prolonga y la persona percibe esta prolongación como más allá de «lo esperable», de lo que, según una lógica común, podría ser un comportamiento normal de un cuerpo puntualmente dañado? En ese momento es cuando el frágil imaginario explicativo recién construido parece derrumbarse. Es el momento en el que el sentido común se muestra inútil. Este estadio del “qué es lo que ocurre” implica que la atención sobre el cambio del cuerpo se haga consciente y se empiece a buscar ayuda. La persona inicia una observación de su cuerpo y del dolor con mayor detenimiento, profundidad y de forma sistemática, es decir, inicia «un proceso de diálogo donde aprende a monitorear permanentemente su cuerpo, en búsqueda e interpretación de sus síntomas». Su realidad empieza a modificarse: hasta ahora se sentía como una persona que sufre un dolor, pero en la medida en la que el discurso sobre este dolor y la preocupación acerca de él se intensifican, se racionaliza y se extiende, se cronifica el discurso a la par de la dolencia. Se toma conciencia de que este dolor puede no ser tan “natural” y puede tratarse de algo no sólo puntual, sino de una enfermedad. El discurso se torna de un solo “me duele” en un “parece que estoy enfermo”, y se pasa de ser una persona con dolor a una persona enferma; sin embargo, es un paciente con un mal sin nombre, sin tratamiento, sin reconocimiento. Deposita su confianza en los médicos como representantes del conocimiento biomédico, pero encuentra sus expectativas frustradas cuando los médicos frecuentemente dedican no más de pocos minutos a cada paciente y, el paciente sale

de la consulta con recetas para medicamentos contra los dolores y la sensación de que el médico no ha querido escucharle.

Se inicia el itinerario terapéutico que incluye médicos especialistas, reumatólogos, exámenes de laboratorio, medicinas naturales, baños de cajón, uso de lodo medicinal.

Volviendo una y otra vez a la sensación de “no encajar”; los dolores articulares socialmente se relacionan con una edad más avanzada, a un ejercicio excesivo o a un accidente. Cuando el dolor se produce sin las citadas causas aparentemente lógicas, y la persona que lo padece es joven o de mediana edad, se produce esta sensación de «desencajamiento», sensación de la que el enfermo es consciente ya que comparte el sentido común de su cultura.

El conocimiento médico construido como conocimiento biomédico, nace y renace en el diagnóstico; la legitimación para el enfermo de sus dolores y, por fin, la corrección del «no-encajar»; se consigue cuando el médico le da un nombre a su mal, está cobra identidad y el enfermo, el paciente se convierte en reumático o artrítico. Nombrar es un acto poderoso, al igual que no poder nombrar causa sensación de impotencia; no puede establecerse ninguna relación con algo sin nombrar, ni generar sentimientos hacia ello, ya sean positivos o negativos. Por tanto, el proceso de distanciamiento, durante el cual la enfermedad toma cuerpo y personalidad propia, -esta disociación del yo-, llega a otra dimensión de significado: el diagnóstico como bautizo de una nueva realidad, una nueva dimensión en la experiencia de la enfermedad y la objetivación de esta.

Los poderes de la biomedicina son numerosos; el poder de legitimar la experiencia de una enfermedad mediante el correspondiente diagnóstico es uno de ellos, este ante todo sustituye la normalidad hasta ahora conocida, ya en estado de quiebra por la enfermedad, por una nueva cotidianidad bajo el «mandato» de la artritis.

El momento de «recibir» el diagnóstico supone el desencadenamiento de varios procesos. El primero de ellos es el ingreso en una nueva comunidad social. El enfermo no sólo se convierte en «artrítico», sino también empieza a formar parte de un grupo de personas, del que probablemente poco había oído, con el que ahora llega a identificarse al compartir “algo”.

Estas personas, hasta el momento desconocidas por el enfermo, empiezan a ser una referencia para él, un grupo de consejeros y un modelo importante en la construcción de su enfermedad; con las nuevas tecnologías, las redes sociales y bajo la lógica de los procesos de individualización, la toma de contacto con los «semejantes», se produce de forma rápida y fácil. Mediante páginas, foros y plataformas las asociaciones de enfermos suelen convertirse

en fieles acompañantes del enfermo en su recién iniciado proceso. Estas asociaciones adquieren una función intermediadora entre el médico/institución de salud y el paciente, no únicamente debido al limitado tiempo que suele dedicar el médico especialista al paciente, sino también por la mayor facilidad de comunicación al poder expresarse y entender con mayor facilidad el lenguaje de la asociación que el lenguaje técnico de los médicos, el cual muchas veces incomoda o confunde (23).

## Referencias bibliográficas

1. Aletaha D, Neogi T, Silman A, et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. *Arthritis & Rheumatism*. 2010;62(9):2569-2581
2. Husain TM, Kim DH, C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in orthopaedics. *Univ Pennsylvania Orthop J*. 2002;15:13-16
3. Batlivala SP. Focus on diagnosis: the erythrocyte sedimentation rate and the C-reactive protein test. *Pediatr Rev*. 2009 30(2):72-74. doi:10.1542/pir.30-2-72
4. Vermeire S, Van Assche G, Rutgeerts P. C-reactive protein as a marker for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2004 10(5):661-665. doi:10.1097/00054725-200409000-00026
5. Jaye DL, Waites KB. Clinical applications of C-reactive protein in pediatrics. *Pediatr Infect Dis J*. 1997; 16(8):735-746; quiz 746-747. doi:10.1097/00006454-199708000-00003
6. Silva M, Kamat D. ESR and C Reactive Protein: how best to use them in clinical practice. *Pediatric Annals*. 2014; 43(10):417-420 <https://doi.org/10.3928/00904481-20140924-1>
7. Shet A, Kaplan EL. Uso clínico e interpretación de las pruebas de anticuerpos contra Streptococcus Grupo A: una guía práctica para pediatras y médicos generales. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21:420-6.
8. Dörner T, Egerer K, Feist E, Burmester GR. Rheumatoid factor revisited. *Current Opinion in Rheumatology*. 2004; 16(3):246-253.
9. Newkirk MM. Rheumatoid factors: host resistance or autoimmunity? *Clinical Immunology*. 2002; 104(1):1-13.
10. Abeles AM, Abeles M. The clinical utility of a positive antinuclear antibody test result. *Am J Med*. 2013 Apr;126(4):342-8. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.09.014. Epub 2013 Feb 8.
11. Maguire G, Ginawi A, Lee J, et al. Clinical utility of ANA measured by ELISA compared with ANA measured by immunofluorescence. *Rheumatology*, 2009 48(8), 1013-1014 <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kep137>
12. Gatter R A, Andrews R P. et al, American College of Rheumatology guidelines for performing office synovial fluid examinations *Clin Rheumatol* 1995;194-9
13. Abdullah S, Young-Min s, Hudson S, et al. Gross synovial fluid analysis in the differential diagnosis of joint effusion. *J Clin Pathol*. 2007 Oct; 60(10): 1144-1147
14. McInnes I, Schett G. The pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *NEJM* 2011, 365, 2205-19
15. Marks M, Marks J. Viral Arthritis. *Clin Med (Lond)*. 2016 Apr; 16(2): 129-134. doi: [10.7861/clinmedicine.16-2-129]
16. Pease C, Keat A. Arthritis as the main or only symptom of hepatitis B infection. *Postgrad Med J*. 1985, 61, 545-7
17. McAlindon TE, LaValley M, Harvey WF. Effect of Intra-articular Triamcinolone vs Saline on Knee Cartilage Volume and Pain in Patients With Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017 May 317(19):1967-1975. doi: 10.1001/jama.2017.5283
18. Kuhn A, Bonsmann G, Anders H, et al. The diagnosis and treatment of systemic lupus erythematosus. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Jun; 112(25): 423-432
19. Fischer-Betz R, Herzer P, Schneider M. Systemischer Lupus erythematosus. [Systemic lupus erythematosus] *Dtsch Med Wochenschr*. 2005, 130:2451-2458
20. Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012; 64:2677-2686.

21. Petri M, Orbai A, Alarcon G, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012, 64:2677-2686
22. Ragab G, Elshahaly M, Bardin T. Gout: an old disease in new perspective – a review. *J Adv Res.* 2017 Sep; 8(5): 495-511
23. Sanchez N, La artritis reumatoide en la narrativa: vivencias desde una perspectiva antropológica. EN: Uribe J, Perdiguero E. *Antropología médica en la Europa meridional 30 años de debate sobre pluralismo.* Editorial URV Terragona, 2014