



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Alameda Cuesta, Almudena; Pazos Garciandía, Álvaro
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA
HIPERFRECUENTACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Revista Española de Salud Pública, vol. 83, núm. 6, noviembre-diciembre, 2009, pp. 863-875
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012323009>

- 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

ORIGINAL

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HIPERFRECUENTACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Almudena Alameda Cuesta (1) y Álvaro Pazos Garciandía (2).

(1) Departamento de Ciencias de la Salud II (Unidad Enfermería). Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

(2) Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español. Universidad Autónoma de Madrid.

RESUMEN

Fundamentos: La hiperfrecuentación es un fenómeno preocupante para los sistemas sanitarios occidentales, por la gran carga de trabajo que genera y sus altos costes materiales y humanos. El objetivo de este trabajo es estudiar los significados, categorías y prácticas que las médicas y médicos de Atención Primaria vivencian en torno a la hiperfrecuentación.

Métodos: Estudio cualitativo basado en una aproximación sociosubjetiva, a través de entrevistas en profundidad (ocho entrevistas a médicos/as de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid). El material discursivo se analizó desde una perspectiva pragmatista.

Resultados: La figura del médico de Atención Primaria se encuentra en la intersección de lógicas profesionales-institucionales contradictorias, lo que genera niveles altos de malestar profesional. Los aspectos sociales y psicológicos aparecen de forma confusa en relación con la consideración de todo aquello que no tiene que ver con lo físico como ajeno al ámbito de actuación de la medicina. La hiperfrecuentación resulta problemática porque se sitúa en el centro de la dicotomía signo-síntoma, su manejo requiere mucho tiempo, precisa de un abordaje integral, e imposibilita el cumplimiento del rol médico como profesional que diagnostica e insta un tratamiento etiológico. Estas dificultades terminan por traducirse en conflictos en la relación profesional-paciente.

Conclusiones: Los significados relativos a la hiperfrecuentación van a variar notablemente en función de las posiciones sociosubjetivas, por lo que abordajes como el que aquí se propone ayudan a comprender la complejidad de una problemática que se construye en el seno de las relaciones entre sujetos particulares, atravesados por dinámicas institucionales, conflictos laborales, trayectorias profesionales e ideologías diversas.

Palabras clave: Mal uso de servicios de salud. Atención Primaria de Salud. Relaciones médico-paciente. Investigación cualitativa.

ABSTRACT

Qualitative Research on the Conceptualization around the Frequent Attendance by Primary Medical Staff

Background: The frequent attendance is a worrying phenomenon for the health systems of Western countries, due to the high work load it generates and its high costs in material and human resources. This work aims to study the meanings, categories and practices that general practitioners build around the frequent attendance.

Methods: Qualitative study, based on a sociosubjective approximation, through in-depth interviews. Eight interviews were conducted with Primary Health Care physicians in Madrid. The discourses were examined from a pragmatist perspective.

Results: The figure of the Primary Health Care physician is at the intersection of professional and institutional contradictory logics, which generates high levels of professional malaise. The social and psychological aspects appear in a confused way, due to the consideration of the non-physical aspects as outside the realm of medicine. Frequent attendance is problematic because: it is situated in the center of the sign-symptom dichotomy, its management requires so much time, it requires a comprehensive approach, it avoids the medical performance as a professional who diagnosed and establishes an etiological treatment. These problems eventually can lead to conflict in the professional-patient relationship.

Conclusions: The meanings for the frequent attendance will vary significantly depending on the sociosubjective positions, so the approach proposed here could help to understand the complexity of a problem that is built within the relationships between particular subjects crossed by different institutional dynamics, labour disputes, career paths and ideologies.

Key words: Health services misuse. Primary Health Care. Physician-patient relations. Qualitative research.

Correspondencia:
Almudena Alameda Cuesta.
Departamento de Ciencias de la Salud II
Unidad Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rey Juan Carlos.
Avda Atenas s/n. 28922 Alcorcón - Madrid
almudena.alameda@urjc.es

Los autores no han mantenido ni mantienen ninguna relación económica ni de otra naturaleza con ninguna persona o institución que pueda haber influido en la realización de este trabajo, por lo que se considera que no existe ningún conflicto de intereses.

INTRODUCCIÓN

La hiperfrecuentación es motivo de preocupación para los sistemas sanitarios de gran número de países del entorno occidental. La carga de trabajo generada por la sobreutilización de los servicios de salud, además del alto coste material y humano que supone, ha hecho que en los últimos años haya aparecido un importante número de investigaciones destinadas a conocer mejor este fenómeno y a intentar paliarlo.

No existe ningún criterio uniforme para definir qué es una persona hiperfrecuentadora. Esta categoría condensa una serie de significados muy dispares y difícilmente estandarizables. Ni siquiera resultan homogéneas las aproximaciones cuantitativas al concepto, que parecerían las más sencillas (una persona hiperfrecuentadora sería la que acude más de un determinado número de veces al año a consulta médica). En la literatura aparecen múltiples cifras de referencia: acudir más de 6-12 veces al año¹⁻⁴, número de consultas por encima del percentil 75^{5,6}, consultar al menos el doble de veces que la media^{1,7}.

Otros estudios incorporan el juicio médico como elemento para definir esta categoría. La persona hiperfrecuentadora no sólo sería la que acude más de un determinado número de veces a consulta, sino la que lo hace sin una causa suficientemente relevante o es considerada “difícil” o “problemática”^{4,7-10}. La incorporación del criterio clínico no deja de ser un modo de incluir la subjetividad del profesional en la definición del fenómeno y es que para comprender la hiperfrecuentación es necesario aproximarse a ella desde el contexto de la relación profesional-paciente¹¹. La hiperfrecuentación es una categoría relacional, que se construye en el seno de la interacción social entre sujetos que se vinculan en el centro de salud.

Aunque es difícil definir un perfil de persona hiperfrecuentadora, algunos trabajos describen ciertas características habituales:

sexo femenino y edad elevada, enfermedad física, malestar psíquico, problemática social, o una combinación de los tres últimos¹². En la literatura española las características más comúnmente descritas son: sexo femenino, entre 51 y 59 años, ama de casa, bajo nivel de estudios, pertenencia a una familia nuclear (padre, madre e hijos) y alto grado de malestar psíquico^{2,5,6,13}. Por otra parte, algunos estudios también se refieren a ciertos atributos y prácticas de los profesionales, como su capacidad de escucha, su experiencia clínica o su complacencia a la hora de prescribir tratamientos^{14,15}, que parecen estar relacionados con la hiperfrecuentación.

La relación entre los profesionales sanitarios y las personas hiperfrecuentadoras suele resultar problemática, como se aprecia en algunos de los calificativos que muchas veces se les adjudican: “heartsink patients”¹⁶, “black holes”¹⁷, “pacientes frustrantes” o, directamente, “pacientes odiosos”¹⁸ son algunos de ellos.

Desde la perspectiva cualitativa^{7,19} varios trabajos revelan que los pacientes no tienen ninguna conciencia de estar hiperfrecuentando. De hecho, el número de consultas es algo irrelevante desde su punto de vista. Esto resulta crucial, ya que la hiperfrecuentación es una categoría construida por y para los profesionales sanitarios, absolutamente ajena a la experiencia del sujeto que frecuenta. Hodgson et al detectan tres tipos de necesidades en las vivencias de enfermedad de las personas hiperfrecuentadoras:

- Que sus síntomas físicos sean reconocidos por alguien significativo, como el médico o médica de familia.
- Que esos síntomas sean legitimados y ordenados en un marco de enfermedad.
- Que su sufrimiento sea considerado único y difícil de comprender, incluso por una autoridad médica.

De forma explícita la persona acude al sistema demandando atención sanitaria. Pero de forma implícita también demanda ser reconocida como sujeto (único, con un sufrimiento único también), resistiéndose a ser objetivada por el discurso médico, a desaparecer en su neutralidad científica²⁰. Ambos niveles de demanda son inaprensibles desde el lugar de la biomedicina. El primero porque la sintomatología sin base orgánica excede los límites de su campo epistemológico. El segundo porque lo que estructura ese campo es precisamente la omisión del sujeto²¹, la mirada aislada y sin interferencias a la enfermedad como objeto de estudio.

Esto justifica que algunas experiencias de intervención frente a la hiperfrecuentación se organicen desde marcos teóricos diferentes (como la psicología cognitivo-conductual²²), o metodologías poco comunes en el ámbito biosanitario (como la aproximación narrativa a las vivencias de enfermedad^{9,23}). No obstante, estas experiencias son bastante excepcionales y en el contexto español la posición de los profesionales y de las instituciones sanitarias parece dirigirse más que a disminuir el malestar de los pacientes a disminuir su frecuentación.

El trabajo que aquí se presenta forma parte de una investigación más amplia centrada en las formas subjetivas de apropiación del llamado “discurso biomédico” por parte de las médicas y médicos de Atención Primaria. Debido al carácter académico de este estudio su alcance es limitado y sus resultados deben ser entendidos como preliminares. Los objetivos han sido los siguientes:

- Estudiar los significados y categorías semánticas que los médicos y médicas de Atención Primaria construyen en torno a la hiperfrecuentación.

- Analizar las consecuencias prácticas de esos significados y categorías (respues-

tas para dar salida a las demandas de las personas hiperfrecuentadoras, formas de interacción...)

- Describir las distintas conceptualizaciones que las médicas y médicos elaboran acerca de la salud, la atención sanitaria y la identidad profesional, puestas de manifiesto a partir de la problemática de la hiperfrecuentación.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio cualitativo realizado desde una perspectiva sociosubjetiva basada en una noción de “sujeto” intrínsecamente social, alejada de una aproximación individualista o que considere lo social como algo externo a los propios sujetos. La categoría sujeto sería un lugar de condensación y articulación de las condiciones objetivas de existencia, las trayectorias, las relaciones sociales, las imágenes de sí, y la reflexividad respecto a todo ello. Como herramienta de recogida de datos se ha utilizado la entrevista en profundidad, por ser el instrumento más apropiado para la exploración de la subjetividad²⁴.

Se eligió a los profesionales de la medicina como sujetos de estudio por su lugar clave en la construcción-legitimación de la enfermedad como entidad reconocida y reconocible a nivel clínico, burocrático-administrativo y social. Se escogió el ámbito de la Atención Primaria por ser el primer escalón de la atención sanitaria y el que absorbe en mayor medida las demandas a causa de malestares inespecíficos.

El muestreo se realizó fundamentalmente según criterios de conveniencia, intentando que las personas entrevistadas presentaran la mayor diversidad posible en lo que respecta a las siguientes variables:

- Sexo: la relación médico-paciente se asienta sobre una asimetría basada en el

conocimiento (el médico sabe, el paciente no), pero también en el género (figura médica tradicionalmente masculina). Es importante tener en cuenta esta cuestión, ya que la literatura relaciona la hiprefrecuentación con el sexo femenino.

— Edad: marca diferencias en el tipo de formación recibida, el haber participado en los movimientos que promovieron la salud comunitaria y el desarrollo de la Atención Primaria en España en los años ochenta, la presencia de estereotipos de género más o menos marcados, una determinada relación con el trabajo y con las tareas de mantenimiento institucional, diferentes momentos en la trayectoria profesional y personal...

— Tener o no la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria: la asunción de los referentes teóricos de la especialidad puede influir sustancialmente en el tipo de abordaje que los profesionales adopten a la hora de tratar los malestares de las personas hiprefrecuentadoras y en las relaciones que establezcan con ellas.

— Características sociodemográficas de la población de referencia: aspectos estructurales como la edad, la clase social o el

nivel económico y educativo de la población de referencia del Centro de Salud definen en gran medida el perfil de la demanda que los usuarios presentan a los profesionales sanitarios, así como las posibilidades de abordaje clínico de sus diversos malestares.

Durante los meses de mayo-julio de 2006 se realizaron ocho entrevistas a médicos y médicas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (tabla 1), con una duración de 60-120 minutos. El guión utilizado para la realización de las entrevistas se recoge en la tabla 2. El contacto con los sujetos entrevistados se realizó a través de terceras personas relacionadas con éstos de un modo más o menos cercano, solicitando su consentimiento a ser entrevistados para una investigación sobre la utilización de los recursos sanitarios en la Comunidad de Madrid.

Todas las entrevistas fueron grabadas para su posterior transcripción (previa aceptación de las personas entrevistadas y garantía de confidencialidad por parte de la entrevistadora), salvo una de ellas (Patricia) en la que la persona entrevistada no dio su consentimiento. Dicha entrevista fue reconstruida posteriormente a partir de las notas de la

Tabla 1

Características de las personas entrevistadas y su contexto laboral

Nombre (*)	Sexo	Edad	Especialidad Medicina Familia	Años en Atención Primaria	Zona Centro de Salud	Características Zona Básica de Salud
Lola	Mujer	61	Sí	20	Madrid Capital (Zona Norte)	Clase social media Población envejecida
Fernando	Varón	36	Sí	6	Municipio Sur Metropolitano	Clase social baja Población joven
César	Varón	55	Sí	26	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Alejandro	Varón	62	No	¿?	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Alicia	Mujer	45	Sí	18	Municipio Sur Metropolitano	Clase social media Población joven
Natalia	Mujer	46	No	15 (siempre como suplente)	Madrid Capital (Zona Sur)	Clase social baja Población envejecida
Patricia	Mujer	50	No	17	Municipio Sur Metropolitano	Clase social baja Población joven
Javier	Varón	40	Sí	12	Municipio Oeste Metropolitano	Clase social alta Población joven

(*) Los nombres de las personas entrevistadas son ficticios.

Tabla 2

Guion de las entrevistas

Cuestiones temáticas de investigación	Cuestiones dinámicas de entrevista
<ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo se construye la “hiperfrecuentación” como problemática, en el Centro de Salud? <ul style="list-style-type: none"> – Qué entienden los profesionales por hiperfrecuentación. – Perfil de la persona hiperfrecuentadora. – Justificación de la hiperfrecuentación como problema. – Qué causas se le suponen a la hiperfrecuentación. – Qué imágenes-categorías sobre las personas hiperfrecuentadoras aparecen en los discursos de los profesionales. ■ ¿Qué lógicas prácticas se ponen en juego a la hora de manejar las situaciones de hiperfrecuentación? ¿Cómo repercuten en la interacción entre el profesional sanitario y la paciente? <ul style="list-style-type: none"> – Terapéutica. – Económica-administrativa. – Política. – Afectiva. ■ ¿Qué elementos de la identidad profesional se ponen en juego en relación con la problemática de la hiperfrecuentación? <ul style="list-style-type: none"> – Concepto de salud-enfermedad – Concepto de sistema sanitario – Concepto de atención a la salud – Papel de él/ella mismo/a como profesional sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aspectos generales: <ul style="list-style-type: none"> – Sexo y edad – Formación. Categoría profesional. Trayectoria profesional – Centro de Salud. Área sanitaria ■ Actividades habituales en el Centro de Salud. Enfatizar en la consulta a demanda y en las actividades comunitarias. ■ Dificultades percibidas en el trabajo cotidiano en el Centro de Salud. ■ Elementos que condicionan la aparición de la hiperfrecuentación: centrados en el paciente individual, en el contexto social, en el sistema sanitario, en el propio profesional. ■ Posibles soluciones a la hiperfrecuentación. ■ Manejo habitual de las situaciones de hiperfrecuentación. ■ Eficacia de las intervenciones realizadas, en función del objetivo del profesional hacia el paciente. ■ Relación con los pacientes hiperfrecuentadores. ■ Cómo sería un día de trabajo ideal en el Centro de Salud. Qué actividades profesionales piensa que debería desarrollar en mayor medida, pero no puede hacerlo por diversas situaciones coyunturales.

entrevistadora. La transcripción fue realizada por la misma persona que realizó las entrevistas y el análisis e interpretación del material discursivo. Para salvaguardar el anonimato de las personas entrevistadas se modificaron u omitieron todos los nombres propios, incluidos los topónimos y los nombres de instituciones sanitarias.

Se realizó un análisis sociológico del discurso²⁴ desde una perspectiva pragmática²⁵, planteando la situación de entrevista en términos etnográficos y considerando los discursos como un tipo de práctica que debe tratarse en tanto que enunciado y enunciacón. El análisis se desarrolló desde un doble foco:

— Particular, intentando plasmar de un modo detallado las formas en que las condiciones objetivas atraviesan a los sujetos, así como las prácticas y relaciones reflexivas que éstos despliegan, con todas las contradicciones, titubeos y dobles vínculos que se visibilizan al colocar al sujeto como centro de interés.

— Relacional, para explicar la articulación de los distintos casos particulares entre sí, en la línea de lo que Bourdieu, llamaría “un espacio de puntos de vista”²⁶. Se utilizaron mapas cognitivos como instrumento para situar y establecer relaciones entre los casos.

No se fijó como horizonte analítico la saturación de los discursos²⁷, por entender que desde esta perspectiva sociosubjetiva no existe posibilidad de que los discursos lleguen a saturarse. Las formas de subjetivación resultan infinitamente matizables, sin que se pueda llegar a un punto en el que el investigador ya no pueda aprender (ni aprehender) nada nuevo respecto al objeto de estudio. Esto no resta significación a los resultados obtenidos, aunque sí obliga a pensar en otros términos los tradicionales criterios de validez y fiabilidad²⁸.

El rigor de la investigación se ha mantenido a través de la reflexividad²⁹ permanente a lo largo de todo el proceso y la triangulación de investigadores en el análisis e interpretación de los discursos.

RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación hacen referencia a las cuestiones más directamente relacionadas con la hiperfrecuentación, obtenidas a partir del análisis relacional al que nos hemos referido antes. Por limitaciones de espacio no se incluyen otros resultados relacionados con temas institucionales, ni aquellos procedentes del análisis detallado de casos particulares.

No obstante, aunque sea de forma somera, es necesario destacar el gran nivel de malestar profesional-institucional que se ha detectado en los sujetos entrevistados, ya que es el marco en el que cobran sentido sus discursos acerca de la hiperfrecuentación. El lugar del médico de Atención Primaria va a construirse desde la intersección de tres líneas de tensión muy significativas:

Entre la lógica de la asistencia (ayuda al otro) y la lógica de la gestión (manejo eficiente del gasto sanitario).

Entre el modelo de Atención Primaria (énfasis en la salud, enfoque holístico, participación comunitaria, equipo multidisciplinar...) y el modelo asistencial clásico (atención individual a la enfermedad orgánica).

Entre el papel del médico como poseedor de saber (autoridad carismática) y su papel como proveedor de servicios (mero operario técnico dentro de una estructura institucional).

En la tabla 3 se incluyen algunos elementos especialmente significativos en las posiciones de los sujetos, que ayudan a comprender las lógicas de producción de sus discursos.

Los aspectos calificados como sociales y psicológicos aparecen de forma confusa, frecuentemente mezclados como si se refirieran a las mismas cuestiones. Esta falta de especificidad responde a la consideración de todo aquello que no tiene que ver con lo físico como ajeno al ámbito de actuación de la medicina. Desde este punto de partida

Tabla 3

Características relevantes de las posiciones discursivas de los sujetos entrevistados

Lola	Desde un posicionamiento ideológico feminista, muy centrado en el papel de la mujer como cuidadora y sus repercusiones en su salud, su discurso trata de legitimar-justificar a las mujeres que acuden al Centro de Salud demandando asistencia sanitaria.
Fernando	A pesar de haber tenido siempre claro que quería trabajar en Atención Primaria, se siente desilusionado en su trabajo actual, por la imposibilidad, debido a las condiciones estructurales del Centro, de realizar actividades diferentes a la atención individual a la enfermedad. Su respuesta es fundamentalmente adaptativa, con el único recurso a la queja acerca de las condiciones laborales.
César	Se encuentra agotado por la dificultad para articular los ideales de la Atención Primaria con los requerimientos institucionales (mucho más centrados en la atención individual a la enfermedad) y las condiciones de sobrecarga asistencial. Su profunda convicción en la validez del modelo de Atención Primaria hace que mantenga la ilusión en su labor profesional, pero a costa de aumentar su autoexigencia y, consecuentemente su cansancio.
Alejandro	Desde una posición completamente alejada del modelo de Atención Primaria, articula un discurso individualista en el que el médico es la única figura con autoridad para hablar del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
Alicia	Ha trabajado durante algún tiempo con mujeres fibromiálgicas, invirtiendo un considerable esfuerzo profesional y personal en comprender sus malestares y las mejores formas de abordarlos. Considera la elaboración personal del profesional sanitario una herramienta central en el trabajo con personas hiperfrecuentadoras.
Natalia	Su nula identificación con el modelo de Atención Primaria, y su condición de "eterna suplente" enmarcan su aceptación acrítica de las condiciones laborales y su escaso compromiso con el abordaje en profundidad de los malestares de las personas hiperfrecuentadoras.
Patricia	Su discurso pivota alrededor de la inadecuación entre lo que ella piensa que deberían ser sus responsabilidades como médica (atención individual a enfermedades físicas objetivas) y las actividades que efectivamente realiza (atención a malestares poco definidos o "psicosociales", tareas administrativas...)
Javier	Es el sujeto en el que se aprecia un menor malestar profesional, relacionado con un cierto "optimismo pragmático" (que trata de mejorar la realidad cotidiana a partir de pequeñas estrategias de alcance limitado, reconocida la dificultad para modificar las condiciones estructurales) y con las condiciones de su Centro de Salud (menor presión asistencial, equipo comprometido con las actividades comunitarias...), que posibilitan la incorporación de un mayor número de elementos característicos del modelo de Atención Primaria.

común cada sujeto va a elaborar y matizar distintas formas de aproximarse a lo social y lo psicológico, lo que se va a traducir en distintas formas de relacionarse con las personas hiperfrecuentadoras y en la puesta en escena de diversas imágenes y reflexiones acerca de cuál es el papel médico en Atención Primaria.

En posiciones como las de Alejandro o Fernando (tabla 4: 4.1-4.2), a pesar de explicitarse la relación entre mente y cuerpo, se hace en términos mecanicistas e individuales, considerando los cuerpos como objetos pasivos que simplemente reflejan las problemáticas psicosociales. Prácticamente en todos los casos, lo social es considerado sólo como causa y contexto responsable de la aparición de sintomatología inespecífica, en forma de somatizaciones diversas. En cambio, Alicia (tabla 4: 4.3), que ha invertido un considerable esfuerzo profesional y personal en aproximarse a estas dolencias, no sólo tiene en cuenta lo social como factor causal sino también como elemento importante a la hora de gestionar esos malestares. Los determinantes sociales no sólo serían el estímulo externo que hace reaccionar los cuerpos de los pacientes, sino que se contemplaría la posi-

bilidad de que esos cuerpos funcionaran como operadores capaces de articular unos u otros tipos de prácticas en función de la posición social que ocupan y que contribuyen a retroalimentar.

No obstante, aunque lo social y lo psicológico tiendan a intentar mantenerse fuera del foco de interés de la medicina, las formas cotidianas de manejarlo van a variar sustancialmente. Desde la negación rotunda a considerar tan siquiera estos elementos como parte de su labor profesional, sostenida por Patricia (tabla 4: 4.4), pasando por las soluciones farmacológicas (a las que han recurrido en algún momento prácticamente todos los sujetos entrevistados), que se restringirían a una lectura puramente sintomática del problema. O el reconocimiento de la propia insuficiencia profesional a la hora de tratar estas cuestiones, con derivación del paciente a Salud Mental o a Servicios Sociales. Hasta posiciones críticas con las prácticas sanitarias habituales, destacando la importancia de mantener una visión holística de la persona (César, tabla 4: 4.5). Es importante destacar que las formas de abordaje de lo psicosocial no suelen ser fijas y únicas sino que los sujetos asumen unas u otras en función de las distintas

Tabla 4

Verbatims acerca de "lo psicosocial"

4.1. Alejandro	<i>...la fibromialgia, la fatiga crónica, esto es una entelequia, no existe. No es una entidad gnoseológica tampoco, a mí me enseñaron que se debe definir una enfermedad con anatomopatología, toda una serie de cosas, y tal y cual. Y esto es un síndrome de puntos dolorosos, y se acabó la historia. Que no es más que una somatización, de sufrimientos anteriores, de reacciones emocionales que no se han manejado bien.</i>
4.2. Fernando	<i>Enfermos, enfermos, con enfermedades, se ven pocos, se ven muy pocos. Se ve mucha gente que psicosomatiza. A lo mejor tu ves a alguien que viene cincuenta veces por un dolor de cabeza, luego cuando sigues profundizando ves que tiene un dolor de cabeza porque tiene un hermano que está enfermo, porque tiene un hijo que está en paro, porque no sé qué...</i>
4.3. Alicia	<i>...no sé si en [Municipio Oeste Metropolitano] habrá muchas mujeres que somaticen de la misma manera, o que si somatizan de la misma manera probablemente no vayan a, al Centro de Salud, se vayan a un Spa, o a darse un masaje, o tiren de tarjeta.</i>
4.4. Patricia	<i>Porque hay muchos problemas de trabajo, problemas de pareja, y la gente llega y se te pone a llorar, y tú qué vas a hacer, pues ponerte a llorar con ellos, porque otra cosa... Pero es que este tipo de cosas son más del 60% de la consulta, y se te va el tiempo en ver tonterías, que bueno, para ellos no son tonterías, pero es que son cosas que tu no tendrías por qué ver.</i>
4.5. César	<i>Normalmente mira, hay un grupo de médicos que directamente a los pacientes hiperfrecuentadores los llama "los Miuras", entonces dicen que cómo torear a todas estas personas. (...) Yo no los veo como tal, pero la sensación del médico es esa, "ese es un Miura", y tal y no sé qué. Y no puede ser, esa es una situación a la que no se puede llegar. O sea, si tú... al que tienes delante no le puedes ver como un enemigo si quieres ayudarlo. O sea, si quieres hacer algo por él, no le puedes ver como un enemigo. Si quieres ayudarlo, aliviarle, ya no decir la omnipotencia de antes, sino por lo menos intentar aliviarle un poquitín, pues le tienes que ver como una persona que... como un ser humano como tú, que está en otra posición, pero que está ahí delante, ¿no? Lo que pasa es que bueno, hay tantas cosas que se juntan. Después está el tema de que yo creo que los médicos no estamos muy preparados para entender toda la complejidad de lo que supondría hacer una educación para la salud incluyendo conceptos así, con esta complejidad.</i>

situaciones prácticas a las que van haciendo alusión en sus discursos, mostrando un panorama dinámico y multidimensional.

En relación con lo anterior, los modos de manejar las situaciones de hiperfrecuentación, así como la propia definición de la categoría, comparten algunos aspectos que inmediatamente se van a matizar y a diversificar según las posturas mantenidas por los sujetos en distintos momentos de sus discursos.

La escucha se destaca de forma generalizada como el principal instrumento terapéutico (tabla 5), aunque ello no significa que las prácticas que finalmente se despliegan consigan trascender el campo de la mirada clínica para situarse en el de la escucha. Y es que existe una contradicción estructural, definida por la propia constitución de la medicina como disciplina con un

objeto de estudio característico: la enfermedad. Situar del lado de la escucha lleva consigo conceder al otro la posibilidad de hablar, de devenir en sujeto. Esto resulta difícilmente compatible con la objetividad exigida a la medicina como disciplina científica y que limita su campo de conocimiento.

La hiperfrecuentación condensa varios elementos que la convierten en problemática para los médicos/as de Atención Primaria:

— Se sitúa en el centro de la dicotomía signo-síntoma estructurante del discurso biomédico y nudo central de la contradicción a la que acabamos de referirnos.

— Su manejo requiere tiempo, de por sí escaso en el contexto de masificación y sobrecarga asistencial de Atención Primaria.

Tabla 5

Verbatim acerca de la importancia de la escucha y las dificultades para su implementación en la práctica cotidiana

5.1. Lola	<i>Mira... yo creo que la herramienta clave es que dejar que la gente hable, dejar que la gente hable. Es ir preguntando, preguntando y permitiendo que hable. Lo poco o mucho que te permita la consulta, tienes que dejar hablar a la gente. Tienes que pinchar, sacudir, interrogar, dirigir... y hacer que la gente hable. Y entonces, cuando la gente empieza a hablar, de pronto se encuentra que están... ¿sabes? en medio de un río, que ya dijeron la mitad y que no les queda más remedio que seguir, claro, y a partir de ahí, ya según tu buen saber y entender, lo que tú sepas, lo que tú conozcas, puedes actuar o no, o ves... encuentras algo que tienes que derivar, ¿entiendes?, lo tienes que derivar para que lo trabajen. Pero seguro que si tú dejas hablar a la gente, la patología psicósomática mejora.</i>
5.2. Alicia	<i>Pues, eh... yo creo que manejarlos con paciencia. Primero, yo creo que tú no te tienes que frustrar por tener este tipo de pacientes. Eh... yo creo que básicamente hay que escucharles, y sobre todo entenderles. Entender que ellos de verdad están sufriendo, o sea, que aunque no tengan nada los análisis, ni tengan una radiografía alterada, aunque sean muy pesados, hay que entenderles que ellos están mal. Ellos se sienten mal y por eso van. No van por gusto, van porque se sienten mal. Entonces yo creo que lo primero hay que escucharles, y entenderles, y desarrollar una mínima empatía con ellos.</i>
5.3. Natalia	<i>En general más es un poco que ellos te cuenten, un poco intentar escucharles, pero tampoco puedes hacer nada... no puedes hacer mucho, no tienes tanto tiempo. Aparte, que es que quizá un poco por el nivel de educación, tampoco te, no verbalizan tampoco mucho. Entonces tampoco te puedes meter en, en... no sé, en un nivel más complejo de consejo, tiene que ser un poco básico. Un poco básico en ese sentido, con su hija, "no es que no tengo, mis hijos no me hacen caso"... entonces habrá que buscar la ayuda por medio de la asistente social, y un poco es eso.</i>
5.4. César	<i>Pues en el tema de la somatización fundamentalmente porque lo que necesitan precisamente es dedicarles tiempo. (...) Y eso es muy difícil dárselo con el sistema sanitario actual, porque lo que nos falta es ese tiempo que es necesario dedicar. (...) Porque son pacientes que tienen, sobre todo dolor, tienen síntomas somáticos, tienen... síntomas, no... signos no tienen ninguno. No tienen hemorragias, ni tienen diarrea, ni tienen... Tienen muchos síntomas, fundamentalmente girando alrededor del dolor, que les hace la vida muy difícil, y que no se soluciona fácilmente dándoles pastillas o... sino que se soluciona de otra manera. Y esa otra manera... solucionar, una solución definitiva no tiene, o sea, van a tener esa enfermedad toda su vida. Y claro, esa es otra cuestión, tener una persona que de por vida va a venir a consulta quejándose, como diciéndote que tú, que lo que tú le estás haciendo no le está sirviendo, ¿no? (...) Y en el fondo los pacientes saben que no se les puede curar definitivamente, por lo menos esos problemas crónicos. Pero aunque no se les pueda curar definitivamente, ¿a qué otro sitio van a poder ir, con más facilidad ahora mismo? Porque esos son pacientes que muchas veces los médicos no los escuchamos, pero es que no les escucha tampoco su familia, porque están hartos de escuchar a alguien que está el día entero quejándose.</i>
5.5. Fernando	<i>...sobre todo que tenga confianza en ti, y poco a poco intentar profundizar en su vida. Y luego pues recursos sociales también, trabajador social y recursos sociales que le puedan ayudar más a solucionar, o asociaciones de autoayuda o historias de esas, según el problema que sea. Pero sobre todo ganarte la confianza. Yo... también hay que tener una cierta práctica respecto al manejo de... el médico es que no... no terminan de dejar que el paciente se abra. Porque dedicándoles tiempo, dejando que ellos se expresen, son habilidades que cada uno tiene. Hay algunos que tienen muy buenas por clínico, y a otros que se les da mejor la entrevista.</i>

— Pone en juego la necesidad de abordar las problemáticas de salud-enfermedad desde una perspectiva integral, visibilizando la ineficacia de la aproximación individual y biologicista según la cual está organizado el sistema sanitario y la formación de los profesionales.

— Imposibilita el cumplimiento del contrato tácito entre médico y paciente, en el que el médico es el responsable de diagnosticar y proporcionar un tratamiento etiológico. Desde el momento en que no se puede nombrar ni explicar la dolencia (o sea, normalizarla y ordenarla), y mucho menos tratarla eficazmente, el lugar del profesional queda en cuestión, resintiendo profundamente el pacto que sustenta la relación médico-paciente.

La articulación de esta consideración problemática de la hiperfrecuentación con las posiciones y trayectorias personales y profesionales de los sujetos va a marcar distintas formas de construcción de aquella, además de diversos modos de relacionarse con las personas que la presentan. Actitudes más o menos comprensivas (Lola. tabla 6: 6.1) que intentan explicar y justificar las demandas repetidas de algunas pacientes. Paternalismo y victimización que derivan con facilidad hacia prácticas coercitivas-disuasorias o estigmatizadoras (Alejandro y Natalia, tabla 6: 6.2-6.3). Revisión del propio papel como profesional sanitario (Alicia. tabla 6: 6.4), que lleva a reelaborar aspectos de la identidad personal y profesional. Recurso

Tabla 6

Verbatims acerca de la hiperfrecuentación y la relación con los/as pacientes hiperfrecuentadores

6.1. Lola	<i>...es en las mujeres en las que se deposita el cuidado de la familia. El otro día te ponía el ejemplo de esta mujer mayor que veo en consulta, con artrosis de rodilla. Ella asume el cuidado de su hijo drogadicto, de sus nietos... cómo no va a consultar más, si es ella la responsable de la salud de la familia. Además estas mujeres cuidadoras asumen una carga que las hace ponerse mal a ellas, y por eso también consultan más.</i>
6.2. Alejandro	<i>En primer lugar, yo soy el médico hueso. Soy antipático, y a propio hacer. No soy accesible. Porque eso disminuye el flujo [de pacientes]. Los que se quedan, ya saben a qué atenerse y están contentos. Esto hace que yo tengo menos de treinta [pacientes citados] todos los días, con lo cual me puedo entretener a charlar con la persona que me caiga bien, y al que no, ofrecerle una atención adecuada, pero sin prisas, ¿comprendes?</i>
6.3. Natalia	<i>Hombre, siempre se comenta, se comenta e incluso... las enfermeras también te dicen "jo, es que ya está aquí. Ha venido la semana pasada y ya está aquí a por las recetas". O incluso en el ordenador, lo que sí he visto muchas veces, cuando vas a entrar en la pantalla del paciente, en el tapiz, en flash, a lo mejor te pone incluso... el médico, que yo he estado haciendo suplencias, y te pone "hiperfrecuentadora", o pone "cuidado con las recetas porque...", o "cuidado con", un poco para incluso él recordárselo o para la persona que esté aquí, para que esté un poquitín al tanto que es una persona que viene muy a menudo, que demanda mucha medicación, o que se lleva mucha medicación, todo eso.</i>
6.4. Alicia	<i>Yo era sobre todo tiempo de elaboración personal, del médico. (...) Pero yo, la experiencia que tengo es que cuando estaba en [Municipio Sur Metropolitano "I"] me costaba mucho más, y me costaba mucho más hasta que elaboré todo esto. También estuvimos trabajando con mujeres de estas características, y escuchamos a muchas, y estuvimos haciendo grupos con ellas, y eso es un aprendizaje para el médico (...) Yo creo que ha sido la experiencia profesional, para mí, más apasionante de todas. Entonces, con todo ese contacto con ellas, con toda esa información y con todo lo que aprendes, pues luego tú ya te lo planteas de otra manera.</i>
6.5. Fernando	<i>...es un círculo vicioso. Porque se le han pedido... el paciente está descontento porque a pesar de que le has pedido cincuenta mil pruebas, no le solucionas su problema, tú estás mosqueado porque todas las semanas le tienes aquí, y encima nunca se va contento, porque nunca le has solucionado nada... Se gestiona mal. Es que al final te cae mal, le cae mal al médico, le cae mal porque está siempre aquí... es que, no es lucido nada de lo que haces. Y el paciente también está mosqueado. (...) Los intentas un poco programar, darles recetas para que vengan cada mes, o cada dos meses, ¿sabes? Para que no vengan con la excusa de la receta y ya te... los intentas un poquito así, compartir, pues consulta de enfermería y consulta del médico, alternarlas, y así, y algunas veces los intentas controlar.</i>
6.6. Lola	<i>Yo creo que es fundamental programar a los pacientes para evitar la hiperfrecuentación. Si el paciente sabe que vas a verle la semana que viene, se tranquiliza, no va a venir al Centro de Salud constantemente, porque aunque no se encuentre muy bien, sabe que su médica va a verle en unos días. El tener a la gente programada creo que ayuda mucho, es como que todos jugamos con las mismas reglas del juego, y sobre todo da tranquilidad a los pacientes.</i>
6.7. César	<i>Disminuir la hiperfrecuentación, eso es más complicado. Hombre, otra posibilidad para disminuir la hiperfrecuentación es, a la gente que más viene, citarla. Decir "venga usted citada, la cito para tal día". Y si, si a las personas se las va educando en esa línea... pero eso, no sé por qué, es complicado, [medio riendo] nos cuesta citar a ese tipo de pacientes.</i>
6.8. Javier	<i>Entonces, lo de los hiperfrecuentadores tiene dos partes, por un lado te dan mucha más carga de trabajo, pero realmente creo que la única forma de ayudar a esta gente cuando tienen un problema que si que necesita ayuda, es atenderles igual cuando te vienen por las cosas banales. (...) incluso a lo mejor no tendría ni que haber consultado, o lo podían haber solucionado por sus medios o... o no es un problema sanitario, es un problema de otro tipo. Pero bueno, qué le vas a hacer. Es... eso no tiene... no es que no tenga una solución, sino que, que es una cosa inherente a la Atención Primaria.</i>

al tratamiento farmacológico y a la petición de pruebas diagnósticas como formas de dar salida puntual a estas situaciones problemáticas (Fernando. tabla 6: 6.5). convertir la persona hiperfrecuentadora de la consulta a demanda en concertada (Lola, César. tabla 6: 6.6-6.7), contribuyendo a ordenar la experiencia de enfermedad y a colocarla en un lugar simbólico más relevante para el profesional^{30,31}. Consideración pragmática de la hiperfrecuentación (Javier. tabla 6: 6.8), como una característica inherente a la Atención Primaria a la que hay que hacer frente, no como un problema a solucionar.

No se reconoce un perfil único de persona hiperfrecuentadora sino que se dibujan diversas tipologías de sujetos y síntomas en función de aspectos relacionados con el género, la edad, la situación familiar o la posición laboral y socioeconómica (amas de casa de mediana edad con “síndrome de nido vacío”³², pero también jóvenes con problemas para emanciparse, varones de clase obrera con bajas laborales prolongadas por lumbalgias inespecíficas, varones y mujeres con problemas de pareja...)

Los objetivos que se plantean van a oscilar, según los sujetos y los momentos, entre dos polos: intentar mejorar el malestar de las personas que hiperfrecuentan, e intentar que salgan del sistema (“quitárselos de encima”, es la expresión literal de algunos casos), ya sea mediante prácticas disuasorias o articulando periodos “de descanso” mediante la derivación a otros especialistas o a los profesionales de enfermería. Los fenómenos de hiperfrecuentación-somatización son valorados desde esta ambivalencia: por un lado se reconoce el sufrimiento y el malestar del otro. Pero por otro, al no poder objetivar ni explicar ese malestar, no hay forma de justificar su demanda al sistema sanitario (convirtiéndose en fuente de dificultades y frustraciones), a pesar de reconocer que es

el único lugar al que puede acudir y que las propias prácticas médicas refuerzan, en muchas ocasiones, la medicalización de estos malestares.

DISCUSIÓN

La hiperfrecuentación es un fenómeno problemático y difícil de manejar por parte de los médicos y médicas de Atención Primaria, fundamentalmente por las limitaciones epistemológicas de la biomedicina para enfrentarse a “lo psicossomático”. Toda una serie de malestares para los que no se encuentra explicación orgánica son reinterpretados como síntomas que hablan de una problemática psicosocial, ajena a lo que sería el campo de actuación de la medicina. Esto coloca fuera de lugar tanto al paciente como al profesional: al paciente porque deslegitima su demanda, no es un enfermo “real”. Al profesional porque no puede proporcionar un diagnóstico ni un tratamiento eficaz para enfermedades “inexistentes”, no puede cumplir con su razón de ser. Al no resolverse la demanda y no existir ningún otro lugar donde depositarla, ésta tiende a repetirse una y otra vez. Las dificultades para solventar este tipo de situaciones terminan por traducirse en conflictos en la relación profesional-paciente, al cristalizarse el malestar profesional que genera la hiperfrecuentación en la persona que frecuenta.

Aunque la asunción de los principios del modelo de Atención Primaria por parte de los profesionales parece que podría ayudarles a manejar de forma eficaz esta problemática, lo cierto es que tanto los especialistas en Medicina de Familia como los que no lo son encuentran dificultades con este tipo de pacientes y presentan niveles altos de malestar profesional, aunque por motivos distintos. En el primer caso, por la imposibilidad de llevar a la práctica los ejes directores de la Atención Primaria de Salud en las condiciones actuales de sobrecarga asis-

tencial, y por la propia insuficiencia de su formación a la hora de abordar malestares no estrictamente orgánicos. En el segundo caso, por la inadecuación entre lo que se considera la genuina labor médica (diagnóstico y terapéutica de la enfermedad individual) y la realidad del trabajo cotidiano en el Centro de Salud.

No obstante, los significados relativos a la hiperfrecuentación que los profesionales despliegan van a variar notablemente en función de elementos como las trayectorias personales-profesionales, las nociones de identidad profesional y de conceptos como la salud, la enfermedad o la prevención, además de la situación estructural en lo que respecta al lugar de trabajo (mayor o menor sobrecarga asistencial, características de la población de referencia, organización del Centro de Salud). En este sentido, abordajes centrados en casos individuales, como el que aquí se propone, ayudan a comprender la complejidad de una problemática que se construye en el seno de las relaciones entre sujetos particulares, atravesados por dinámicas institucionales, conflictos laborales, trayectorias profesionales e ideologías diversas.

La comparación de los resultados que aquí se muestran con los aportados en otras investigaciones resulta complicada de realizar, debido a la metodología basada en casos individuales que se ha mantenido en este estudio. Hay pocos trabajos sobre hiperfrecuentación centrados en los profesionales sanitarios y los que existen^{14,15} están planteados desde una perspectiva cuantitativa, alejada de las experiencias concretas de los sujetos implicados. No obstante, respecto al perfil de las personas hiperfrecuentadoras, se han encontrado diferencias con la literatura existente^{2,5,6,12,13}. Las médicas y médicos entrevistados no asocian de forma exclusiva la hiperfrecuentación con el sexo femenino y la edad madura, sino que ese sería sólo uno de los distintos perfiles que pueden presentar las personas hiperfrecuentadoras.

Este trabajo presenta las siguientes limitaciones:

— La muestra resulta algo insuficiente para cubrir las variables del estudio y abarcar la diversidad de posiciones discursivas que se derivan de las trayectorias y condiciones objetivas de los sujetos. Esto tiene que ver con el alcance restringido de esta investigación, concebida como un trabajo académico para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados.

— Excesiva homogeneidad de los sujetos entrevistados en cuanto a la ubicación geográfica de sus Centros de Salud. Esto hace que las características de las poblaciones de referencia sean bastante similares, al igual que sus formas de frecuentar el sistema sanitario. Este aspecto también está relacionado con el tipo de muestreo realizado, y ratifica la necesidad de ampliar el universo muestral en función de criterios teóricos más estrictos.

— Aunque la entrevista en profundidad ha resultado una herramienta apropiada, el empleo conjunto de técnicas observacionales ayudaría a dibujar aspectos poco accesibles a través de los discursos, como las prácticas que se despliegan en momentos de interacción directa entre profesionales sanitarios y pacientes.

Por todo ello, en futuras investigaciones habría que aumentar el número y variedad de los casos estudiados, diversificando las características de las poblaciones de referencia, buscando perfiles específicos en función de las variables de estudio y las posiciones emergentes en estos resultados preliminares, y ampliando el estudio a otros colectivos profesionales, como el de enfermería.

Pero el elemento central que habría que explorar son las experiencias de las propias personas hiperfrecuentadoras, ya que son ellas las que mejor pueden ayudar a com-

prender una problemática compleja y generadora de una importante carga de malestar añadido a pacientes y a profesionales.

Analizando en profundidad las interacciones que se producen en el centro de salud podremos acercarnos al fenómeno de la hiperfrecuentación, que no sólo pone en tela de juicio la capacidad del modelo biomédico para solventar una parte muy importante de los malestares de la población, sino que cuestiona profundamente las formas medicalizantes y generadoras de dependencia que, en demasiadas ocasiones, adquiere la práctica sanitaria en Atención Primaria de Salud.

AGRADECIMIENTOS

A las médicas y médicos entrevistados, por su tiempo y desinteresada colaboración. A Ángel Lizcano, Lola Herrera, Azucena Pedraz y la Red CAPS, por su ayuda en el contacto con las personas entrevistadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo E, Auquer F, Buñuel JC, Rubio ML, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*. 1998; 22(10): 627-630.
2. Rodríguez C, Cebrià J, Corbella S, Segura J, et al. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*. 2003; 13(3): 143-150.
3. Savageau JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SB. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*. 2006 May-Jun; 19(3): 265-275.
4. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: An attempt to reduce attendance. *Fam Pract*. 2000 Jun; 17(3): 248-251.
5. Llorente S, López T, García LJ, Alonso P, et al. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996; 17(2): 100-107.
6. Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996; 18(9): 484-490.
7. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med*. 2005 Jul-Aug; 3(4): 318-323.
8. Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*. 2000 Aug; 17(4): 298-304.
9. Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract*. 2002 Jun; 19(3): 251-256.
10. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Fam Pract*. 2000 Jun; 17(3): 248-251.
11. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: who needs treatment? *Br J Gen Pract*. 1996; 46(404): 131-132.
12. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*. 2005 Feb; 119(2): 118-137.
13. Varela Ruiz FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Med Fam*. 2000; 1(2): 141-144.
14. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care*. 2001 Sep; 19(3): 174-177.
15. Neal RD, Heywood PL, Morley S. Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2000 Dec; 50(461): 972-976.
16. O'Dowd T. Five years of heartsink patients in General Practice. *BMJ*. 1988; 297(6647): 528-530.
17. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *BMJ*. 1988; 297(6647): 530-532.
18. Althabe M. El paciente odioso. Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria. 1999; 2(5).

19. Neal RD, Heywood PL, Morley S. 'I always seem to be there' a qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract.* 2000 Sep. 50(458): 716-723.
20. Martínez Hernández Á. Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. *Rev ROL Enferm.* 1992. (172): 61-67.
21. Clavreul J. El orden médico. Barcelona: Argot; 1983.
22. Schreuders B, van Oppen P, van Marwijk HW, Smit JH, Stalman WA. Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses. *BMC Fam Pract.* 2005 Oct 12. 6: 42.
23. Matalon A, Nachmani T, Rabin S, Maoz B. The narrative approach as an effective single intervention in functional somatic symptoms in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract.* 2005 Feb. 22(1): 114-117.
24. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 2003.
25. Pazos Á. Narrativa y subjetividad. A propósito de Lisa, una "niña española". *Rev Antropol Soc.* 2004. (13): 49-96.
26. Bourdieu P. El espacio de los puntos de vista. In: Bourdieu P, editor. *La miseria del mundo* Madrid: Akal; 1999.
27. Bertaux D. La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades. In: Marinas JM, Santamarina C, editors. *La historia oral: métodos y experiencias* Madrid: Debate; 1993.
28. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qualitative Methods* 2002. 1(2).
29. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
30. Uribe Oyarbide JM. La (re)interpretación del síntoma en atención primaria. *Política y Sociedad* 1995. (17): 117-124.
31. Uribe Oyarbide JM. Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.
32. Briones N, Colectivo Ioé. Las mujeres y sus síntomas. Trastornos psicológicos detectados en los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo de la Mujer; 2000.