

ASPECTOS SUBJETIVOS IMPLICADOS EN LA DEMANDA DE CONSULTA MÉDICA FRECUENTE

Subjective aspects implicated in the demand for frequent medical consult

Catalina Echeverri Gallo*
Adriana Álvarez Restrepo**
Laura Victoria Londoño Bernal***

* Psicóloga, magistra en Psicología y Salud Mental y Especialista en Psicología Clínica con énfasis en Salud Mental. Docente Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. catalinaeg@une.net.co

**Psicóloga, magistra en Psicología y Salud Mental y Especialista en Psicología Clínica con énfasis en Salud Mental. Docente Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. adrialv2000@yahoo.com

*** Psicóloga, magistra en Psicología y Salud Mental y Especialista en Psicología Clínica con énfasis en Salud Mental. Docente Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Luis Amigó. laura.londonobe@amigo.edu.co

Correspondencia: Universidad Pontificia Bolivariana, Circular 1 No. 70-01, Bloque 7, piso 3.

Agradecimientos: A la Institución de Salud y a los entrevistados por facilitarnos el desarrollo de esta investigación y a los asesores de investigación Oscar Muñiz y Uberney Marín por su disponibilidad y acompañamiento.

Resumen

Este artículo contiene los resultados de una investigación realizada con el fin de acercarse a la comprensión de los aspectos subjetivos implicados en el pedido de consulta médica de consultantes frecuentes. Se utilizó un diseño cualitativo, la metodología fue el estudio de casos y la técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada a profundidad. La muestra correspondió a nueve consultantes frecuentes de una institución de salud de Medellín. Los resultados sugieren que existe una búsqueda de alivio y control en la consulta médica por parte de los consultantes frecuentes, motivada por el sufrimiento que manifiestan y padecen. Aspectos como el vínculo con el médico, la demanda del paciente y las representaciones sociales que construyen son determinantes para la percepción de control y alivio de este sufrimiento y el inicio y mantenimiento de la consulta frecuente en salud.

Palabras clave: Consultante frecuente, demanda, enfermedad, salud, sufrimiento, transferencia, consulta médica.

Abstract

This article contains the results of a study made with the purpose of getting close to the understanding of subjective aspects that underlay the frequent demand of medical appointments, by patients. The research design was qualitative, the methodology was case studies and the information recollection technique was the in depth semi-structured interview. Nine samples were taken from frequent medical consultants of a health institution in Medellin. The results suggest that there is a search for relief and control in the medical appointment made by the frequent consultants, motivated by the suffering they manifest and have. Aspects like the tie with the doctor, patient demand and the social representations constituted are decisive for the perception of control and relief of this suffering and the beginning and maintenance of the frequent medical consultant.

Keywords: Frequent consultant, demand, illness, health, suffering, transference, medical consult.

Fecha de recepción: 9 de septiembre de 2011

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2012

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la consulta frecuente en servicios de salud no es ajeno al sistema de salud colombiano, y a pesar de que no existe un criterio unificado sobre cómo definir a estos pacientes, se considera que están relacionados con el concepto de paciente difícil y que ocupan una gran proporción de todas las consultas que atiende un médico (Rodríguez, 2006). En la institución de salud en la que se realizó este estudio se concibe al consultante frecuente como el paciente que hace un pedido insistente de consulta, lo cual corresponde a siete o más atenciones médicas en el año. Este número de consultas es superior al promedio establecido por la institución para el paciente habitual, que es de 2.5 a 3 consultas en un año.

Este fenómeno genera múltiples interrogantes para la institución de salud y para el médico. Del lado institucional, se desconoce si los recursos se distribuyen adecuadamente, si la atención responde a una necesidad real del paciente y si los usuarios hacen un uso adecuado de la consulta médica y, del lado del médico, el no poder responder desde el terreno biomédico a un pedido insistente e inespecífico limita el ejercicio de su rol y genera en algunos casos un efecto negativo en la relación médico - paciente.

Para el abordaje de este problema se requiere de intervenciones interdisciplinarias que permitan la comprensión de las dinámicas que lo motivan, especialmente de los aspectos subjetivos que escapan al abordaje biomédico, tradicionalmente utilizado por los profesionales en salud. Acercarse a la comprensión de este fenómeno, en el contexto de nuestro país desde la perspectiva de la psicología social y la lectura psicoanalítica, aporta significativamente a la implementación de proyectos dirigidos a intervenir esta problemática, sus consecuencias institucionales y vinculares.

Investigaciones anteriores se han centrado principalmente en la identificación de patologías en salud mental presentes en los consultantes frecuentes que generan mayores quejas somáticas con presencia de síntomas físicos (Rieffe, Villanueva, Adrian & Górriz, 2009; Macías & Cos, 2008; Noguera Bayona & Dávila, 2007; Hernández, 2007; Acosta, 2005;

Florenzano, Fullerton, Acuña & Escalona, 2002; Rodríguez & Zaldívar, 2001). Algunos estudios hacen referencia a la ansiedad y la depresión como factores asociados con el inicio, desarrollo y mantenimiento de enfermedades crónicas (Rodríguez et al., 2008). Otros estudios exploran cómo las enfermedades crónicas, las condiciones socioeconómicas, los estilos de vida y los estados de ánimo están asociados a la hiperfrecuentación en los servicios de salud (Alameda & Pazos, 2009; Robles et al., 2009; Gaviria et al., 2007; Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso & Quintero, 2006; Fuertes et al., 1994). Además, en una investigación realizada a nivel local, se han explorado factores administrativos, médicos y familiares que inciden en la consulta frecuente (López, 2009).

Por último, en su tesis doctoral Rodríguez (2006) hace un amplio rastreo de investigaciones en las cuales se relaciona la consulta frecuente con factores diversos como tipo de morbilidad, tipo de síntomas, nivel de salud percibido, factores sociodemográficos, factores socioeconómicos, situación laboral, educación, función familiar, apoyo social, accesibilidad a la institución, satisfacción con la organización, características del médico, relación médico - paciente, tipo de práctica médica y aspectos administrativos de la organización.

La tendencia en los estudios encontrados es que en su mayoría se han realizado en el continente europeo y en Norteamérica, y son escasos en Colombia, desconociéndose si este fenómeno se comporta de la misma manera. Otra tendencia se orienta desde un enfoque epidemiológico, en el que se enfatiza en la prevalencia de trastornos psicopatológicos y enfermedades crónicas asociadas, dejando de lado los aspectos subjetivos que están implicados en el pedido de consulta médica frecuente, lo cual fue el centro de esta investigación.

El objetivo orientador de este estudio fue comprender los aspectos subjetivos implicados en el pedido de consulta frecuente de algunos pacientes de una institución prestadora de servicios de salud, en el contexto de una universidad en la ciudad de Medellín (Colombia), durante 2010. Se tuvo como objetivos específicos: identificar las características de la demanda del consultante frecuente, caracterizar las representaciones sociales que los consultantes frecuentes construyen de la enfermedad,

el tratamiento, la institución de salud y los médicos y comprender los aspectos vinculares entre el médico y el paciente consultante frecuente, siendo la pregunta central: ¿Qué aspectos subjetivos están implicados en el pedido insistente de consulta de los pacientes llamados consultantes frecuentes de la institución de salud?

MÉTODO

La investigación se realizó con un diseño cualitativo, teniendo en cuenta las propiedades y dimensiones del fenómeno de la consulta frecuente en salud. Este diseño, de acuerdo con la propuesta de Bonilla (2005), implica un proceso inductivo que trata de dar sentido a la situación estudiada desde la vivencia e interpretación de los mismos actores; a su vez, busca explorar, describir y comprender el fenómeno, intentando no imponer preconceptos o teorías previas.

Participantes

La población identificada por la Institución de Salud como consultantes frecuentes fue de 153 pacientes con más de siete consultas médicas ordinarias comprendidas entre mediados de 2009 y mediados de 2010, excluyendo aquellos atendidos por control de enfermedad o por enfermería. Como criterios de inclusión para selección de la muestra se consideraron los pacientes con el mayor número de consultas, identificados por el equipo de salud, con un uso inadecuado de consultas y que por concepto médico se encontraban en condiciones físicas que les permitieran participar de la investigación. Una vez se identificaron los consultantes que cumplieron con estos criterios de inclusión, se procedió a contactarlos, y posteriormente se les realizó el consentimiento informado.

Para la investigación se trabajó con una muestra por conveniencia de nueve personas adultas, seis mujeres y tres hombres, con edades entre 40 y 72 años, siendo cinco de ellos mayores de 70 años. Así mismo, cinco de ellos son jubilados y una de ellas es ama de casa. Los demás entrevistados trabajan en diferentes dependencias de la universidad.

Instrumentos

El método de investigación utilizado fue el estudio de casos, lo cual permitió llegar a comprender el fenómeno en circunstancias específicas. A través de esta investigación fue posible comprender lo que tienen de único y común unos casos y otros.

Stake (1998) plantea el estudio de casos como un estudio intrínseco e instrumental, que permite obtener una comprensión del fenómeno, por medio de un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático de algunos casos. En esta investigación se utilizaron casos relacionados con la consulta frecuente en salud, para la generación de una interpretación teórica; dicha interpretación se relacionó con algunos planteamientos desde el psicoanálisis y la psicología social.

Como técnica de recolección de información se utilizó la entrevista a profundidad (Taylor & Bogdan, 1987). Este tipo de entrevista “sigue el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas(...) el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista” (p. 101). La entrevista a profundidad permite indagar con los mismos actores el sentido otorgado a su experiencia subjetiva, con sus propias palabras y con la suficiente profundidad para captar su significado.

Procedimiento

La realización de la investigación tuvo lugar en la ciudad de Medellín (Colombia) en el interior de una organización aseguradora y prestadora de servicios de salud de una universidad como parte del Sistema de Seguridad Social Integral Colombiano. Para la transcripción de las entrevistas se utilizó el software ATLAS. Ti V6, para el análisis cualitativo de cuerpos de datos textuales. Dicho programa permite segmentar los datos en unidades de significados, codificarlos y facilitar la interpretación teórica.

Durante el análisis de información se retomaron las estrategias planteadas por Strauss y Corbin (2002) para el proceso de codificación desde la

metodología de la teoría fundamentada, las cuales ofrecen herramientas para analizar datos cualitativos y generar conocimientos, sin ser necesaria la construcción de una nueva teoría fundamentada en los datos, lo que es propio de esta metodología. Los autores consideran que las estrategias de la teoría fundamentada pueden ser utilizadas con el objetivo de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes entre ellas. Este estudio estuvo orientado a la comprensión del fenómeno emergente de los datos y su posterior relación con algunos constructos teóricos.

En el proceso de análisis de los datos se siguieron las etapas planteadas por Strauss y Corbin (2002) para la codificación. Inicialmente, se realizó la Codificación Abierta, en la cual se procedió de forma inductiva, haciendo análisis a frases con sentido, con la intención de identificar los conceptos, sus propiedades y sus dimensiones; agrupando puntos similares de acuerdo con algunas propiedades definidas y nombrándolas a partir de un vínculo común, las categorías.

Luego se realizó la Codificación Axial, integrando los datos que se fracturaron durante la Codificación Abierta. Esta etapa es descrita por los autores como “el acto de relacionar categorías y subcategorías siguiendo las líneas de sus propiedades y dimensiones, y de mirar cómo se entrecruzan y se vinculan éstas” (Strauss & Corbin, 2002, p. 135). Esta etapa de la codificación se elabora alrededor del eje de una categoría, la cual articula las demás categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002).

Posteriormente se organizaron los datos y se integraron las estructuras con los procesos, lo que permitió seleccionar una categoría central y relacionar todas las demás categorías alrededor del fenómeno emergente: *la búsqueda de control y alivio del sufrimiento a través de la consulta frecuente*. Esta categoría recoge el tema principal de la investigación y permite el desarrollo de una aproximación a la explicación del fenómeno.

RESULTADOS

A continuación se presentan los principales hallazgos de la investigación, en los cuales se identifican las categorías emergentes relacionadas con el fenómeno encontrado. Los resultados son ilustrados con frases textuales de los consultantes frecuentes entrevistados.

Durante el proceso de investigación, el fenómeno que emergió en los sujetos entrevistados es *la búsqueda de control y alivio del sufrimiento a través de la consulta médica*. Este sufrimiento hace referencia a la presencia de dolor físico y malestar emocional, como unas de las manifestaciones sintomáticas que más los afectan. El sufrimiento en los entrevistados proviene del cuerpo, de las relaciones con otras personas y de las condiciones del contexto social. Esto coincide con los planteamientos expuestos por Freud en 1929 en el *Malestar en la Cultura*:

Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos (p.76).

En relación con el cuerpo, se encontró en las entrevistas referencias a múltiples enfermedades, algunas silenciosas, como: hipertensión, problemas de circulación, alteración de la tiroides y problemas de próstata; otras dolorosas, como: artrosis, hernias, migrañas, dolores musculares, problemas gástricos, problemas óseos e infecciones urinarias, las cuales son las que principalmente motivan la consulta. Estos dolores son nombrados en las entrevistas con expresiones como *horrible o insoportable*; así mismo, se expresan sentimientos de impotencia, desesperación o resignación ante el dolor. Los entrevistados mencionaron que el dolor llega a ser tan fuerte que ni los medicamentos ni el tratamiento logran aliviarlo, tal como lo manifestó la siguiente entrevistada:

Me causa unos dolores intensos por los que tengo que consultar con mucha frecuencia... cuando la crisis no es muy severa tomo... compro algunas pastillas, y cuando es insoportable, pues vengo donde el médico.

El dolor, como lo señala Giussi (2010), puede llegar a convertirse para las personas en un fenómeno central de sus vidas; ocupando su pensamiento e incidiendo fuertemente en sus decisiones y acciones cotidianas. Cuando los pacientes perciben que el dolor los desborda o que es prolongado, sienten que deben acudir de urgencia al médico o, incluso, aceptan ser atendidos por cualquier médico que esté disponible, como lo señaló el siguiente consultante:

Yo me aguanto dos o tres días enfermo, pero ya a los tres días yo ya tengo que pedir médico, y no encuentro, y llamo aquí, y el doctor no atiende hasta dentro de ocho días: ¡denme uno que esté disponible, aunque sea!

Igualmente, el hecho de sentirse desanimados o estresados hace que perciban un aumento de sus dolencias. A su vez, la presencia de dolor físico genera malestar emocional como se muestra en la siguiente cita:

Por el dolor en el pie me encontraba como tan triste, tan deprimida...

Los pacientes expresan que el dolor físico que experimentan se acompaña de elementos emocionales como tristeza, soledad, miedo, angustia o preocupación. Al respecto Nasio (2007), retomando a Freud, plantea que no existe diferencia entre el dolor físico y psíquico y que cualquier dolor, independientemente de su origen, es provocado por una perturbación psíquica, constituyéndose en una experiencia subjetiva. De este modo, el estímulo sentido en el cuerpo se representa en lo psíquico y se manifiesta en la conciencia como afecto displacentero (Freud, 1925).

Otro elemento que incide en que el sufrimiento esté relacionado con el cuerpo es la creencia según la cual el proceso de envejecimiento hace que aumenten las posibilidades de enfermarse e incida en que tengan menos alternativas de curarse y conservar su salud. Al respecto un entrevistado mencionó:

La edad de uno como que lo coge a uno y la revuelca todo... ¡Claro que yo no tengo arreglo de ninguna manera!, ¡de ninguna manera! Uno tan viejo ya no tiene arreglo, ya el arreglo, ya será cremadito.

Para los entrevistados, las relaciones con otras personas son también fuentes de sufrimiento, debido a que se han enfrentado a pérdidas afectivas o preocupaciones familiares, que generan en ellos sentimientos de malestar, como soledad, tristeza, ansiedad, nerviosismo, entre otros. Una entrevistada expresó:

Yo venía acá donde él a consulta, sobre todo en esa época pues, que tenía a mi hija mayor, y que usted sabe que los hijos a veces le dan mucha, muchas dificultades, mucha lidia... eso era lo que como que me despertaba a mí como la gastritis. Entonces yo venía donde él cuando de pronto un problema con mi esposo, también venía donde él.

Para Freud (1914), el ser humano no solo libidiniza su propio cuerpo sino también los objetos significativos; de esta forma, el sujeto sufre tanto por el dolor que proviene de su cuerpo como por la pérdida o daño de sus objetos libidinizados.

Las preocupaciones por asuntos económicos, laborales o situaciones de violencia, que provienen del contexto social, son fuentes de sufrimiento para los entrevistados y son situaciones que ellos asocian con la aparición de síntomas tanto físicos como psíquicos o con complicaciones en sus enfermedades. Una entrevistada lo señaló:

En estos momentos en el barrio en que yo vivo hay una violencia horrible. Es uno pensando, está saliendo fulanita para el colegio ¡Ay Dios mío que no me le vaya a pasar nada! ...y no solamente pienso en mis hijas. Yo tengo sobrinos, tengo hermanos, tengo otra familia, entonces uno siente un ruidito, y ya pum, me duelen las rodillas por correr, y yo pego la carrera pa' mirar a ver y preguntar por todos.

Los entrevistados consideran que el malestar emocional es más difícil de soportar que el dolor físico, ya que este último tiene para ellos mejoría con los medicamentos, pero frente a los aspectos emocionales sienten que tienen menos control de sus manifestaciones. Una entrevistada refirió:

Yo aguanto el dolor que sea... yo lo aguanto, porque si es muy fuerte, yo me tomo una droga, una pastilla y se me va a quitar; el que yo no soporto es como esa angustia...

La presencia de sufrimiento más allá de los límites tolerables genera en los entrevistados la pérdida de control y la necesidad de recuperarlo. En la investigación se encontró que la consulta médica y el vínculo que se establece con el médico son las principales vías que eligen para buscar control y alivio frente a su sufrimiento, derivándose diferentes acciones por sugerencia médica o por su propia iniciativa, como la toma de medicamentos indicados por el médico, el seguimiento de las recomendaciones médicas, la realización de procedimientos diagnósticos y cirugías y la solicitud al médico para la ejecución de un procedimiento específico, como lo describió una entrevistada:

No me descuido con la droga, es lo primerito que yo hago, por eso él me dice que... de lo que hace que él me está tratando, me dice: "Muy controlada".

Otro entrevistado relató:

No, yo no le saco el bulto a ningún examen, por doloroso que sea.

El vínculo con el médico llega a ser tan importante para los entrevistados que en sí mismo genera sensación de alivio y bienestar, incluso sin requerir medicamentos, procedimientos o algún tratamiento específico. Al respecto se presenta la siguiente frase de una consultante:

Yo lo quiero mucho, es una belleza, ¡ay, no!... ¡yo con solo verlo me alivio!

Freud (1916) nombró con el término *transferencia* al hecho de depositar sentimientos sobre la persona del médico. Esta disposición afectiva puede manifestarse con matices, que van desde una intensa exigencia amorosa hasta formas más moderadas, como por ejemplo, la aspiración a una inseparable amistad que se presenta en el paciente al principio del tratamiento y constituye, durante algún tiempo, el más firme apoyo a la labor terapéutica.

En el análisis de los datos se halló que los entrevistados con respecto a las causas de sus enfermedades presentan diferentes creencias: su enfermedad es producto de un oficio; apareció a partir de la jubilación; surgió debido a malos hábitos alimenticios o a la falta de ejercicio. Estas

creencias indican que existe una relación entre los pocos cuidados de la salud que han tenido los entrevistados y el surgimiento posterior de la enfermedad; a partir de lo cual comenzaron a preocuparse más por su salud, a acudir con mayor frecuencia al médico o a realizar actividades programadas por la Institución de Salud para la adquisición de estilos de vida saludables y la prevención de la enfermedad.

Se encontró que los entrevistados que no son activos laboralmente fueron estableciendo una nueva rutina, asociada a ir a la Institución de Salud para ser atendidos por el médico, pedir citas o reclamar exámenes y medicamentos; esta rutina les permite continuar frecuentando la universidad y ocupar su tiempo libre, como lo refirió el siguiente entrevistado:

Yo me programo tanto para la gimnasia como para venir al médico... esto para mí, esto es como una cena, el gimnasio y aquí [la Institución de Salud] vengo a tomarme la “media mañana”, pero, como le digo, sí me mantengo muy bien así.

En los relatos se encuentra que algunos consultantes asumen una actitud impositiva frente a su tratamiento, llegando a solicitar al médico que actúe de determinada manera, sugiriéndole posibles intervenciones que desean hacerse:

Doctor, necesito que me manden, para que me manden esto, para un examen; vea que me manden una radiografía, que me manden una operación, o en fin.

Sin embargo, otros entrevistados buscan ser atendidos no solamente en su sufrimiento corporal sino también en las situaciones emocionales generadas por sentimientos de soledad, necesidad de contarle un problema al médico, de ser escuchado o de buscar una relación de confianza para tratar temas personales. Lacan (1984) plantea que si bien el médico intenta curar la salud física de sus pacientes, no puede desconocer la necesidad de bienestar y armonía de los mismos. Al respecto una entrevistada refirió:

Yo soy muy sola, ¿cierto?, entonces a veces a mí me coge un problema y yo quiero contarle a alguien, ¿cierto?, entonces a veces, inclusive yo a veces pedía cita nada más para contarle un problema al doctor: “Doctor, cómo le parece que tengo este y este problema.”

Igualmente, como resultante de este proceso se da la preferencia por un médico específico para su atención, como lo manifestó una entrevistada:

Empecé con el doctor, y no me gusta cambiar... el doctor que siempre lo atiende uno él ya sabe: “¿Cómo seguiste de tal cosa?, ¿cómo seguiste de la otra?, ¿cómo vas con esto?, acordate que yo te dije que te cuidarás”.

Los entrevistados perciben, a su vez, que se estrecha el vínculo con el médico a partir de la enfermedad; esto debido a que las consultas médicas, las citas de revisión o la entrega de medicamentos les permiten tener mayor contacto con el médico y oportunidades de establecer una relación de cercanía y confianza. Una entrevistada menciona:

Era muy cercana, la relación, que ahora es mucho más, por lo de la enfermedad, entonces yo, yo soy cada rato, una cita con el doctor A, necesito una cita con el doctor A.

Para los entrevistados, el médico que se constituye en un aliado llega a ser considerado como un *buen médico*, en la medida en que los entiende, les examina cuidadosamente, les habla, les explica sobre su enfermedad, los mira, los toca, los trata con cariño y familiaridad durante la revisión, pueden confiar en él y es el que insiste en la búsqueda de la causa de la enfermedad; un entrevistado expresó esto último, refiriéndose a uno de los médicos de la antigüedad, de la siguiente manera:

Herófilo decía: “Con el paciente hay que insistir aunque las posibilidades de curación parezcan perdidas, hay que insistir y buscar por todos los medios la causa de la enfermedad”.

Con respecto a estas características, una entrevistada también mencionó:

Primero que todo, que cuando uno entre al consultorio sea como muy cordial, ¿no? y que lo examine a uno como se debe, o sea, le dice a uno qué siente, pero examina, mira a ver qué tiene uno, entonces esos son los que me gustan a mí, sí sabe, este sí; el reumatólogo me toca dedito por dedito, él me mira todo, todo... entonces uno se va contento porque lo examinaron bien.

En ocasiones, los entrevistados comparan al médico tratante con alguna persona que es significativa para ellos en sus vidas, mostrando hacia ellos

admiración, respeto y credibilidad, aspectos que son esenciales para el establecimiento de un vínculo de cercanía y confianza.

En cuanto a la credibilidad y autoridad otorgadas al médico, Freud (1916) afirma:

Los argumentos que no tienen por corolario emanar de personas amadas, no ejercen ni han ejercido jamás mayor influencia en la vida de los seres humanos. De este modo resulta que el hombre no es en general accesible por su lado intelectual, sino en proporción a su capacidad de revestimiento libidinal de objetos (p. 289).

Un entrevistado expresó que su médico ha llegado a ser para él como un papá o un hermano:

El doctor M... ¡ ay!, él es como que fuera un papá, no, un hermano, no, como que como qué... él es, él es la... confianza que se le tiene a él.

Inclusive los entrevistados llegan a sentir que el médico los apoya más que su propia familia y que pueden encontrar en ellos seguridad y atención, como lo señaló la siguiente entrevistada refiriéndose a su médico:

Más que mi familia, porque uno a veces a la propia familia no le cuenta sus cosas; son personas que uno, gracias a mi Dios, puede contar con ellos.

Se identificó que llega a ser tan importante la relación que establecen los entrevistados con sus médicos que influye en el afianzamiento del vínculo y en la percepción que tienen de la eficacia o ineficacia de los tratamientos, como lo expresaron los siguientes entrevistados:

La señora mía que es muy enferma y no levantaba cabeza, pues yo le recomendé a la doctora, y la ha recuperado mucho, la ha recuperado mucho...

Otro entrevistado relató:

Aquí había un médico, llegaba uno: “¿Cómo se llama usted?, ¿qué le pasa?, ¿qué le han recetado?” Nunca revisaba una fórmula... y salía uno más enfermo.

Existen condiciones contextuales, desde la Institución de Salud, que facilitan a los entrevistados la búsqueda de control y alivio del sufrimiento en la consulta médica. Una de ellas corresponde a la accesibilidad, ya que la institución está ubicada en el interior del lugar de trabajo y la otra corresponde a los servicios que provee, tales como exámenes, medicamentos, citas con diversos especialistas y distintos centros de salud, lo cual es valorado de manera positiva por los pacientes. Al respecto, un entrevistado mencionó:

Yo de la universidad, incluyendo a la Institución de Salud, he obtenido más de lo que he pedido... ¿qué no he pedido! ... las operaciones... y todas las citas que me han dado.

Otro entrevistado dijo:

Yo he encontrado todas las respuestas positivas, han sido muy atentos, pues he encontrado los medicamentos, la disponibilidad de los médicos, de todo el personal; no tengo queja alguna.

Por el contrario, se encontraron en los relatos de los entrevistados condiciones del vínculo con el médico que obstaculizan la búsqueda de control y alivio. Cuando perciben que el médico no brinda una atención amable y un trato preferencial, cuando no dedica tiempo al paciente para examinarlo, y no realiza una práctica clínica cuidadosa y completa y solo se limita a prescribir medicamentos, y no responde a sus preguntas o no indaga sobre lo que le sucede, los entrevistados lo catalogan como un *mal médico*. La preferencia o rechazo por un médico está relacionada directamente con la respuesta del médico a la demanda del paciente. Al respecto una entrevistada señaló:

Una vez me mandaron donde un fisiatra, y yo llegué. Más se demoró en atenderme que en salir yo del consultorio... ni siquiera me examinó la radiografía, ni siquiera me examinó... a mí no me manden donde ese fisiatra. Él no es buen médico.

En otro fragmento de la misma entrevista relató:

Yo le he tenido que decir a médicos: “Doctor, ¡pero usted no me ha examinado! No es que me guste que usted me vaya a tocar, yo ya tan vieja y todo, pero, sí, doctor, ¿cómo me manda usted fórmula sin examinarme?”

Incluso, un entrevistado comparó al *mal médico* con uno de los médicos de la antigüedad, de quien consideraba que carecía de tacto en el trato con el paciente, no dedicaba tiempo para la atención, no se preocupaba por el bienestar, ni insistía en procurar conservar la vida del paciente:

Asclepio decía: “Ustedes traten al paciente hasta cuando le vean posibilidades de sanarlo, cuando ya toda posibilidad esté perdida, déjenlo que muera.”

Las anteriores condiciones dificultan el establecimiento del vínculo médico-paciente e inciden en que los pacientes busquen un cambio o suspendan el tratamiento. Esto se ilustró en la siguiente frase:

Me está viendo un neurocirujano diferente porque yo pedí que me lo cambiaran porque el que normalmente me atiende yo le tengo miedo... es más, a veces me aguantaba dolores para que no me mandaran donde él a control.

Igualmente, se hallaron condiciones contextuales, desde la Institución de Salud, que obstaculizan el proceso de búsqueda de control y alivio del sufrimiento, como la eliminación del servicio de urgencias y de la consulta médica no programada, lo cual limita la accesibilidad a servicios de salud de la institución e implica que los entrevistados tengan que acudir a otros médicos o centros de salud en casos de urgencias. Por otro lado, la valoración negativa de los medicamentos y el rechazo ante la posibilidad de la realización de una cirugía, debido a temores o experiencias negativas con procedimientos médicos, se constituyen también en obstáculos para que los pacientes logren el control y el alivio de su sufrimiento.

En la investigación se identificó que algunas actitudes, emociones o estrategias por parte de los entrevistados mitigan o alteran las condiciones que podrían llegar a generar la búsqueda de alivio y control del sufrimiento a través de la consulta médica. Entre ellas se encuentran actitudes que les permiten enfrentar el dolor al asumir una posición optimistas frente a este:

Lo que pasa es que, para emplear el refranero antioqueño, yo nunca me le entrego al dolor, yo no, yo sigo trabajando.

Algunas estrategias para disminuir la intensidad del dolor o los síntomas que utilizan los entrevistados son: tomar medicamentos paliativos antes de consultar al médico o soportar el dolor y los síntomas en la vida cotidiana, logrando de este modo disminuir su interferencia en las relaciones interpersonales o en la realización de actividades. Una entrevistada lo expresa así:

Tengo días que me río, en que paso bueno, en que comparto con mis compañeros... sé que mi dolor está ahí, pero yo sé que tengo que aprender a vivir con el dolor, porque eso me han dicho los médicos.

Igualmente, concentrarse en una tarea o en una labor específica es una estrategia que emplean los entrevistados para sentir que logran liberarse del dolor, aunque sea transitoriamente, lo cual les permite sentirse mejor:

Cuando yo me siento a trabajar sí se libera un poquito el dolor, se libera un poco el dolor... pienso yo que la mente se proyecta mucho hacia la tarea que estoy haciendo y... le resta importancia al dolor.

Algunos entrevistados mencionan que simultáneamente a la medicina tradicional toman productos alternativos o acuden a médicos bioenergéticos para sentirse mejor y aliviar sus dolores, como se evidenció en la siguiente entrevista:

A mí me han gustado mucho esos productos de “Estar bien” y de “Uniplus”... hace aproximadamente por ahí unos siete años, más o menos, sino es por hay más, que me tomo esos productos... ¡adiós al dolor en el estómago!

En la investigación se encontró que la frecuencia de consulta es considerada por los entrevistados dentro de lo normal de las revisiones; no consideran que sea excesiva y omiten que el motivo de la consulta se deba en su mayoría a enfermedad general, como lo manifestó una entrevistada cuando se le preguntó sobre el motivo de consulta:

Únicamente lo normal de uno: la presión, los ojos, los oídos, todo lo que el médico le hace a uno... pero pues así una cosa muy... muy especial, no; claro que el que tiene muy complicada su enfermedad no sé cómo será la cita con ellos o qué les mandan. Pero de resto lo mío es únicamente la revisión.

Del mismo modo, manifiestan que su consulta se debe a recomendaciones médicas, donde la necesidad de consultar es sentida como una prioridad, tomando al pie de la letra esta recomendación:

Yo sé que aquí debo venir a revisión, y los médicos me han sugerido que cada dos meses o según como se sienta usted; si siente que tiene cualesquier problema, venga a la hora que sea.

Finalmente, como un hallazgo relevante en la investigación, la consulta frecuente en salud es encontrada como una consecuencia del proceso de búsqueda de control y alivio del sufrimiento, en la medida en que la consulta médica ofrece unas condiciones con relación al vínculo con el médico y la Institución de Salud que hace que los entrevistados perciban control y alivio transitorio y busquen nuevamente en la consulta médica este control y alivio cuando reaparece el sufrimiento.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió comprender los aspectos subjetivos implicados en el pedido de consulta frecuente de algunos pacientes. Los hallazgos dan cuenta de las características de la demanda del consultante frecuente, las representaciones sociales que los pacientes construyen de la enfermedad, el tratamiento, la institución de salud y los médicos, y los aspectos vinculares que se presentan entre el médico y el paciente.

Las características y condiciones de la consulta frecuente están influenciadas por las creencias, imaginarios e ideas que han construido los pacientes en relación con el sufrimiento, la enfermedad, el vínculo con el médico, los tratamientos, los medicamentos y la Institución de Salud.

De acuerdo con la teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici (citado en Jodelet, 1988), los conocimientos cotidianos de las personas involucran contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que permiten que actúen, piensen, se comuniquen e interpreten su realidad de una forma particular.

Las representaciones sociales, identificadas en los relatos de los entrevistados, muestran que hacen parte de un grupo o colectividad al compartir

referentes y códigos comunes. A partir de las representaciones sociales que los consultantes construyen alrededor de su proceso de salud-enfermedad fue posible encontrar un fenómeno central: *la búsqueda de control y alivio del sufrimiento a través de la consulta frecuente*, alrededor del cual se articulan estas creencias, imaginarios e ideas.

En la investigación, los consultantes frecuentes que fueron entrevistados dan cuenta de un sufrimiento e identifican la pérdida de control cada vez que este se prolonga e intensifica; es por ello que como principal estrategia acuden al médico para que se ocupe de su sufrimiento.

En relación con el sufrimiento, Freud (1929) plantea que “la vida, como nos es impuesta, resulta gravosa: nos trae hartos dolores, desengaños, tareas insolubles... ya nuestra constitución, pues, limita nuestras posibilidades de dicha. Mucho menos difícil es que llegemos a experimentar desdicha” (p. 76).

En los relatos de los entrevistados es notoria la manifestación de sufrimientos desde el propio cuerpo, en cuanto al surgimiento de enfermedades y dolores insoportables e intensos, desde el entorno social, debido a situaciones de violencia y riesgo psicosocial, y desde los vínculos con los otros, ante conflictos o desencuentros con personas significativas como hijos, pareja, padres, hermanos, médicos o amigos.

Para Nasio (2007), el dolor como síntoma, si se le interroga adecuadamente, resulta que está asociado a un elemento emocional.

Los entrevistados experimentan impotencia, desesperación, tristeza y resignación ante el dolor; en sus relatos constantemente asocian el dolor con situaciones emocionales.

El dolor se constituye en el principal motivo de los pacientes entrevistados para consultar al médico, buscando controlar sus manifestaciones y encontrar alivio; de esta forma, intentan nombrar su malestar y darle sentido desde el discurso médico.

Giussi (2010) plantea que inclusive el más somático de los dolores puede acompañarse de una amplia producción de sentido por parte de

un sujeto. Lo anterior se identifica en el intento de los pacientes de explicar el origen de su dolor y su enfermedad, mencionando cómo aparecieron después de tener pérdidas afectivas, cuando dejaron de trabajar, debido al estilo de vida que llevaban o cuando tenían conflictos familiares y sociales.

En esta investigación se evidencia cómo el dolor se asocia con acontecimientos de la historia del sujeto, más allá de la explicación orgánica como se señalaría desde el discurso médico.

Los pacientes demandan que su dolor sea escuchado, en cuanto tiene una historia. Rechazan de la medicina la concepción mecanicista del cuerpo, en la que este es el objeto sobre el cual recae el saber y la práctica médica, olvidándose del sujeto que la padece. Se toma el cuerpo en anonimato, y el dolor sería un dolor sin sujeto, como lo relata Giussi (2010): “El dolor es considerado por la medicina, a lo sumo, como señal diagnóstica de una enfermedad, y sólo secundaria y marginalmente como un padecimiento subjetivo” (p. 16).

Esta investigación se acoge a la concepción psicoanalítica del cuerpo. Freud (1893) se ocupó de estudiar los síntomas histéricos y encontró la estrecha relación existente entre soma y psique, donde lo que insistía y persistía por la vía corporal tenía que ver con algo diferente de la organicidad y se refería a la manera como cada sujeto investía psíquicamente su cuerpo, de acuerdo con su historia particular y la significación que le otorga a este. Para Lacan (1985), el cuerpo es la construcción imaginaria que da cuenta de los significantes que marcan la historia particular de cada sujeto, donde se conjuga lo orgánico, los significantes y la imagen.

Los síntomas en el cuerpo son formas por medio de las cuales los consultantes se quejan o buscan ser escuchados, utilizando los síntomas del dolor y la enfermedad para hacer un llamado. Es en su cuerpo donde el síntoma encuentra un medio de expresión. La enfermedad, el dolor y el sufrimiento revelan otra dimensión de su cuerpo, objetando lo que se espera de él: eficiencia, juventud, salud y belleza; revelando para algunos la llegada irreversible de la vejez, las consecuencias de un estilo de vida inadecuado, las limitaciones y las incapacidades.

A lo largo de esta investigación se encontró la existencia de un pedido explícito de los pacientes para que el médico realice intervenciones sobre su cuerpo; al igual que un pedido para que se ocupe de su malestar emocional y le devuelva el bienestar perdido; poniéndose en juego dos elementos fundamentales: la demanda dirigida al médico y el vínculo que establecen con este.

Lacan (1984) plantea con respecto a la demanda que esta “no es explícita, es incluso mucho más que implícita, el sujeto la oculta, es como si tuviera que ser interpretada” (p. 228). Lo anterior se observa cuando los entrevistados, más allá que el médico tome su pedido de cura al pie de la letra, buscan reconocimiento, escucha, apoyo, consejo y orientación en la resolución de un problema, es decir, esperan más que una intervención sobre su cuerpo.

Lacan (1984) expresa que el paciente acude al médico en busca de salud, definida esta como la ausencia de patología y la conservación de un estado de normalidad, sin embargo, considera que esta definición es falta de crítica y refiere que parte de esa búsqueda no es accesible a la demostración científica. Aquello que considera que no entra en esta definición de salud es el bienestar y la armonía en tanto equilibrio y concordancia. Lacan propone que dicha armonía es la esencia de la función del amor entre dos seres, y añade que esta necesidad se encuentra en los pacientes a quienes se dirige el médico. De acuerdo con los hallazgos, si el médico comprende no solo la situación física sino también la situación emocional de sus pacientes representa un apoyo, pero si, por el contrario, limita su respuesta al plano de lo orgánico, se constituye en un obstáculo para la búsqueda de control y alivio del sufrimiento a través de la consulta médica.

Referente a la posición demandante del paciente y a las formas de respuesta del médico a dicha demanda, Lacan (1984) expone que frente al paciente que llega a consulta es posible que el médico asuma una actitud comprensiva, en la medida en que cree poder responder a lo que el paciente está demandando, “es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica” (Lacan, 1984, p. 90).

Los hallazgos muestran que si bien no siempre es posible encontrar la causa del malestar orgánico o lograr una cura permanente, los entrevistados sí identifican sensaciones de alivio cuando el médico atiende a su demanda no solo desde su saber sino que se encuentra interesado por su bienestar y lo que les ocurre más allá del malestar físico. Al respecto, Noguera, Bayona y Dávila (2007) expresan que la persona acude al sistema demandando atención médica, pero de forma implícita también demanda ser reconocida como sujeto, resistiéndose a ser objetivada por el discurso médico.

Para Nominé (2000), el médico no es libre de responder a la demanda de cura, la sociedad le exige la curación, y este se sitúa en la posición de quien puede responder a dicha demanda por la vía de saber; las dos condiciones de la demanda que están presentes en el pedido del paciente son: la existencia de un padecimiento en relación al cuerpo y la existencia de un sujeto que sabe de su padecimiento, el médico.

Con respecto a la transferencia con el médico, se encontró que para los entrevistados, la relación médico-paciente está revestida de afectos y tiene gran importancia, en tanto posibilita confiar al médico sus dolencias físicas y personales, entender aspectos de su enfermedad, tener la sensación de alivio e incluso mejorar la percepción que tienen de la eficacia de los tratamientos. En esta relación se generan afectos que son expresados con la misma cercanía que hacia un familiar y se movilizan situaciones, como la preferencia de algunos de los entrevistados hacia un médico específico o el rechazo hacia otros.

Desde la perspectiva freudiana (1916), es normal que la carga de líbido, parcialmente insatisfecha, se oriente también hacia la persona del médico. Esta carga se atiene a ciertos modelos e incluye al médico en una de las “series” psíquicas que el paciente ha formado hasta entonces así mismo; bajo la influencia de la transferencia, el paciente muestra igual importancia por su situación de salud que por la persona del médico, resultando de esto que la relación médico - paciente tenga un carácter de gran importancia. Bajo la influencia de la transferencia, los consultantes le otorgan al médico credibilidad, autoridad y sentimientos de amor, lo cual influye en ellos para que se presente adherencia al tratamiento,

seguimiento a recomendaciones, aceptación de remisiones a otros profesionales y sometimiento a procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

Por otra parte, de acuerdo con los hallazgos, la *transferencia* tiene una dimensión paradójica para la conservación de la salud, en tanto se hallaron casos en que los entrevistados estrecharon cada vez más el lazo de cercanía con el médico, a partir de la enfermedad, sosteniéndose en el lugar de enfermos y evitando, de esta manera, la pérdida de un vínculo afectivo significativo. Por el contrario, se identificaron otros casos en los cuales se rompe el vínculo con el médico, y no se hace posible una transferencia positiva, debido al miedo que sienten por este, la creencia que no reciben un trato preferencial, la falta de empatía o los desencuentros con el médico. Dichas situaciones derivan en un cambio de médico o suspensión del tratamiento. Freud (1916) señaló que bajo el influjo de la *transferencia* pueden coexistir afectos amorosos y hostiles hacia el médico que faciliten o dificulten el proceso de cura. Sin embargo, ni el saber ni el afecto son suficientes para responder a la demanda del paciente; el médico no es garantía absoluta, ya que ni con el amor ni con el saber alcanza a recubrir lo que es fuente de malestar.

Por último, los hallazgos sobre la frecuencia de consulta sugieren que esta es considerada por los entrevistados dentro de la normalidad. Los pacientes entrevistados no se reconocen como consultantes frecuentes, debido a que desconocen los aspectos subjetivos que sostienen su demanda, dirigida al médico y a la Institución de Salud.

En una investigación, Hodgson, Smith, Brown y Dowrick (2005) encontraron que los pacientes no logran identificar su frecuencia de consulta, y se da una tensión entre estas percepciones y las de un aparente inadecuado manejo de sus síntomas; el criterio sostenido por médicos e investigadores con respecto a la apropiada frecuencia de consulta no es reconocida entre los pacientes consultantes frecuentes.

Estos mismos autores detectan tres tipos de necesidades en las vivencias de enfermedad de las personas hiperfrecuentadoras, de las cuales dos fueron consistentes con los resultados obtenidos en la investigación: primero, la necesidad que los síntomas físicos de los pacientes sean

reconocidos por alguien significativo como el médico, y segundo, la necesidad que esos síntomas sean legitimados y ordenados en un marco de enfermedad. La última necesidad se refiere a que su sufrimiento sea considerado único y difícil de comprender, incluso por una autoridad médica. Aunque esta última necesidad no fue detectada en las entrevistas, puede ser motivo de exploraciones en futuras investigaciones.

Para concluir, al realizar un acercamiento a la comprensión de los aspectos subjetivos que están implicados en la consulta frecuente en salud se encuentra que esta obedece a una búsqueda motivada por la presencia de sufrimiento que proviene de fuentes corporales, sociales y psíquicas. Los pacientes dan cuenta del malestar estructural que se produce debido al desencuentro con el otro y con la fragilidad del cuerpo.

Es la consulta médica el lugar donde, de manera explícita e implícita, los pacientes presentan al médico este sufrimiento y le demandan ocuparse de él, no solo por la vía del saber médico sino también por el vínculo que establecen con él. Así, el paciente encuentra un control, y derivado de este, un alivio transitorio de su malestar, que necesariamente motiva una nueva búsqueda. Si bien el vínculo con el médico se inicia a partir de la enfermedad, este solo se sostiene si se instaura la transferencia. De lo contrario, si el médico se ubica únicamente desde el ámbito bio-médico, pone en riesgo el establecimiento del vínculo necesario en el curso del tratamiento.

La principal limitación del estudio corresponde a la no implementación de estrategias de triangulación como: la realización de entrevistas con otros actores involucrados en la consulta médica frecuente, como médicos o enfermeras, la utilización de técnicas de observación durante las consultas o la obtención de datos adicionales a través de cuestionarios. Esto pudo aportar nuevos elementos para mejorar la confiabilidad del estudio.

La confiabilidad interna de este estudio se logró en la medida en que se trabajó de forma conjunta entre las investigadoras, llegando a un consenso y logrando la construcción de categorías descriptivas, lo más concretas y precisas posibles, con datos primarios; así mismo, la infor-

mación utilizada en la investigación fue rigurosa y sistemáticamente registrada, como respaldo de los hallazgos encontrados.

Los hallazgos de esta investigación pueden ser un punto de partida para formular futuros proyectos de intervención y realizar nuevas investigaciones, en las cuales se realicen mayores profundizaciones, explorando el problema desde otras perspectivas, como las representaciones que construyen el médico, la Institución de Salud y los familiares, en relación con los consultantes frecuentes; contrastar los hallazgos con una población de personas normoconsultantes y relacionar la consulta frecuente con la presencia de enfermedades silenciosas.

Referencias

- Acosta, J, 2005. *Depresión asociada en pacientes consultadores frecuentes de I.P.S Punto de salud Robledo Medellín 2004-2005*. (Tesis de maestría). Universidad CES. Recuperado de <http://biblioteca.ces.edu.co/>
- Alameda & Pazos (2009). Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 83(6). Recuperada de Fuente Académica Scielo.
- Bonilla, E. & Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*. Santa Fe de Bogotá: Norma.
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J. & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1). Recuperado de <http://www.scielo.cl/>
- Freud, S. (1893). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo* (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S (1916). *Introducción al psicoanálisis* (Vol. II). Madrid: Ballesteros.
- Freud, S (1925). *Inhibición, síntoma y angustia* (Vol. I). Madrid: Ballesteros.
- Freud, S. (1929). *Malestar en la cultura* (Vol. XXI). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Fuertes, MC, et al (1994). Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Revista Atención Primaria*, 14(6).
- Gaviria, M., Vinaccia, S., Riveros, F. & Quiceno, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas

- en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (20), 50-75. Recuperado de Fuente Académica database.
- Giussi (2010). El sujeto y la experiencia del dolor. *MedPal, Medicina paliativa*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Imprenta.
- Hernández, G. (2007). Trastornos disociativos y somatomorfos. *Departamento de psiquiatría y salud mental Sur*. Recuperado de <https://www.u-cursos.cl/medicina/>
- Hodgson, P., Smith, P., Brown, T. & Dowrick, C. (2005). Stories from Frequent Attenders: A Qualitative Study in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 3(4), 318-23. Recuperado de Pubmed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Jodelet, D. (1988). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici (Comp.), *Psicología Social II*. Madrid: Paidós.
- Lacan, J. (1984). *Seminario 8: La transferencia*, Madrid, España: Paidós
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y Medicina. En *Intervenciones y Textos 1*, Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- López (2009). *Consulta domiciliaria frecuente*. (Tesis de especialización). Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública. Biblioteca Universidad Nacional de Salud Pública.
- Macías, V. & De Cos, A. (2008). Prevalencia de trastornos facticios con síntomas psicológicos en pacientes hospitalizados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(6), 345-349. Recuperado de Fuente Académica database.
- Nasio, J. (2007). *El Dolor de Amar*. Barcelona: Gedisa.
- Noguera, E., Bayona, H. & Dávila, A. (2007). Un caso de trastorno somatomorfo por somatización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 349-358. Recuperado de Redalyc <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Nominé, B. (2000). *Estructuras Clínicas y Salud Mental*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. & Górriz, A. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21(3), 459-464. Recuperado de Fuente Académica database.
- Robles, R., Gili, M., Gelabert, J., Llull, M., Bestard, F., Vicens, C. et al. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(6), 320-325. Recuperado de Fuente Académica database.
- Rodríguez, A. (2006). *Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16905234.pdf>
- Rodríguez, A., González, E., Ramos, L., Rivero, B., García, L. et al (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. Recuperado de Fuente Académica database.

- Rodríguez, M. & Zaldívar, D. (2001). Retos a la psicología en el tratamiento de la categoría de estilo de vida en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Psicología*, 18(1), 20-27. Recuperado de Fuente Académica database.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Madrid, España: Paidós.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Zapata, C., Obesso, S. & Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, (18), 89-108. Recuperado de Fuente Académica database.

