

Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa

X. Mas Garriga, J.M. Cruz Doménech, N. Fañanás Lanau, A. Allué Buil, I. Zamora Casas y R. Viñas Vidal

Objetivo. Identificar a los pacientes «de trato difícil» (PD), describir su perfil y las opiniones y vivencias que generan en los médicos que los atienden.

Diseño. Estudio descriptivo transversal. Metodología cuantitativa-cualitativa.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Participantes. Los PD seleccionados diariamente del total de pacientes atendidos en 6 consultas de atención primaria, entre marzo y mayo de 2001. Se identificaron mediante los criterios diagnósticos de Ellis (pacientes que provocan nudo en el estómago al leer su nombre en el listado) y O'Dowd (pacientes capaces de producir distrés, malestar).

Método. Se recogió información sobre los PD visitados, número de visitas realizadas por PD, edad, sexo, clasificación, estudios, ocupación, estructura familiar y comorbilidad. Se utilizó la clasificación de Groves modificada (pasivo-dependiente, exigente-agresivo, manipulador-masoquista, negador-autodestructivo, somatizador, emotivo-seductor). Analizamos las opiniones que generan a partir del discurso producido en un grupo de discusión (9 médicos del centro y un moderador).

Diseño. Se seleccionó a 82 pacientes (prevalencia del 0,7% [el 2,3% de las consultas realizadas]), de los que el 67,1% eran mujeres. La edad media era de 57,8 años (DE, 15,2). Predominó la paciente pasiva-dependiente (41%), con estudios primarios (62%), jubilada (35%), casada y con hijos (35%), con dos o más patologías médicas (74,4%) y al menos una psiquiátrica (40,2%).

Los sentimientos que predominantemente generan en los médicos son irritabilidad y frustración. La mayoría coincide en que estos pacientes son escasos pero ocasionan un impacto emocional intenso, cree que sus habilidades y estrategias para manejarlos son limitadas y considera necesaria formación específica para mejorarlas.

Conclusiones. Aunque cuantitativamente los PD no se consideran un problema relevante, provocan un gran desgaste emocional. Se consideran necesarios formación/entrenamiento específicos en entrevista clínica dadas las dificultades que presenta su manejo.

Palabras clave: Paciente difícil. Atención primaria. Estudio cualitativo.

DIFFICULT PATIENTS IN PRIMARY CARE: A QUANTITATIVE AND QUALITATIVE STUDY

Aim. To identify difficult («heartsink») patients (DP), describe their profile, and report the opinions and experiences they evoke in physicians who see them.

Design. Descriptive, cross-sectional study based on quantitative and qualitative methods.

Setting. Urban health care center.

Participants. Difficult patients were selected daily from among all patients seen in six primary care practices during the period from March to May 2001. Patients were identified according to the diagnostic criteria of Ellis (patients who cause a knot in the stomach when their name appears on the list of patients with an appointment that day) and O'Dowd (patients who cause distress or discomfort).

Method. Information was obtained on the number of DP seen, number of visits made by DP, age, sex, type of DP, level of education, occupation, family structure and comorbidity. Type of DP was determined with a modification of the Groves classification (dependent clinger, entitled demander, manipulative help-rejecter, self-destructive denier, somatizer, emotive seducer). We analyzed the opinions DP generated by examining the discourse produced during a discussion group session with 9 physicians from the participating health center and a moderator.

Results. A total of 82 DP were identified (prevalence .7%, i.e., 2.3% of all visits). Most (67.1%) were women. Mean age was 57.8 years (standard deviation 15.2 years). Dependent clinger patients predominated (41%). Most patients had primary-level education (62%), about one-third were retired (35%), and about one-third were married and had children (35%). Most had two or more medical diagnoses (74.4%), and many had at least one psychiatric diagnosis (40.2%).

The feelings these patients evoked most often in physicians were irritability and frustration. Most physicians agreed that these patients are rare but have a severe emotional impact. Physicians believe that the skills and strategies they have to help them manage these patients are limited, and consider specific training necessary to improve them.

Conclusions. Although DP are not a relevant problem in quantitative terms, they cause considerable emotional distress. Specific training in clinical interviewing is felt to be necessary given the difficulties in managing these patients.

Key words: Difficult patient. Primary care. Qualitative study

English version available at
www.atencionprimaria.com/51.944

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 220)

Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria. ABS Santa Eulàlia Sud. LHospitalet de Llobregat (Barcelona). España.

Correspondencia:
Xavier Mas Garriga.
C/ Amadeu Torner, 63.
08902 LHospitalet de Llobregat (Barcelona). España.
Correo electrónico:
22716xmg@comb.es

Manuscrito recibido el 17 de junio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de julio de 2002.

Introducción

En el contexto de la relación médico-paciente el tema del manejo de pacientes de «trato difícil» (PD) es frecuente motivo de conversación entre médicos de atención primaria (AP), provoca sentimientos diversos, a menudo una gran tensión emocional y puede contribuir al temido desgaste profesional. De estas conversaciones se deduce que el malestar es compartido y, al contrario de lo que sucede para patologías concretas, en especial orgánicas, no parece que dispongamos de estrategias o habilidades comunes para enfrentarnos a este tipo de pacientes y mejorar nuestra relación con ellos. Existen diversos estudios que abordan la relación con PD: la mayoría describe sus características¹⁻⁵, los sentimientos que más comúnmente producen^{2,6,7} o estrategias para manejarlos^{2,5-9}; otros proponen un modelo para clasificarlos⁶ y pocos hacen referencia a su prevalencia o al porcentaje de visitas que generan^{5,10-13}. En nuestro ámbito destacan el trabajo de Blay Pueyo¹⁴, que define al paciente problema, lo tipifica y propone estrategias de actuación para mejorar su manejo, y el estudio de Sanz-Carrillo et al¹⁵ sobre las reacciones del profesional ante pacientes somatizadores, aparte de obras como la de Borrell¹⁶, de carácter más genérico. Sin embargo, no conocemos estudios que aborden las opiniones de un equipo de médicos sobre los PD desde una perspectiva cualitativa, o que describan su prevalencia y su perfil. Los objetivos del presente estudio son identificar a los PD atendidos por un equipo de AP, describir su perfil y analizar las opiniones que generan en los médicos que los atienden diariamente.

Participantes y métodos

Emplazamiento

El estudio se ha llevado a cabo en el Área Básica de Salud urbana de Santa Eulàlia Sud (L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona), de 23.000 habitantes, con una plantilla de 9 médicos de familia (MF) y tres pediatras.

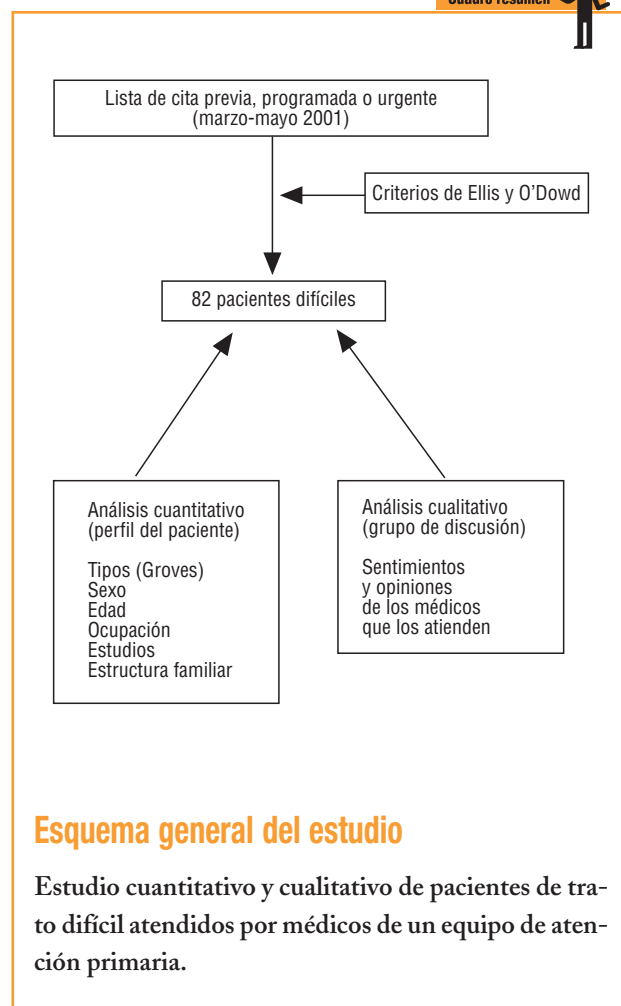
Muestra y participantes

Participaron en el estudio 6 MF. Se excluyeron los dos médicos interinos y el último médico en tomar cargo de su plaza, pues se consideró que no habrían adquirido aún un conocimiento suficiente de sus pacientes.

Durante el periodo marzo-mayo de 2001 se seleccionaron y clasificaron los PD. Se consensuaron previamente los criterios de inclusión entre los médicos participantes: se escogieron los criterios de Ellis (*pacientes que provocan sensación de nudo en el estómago al leer su nombre en el listado del día*)⁷ y de O'Dowd (*pacientes capaces de producir malestar en quienes los atienden*)¹⁷, de fácil comprensión y óptima aplicabilidad.

Diariamente se escogió, del listado de cita previa, programada o urgente, a todos aquellos pacientes que se ajustaban a los criterios señalados. Las variables del estudio son: PD visitados, número de

Material y métodos
Cuadro resumen



visitas realizadas por PD, edad, sexo, clasificación según tipo, estructura familiar, nivel de estudios, ocupación y comorbilidad (patología médica o psiquiátrica asociada). Se utilizó la clasificación de Groves⁶, que agrupa a los pacientes de trato difícil en las categorías pasivo-dependiente, exigente-agresivo, manipulador-masoquista y autodestructivo, y se añadieron las categorías de emotivo-seductor y somatizador según propuesta de Blay Pueyo¹⁴ (tabla 1).

Grupo de discusión

Además, se realizó un estudio cualitativo para conocer las opiniones y vivencias que generan estos pacientes en los médicos que los atienden. Se escogió, por su facilidad de aplicación y su adecuación a los objetivos del estudio, la metodología del grupo focal o de discusión (GD), una técnica de análisis o investigación cualitativa que consiste en una conversación planeada guiada por un moderador a partir de un guión no demasiado rígido y utilizando preguntas abiertas¹⁸⁻²². Participaron en el GD los 9 médicos del centro: se incluyó a los tres médicos que no habían participado en la fase previa de selección de pacientes ya que, si bien su incorporación reciente al equipo podía influir en su elección, no ocurría lo mismo en cuanto a poder ofrecer su opinión acerca de aquéllos. Moderó el GD el técnico de salud del centro.

Se marcó un guión sobre el que se vertebraría la discusión, que contemplaba las siguientes cuestiones: magnitud cuantitativa y cualitativa (impacto emocional) del problema, sentimientos generados, estrategias de manejo, percepción acerca de las habilidades de manejo y de necesidades de formación al respecto. El GD se realizó en horario laboral, tuvo una duración de 1 h y la conversación fue grabada para el posterior análisis de los datos, que llevaron a cabo el moderador y uno de los participantes y para el que se tuvieron en cuenta las opiniones más coincidentes y más enfatizadas, aunque transcribimos también opiniones que consideramos de interés.

Resultados y discusión

Características de los pacientes de trato difícil

Se escogió a 82 pacientes (promedio por médico: 13,6), que representan una prevalencia del 0,7% y que generaron un 2,3% de las consultas totales en el período de estudio. El 67,1% eran mujeres y el 32,9%, varones, con una edad media de 57,8 años (DE, 15,2). El perfil del paciente encontrado es el de una mujer pasiva-dependiente (41%), con estudios primarios (62%), jubilada (35%), casada y con hijos (35%), con dos o más patologías médicas (74,4%) y al menos una psiquiátrica en un 40,2%.

En las figuras 1-4 se presenta la distribución de los pacientes según la clasificación en grupos de Groves, nivel de estudios, ocupación laboral y estructura familiar, respectivamente.

Existen pocos estudios que evalúen la prevalencia y frecuentación de PD en AP. Mathers et al²³ describen un promedio de 6 PD por cada médico participante en su estudio, con una amplia variabilidad entre ellos que va desde 1 hasta 50 (menos del 1 a más del 3% del cupo). Nuestro promedio es pues superior y se asemeja al descrito por Schwenk et al¹². Encontramos una menor variabilidad entre médicos (de 12 a 19 pacientes seleccionados) y coincidimos con Mathers et al en que todos los participantes

TABLA 1 Grupos y características de los pacientes de trato difícil

Pasivo-dependiente	Grandes frecuentadores (necesidades sin límite)
	Baja autoestima y capacidad de toma de decisiones
	Ven al médico como una «madre» de recursos inagotables
	Agradecidos y seductores
Exigente-agresivo	Provocan cansancio y aversión
	Grandes demandantes, utilizan la intimidación, la devaluación y la inducción de culpa
	Actitud hostil, querulante, de superioridad, que esconde gran dependencia y temor al abandono
Manipulador-masochista	Provocan miedo, inseguridad y hasta depresión
	Pesimistas, «sufridores», depresivos
	Consultan muchas veces por el mismo motivo aunque rechazan la ayuda porque «no hay nada que hacer»
	Si un síntoma mejora, aparece inmediatamente otro
Negador-autodestructivo	Incumplidor, justificándose en los efectos secundarios de la medicación, que siempre aparecen
	Provocan sentimiento de culpa
	Incumplidores por desconocimiento, pese a la información médica, o por negación (decisión personal de no cumplir el tratamiento, con componente autodestructivo o no)
Emotivo-seductor	Provocan sentimientos de aversión, miedo, culpa y hasta sentimiento secreto de «ganas de que se muera el paciente»
Somatizador	Intentan la manipulación sentimental del profesional a partir del halago
	Paciente plurisintomático, con padecimientos de difícil explicación biomédica
	Generan gran número de interconsultas y exploraciones complementarias

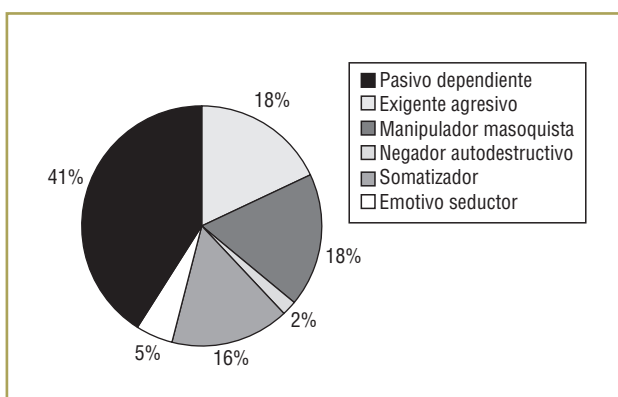
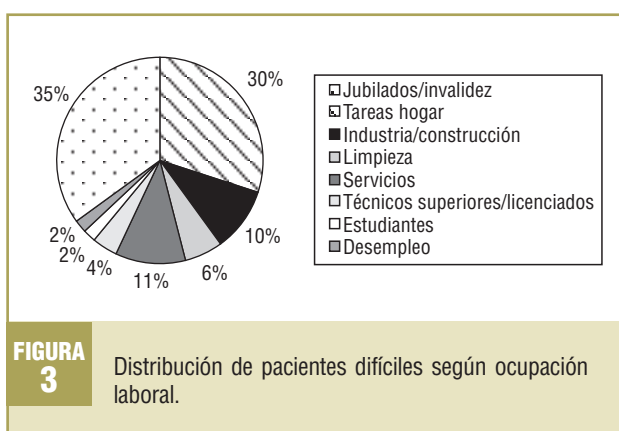
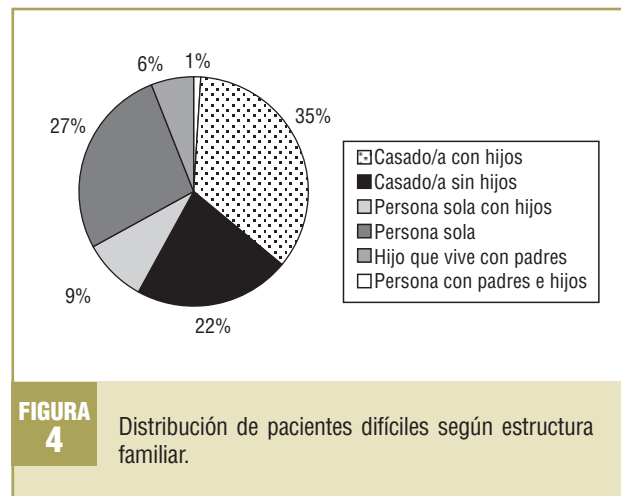
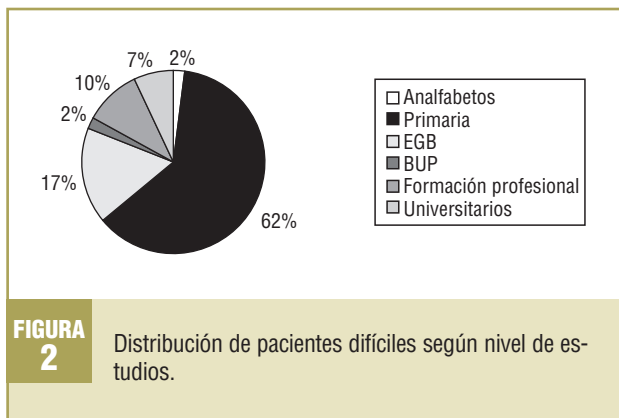


FIGURA 1 Distribución de pacientes difíciles según tipología.

encuentran algún PD. Nos llama la atención la alta prevalencia hallada por Hahn et al¹¹, cercana al 15%. En su estudio la lista de pacientes se elaboró a partir de un cuestionario al que respondían los médicos participantes y que pudo evitar sesgos de memoria a la hora de escoger a los pacientes. Creemos que el hecho de que los médicos participantes en nuestro estudio lleven más de 5 años en su puesto de trabajo, con el mismo cupo de pacientes, contribuye a estabilizar el número de PD, bien por mecanismos de adaptación mutuos o por posibles cambios de médico.

En cuanto a la frecuentación nos llaman la atención estudios con un 15%¹⁰, un 20%⁵ y hasta un 30%¹³ de visitas de PD. El primero contempla únicamente primeras visitas, introduciendo por tanto un sesgo importante al ser el primer contacto médico-paciente más difícil. Por



otra parte, el estudio de Hahn et al⁵ se realizó en ámbito hospitalario. La frecuentación del 2,32% representa en nuestro caso, con un promedio de 30 visitas al día por médico, la visita de un PD cada dos días, o 14 encuentros difíciles al mes. Consideramos pues que, aunque nuestra prevalencia sea baja en comparación con la hallada por otros autores, no ocurre lo mismo con la frecuencia de visitas difíciles, sobre todo teniendo en cuenta el impacto que suponen. En cuanto a las características asociadas a los PD, coincidimos con otros muchos estudios en señalar al sexo femenino como predominante^{1,4,7,17} y en asociar a estos pacientes una gran complejidad médica (problemas físicos o psicológicos)^{3-5,10,11,17,24-27}. Mientras que John et al⁴ no encuentran diferencias en composición familiar, nosotros, como O'Dowd¹⁷, hallamos un claro predominio de pacientes casados. Por otra parte, este autor encuentra un nivel de ocupación laboral superior al nuestro (67 frente al 25%).

Magnitud del problema

Todos los miembros del grupo consideran, de manera congruente con los resultados encontrados, que el volumen de PD que atienden no es grande. Sin embargo, el trato con ellos les supone un gran desgaste psicológico o emocional. Se trata, pues, de un problema cualitativo más que cuanti-

tativo. Todos los médicos tienen PD, pero les sorprende que en un principio, al proponerse el estudio, pensaron que tendrían muchos más. Coincidimos con O'Dowd¹⁷ en que, posiblemente a causa de la escasez de datos de cuantificación en la bibliografía, existe la percepción de que el problema es mayor de lo que en realidad es. Quizá la explicación a este hecho viene dada por un fenómeno de progresiva adaptación mutua a lo largo del tiempo: «... con el tiempo los quiero», «... creo que se llega a una entente entre los dos».

Sentimientos que generan estos pacientes

La mayoría de los sentimientos descritos por James y Groves⁶ aparecen en boca de los participantes, aunque con matices: los más comúnmente aludidos fueron la irritabilidad («... me pongo nervioso/a», «... me acelero», «... sin querer veo que les hablo más alto de lo normal») y la frustración, que aparecen ante cualquiera de los grupos de PD. La mayoría está de acuerdo en que los pacientes hiperfrecuentadores, representados especialmente por el grupo de pasivo-dependientes, son fácilmente percibidos como difíciles («... son como una lapa», «... se enganchan a todos»), y esta gran dependencia puede generar un sentimiento de cansancio casi desproporcionado («... el día que vienen te dejan hecho polvo») y también de inseguridad («a pesar de tus años de experiencia puede que te lleguen incluso a producir inseguridad al no solucionarles el problema»). Esto para muchos es importante, ya que llega un punto en el cual se recurre a la derivación a otros profesionales para «... diluir tu responsabilidad». Si bien durante la discusión no se alude de manera directa al término de aversión descrito por James y Groves para el trato con pacientes pasivo-dependientes, esta tendencia a la derivación podría entenderse como una consecuencia de la misma. En el caso de los pacientes manipuladores-masoquistas, no se alude al término de culpa sugerido por James y Groves, sino más bien a un sentimiento de impotencia al no poder satisfacer sus problemas. Cabe destacar que, si bien se podría considerar que a me-

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Los pacientes difíciles son comunes en las consultas de atención primaria.
- Generan multitud de sentimientos, en general de malestar, en quienes los atienden.
- Existen estrategias o habilidades para mejorar su manejo.

Qué aporta este estudio

- Ofrece datos sobre prevalencia y porcentaje de visitas de pacientes difíciles en consultas de atención primaria.
- Traza un perfil general del paciente difícil atendido por un equipo de atención primaria.
- Ofrece una aproximación cualitativa al problema al explorar las opiniones que sobre estos pacientes tienen los médicos que los atienden.

dida que pasan los años en la consulta la experiencia permite tener más habilidades para manejar estas situaciones y a estos pacientes, los médicos continúan expresando el malestar que les producen: «... lo sigo pasando mal», «... creía que lo tenía superado pero todavía me descolocan algunos pacientes». En este sentido la bibliografía es contradictoria: mientras que Jackson y Kroenke¹⁰ no encuentran diferencias en el número de PD en función de los años de ejercicio cuando describen predictores en los médicos que los atienden, Crutcher y Bass¹³ refieren que los médicos más experimentados tienen menos encuentros problemáticos.

Estrategias que se adoptan ante estos pacientes

Cada profesional expuso alguna estrategia propia, adquirida durante los años de ejercicio: la derivación se utiliza a menudo, pero es percibida como una estrategia de resultados pobres, destinada más a acallar al paciente o la inquietud generada en el médico que a solucionar sus problemas de fondo.

Otra estrategia fue intentar conocer las razones profundas del paciente. En determinados momentos el profesional hace acopio de valor y trata de profundizar en las causas o en las claves de la particular actitud del paciente con preguntas del tipo: «¿Cómo es que cada vez que viene en estos años nunca me dedica una sonrisa?», o «¿cómo es que nada de lo que le hago le sirve?», o bien abordando a una persona de su entorno próximo que pueda ayudarlo a comprender al paciente («... intento hablar con algún familiar y preguntarle cómo es normalmente»). Creemos que este tipo de abordaje, propuesto y evaluado por otros autores^{3-5,17} como intervención de mejora, es difícil en el marco de unas consultas masificadas.

La negociación, el pacto, se considera una estrategia necesaria y útil en el manejo del PD y suele servir para llegar a una aproximación («... mire, es la última vez que le hago las recetas de la farmacia; la próxima vez no se las haré»; «... yo le haré esta receta, pero antes déjeme que le explique por qué creo que no se las tendría que hacer»).

Otra estrategia consiste en intentar acotar el motivo de la consulta: «Con algunos pacientes, sobre todo los pasivo-dependientes, podrías estar todo el día hablando y no se cansarían, ya que continuamente necesitan que les soluciones sus problemas. En este grupo es muy importante poder «cortarlos», acotar el motivo de la visita y, en caso de necesidad, citarlos para una entrevista fuera del horario de cita previa para poder hablar con ellos más tranquilamente (pero incluso así consumen el tiempo de la visita programada y no se marcharían)». Es también importante hacer saber a los pacientes que «... eres el médico de 2.000 pacientes y no de uno solo». Es una manera de, como apuntan James y Groves⁶, intentar poner límites a la dependencia.

En pocas ocasiones se utiliza la «interconsulta» con los compañeros de equipo, al menos de una manera programada o en sesión, sino que más bien se comenta de forma personal, habitualmente en el pasillo, alguna situación vivida, y en estos casos «nos sirve para desfogarnos». Sin embargo, los participantes coinciden en que poder hablar de los pacientes puede ser una herramienta válida, sobre todo cuando por algún motivo el paciente se cambia de médico: «... si con el anterior médico la relación ha sido mala, puede ser normal que conmigo también lo sea». En estos casos se podría preparar una estrategia preventiva.

Necesidad de formación para poder afrontar la visita con estos pacientes

La mayoría opina que la formación específica en el campo de la relación médico-paciente es muy escasa. Casi todos han realizado un curso básico de entrevista clínica sin haber profundizado después en sus contenidos. De esta manera cada profesional adopta estrategias o maniobras que ha ido aprendiendo de forma autodidacta: «aprendes de tus errores». Recordemos en este punto que en el estudio de Mathers et al²³ el menor entrenamiento en habilidades de comunicación y el déficit de formación en el posgrado se asociaron a un mayor número de pacientes percibidos como difíciles. También otros autores^{2,10} coinciden en señalar la formación específica como una herramienta para mejorar el manejo del PD. Por este motivo se considera muy necesaria una formación continuada en temas de relación médico-paciente que dote al profesional de habilidades para poder desbloquear situaciones difíciles.

Conclusiones

El perfil del PD en nuestro entorno es similar al descrito en la bibliografía, pero su prevalencia y frecuentación son

inferiores a las esperadas. A pesar de ello, el equipo de médicos que atienden a estos pacientes expresa las dificultades que implica su trato, el desgaste emocional que provoca y el déficit de habilidades para hacerles frente. Es esencial la formación específica en estrategias para mejorar esta relación. Así, como propone Ellis⁷, podremos acompañar a nuestros pacientes y, aunque no curarlos, ayudarlos en la resolución de sus conflictos y al mismo tiempo, como apunta Powers⁸, disminuir nuestro nivel de frustración y el peligro de *burnout*.

Por último, creemos que nuestro estudio debe ser ampliado desde otro punto de vista: como apunta Jewell², basándose en Balint, ¿qué parte del problema es atribuible al médico? Sin duda, el conocimiento de los factores asociados al médico y que, según algunos autores^{10,23}, pueden ser considerados predictores de «encuentros difíciles» ha de contribuir a la mejora de la relación médico-paciente en situaciones adversas.

Agradecimientos

Al Dr. Ferran Flor, técnico de salud de nuestro centro, por haber aceptado el papel de moderador del grupo de discusión y por la lectura y revisión del trabajo y a los Dres. J. Monedero, D. Rivero, J.A. Hernández, F. Millet, D. Riera y M.^a M. Forés, por su participación en el trabajo.

Bibliografía

1. Wilson DG. Heartsink patients. *Br Med J* 1988;297:857.
2. Jewell D. I do not love thee Mr. Fell... Techniques for dealing with «heartsink» patients. *Br Med J* 1988;297:498-9.
3. Gerrard TJ, Riddell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br Med J* 1988;297:530-2.
4. John C, Schwenk TL, Roi LD, Cohen M. Medical care and demographic characteristics of «difficult» patients. *J Fam Pract* 1987;24:607-10.
5. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994;47:647-57.
6. James E, Groves MD. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978;298:883-7.
7. Ellis CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J* 1986;293:317-8.
8. Powers JS. Patient-physician communication and interaction: a unifying approach to the difficult patient. *South Med J* 1985;78:445-7.
9. Clements W, Haddy R, Bachstrom D. Managing the difficult patient. *J Fam Pract* 1980;10:1079-83.
10. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Int Med* 1999;159:1069-75.
11. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, Brody D, Williams JB, Linzer M. The difficult patient: prevalence, psychopathology and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996;11:191.
12. Schwenk TL, Márquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract* 1989;28:59-63.
13. Crutcher JE, Bass MJ. The difficult patient and the troubled physician. *J Fam Pract* 1980;11:933-8.
14. Blay Pueyo C. Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC* 1996;3:243-9.
15. Sanz Carrillo C, García Campayo J, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (y II). Relaciones del profesional y tipos de relación. *Med Clin (Barc)* 1999;112:147-50.
16. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
17. O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. *Br Med J* 1988;297:528-30.
18. Buzzaqui Echevarrieta A, Uris Sellés J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *FMC* 1997;4:421-33.
19. Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *FMC* 1995;2:23-42.
20. Peiró R. El grupo de discusión en el entorno sanitario. *Quaderns de salut pública i administració de serveis de salut n.º 8*. 1996. Institut Valencia d'Estudis en Salut Pública.
21. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós Studio, 1992.
22. Íñiguez Rueda L. Investigación y evolución cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999;23:496-502.
23. Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Brit J Gen Pract* 1995;45:293-6.
24. Westhead JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychologic and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.
25. Couteray MJF, Carwen MP, Dave D, Robinson J, Stern MJ. Frequent attendance in a family practice. *J R Coll Gen Pract* 1974;24:251-61.
26. Wanosher L. The returning patient. A survey of patients with high attendance rates. *J R Coll Gen Pract* 1966;11:166-73.
27. Semmence A. Chronic users in a general practice. A preliminary study. *J R Coll Gen Pract* 1969;17:304-10.