

TESIS DOCTORAL



Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria de Salud: Factores Sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología

Valentín Calvo Rojas

Estudios de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica (RD778/98)

Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal

Universidad Autònoma de Barcelona.

Dirigida por la Prof. Dra. Montserrat Gomà-i-Freixanet

Barcelona, 2016



TESIS DOCTORAL

2016

Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria de Salud: Factores Sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología

Tesis presentada por Valentín Calvo Rojas

Directora: Prof. Dra. Montserrat Gomà-i-Freixanet

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal

Universidad Autónoma de Barcelona

Estudios de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica (RD778/98)

A Amelia y Santiago que me dieron la vida.

A María y Victoria que me ayudaron a entenderla.

A Ana que acepta compartirla conmigo.

A vosotros, gracias por estar incondicionalmente.

Agradecimientos.

Muy especialmente al profesor Josep M. Costa Molinari (1932-2011), quién siendo un referente en salud mental dedicó una parte de uno de sus últimos días a esta Tesis. A la Dra. Montserrat Gomà, por mostrarme la significación del término profesora a través de una relación que es causa de mi deseo de continuar en este camino recién iniciado. Dicho intangible es de un valor difícil de tasar.

A Pepita Rodríguez Molinet por tu contagioso optimismo vital, por tu disponibilidad y saber hacer. A Mercè Gil y a todas las compañeras de Trabajo Social del Servicio de Atención Primaria (Institut Català de la Salut) Esquerra de Barcelona por vuestra colaboración, apoyo y por los buenos momentos compartidos.

Al Dr. Sebastià Calero, a la Dra. Eva María Rodríguez Pérez, al Dr. Francisco Orfila Pernas, a Jordi Real Gatus y a Carmen Benaiges por ser parte fundamental de nuestra investigación.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

RESUMEN-RESUM-ABSTRACT.....1

PRESENTACIÓN.....5

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Aproximación al concepto de hiperfrecuentación en Atención Primaria de Salud.....9

1. El concepto de hiperfrecuentación y el consumo sanitario....12

2. El concepto de hiperfrecuentación y las enfermedades crónicas.....12

3. Definición del concepto de hiperfrecuentación en este estudio.....14

1.2 Factores asociados a la hiperfrecuentación en Atención Primaria de Salud.....15

1. Factores del usuario.....15

2. Factores del profesional.....16

3. Factores de la organización de los servicios sanitarios.....	17
1.3 Factores del usuario desde una perspectiva psicosocial y su relación con la hiperfrecuentación.....	20
1.3.1 Variables sociales.....	22
1. Sociodemográficas.....	22
2. Sociofamiliares.....	25
1.3.2 Variables psicológicas.....	29
1. Estilos de personalidad y psicopatología.....	31

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1 Objetivos.....	37
2.2 Hipótesis.....	38

3. MÉTODO.

3.1 Participantes.....	41
3.2 Instrumentos.....	43
3.3 Procedimiento.....	49
3.4 Análisis estadístico.....	52

4. RESULTADOS.	
<i>4.1 Estadística descriptiva y análisis bivariado.....</i>	<i>53</i>
<i>4.1.1 Datos sociodemográficos.....</i>	<i>53</i>
<i>4.1.2 Datos sociofamiliares.....</i>	<i>59</i>
<i>4.1.3 Datos de las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg.....</i>	<i>66</i>
<i>4.1.4 Datos de las enfermedades crónicas y del consumo sanitario.....</i>	<i>67</i>
<i>4.1.5 Datos del Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III)....</i>	<i>68</i>
<i>4.2 Análisis multivariante.....</i>	<i>79</i>
<i>4.2.1 Factores psicosociales e hiperfrecuentación.....</i>	<i>80</i>
<i>4.2.2 Patrones de personalidad e hiperfrecuentación.....</i>	<i>82</i>
<i>4.2.3 Síndromes clínicos e hiperfrecuentación.....</i>	<i>83</i>
5. DISCUSIÓN.....	87
6. CONCLUSIONES.....	113
7. APORTACIONES DEL ESTUDIO.....	117
8. REFERENCIAS.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

APA	American Psychological Association
APS	Atención Primaria de Salud
CAP	Centro de Atención Primaria
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition
DSM-IV-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition, Text Revised
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edition
EAP	Equipo de Atención Primaria
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
ICD	International Classification of Diseases
MCMII-III	Millon Clinical Multiaxial Inventory-III
NEO-FFI	NEO Five-Factor Inventory
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAP	Servicio de Atención Primaria
TP	Trastorno de Personalidad

RESUMEN.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar si existen características sociales y psicológicas comunes a los hiperfrecuentadores, que los diferencien de los normofrecuentadores, y que puedan explicar la necesidad de acudir repetidamente a las consultas. Con dicha finalidad, se ha llevado a cabo un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Esquerra de Barcelona. Entre el 1 de septiembre de 2007 y el 31 de agosto de 2008, hemos evaluado mediante entrevistas personales a 129 pacientes clasificados como hiperfrecuentadores (visitas CP y/o URG \geq 18 (percentil 95 de la distribución de visitas CP y/o URG de los usuarios del SAP) y a 109 pacientes clasificados como normofrecuentadores. Ambos grupos se aparearon por edad y sexo. Se administraron los siguientes instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, el cuestionario APGAR familiar, la escala de apoyo social funcional de Duke, las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg, y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI). Los resultados obtenidos de la regresión logística parecen indicar que los usuarios que presentan ansiedad subclínica tienen más del doble de riesgo de ser hiperfrecuentadores. En relación al MCMI, puntuaciones elevadas en personalidad Dependiente aumentan un 10% el riesgo de hiperfrecuentación y puntuaciones bajas en personalidad Compulsiva reducen un 2% dicho riesgo, mientras que puntuaciones elevadas en el Trastorno de ansiedad o en Depresión mayor aumentan un 10% el riesgo asociado a una mayor probabilidad de manifestar hiperfrecuentación. Los resultados de este estudio nos permiten conocer mejor a dicho colectivo y sugerir planes de intervención psicosocial para paliar el sufrimiento de estas personas y permitirles una plena integración social.

RESUM.

L'objectiu d'aquest treball consisteix en analitzar si existeixen característiques socials i psicològiques comunes als hiperfreqüentadors, que els diferenciïn dels normofreqüentadors, i que puguin explicar la necessitat d'acudir repetidament a les consultes. Amb aquesta finalitat, s'ha dut a terme un estudi descriptiu, transversal i retrospectiu, en el Servei d'Atenció Primària (SAP) Esquerra de Barcelona. Entre l'1 de setembre de 2007 i el 31 d'agost de 2008, hem avaluat mitjançant entrevistes personals a 129 pacients classificats com a hiperfreqüentadors, (visites CP i/o URG \geq 18 (percentil 95 de la distribució de visites CP i/o URG dels usuaris del SAP), i a 109 pacients classificats com a normofreqüentadors. Tots dos grups es van aparellar per edat i sexe. Es van administrar els següents instruments: qüestionari de dades sociodemogràfiques, el qüestionari APGAR familiar, l'escala de suport social funcional de Duke, les escales d'ansietat i depressió de Goldberg, i l'Inventari Clínic Multiaxial de Millon (MCMI). Els resultats obtinguts de la regressió logística semblen indicar que els usuaris que presenten ansietat subclínica tenen més del doble de risc de ser hiperfreqüentadors. En relació al MCMI, puntuacions elevades en personalitat Dependent augmenten un 10% el risc de hiperfreqüentació i puntuacions baixes en personalitat Compulsiva redueixen un 2% aquest risc, mentre que puntuacions elevades en el Trastorn d'ansietat o en Depressió major augmenten un 10% el risc associat a una major probabilitat de manifestar hiperfreqüentació. Els resultats d'aquest estudi ens permeten conèixer millor aquest col·lectiu i suggerir plans d'intervenció psicosocial per pal·liar el sofriment d'aquestes persones i permetre'ls una plena integració social.

ABSTRACT.

The aim of this study was to analyze if there are any social and psychological features common to frequent attenders which may differentiate them from no frequent attenders, and if these characteristics may explain the need for repeatedly attending consultations. For this purpose we conducted a descriptive, cross sectional and retrospective study on a Primary Health Care Service "SAP Esquerra" in Barcelona. From September 1st, 2007 to August 31st, 2008 we conducted 129 personal interviews to participants classed as frequent attenders [previous appointments and/or out-of-hours visits \geq 18 (95th percentile of distribution of PA and/or OV of PHCS users)] and to 109 participants classed as no frequent attenders. Both groups were matched by age and sex. The following instruments were administered: Sociodemographic data index, the Family APGAR index, the DUKE-UNC Functional Social Support Questionnaire, the Anxiety-depression Goldberg Scale, and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI). The results obtained from the logistic regression seem to indicate that those who present subclinical anxiety are more than twice at risk of being frequent attenders. Regarding to the results from the MCMI, high scores on Dependent personality increase hyperfrequentness 10%, whereas low scores on Compulsive personality reduce the above mentioned risk 2%; and high scores on Anxiety disorder or on Major depression may increase 10% the risk associated to frequent attendance. The results of this study allow us to learn more about this group and suggest plans of psychosocial intervention to relieve their suffering allowing them a full social integration.

PRESENTACIÓN.

Asistimos a una crisis internacional de la Asistencia Sanitaria pública. Una crisis de orientación, de modelos, de sistemas, además de económica (McKee, Karanikolos, Belcher, y Stuckler, 2012; Segura y Giner, 2013; Simó y Gérvas, 2012). No sólo son un problema los costes económicos; sino también lo es la progresión de la demanda que siempre acaba superando la capacidad de proveer recursos sanitarios a la población general.

La salud, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (1948)¹, es “un estado de bienestar físico, mental y social”, algo “diferente de la mera ausencia de enfermedad o minusvalía”. La integración de los parámetros psicológicos y sociales en la comprensión del binomio salud-enfermedad, el denominado modelo biopsicosocial sigue vigente (Adler, 2009). Por tanto no se puede definir la falta de salud únicamente atendiendo a patrones biológicos, ni tan siquiera sociobiológicos. Sin embargo, cada vez la sanidad tecnológicamente avanzada es más cara y menos sostenible por la mayoría de los sistemas sanitarios públicos, y olvida tecnologías alternativas menos contaminantes, despilfarradoras e iatrogénicas, como son las tecnologías psicosociales (Bernal-Delgado y Ortún, 2011; Guerra y Diéguez, 2011).

Asimismo, el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) también viene definido por la Organización Mundial de la Salud (Martin-Zurro y Cano, 2003; OMS, 1978; Vuori, 1983). La APS debe estar basada en equipos interdisciplinarios y en una aproximación biopsicosocial. En este sentido, desde la Ley General de Sanidad de 1986,

¹ La definición no ha sido modificada desde 1948.

el atributo biopsicosocial ha sido muy utilizado en el discurso institucional y en numerosos documentos sanitarios para definir la atención que se pretendía prestar al usuario. Este enfoque no debe suponer un modelo estratificado y lineal de supuestas partes implicadas sin integración que prefigure en la base una condición biológica, de manera que lo psicológico y lo social serían capas por donde pasarían los síntomas hacia su manifestación y donde adquirirían el aspecto psicológico y social (Berrios, 2000).

La APS es el primer nivel asistencial, el recurso al que acceden en primera instancia la mayoría de personas con problemas psicosociales, además de dolencias físicas (Aragónés, Labad, Piñol, Lucena, y Alonso, 2005) y donde se resuelven entre el 80 y el 90% de los problemas de salud que presenta la población. En este primer nivel asistencial se realizan cientos de millones de visitas sanitarias anuales, de la cuales hasta hace poco tiempo no hemos sabido mucho. En el ámbito nacional, la historia de investigaciones en nuestro ámbito sobre cuestiones relacionadas con salud en APS es exigua al contrario de lo que ocurre en otros países como Estados Unidos o el Reino Unido (Gómez-Calcerrada, Hernández, y Gómez, 1996). No obstante, el grado y las características de la utilización de los servicios sanitarios públicos de APS en España está siendo objeto de análisis desde los años 80 (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1999; Cortés, Peñalver, Alonso, Arroyo, y González, 1993). Este interés no ha sido independiente de los procesos de reforma del sistema sanitario que desde entonces se han llevado a cabo en gran parte de los países de la Unión Europea (Martín-Zurro, Ledesma, y Sans, 2000).

Últimamente tanto gestores, como clínicos, están muy interesados en determinar cuáles son los factores que influyen en la utilización de los servicios en APS (Mancera y

col., 2001; Ortega, Roca, Iglesias, y Jurado, 2004; Rodríguez, 2006). Muchos estudios han intentado determinar estos factores pero aún estamos lejos de entender porqué se usan dichos servicios (Campbell y Roland, 1996; Martínez-Cañavate, 2007). En la mayor parte de la literatura especializada, el término frecuentación o tasa de utilización se define como el número de veces que cada usuario acude a consulta, siendo la referencia temporal de un año la más utilizada en la bibliografía. Cuando dicho número de visitas excede un umbral determinado se denomina hiperfrecuentación y éste será el objeto de estudio de la presente tesis doctoral.

Como primer gran apartado de este estudio, en la Introducción desglosamos las bases teóricas y clínicas sobre el tema de la hiperfrecuentación en la Atención Primaria de Salud pública, que sostiene tanto la aplicación empírica como la organización temática de los diferentes apartados, partiendo de lo más general hasta aquello más singular y próximo a los objetivos que nos proponemos.

En el segundo gran apartado planteamos los objetivos e hipótesis de estudio, describimos las características de la muestra, el procedimiento y los instrumentos de medida que hemos utilizado, recogemos los resultados y abordamos la discusión, las limitaciones y las conclusiones finales, respectivamente. El documento finaliza con el apartado de referencias.

Pensamos que la investigación, sustentada en unos fundamentos empíricos, debe estar al servicio de la práctica clínica. Desde un punto de vista psicológico, poner el acento en la importancia de considerar detenidamente la situación emocional de las personas hiperfrecuentadoras, permitirá promover y diseñar programas preventivos y terapéuticos que les faciliten recuperar capacidades y estrategias que a su vez les

permitan tener relaciones personales más gratificantes y saludables, así como una plena integración social.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 Aproximación al concepto de hiperfrecuentación en Atención Primaria de Salud.

Cuando consideramos el abordaje empírico de la hiperfrecuentación comprobamos que existen en la literatura múltiples clasificaciones por lo que surge una gran dificultad para comparar las investigaciones realizadas en este campo. De las investigaciones que se han publicado hasta el momento, ni las aproximaciones cualitativas ni las cuantitativas han logrado construir un perfil o definición de los llamados pacientes hiperfrecuentadores de una forma homogénea y definitiva (Alameda y Pazos, 2009; Hauswaldt, Himmel, y Hummers-Pradier, 2013; Luciano y col., 2010; Sarría, Timoner, y Sandín, 2005; Vedsted y Christensen, 2005).

En las aproximaciones cuantitativas al concepto aparecen diferentes cifras de referencia: acudir más de 6-15 veces al año, número de consultas por encima del percentil 75, consultar al menos el doble de veces que la media (Hodgson, Smith, Brown, y Dowrick, 2005). La mayoría de los autores han empleado algún tipo de estadístico clasificatorio: los terciles (Newacheck, 1992), los cuartiles (Svab y Zaletel-Kragelj, 1993), más allá del percentil 90 (Arroyo, Auquer, Buñuel, y Rubio, 1998) ó 95 (Fuertes y col., 1994), la media más una (Sánchez, Bellón, y Castillo, 1993) ó 2 desviaciones estándar (Orueta, Vígueras, Orgaz, y Torres 1993). También se han empleado definiciones de hiperfrecuentación con criterios estadísticos según el número de visitas referidas en un año (Dowrick, Bellón, y Gómez, 2000) o más: dos años (Smucker, Zink, Susman, y Cabtree, 2000), tres (Szydłowski, 2002), cinco (Anderson,

Ferry, y Mattsson, 2004) o seis años (Freeborn, Pope, Mullooly, y Mc Farland, 1990). Últimamente parece haber consenso en la literatura sobre la utilización de un año como referencia.

En la actualidad los dos métodos más utilizados por los investigadores para definir a los hiperfrecuentadores son los siguientes (Luciano y Serrano, 2008):

- 1.- Considerar hiperfrecuentadores a todos los pacientes que se encuentren por encima de un determinado punto en la frecuencia de consultas (p. e., percentiles 75 ó 90).
- 2.- Establecer un número de consultas en un periodo determinado (p. e., más de 5-12 consultas al año) que, si se supera, se denomina hiperfrecuentación.

Luciano y Serrano (2008) proponen una nueva definición de hiperfrecuentación que tendría en cuenta criterios estadísticos y clínicos. Con esta nueva definición, el número de visitas anuales indicadoras de hiperfrecuentación varía en función del perfil sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, económico, etc.) y el perfil clínico (enfermedades físicas, trastornos mentales, calidad de vida, etc.) de estos pacientes.

En otros estudios, la persona hiperfrecuentadora no sólo sería la que acude más de un determinado número de veces a consulta, sino la que lo hace sin causa suficientemente relevante o es considerada “difícil” o “problemática” (Jiwa, 2000; Hauswaldt y col., 2013). Aunque la mayoría de los pacientes difíciles son hiperfrecuentadores, ambos términos no son equivalentes. Este solapamiento conceptual, produce cierta confusión en los diferentes estudios y enfoques de intervención con los hiperfrecuentadores (Arillo, 2006; Rodríguez, 2006). Por su parte,

los profesionales “etiquetan” a un paciente como hiperfrecuentador en función de la calidad de las visitas y no en función del número de las visitas (Sandín y Conde, 2010). La incorporación del criterio clínico no deja de ser un modo de incluir la subjetividad del profesional en la definición del fenómeno. Así, se entiende que 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.

La dificultad de consensuar un criterio uniforme para definir qué es una persona hiperfrecuentadora viene dada además, por las diversas formas de clasificar las visitas en las consultas (Martínez-Cañavate y col., 2004; Martínez-Cañavate, 2007) ya que la visita burocrática alcanza en ocasiones el 40% de todas las consultas que recibe el médico (Rossiter y Wilensky, 1983). Los resultados de los diferentes estudios están influenciados por el efecto que ejercen los proveedores de los servicios ya que la demanda generada por la propia iniciativa del paciente no ha sido específicamente abordada (Báez y col., 1998).

No obstante, lo esencial del concepto de hiperfrecuentación, sobre el que convergen todas las definiciones, sería que pequeños grupos de pacientes realizan el mayor porcentaje de demanda asistencial², y por tanto generan un elevado consumo del tiempo asistencial del médico de familia (Delgado, 1999; García, 1994; Grau y col., 1998; Svad y Zaletel-Kragelj, 1993; Vedsted y Christensen, 2005).

² En esta misma línea en el Trabajo de investigación realizado durante el Periodo de Investigación (12 créditos) del Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica, de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona; defendido públicamente en noviembre de 2008 con el título de *Evaluación de la utilización de recursos asistenciales por pacientes dependientes al alcohol ¿Quién los utiliza?*, se obtuvo como conclusión que en centros especializados de tratamiento del alcohol una pequeña proporción de pacientes utiliza la mayor parte de los recursos asistenciales.

1. El concepto de hiperfrecuentación y el consumo sanitario.

Se ha comprobado que un 15% de los pacientes realizan el 50% de todas las visitas que recibe el médico de familia en un año (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1999; Grau y col., 1998; Freeborn y col., 1990), y esta proporción sigue aumentando (Gill, Dawes, Sharpe, y Mayou, 1998; Rivera y col., 2000; Robles y col., 2009; Vedsted, Christensen, Sorensen, Fink, y Olesen, 2002). Además, estos pacientes consumen gran cantidad de recursos en forma de visitas y contactos con otros profesionales sanitarios de APS (trabajadores sociales sanitarios, enfermería, administrativos), o bien en pruebas complementarias, medicamentos, y visitas al especialista (Reid, Wessely, Crayford, y Hotopf, 2002).

Frente al 6% de pacientes hiperfrecuentadores que realizó más de 15 visitas al año a su médico, el 46% de la población no acudió a la consulta y el 48% realizó entre 1 y 14 visitas (Rivera y col., 2000). Simó y Gervas (2012) atribuyen la falta de dotación presupuestaria de la APS pública al hecho que estratos sociales más acomodados acudan a los ambulatorios privados.

Numerosos estudios (García-Lavandera y col., 1996; Gill y Sharpe, 1999; Llorente y col., 1996; Poveda y col., 2000; Segovia, Pérez, Torío, y García, 1998) relacionan la idea de que un paciente con alto consumo de servicios es un paciente multiproblemático que presenta varias enfermedades crónicas y múltiples quejas somáticas.

2. El concepto de hiperfrecuentación y las enfermedades crónicas.

En nuestro estudio se revisaron las historias clínicas para evaluar las variables relacionadas con la comorbilidad y el consumo asistencial. El número de enfermedades

crónicas se relaciona especialmente con la hiperfrecuentación (Bellón y col., 1999; De Boer, Wijker, y De Haes, 1997; Lynke, Munk-Jorgensen, Lynge, Mulvad, y Bjerrgaard, 2004). Así, autores como Grimsmo y Siem (1984) encuentran que estos pacientes consultan cinco veces más que los que no tienen enfermedades crónicas. Savageau y colaboradores (2006) concluyen que la población hiperfrecuentadora muestra un número significativamente superior de síntomas y enfermedades crónicas respecto a los pacientes normofrecuentadores. La literatura especializada relaciona la hiperfrecuentación más con el gasto en recursos sanitarios que con el gasto farmacéutico.

El gasto sanitario varía mucho con la edad. El aumento de la esperanza de vida junto con una mejora en los niveles socioeconómicos de la población y el desarrollo de la tecnología médica tienen como consecuencia que en las consultas se dé un incremento en el número de pacientes con edades avanzadas. Este hecho trae de forma asociada que a su vez dichos pacientes presenten más enfermedades de tipo crónico, que requieran mayor volumen de cuidados y realicen más demandas (Casajuana y Bellón, 2003).

En relación al gasto total generado por el consumo de servicios secundarios tales como la prescripción de medicamentos o pruebas diagnósticas, los autores coinciden en que el 90% es generado, o en su caso inducido, por el médico, y se correlaciona positivamente con el número total de visitas (McPake, Kumaranayake, y Normand, 2002). El perfil de prescripción farmacéutica a su vez es un indicador indirecto de la formación del médico y depende del grado de influencia de la industria farmacéutica (Casajuana y Bellón, 2003). En los pacientes mayores de 45 años el gasto en farmacia representa la mayor parte del gasto sanitario y en mayores de 74 años supera el 60% (Aguado y col., 2012).

3. Definición del concepto de hiperfrecuentación en este estudio.

Respecto a la definición de la variable hiperfrecuentación de este estudio, a partir de lo encontrado en la literatura especializada, a pesar de permanecer sin una definición plenamente consensuada, suele entenderse como un concepto cuantitativo que recoge las siguientes dimensiones: número de visitas, período de tiempo y tipo de visitas.

Para evaluar la hiperfrecuentación, en nuestro estudio hemos utilizado la siguiente definición: son hiperfrecuentadores aquellos usuarios que superen las 17 visitas (entendidas como “cita previa” y/o urgente ≥ 18) en el período de un año. Este número de visitas se corresponde con el percentil 95 de la distribución de visitas “cita previa” (CP) y/o urgente (URG) de los usuarios del Servicio de Atención Primaria Esquerra de Barcelona ciudad. Mientras que los clasificados como normofrecuentadores son aquellos usuarios con número de visitas inferior a 18 (visitas CP y/o URG < 18) en el mismo período de tiempo. El número de visitas anuales considerado para nuestro estudio es coherente a la media utilizada en otros estudios que es de 18.17 (Guerra y De Anca, 2007).

La variabilidad en la utilización de los servicios sanitarios que depende del proveedor la tratamos de reducir considerando sólo las visitas tipo CP y/o URG, que son las que de manera más fiable reflejan la iniciativa del paciente. De esta manera evitamos considerar hiperfrecuentador a un paciente con una enfermedad crónica que requiera controles frecuentes, no derivados de su propia voluntad sino de unas recomendaciones sanitarias. Al considerar sólo las visitas por iniciativa del paciente (CP y/o URG) reducimos la posibilidad de que las enfermedades crónicas influyan en la necesidad de

consultar. A continuación nos detendremos en conocer otros factores asociados a la hiperfrecuentación.

1.2 Factores asociados a la hiperfrecuentación en Atención Primaria de Salud.

La hiperfrecuentación es un fenómeno complejo que tiene una explicación multifactorial y es motivo de preocupación en todo el sistema sanitario. Como consecuencia, en España, desde los años 80 (Alonso, Manzanera, Varela, y Picas, 1987) aparecen trabajos de investigación estudiando las numerosas variables que influyen sobre la utilización de los servicios de salud. Sólo a través de la multicausalidad es posible entender los determinantes de la utilización sanitaria. Para entender la multicausalidad de la utilización se han propuesto una serie de factores explicativos. Sin embargo, desde el abordaje empírico no se ha encontrado el modelo que definitivamente explique la causalidad de la utilización (Mechanic, 1995; Bellón, Lardelli, Luna, y Delgado, 2000). Así pues, las diferentes variables se pueden clasificar en tres grandes grupos de factores que también se han propuesto como hipótesis explicativas de la hiperfrecuentación (Bellón y Rodríguez, 2008).

1. Factores del usuario.

En relación a los factores del usuario, algunas de las variables más estudiadas son: presencia de enfermedad crónica (Fuertes y col., 1994), de trastorno mental (Buitrago y col., 1999; Ford, Trestman, Steinberg, Tennen, y Allen, 2004), estado de salud autopercebido (Barsky, Cleary, y Klerman, 1992; Vera-Hernández, 1999), inadecuada dinámica familiar (Guerra y De Anca, 2007; Orueta y col., 1993), el sexo (Llorente y

col., 1996; Chang, 2002) o la edad, entre otras (Rubio y col., 1998). Un estudio de cohortes (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 2007) y otras investigaciones de casos y controles (Bellón y col., 1999; Dowrick y col., 2000) han confirmado que las variables psicosociales eran determinantes en la hiperfrecuentación, incluso más que las variables físicas. El origen del malestar puede residir en unas relaciones familiares, sociales y/o laborales poco gratificantes, o simplemente en un malestar psicológico no muy bien definido o quizás en la interacción. Lo más frecuente es que la expresión del malestar sea la de un cuadro aparentemente físico con manifestaciones tales como mareos, cefaleas, etc. Sin embargo, desde la perspectiva biológica, los médicos se ven obligados a descartar constantemente posibles causas somáticas, mientras que los pacientes pueden seguir presentando más y más síntomas, sin que puedan salir de esa dinámica de “puerta giratoria” (Aiarzaguena, 2003). Por todo ello, este tipo de paciente tiene una alta probabilidad de hiperfrecuentar los servicios médicos (Barsky, Orav, y Bates, 2005). Mientras que su morbilidad física no lo justificaría, su malestar psicosocial lo demandaría (Aiarzaguena, Grandes, Salazar, Gaminde, y Sánchez, 2008; Rodríguez, 2006).

2. Factores del profesional.

La segunda hipótesis postula que la mala relación médico-paciente hiperfrecuentador podría ser otro factor contribuyente (Bellón y Fernández-Asensio, 2002). El modelo médico actual no puede dar respuesta a toda una serie de malestares del paciente para los que no se encuentra explicación orgánica. Esto coloca fuera de lugar tanto al paciente como al profesional. Al primero porque se deslegitima su demanda al no ser un enfermo “real”, y al profesional porque no puede proporcionar un

diagnóstico ni un tratamiento eficaz para enfermedades “inexistentes” (Rodríguez, 2006). 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 (Neal, Dowel, Heywood, y Morley, 1996; Martínez-Cañavate, 2007). Algunas de las variables más frecuentemente estudiadas en los diferentes estudios son: habilidades en comunicación (Girón, Bevia, Medina, y Talero, 2002; Hahn, 2001), formación específica en este tema y motivación (Armstrong, Glanville, Bailey, y O’keefe, 1990), entre otras.

3. Factores de la organización de los servicios sanitarios.

La tercera hipótesis plantea que los factores organizativos, la gestión de la consulta y la accesibilidad, podían ser los más concluyentes en cualquier intervención que se proponga reducir la hiperfrecuentación (Casajuana y Bellón, 2003). Algunas de las variables estudiadas son: limitación y ordenación de la demanda, accesibilidad, tiempo de la visita, problemas administrativos (Bellón, 1995; Casajuana y Bellón, 2003), entre otras. Las organizaciones pueden aumentar o disminuir la utilización a través de sus normas aplicadas a los pacientes, los profesionales y a los centros sanitarios. Numerosos estudios han demostrado que la introducción del co-pago³ efectivamente disminuye la utilización, pero a expensas de disminuir la accesibilidad de las personas con menos recursos económicos y mayores necesidades, en particular personas mayores con

³ Participación directa del paciente en parte del coste de los servicios en el momento de utilizarlos, al objeto de contener la utilización de estos servicios y conseguir una fuente adicional de ingresos económicos en el sistema.

pluripatología y alto número de enfermedades crónicas (Gené, Planes, y Berraondo, 1999). El incremento del gasto sanitario, el exceso de presión asistencial y la dificultad para controlar la hiperfrecuentación hace que periódicamente se estudie la posibilidad de introducir el co-pago, cuando más del 40% de las visitas son generadas o inducidas por el médico (Starfield, Cassady, Nanda, Forrest, y Berk 1998; Starfield y col., 2003). Además, según apuntan Guerra y de Anca (2007) la limitación del número de visitas diarias, el establecimiento de un tiempo mínimo para cada visita o incluso el recurso de poner barreras a la accesibilidad tales como hacer pagar las visitas, no son totalmente determinantes en lo que se refiere al hecho de acudir al centro de salud. Serían sólo un tratamiento sintomático que no modificaría las causas del problema.

Los factores del usuario explican el 50% de la variabilidad de la utilización, mientras que el otro 50% depende de las variables del profesional y de la organización (Bellón, 2004). Esta forma de clasificar los factores que intervienen sobre la utilización pretende ser exhaustiva, pero algunas de las variables que artificiosamente forman parte de un factor en la práctica pertenecen a la interfase entre ellos (Martinez-Cañavate y col., 2004). Identificando dichos factores se pretende ayudar al desarrollo de estrategias de prevención e intervención que posibiliten disminuir la hiperfrecuentación de los servicios de APS. Así pues, el campo de estudio de la hiperfrecuentación en la APS es relativamente amplio y puede abordarse desde diferentes ángulos. Además, una segunda dificultad se refiere a la falta de acuerdo del modelo teórico desde el que interpretar las mediciones y los resultados (Martinez-Cañavate, 2007).

Diferentes modelos teóricos han sido empleados en la interpretación de los patrones de utilización de los servicios: perspectivas conductuales (Andersen y Newman, 2005), epidemiológicas (Hulka y Wheat, 1985), psicosociales (Antonovsky,

Maoz, y Pilpel, 1989), sociológicas (Suchman, 1965) o económicas (Deb y Trivedi, 2002), entre otras. Ciertamente, todos los modelos hacen aportaciones valiosas, pero ninguno de ellos permite entender justamente el fenómeno de la hiperfrecuentación en su conjunto.

Para finalizar este apartado, atendiendo a la tradición investigadora que ha estudiado la problemática asociada a la hiperfrecuentación, podemos concluir que no es posible abordar un tema como el que nos ocupa desde todas las vertientes, por lo que nos tenemos que posicionar para profundizar en un nivel específico, siendo conscientes que cualquier opción comporta, inevitablemente, asumir las limitaciones que se deriven.

En este estudio nos situaremos en los factores del usuario desde una perspectiva psicosocial. Nuestro interés se focaliza en conocer las variables que influyen en el malestar psicosocial de los pacientes denominados hiperfrecuentadores con el objetivo de poder ofrecer una respuesta adecuada a dicho malestar. Las variables psicosociales, a pesar de su predominio, son poco valoradas en el proceso de toma de decisiones clínicas que, siguiendo el método científico, permitiría su identificación. La verdadera dificultad reside en que desde los cánones biologicistas, los motivos latentes (no expresados y que generalmente responden a problemas psicosociales) impregnan los motivos explícitos de consulta (Rodríguez, 2006). Gulbrandsen, Fugelli y Hjortdahl (1998) refieren que más de la mitad de los pacientes con problemas psicosociales que acuden a su médico con un problema somático, son incorrectamente identificados. Esto parece estimular a estos pacientes, cuyos problemas no han sido detectados, a consultar con mayor frecuencia ya que sus problemas no han sido resueltos, (Báez y col., 1998; Martínez-Cañavate y col., 2004) entrando así en un círculo vicioso de visitas realizadas por propia iniciativa que no son entendidas como necesarias por el médico (Rodríguez, 2006).

1.3 Factores del usuario desde una perspectiva psicosocial y su relación con la hiperfrecuentación.

Los pacientes denominados hiperfrecuentadores (“frequent attenders”), hiperutilizadores (“high-users, high-utilizers”) o consultantes frecuentes (“high-consulters, frequent-consulters”) no siempre hacen un uso inadecuado de la consulta (De la Revilla y De los Ríos, 1994). Aunque el problema de la hiperfrecuentación ha sido estudiado durante más de 30 años, la cuestión de si estas personas se comportan de forma inapropiada o por el contrario, lo hacen en respuesta a necesidades genuinas de salud, está todavía por resolver (Neal y col., 1996; Segura y Giner, 2013). El acelerado incremento de la demanda de atención sanitaria puede ser una respuesta apropiada a mayores necesidades (Orueta y López, 2000), pero no se corresponde con un aumento de las necesidades susceptibles de satisfacerse mediante asistencia médica. Las consecuencias de esta elevada demanda actúan como:

1.- Factores iatrogénicos: en ocasiones las razones que llevan a las personas a las consultas tienen que ver con el malestar, pocas veces patológico, resultante de los conflictos domésticos y familiares, laborales y sociales, es decir, de situaciones que provocan ansiedad. En los pacientes con una problemática de predominio psicosocial y una expresión clínica psicósomática, los análisis, las radiografías o la derivación a múltiples especialistas solo redundaría en un empeoramiento de su cuadro clínico (Heath, 2013; Salmon, Dowrick, Ring, y Humphris, 2004). Los pacientes con trastornos psicósomáticos que son referidos a múltiples especialistas difícilmente solucionan sus problemas sino más bien se tiende hacia la cronificación y diversificación de su morbilidad (incluso con peligro de iatrogenia). Por ello, lejos de disminuir la demanda, se incrementarían

sus tasas de frecuentación por un déficit de capacidad resolutive del profesional (Bass, Bond, Gill, y Sharpe, 1999; Segura y Giner, 2013). Los factores iatrogénicos tales como una información inadecuada, excesivas exploraciones o diversos tratamientos son frecuentes en este tipo de pacientes (Aiarzaguena, 2003; Prasad y Ioannidis, 2014; Reid y col., 2002).

2.- Precipitantes del llamado burnout profesional: identificándose los primeros síntomas como emocionales (activación excesiva), somáticos (cefaleas, mareos, palpitaciones o cansancio) o conductuales (olvidos, impaciencia, cinismo) (Ahola, Toppinen-Tanner, Huuhtanen, Koskinen, y Väänänen, 2009; Mingote, 1998). Gran parte de los médicos de APS de nuestro país consideran que tienen un exceso de presión asistencial, siendo éste uno de los problemas que más ansiedad les provoca en el ámbito laboral (Maslach y Leiter, 2008; Faragher, Cass, y Cooper, 2005). Se ha descrito que un 50% del personal médico de APS considera que recibe más del 20% de visitas que son innecesarias (Sihvonen y Kekki, 1990). Un estudio de Sandín y Conde (2010) concluye que un factor común en los discursos de los profesionales de APS es que muchos de los hiperfrecuentadores acuden a consulta por problemáticas psicosociales. 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.

Estas implicaciones justifican que algunas experiencias de intervención en la hiperfrecuentación se organicen desde marcos teóricos diferentes como la psicología cognitivo-conductual (Schreuders, Van Oppen, Van Marwijk, Smitt, y Stalman, 2005), u otras metodologías poco comunes en el ámbito sociosanitario. No obstante, aunque

muchos estudios han documentado la alta incidencia de problemas psicosociales entre los pacientes de APS (Ferrara y col., 2004; Rabinowitz, Shayevitz, Hornik, y Feldman, 2005), estas experiencias son bastante excepcionales y en nuestro ámbito la posición de los profesionales y de las instituciones sanitarias parece dirigirse más a disminuir la frecuentación que a disminuir el malestar de los pacientes.

En nuestro estudio optamos por aportar conocimiento de manera coherente con el objetivo que nos planteamos consistente en examinar las variables sociales y psicológicas, comparando un grupo de pacientes hiperfrecuentadores con un grupo de normofrecuentadores.

1.3.1 Variables sociales.

En el contexto de la APS, existen recomendaciones claras en el sentido de recoger información que, más allá de los factores individuales, sirva de apoyo para el conocimiento y la comprensión de las crisis sociofamiliares. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de tener un mejor conocimiento de la situación de esta población a nivel sociodemográfico y sociofamiliar. Así, relacionadas con la vulnerabilidad para sufrir hiperfrecuentación, se han estudiado un amplio rango de variables sociales, tales como las sociodemográficas y las sociofamiliares.

1. Sociodemográficas.

Tal y como venimos apuntando, las diferencias metodológicas de los diferentes estudios en relación a la definición del hiperfrecuentador hacen difícil la comparación apropiada de las características sociodemográficas (Vedsted y Christensen, 2005).

Muchas investigaciones, la mayoría de ellas realizadas en el Reino Unido y en países escandinavos, han tratado de describir el perfil sociodemográfico de estos pacientes. En nuestro estudio las variables sociodemográficas han sido evaluadas siguiendo clasificaciones que son de aplicación en la APS, concretamente las utilizadas en el registro de la Historia Clínica informatizada (eCAP). La utilidad de dichas clasificaciones, o similares, en la evaluación de pacientes hiperfrecuentadores se encuentra ampliamente documentada en la literatura especializada (Karlsson, Lehtinen, y Joukamaa, 1994; Robles y col., 2009; Rodríguez, 2006; Savageau y col., 2006). Las variables más frecuentemente estudiadas son: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel de renta y situación laboral.

Edad y sexo.

Respecto al sexo cabe señalar que una estrategia recomendada por algunos autores para no sesgar el grupo de hiperfrecuentadores es la de estratificar la definición por ambas variables (Vedsted y col., 2002). Sin embargo, los últimos estudios muestran que cuando se controlan las variables de confusión como la edad, la presencia de mujeres entre los hiperfrecuentadores pierde su significación (Robles y col., 2009; Savageau y col., 2006). La hiperfrecuentación se asocia con una mayor edad (Karlsson y col., 1994; Pedrera y col., 2005; Tapia, Gil, y Orozco, 2005) y por lo tanto el efecto de las variables asociadas a la frecuentación debe de estar ajustado por ésta. En nuestro estudio el grupo hiperfrecuentador en comparación con el grupo normofrecuentador fue apareado por edad y género.

Estado civil.

En cuanto al estado civil se ha observado que las personas viudas y divorciadas o separadas utilizaron en mayor grado las consultas de APS (Gómez-Calcerrada y col., 1996; Savageau y col., 2006).

Nivel de estudios y nivel de renta.

En cuanto al nivel de estudios y al nivel de renta se ha observado un gradiente inverso con la frecuentación (García y col., 2007; Scaife, Gill, Heywood, y Neal, 2000).

Situación laboral.

Por categoría de situación laboral, vemos que se constata un mayor grado de frecuentación de las consultas de atención primaria en el sector de población laboralmente no activo: parados con subsidio y sin subsidio, pensionistas jubilados, pensionistas por viudedad y amas de casa (Dunlop, Coyte, y McIsaac, 2000; Robles y col., 2009).

Aunque la literatura existente no es del todo concluyente, algunos estudios (Alameda y Pazos, 2009; Karlsson, Joukamaa, Lahti, Letinen, y Kokki-Saarinen, 1997; Llorente y col., 1996; Varela, 2000) establecen el perfil de los pacientes hiperefrecuentadores como sigue: mujeres, amas de casa o en situación de desempleo (Borrell y Pasarín, 2004; Sáez, 2003), con edades comprendidas entre los 55 y los 65 años, viudas o separadas (Savageau y col., 2006) y con un nivel de estudios y económico bajo (Scaife y col., 2000).

2. Sociofamiliares.

Si atendemos a aspectos no puramente sociodemográficos, se han estudiado diferentes variables sociofamiliares relevantes al fenómeno de la hiperfrecuentación. En relación a las variables función familiar y apoyo social con el que cuenta el paciente, en nuestro estudio han sido evaluadas utilizando dos instrumentos de aplicación en el ámbito de la APS: el cuestionario APGAR familiar (Smilkstein, 1979) y el cuestionario de apoyo social DUKE-UNC (Broadhead, Gehlbach, De Gruy, y Kaplan, 1988), cuya utilidad en la evaluación psicosocial de pacientes hiperfrecuentadores se encuentra ampliamente documentada en la literatura especializada (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996; Bellón, Delgado, y Luna, 1996; Blanchard, Gurka, y Blackman, 2006; De la Revilla y col., 1991; De la Revilla y De los Ríos, 1994; Scaife y col., 2000). En cuanto a la evaluación del ciclo vital familiar, y del tamaño y la estructura familiar, los instrumentos de medida utilizados fueron el modelo reducido de Duvall (Tennyson, 1991) y la clasificación de De la Revilla y Fleitas (1991) que han sido ampliamente utilizados en pacientes con problemas psicosociales (De la Revilla, De los Ríos, y Luna, 2007; De la Revilla y De los Ríos, 1994; Muñoz, Mariscal, Rubio, y Rey, 2000).

Función familiar.

En cuanto a la función familiar se aprecia que la disfunción leve y, sobre todo, la grave incrementan significativamente el riesgo de experimentar problemas psicosociales (Blanchard y col., 2006; De la Revilla y col., 2007). La función familiar ha sido estudiada en numerosas ocasiones como variable predictora de la utilización. La familia como unidad social se caracteriza por una serie de características comunes que les permiten relacionarse con el entorno social para obtener unos objetivos económicos,

educativos, psicológicos y culturales determinados (De la Revilla y Fleitas, 1991). Cuando disminuye la capacidad de adaptación, el sistema se altera produciendo la llamada disfunción familiar. La familia disfuncional se define como aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Con frecuencia en las consultas de APS se expresa en síntomas y/o enfermedades de tipo orgánico o psicosocial y en comportamientos hiperfrecuentadores (Bellón y col., 1999; Blanchard y col., 2006; De la Revilla y De los Ríos, 1994; Rodríguez, 2006).

Ciclo vital familiar.

El estadio del ciclo vital en el que se encuentra el paciente también tiene capacidad para modificar las necesidades individuales, planificar las demandas y la utilización de los servicios de salud (Gómez-Calcerrada y col., 1996). García-Lavandera y colaboradores (1996), describen una asociación entre la población hiperfrecuentadora y los ciclos vitales hallando que la mayoría de los hiperfrecuentadores (34,6%) están en las etapas V y VI. La familia tiene que adaptarse a las nuevas situaciones que se originan en cada etapa del ciclo vital familiar y en la transición entre una y otra (Martinez-Cañavate, 2007).

Estructura familiar.

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre. En un estudio (García-Lavandera y col., 1996) comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora encuentran que las personas

que presentan más frecuentación en las consultas de APS suelen pertenecer a familias pequeñas, monoparentales y en menor medida las familias nucleares sin parientes próximos (Muñoz y col., 2000).

Apoyo social.

Desde los años 80, la variable denominada apoyo social, ha sido una de las más estudiadas en relación a los patrones de utilización. Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que la red y el apoyo social tienen un efecto protector sobre los procesos de salud y enfermedad (Martínez-Cañavate, 2007; Rodríguez, 2006). La falta de apoyo social ha mostrado su influencia negativa sobre el estado de salud físico y psicológico (Bowling, 1991; Robles y col., 2009). Las personas aisladas, divorciadas, viudas, con una red social escasa, lejana y poco intensa, tienden a utilizar más los servicios sanitarios (Counte y Glandon, 1991; Savageau y col., 2006).

Podemos definir el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos (Lin, Dean, y Ensel, 1986). En relación con la utilización de las consultas, la red social tiene una influencia sobre la decisión de ir al médico. Las personas que constituyen el apoyo social pueden incitar a realizar una consulta o, por el contrario, disuadir al paciente de acudir, incluso ofreciendo recursos o soluciones alternativas. De esta forma, parece ser que las personas con una red social más extensa realizarían menos visitas al médico que aquellas con un apoyo social escaso (Martínez-Cañavate, 2007; Oakley, Rigby, y Hickey, 1994). La posible modificación de la interacción de la red social con la finalidad de que el individuo adecue los patrones de utilización podría utilizarse para disminuir la hiperfrecuentación en las consultas (Rodríguez, 2006). Las sociedades

humanas han afrontado la ansiedad y la tristeza mediante el recurso a los amigos y familiares, ellas constituyen las redes de apoyo social que la atención sanitaria no puede sustituir.

No obstante, los resultados no son del todo concluyentes. Existen estudios que sugieren que el déficit de apoyo social y la disfunción familiar se relacionan fuertemente con una frecuentación excesiva (Blanchard y col., 2006; De la Revilla y De los Rios, 1994; Guerra y De Anca, 2007; Scaife y col., 2000). El desequilibrio funcional se traduce en un aumento de la demanda y del uso de servicios sanitarios (De la Revilla y col., 1991). Mientras que otros trabajos (Llorente y col., 1996; Rubio y col., 1998) apuntan que las variables sociofamiliares no explican la variabilidad de la frecuentación.

Para finalizar este apartado, a partir de la variabilidad de las aportaciones de los diferentes autores, podemos concluir que la falta de contención y/o deterioro de las relaciones familiares y de la red de apoyo social (redes informales) en los pacientes hiperfrecuentadores podría explicar el consiguiente aumento de frecuentación de las redes formales, en este caso, de los Centros de Atención Primaria de Salud. Entendemos la pérdida de espacio social contenedor como la pérdida de la capacidad de tolerar y elaborar los conflictos dentro de la red informal. El sufrimiento derivado de las condiciones de vida se desvía a niveles sanitarios profesionalizados que dan respuesta desde las necesidades de las propias instituciones, trabajadores o administradores. La relación entre las disfunciones de las redes sociales informales y la hiperfrecuentación es un tema poco explorado en Atención Primaria y sobre el que hemos encontrado pocos estudios en nuestro medio y en ámbitos internacionales.

1.3.2 Variables psicológicas.

Dentro de los factores del usuario, como primer y principal determinante, el usuario frecuenta los servicios de APS, a veces de forma reiterada, porque se encuentra en una situación de necesidad⁴. Por otra parte, diversas características anteriormente mencionadas tales como las sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, etc.) y sociofamiliares (tamaño y características demográficas de la familia, el estadio de su ciclo vital, apoyo social, etc.) del paciente actúan como moduladoras de dicha necesidad. La evidencia muestra que la utilización de los servicios está relacionada, principalmente, con el estado de salud de la persona, ya sea el autopercebido (Matalón, Yaphe, Nahmani, Portuguese-Chitrit, y Maoz, 2009; Varela, 2000) o el estimado a partir de indicadores más objetivos tales como las enfermedades crónicas, la psicopatología comorbida, los accidentes, la limitación de la actividad de la vida diaria, la incapacidad temporal, etc. (Rendu, Moran, Patel, Knapp, y Mann, 2002; Orueta y López, 2000). No obstante, la necesidad no se expresa forzosamente como una demanda, y a ésta no le sigue necesariamente la utilización (Gómez-Calcerrada y col., 1996). La relación entre morbilidad subjetiva y objetiva no es tan precisa como cabría esperar (Barsky y col., 1992). En este sentido siendo la personalidad un patrón emocional, cognitivo y conductual relativamente estable y duradero a lo largo de la vida, los estilos de personalidad podrían explicar las diferencias entre necesidad, demanda y utilización. Así pues, dentro de las variables psicológicas nos centraremos en indagar acerca de los estilos de personalidad y la psicopatología.

⁴ Podemos hablar de necesidad subjetiva (datos obtenidos del paciente) y necesidad objetiva (datos obtenidos de la historia o examen clínico).

En relación a la evaluación de las variables relativas a los Patrones de personalidad y los Síndromes clínicos nos focalizaremos en el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-III; Millon y Davis, 1997) ya que es un cuestionario ampliamente utilizado en la clínica (Cardenal y Sánchez, 2007; Loinaz, Echeburúa, y Torrubia, 2010; Vanem, Krog, y Hartmann, 2008). No obstante, tanto los Patrones de personalidad como el instrumento de medida (MCMI-III) han sido muy poco utilizados en el estudio de la hiperfrecuentación. Para Millon (Cardenal y Sánchez, 2007), el uso de su cuestionario MCMI-III debe limitarse a poblaciones clínicas ya que las personas sin una patología evidente no aparecen representadas en los baremos de la prueba, sin embargo hay investigadores que han administrado el instrumento a muestras no clínicas con buenos resultados. Un estudio (Retzlaff, Lorr, Hyer, y Ofman, 1991) concluyó que era apropiado su uso para muestras no clínicas. En otra investigación (Dyce, O'Connor, Parkins, y Janzen, 1997) administraron la prueba a 614 estudiantes y encontraron una relación similar con la muestra clínica utilizada por Millon. Según Choca (2004) usar el MCMI en población no clínica es adecuado, pero cuando comparamos muestras, las puntuaciones elevadas deben interpretarse como diferentes estilos de personalidad.

Otras variables de interés creciente en la investigación actual de la hiperfrecuentación son la ansiedad y la depresión (Roy-Byrne, 1996; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, y Lowe, 2007; Robles y col., 2009). Para evaluarlas hemos aplicado las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, y Grayson, 1988), ya que es el instrumento utilizado en el registro en la Historia Clínica informatizada (eCAP) en la APS.

1. Estilos de personalidad y psicopatología.

Utilizaremos el término estilo de personalidad (Choca y Van Denburg, 1998) para referirnos a la esencia psicológica de la persona, al funcionamiento que de forma predominante utiliza. Tomaremos el modelo de Personalidad de Millon porque se concibe como estilos de personalidad e incluye diferentes áreas (cognitivas, motivacionales, conductuales). El hecho que los estilos de personalidad se mantengan a lo largo del tiempo se ha definido como estabilidad, y que los comportamientos manifestados en una determinada situación aparezcan en otras, se ha definido como consistencia. Según Millon y Davis (1998), la estabilidad y la consistencia en diferentes situaciones son fundamentales para el concepto de personalidad. Si las personas no manifestaran unos comportamientos razonablemente estables y consistentes, la noción misma de personalidad estaría en riesgo. Este aspecto es fundamental para la comprensión de las características individuales que pueden presentar las personas hiperfrecuentadoras. Tal vez el punto más interesante de esta teoría, junto con los estilos de personalidad, es el de ser una teoría integradora (Cardenal, Sánchez, y Ortiz-Tallo, 2007) que se opone al eclecticismo, ya que la integración es algo más que la coexistencia de dos o más orientaciones o técnicas previamente discordantes. Además, el modelo de Millon tiene el valor añadido que intenta conjugar teoría con evaluación e intervención (Sánchez y Aparicio, 1998).

Más que una entidad tangible y claramente observable, la idea de los estilos de personalidad es el marco conceptual que escogemos a partir del cual podremos comprender mejor el malestar de las personas con comportamientos de

hiperfrecuentación en APS, y sugieren además una conexión teórica entre la hiperfrecuentación y la personalidad.

No obstante, de lo consultado en la literatura especializada podemos concluir que la relación entre personalidad e hiperfrecuentación es un tema poco explorado en APS. Por ello en este estudio nos posicionaremos en una perspectiva psicológica y/o clínica, sobre algunas de las variables de vulnerabilidad para sufrir hiperfrecuentación. Así, el modelo de nuestro estudio se fundamentará en la existencia de un continuum entre dos extremos, los patrones normales y anormales de la personalidad, siendo los problemas en el trabajo, entre otros, o las dificultades en las relaciones familiares y/o sociales los que pueden contribuir a que los estilos de personalidad tiendan a ser más inflexibles y desadaptativos.

El DSM-5 en su Sección tercera ofrece un modelo alternativo, dimensional, de la personalidad. Asimismo Millon (1981, 2002) postula la existencia de patrones normales y anormales de la personalidad, basándose en un continuum entre dos extremos y no como categorías nominales discretas. No obstante, atendiendo a que el instrumento de medida que utilizamos en este estudio (MCMI-III) se elaboró en base al DSM-IV, utilizaremos una clasificación y un criterio categorial, señalando tres clusters que agrupan diez trastornos específicos de personalidad: a) clúster A (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico), vinculado a personas con conductas extravagantes y excéntricas; b) clúster B (trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista), relacionado con personas con conductas dramáticas, emocionales o erráticas; y c) clúster C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), referido a personas con conductas de ansiedad.

Los resultados de los pocos estudios que hemos hallado y que relacionan personalidad con hiperfrecuentación (Hueston, Mainous, y Schilling, 1996; Rodríguez, Cebrià, Corbella, Segura, y Sobreques, 2003) concluyen que los hiperfrecuentadores muestran como perfiles básicos de funcionamiento de su personalidad rasgos caracterizados mayoritariamente como esquizoides y/o compulsivos y/o dependientes. Los tres patrones tienen en común un estilo de afrontamiento pasivo. Otro estudio (Fernández-Cadalso y García-Martínez, 2012) utilizando el Inventario NEO Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999) concluyó que la variable neuroticismo puede ser considerada un buen predictor de la conducta hiperfrecuentadora. Todos ellos apuntan a que los pacientes hiperfrecuentadores responden a un perfil básicamente ansioso relacionando sintomatología ansiosa-depresiva e hiperfrecuentación.

Un estudio internacional realizado por Hueston y colaboradores (1996) asoció los trastornos de personalidad con una mayor frecuentación y refirió que las personas con riesgo de presentar algún trastorno suelen consumir muchos recursos sanitarios y además muestran baja satisfacción respecto a la asistencia recibida en APS. En dicho estudio el 70% de los hiperfrecuentadores presentaba un trastorno de personalidad (TP), siendo los más frecuentes: el trastorno obsesivo compulsivo (53%), el trastorno paranoide (28%), el límite (26%) y el dependiente (26%). Asimismo, Rendu y colaboradores (2002) relacionan un elevado coste, directo e indirecto en el uso de los servicios de salud, al trastorno límite de la personalidad. Las dificultades experimentadas por los médicos de familia en algunas relaciones médico-paciente pueden producirse por el desconocimiento del trastorno psicopatológico del paciente (Aragónés, Salvador-Carulla, López-Muntaner, Ferrer, y Piñol, 2013), más

concretamente de un TP. Muchas veces, bajo las mismas manifestaciones clínicas de los síntomas depresivos o de ansiedad, es posible encontrar un TP, que influya en las dificultades afectivas (Reich, 2003; Sansone, Wiederman, Sansone, y Touchet, 1998). Aunque es objeto de debate, las clasificaciones actuales de los trastornos de personalidad (DSM e ICD) exigen que el inicio del trastorno se ubique en la infancia o en la adolescencia; estabilidad y consistencia; y que cause sufrimiento personal, problemas en el trabajo o dificultades en las relaciones familiares o sociales.

La presencia de enfermedad mental es una de las variables con mayor poder explicativo en relación a la hiperfrecuentación de la APS (Bellón y col., 2007; Gili y col., 2011; Vedsted y Christensen, 2005). La morbilidad de salud mental genera mucha demanda, especialmente los procesos leves (Vedsted, Fink, Olesen, y Munk-Jørgensen, 2001). Los tres problemas de salud mental identificados con mayor frecuencia entre los pacientes hiperfrecuentadores fueron: somatización, depresión y ansiedad (Matalón, Nahmani, Rabin, Maoz, y Hart, 2002; Robles y col., 2009; Savageau y col., 2006). El paciente somatizador, al no conectar con lo psicológico y en particular con sus emociones, expresa su malestar psíquico en lo somático. El temor al dolor psicológico les hace particularmente reacios al abordaje psicológico, por lo que la puerta de entrada más tolerable es a través de lo biológico (Aiarzaguena, 2003). En la literatura especializada, otros trabajos también han relacionado la hiperfrecuentación en el Centro de Atención Primaria con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Dowrick y col., 2000; Roy-Byrne, 1996; Kroenke y col., 2007). Concretamente se constató una asociación entre la hiperfrecuentación y el malestar psicológico de un 51% en hiperfrecuentadores y de un 24% en normofrecuentadores (Segovia y col., 1998). Esta asociación entre el malestar psíquico y una mayor utilización podría ser explicada no

sólo por el propio malestar psíquico sino también por la inadecuación de la respuesta asistencial al problema. Así pues, de lo revisado en la literatura científica, las características de estabilidad y consistencia de la personalidad, y el sufrimiento que generan los Trastornos de personalidad o las descompensaciones psicosociales en los estilos de personalidad normales, podrían explicar los síntomas ansioso-depresivos e influir decisivamente en las necesidades individuales de acudir repetidamente a las consultas.

Para concluir dicho apartado, y a lo largo de las secciones anteriores, hemos introducido el tema de la hiperfrecuentación en la Atención Primaria de Salud y los factores asociados a dicho comportamiento. A través de dicha revisión creemos haber justificado que las personas con un comportamiento de hiperfrecuentación reúnen una serie de características psicológicas y sociales idiosincráticas que las diferencian de las personas consideradas como normofrecuentadoras. Así pues, basándonos en estas evidencias hemos formulado los objetivos e hipótesis que presentamos en el siguiente apartado.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1 Objetivos.

Los objetivos del presente estudio han consistido en:

Objetivo principal:

1. Comparar los usuarios, según sean hiperfrecuentadores o no, atendidos desde el 1 de septiembre de 2007 hasta el 31 de agosto de 2008 con cita previa (CP) y/o urgente (URG) por profesionales de medicina y/o enfermería de su Centro de Atención Primaria de Salud, en relación a diferentes variables psicosociales y clínicas.

Objetivos secundarios:

1. Comparar las características sociodemográficas (renta, estado civil, nivel de estudios y situación laboral) de los usuarios hiperfrecuentadores con las de los normofrecuentadores.
2. Comparar el porcentaje de disfunción en relación al apoyo social y/o familiar de los usuarios hiperfrecuentadores con el de los normofrecuentadores.
3. Comparar el porcentaje de la probabilidad de sufrir ansiedad y/o depresión de los usuarios hiperfrecuentadores con el de los normofrecuentadores.
4. Comparar el número de enfermedades crónicas y la utilización de recursos sanitarios de usuarios hiperfrecuentadores con el de los normofrecuentadores.

5. Comparar los estilos de personalidad de los usuarios hiperfrecuentadores con los de los normofrecuentadores.
6. Establecer si alguna variable de las analizadas predice la hiperfrecuentación de las consultas de medicina y/o enfermería en Atención Primaria de Salud.

2.2 Hipótesis.

A partir de los objetivos anteriormente descritos, para la realización de esta investigación planteamos una hipótesis general y seis específicas:

H1: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores presentarían características psicosociales y clínicas que los diferenciarían entre ellos.

H_{1.1}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se caracterizarían por un determinado perfil sociodemográfico: sin pareja por haberla perdido, nivel de estudios y económico bajo, e inactivos laboralmente.

H_{1.2}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores tendrían mayor percepción de disfunción sociofamiliar y pertenecerían a familias pequeñas que se situarían en las últimas etapas del ciclo vital familiar (V y VI).

H_{1.3}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores sufrirían una mayor probabilidad de ansiedad y/o depresión.

H_{1.4}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores presentarían un número más elevado de enfermedades crónicas y consultarían con más frecuencia a los profesionales sanitarios.

H_{1.5}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se caracterizarían por unos determinados estilos de personalidad, que tendrían en común un estilo de afrontamiento pasivo (dependiente, obsesivo-compulsivo y esquizoide).

H_{1.6}: Puntuaciones elevadas en los estilos de personalidad con un tipo de afrontamiento pasivo predecirían la hiperfrecuentación de las consultas de Atención Primaria de Salud.

3. MÉTODO.

El diseño del estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo.

3.1 Participantes.

Dicho estudio se desarrolló en el ámbito de 13 Equipos de Atención Primaria (EAP), que proporcionan asistencia pública en régimen ambulatorio, del Servicio de Atención Primaria (SAP) Esquerra de Barcelona ciudad, con una población asignada de 363.351 personas.

Los usuarios objeto de estudio fueron los asignados a los 13 EAP del SAP Esquerra de Barcelona mayores de 17 años, y atendidos desde el 1 de septiembre de 2007 hasta el 31 de agosto de 2008 por iniciativa propia (visitas Cita Previa –CP- y/o Urgente –URG-), por profesionales de medicina y/o enfermería de su Centro de Atención Primaria de Salud.

Inicialmente se identificaron 1.318 usuarios del SAP objeto de estudio que cumplieron los tres requisitos (edad, periodo y tipo de visita); de los cuales 789 fueron clasificados como hiperfrecuentadores y el resto fueron clasificados como normofrecuentadores. La selección de los participantes de nuestro estudio se ha hecho a partir de la población asignada y atendida en cualquier EAP del SAP. Clasificando a los usuarios como hiperfrecuentadores o no a partir de la distribución de visitas global del SAP, garantizamos que en cada EAP los hiperfrecuentadores y los normofrecuentadores

se clasifiquen utilizando el mismo criterio. Posteriormente, ambos grupos, los hiperfrecuentadores y los normofrecuentadores se aparearon por sexo y por grupo de edad. La clasificación de los grupos de edad fue: 17-44; 45-64; 65-74; ≥ 75 ; que son los utilizados para calcular la carga asistencial según la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA).

Se consideraron criterios de exclusión: a) el abuso o dependencia de drogas, excluyendo nicotina y tetrahidrocannabinol; b) la comorbilidad con trastornos mentales severos, según criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), que pudieran interferir el transcurso de la entrevista de recogida de datos; c) la comorbilidad con trastornos cognitivos graves o discapacidad sensorial que impidieran un correcto manejo de la entrevista; d) tener una limitación importante de la movilidad, estar incluido/a en el Programa de Atención Domiciliaria (ATDOM/Salud a casa); e) padecer una enfermedad terminal, o f) no aceptar participar en el estudio.

De los 1.318 usuarios inicialmente seleccionados, una vez aplicados los criterios de exclusión, quedaron 998 de los cuales finalmente participaron en el estudio un total de 249, 130 mujeres y 119 varones. La mortalidad estadística se debió, en primer lugar, a no aceptar participar en el estudio (69%) y, en segundo lugar, a la imposibilidad de localizar al participante (31%).

Siguiendo criterios compatibles con estudios de psicología evolutiva se decidió acotar el rango de edad de 25 a 85 años para homogeneizar la muestra, y abarcar períodos comprendidos entre el adulto joven y la vejez por lo que, en último extremo, la muestra final total quedó constituida por 238 usuarios, 125 (52.5%) mujeres y 113 hombres.

Así pues, para el propósito de este estudio, usamos dos muestras apareadas por grupo de edad (según la ESCA) y sexo. La muestra de hiperfrecuentadores consistió en 129 (54,2%) participantes, 69 mujeres ($M = 62.83$ años; $DT = 14.54$) y 60 hombres ($M = 61.43$ años; $DT = 15.24$). La muestra de normofrecuentadores comprendió 109 participantes, 56 mujeres ($M = 61.68$ años; $DT = 15.02$) y 53 hombres ($M = 66.91$ años; $DT = 12.34$).

3.2 Instrumentos.

A la totalidad de participantes de la muestra, y en situación de entrevista, se les administró los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos. La información se recogió mediante un cuestionario diseñado para tal efecto con las siguientes variables:

- *Edad.*
- *Sexo:* Hombre/Mujer.
- *Estado civil* (las categorías se han extraído del registro en la historia clínica informatizada (eCAP)): soltero, separado, viudo, en pareja, casado en primeras nupcias, casado en segundas nupcias, divorciado, otros.
- *Nivel de estudios* (las categorías se han extraído del registro en la historia clínica informatizada (eCAP)): analfabeto, lee y escribe, graduado escolar, ESO, COU/Bachiller, diplomado, licenciado, otros.

- *Renta mensual* (las categorías se han extraído del registro en la historia clínica informatizada (eCAP)): (€ /MES): <500, 500-1000, 1001-1500, 1501-2000, >2000.
- *Situación laboral* (las categorías se han extraído del registro en la historia clínica informatizada (eCAP): paro con subsidio, paro sin subsidio, pensionista jubilado, pensionista invalidez, pensionista viudedad, ama de casa, estudiante, activo temporal, activo fijo).
- *Ciclo vital familiar* según modelo reducido de Duvall (Tennyson, 1991): Ciclo vital familiar: Etapa I (Formación: desde el matrimonio al nacimiento primer hijo). Etapa IIA (Extensión: desde que nace el primer hijo hasta que cumple 11 años). Etapa IIB (Extensión: desde que el primer hijo tiene 11 años hasta que nace el último hijo). Etapa III (Final de la Extensión: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar). Etapa IV (Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo). Etapa V (Final de la contracción: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge). Etapa VI (Disolución: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente).
- *Tamaño y estructura familiar* utilizando la clasificación de De la Revilla y Fleitas (1991): Familia monoparental (un solo cónyuge y sus hijos). Familia nuclear (padres y sus hijos) con parientes próximos (en la misma localidad). Familia nuclear sin parientes próximos. Familia nuclear ampliada (con parientes o con agregados). Familia reconstituida (formada por dos

adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo habido de una relación anterior). Familia extensa (más de dos generaciones en el mismo hogar). Equivalentes familiares (personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional). Personas sin familia (persona que vive sola).

2. Cuestionario APGAR familiar (APGAR; Bellón y col., 1996; Smilkstein, 1979). Se utiliza para detectar disfunción familiar. Consta de cinco preguntas con tres posibles respuestas a cada una de ellas (“casi nunca”, “algunas veces”, “casi siempre”). El entrevistado debe dar una única contestación por pregunta a la que se le asignarán 0-1-2 puntos, respectivamente. Sumando las cinco respuestas se obtiene la puntuación final, en función de la cual se establece normofunción (de 7 a 10 puntos), disfunción familiar moderada (de 4 a 6 puntos) y disfunción familiar grave (de 0 a 3 puntos). Cada una de las preguntas se corresponde con una función diferente: apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. En el trabajo original, el análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los cinco ítems miden aspectos del mismo concepto: la disfunción familiar. Se trata de una técnica rápida y sencilla, motivo por el que ha venido recomendándose para las consultas de APS como instrumento para el abordaje de los problemas familiares. Ha sido validado en nuestro medio (Bellón y col., 1996) con una fiabilidad test-retest superior a 0.75, y una buena consistencia interna (alpha de Cronbach = 0.84).

3. Escala de apoyo social funcional DUKE-UNC-11 (DUFFS; De la Revilla y col., 1991; Broadhead y col., 1988). Es un instrumento que fue diseñado en 1982 en la

Universidad de Duke, en Carolina del Norte y posteriormente fue modificado por Broadhead y colaboradores (1988). Es lo suficientemente reducido como para que pueda emplearse en las consultas de APS, destaca por su sencillez y brevedad. Se trata de un cuestionario de autoevaluación formado por once ítems que evalúa el apoyo social percibido (no el real) midiendo distintas dimensiones del apoyo social. Recoge la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, sobre las facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Así pues, se obtienen valores referidos a apoyo social funcional (confidencial y afectivo), y se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones que van del 1 (mucho menos) a 5 (tanto como deseo). Al realizar la suma total de puntos de las preguntas, la puntuación máxima que se puede obtener es de 55, y la mínima de 11, siendo la media de 33. Si la puntuación final está por debajo de 32 se considera bajo apoyo social. La escala nos da tres valores: el apoyo total percibido por el encuestado, el afectivo y el confidencial. Los valores de apoyo afectivo se encuentran entre 25 de máximo y 5 de mínimo, con una media de apoyo de 15; cifras inferiores indican bajos recursos afectivos. El apoyo confidencial tiene un máximo de 30 y un mínimo de 6 puntos y una media de 18. Todos los valores por debajo de 18 expresan bajo apoyo confidencial. Según su autor, la calidad del apoyo social es mejor predictora de la salud que el apoyo estructural, justificando así su uso. Fue validado en nuestro medio mostrando buenas propiedades psicométricas (Bellón y col., 1996; De la Revilla y col., 1991). Los resultados del estudio de Ayala y colaboradores (2012) muestran que el cuestionario DUFSS es una medida aceptable, consistente, válida y precisa, para determinar el grado de apoyo social en la población adulta mayor no institucionalizada en España.

4. Disfunción sociofamiliar. No hemos encontrado estudios, ni en nuestro ámbito ni internacionales, que relacionen la red social con la hiperfrecuentación y el consumo de recursos asistenciales en los términos en los que se plantean en este estudio, por lo que la definición operacional de la variable disfunción sociofamiliar no tiene referencias en la literatura al uso. Es una variable generada a partir de las puntuaciones del DUKE y APGAR y la clasificamos en: severa (puntuación escala Duke < 32 y APGAR familiar \leq 3), moderada (puntuación escala Duke < 32 y APGAR familiar entre 4 y 6), leve (puntuación escala Duke < 32) y sólo disfunción familiar (APGAR familiar \leq 6 y puntuación de Duke \geq 32).

5. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; Goldberg y col., 1988). Se utilizan para el cribaje de trastornos de ansiedad y depresión. Heteroadministrado, es frecuente su utilización en Atención Primaria y no requiere mucho tiempo para su administración. Su utilización constituye una herramienta extraordinariamente eficaz y sencilla para el quehacer diario de los profesionales sanitarios. Consta de nueve preguntas para cada una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas sí/no. Las cuatro primeras preguntas son obligatorias para ambas escalas. En el caso de la subescala de ansiedad, las cinco últimas preguntas sólo se formulan si hay 3 o más respuestas afirmativas, y en el caso de la subescala de depresión si hay alguna respuesta afirmativa. Los puntos de corte son \geq 4 para la ansiedad y \geq 2 para la depresión; lo que indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión. La validación española se realizó para la Atención Primaria de Salud en Zaragoza y no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión, o ambas en casos mixtos, con una sensibilidad del 83,1% y especificidad del 81,8%; sino que discrimina entre ellos y

dimensiona sus respectivas intensidades (Montón, Pérez, Campos, García, y Lobo, 1993).

6. Las variables relacionadas con la **comorbilidad** y el **consumo asistencial** se han extraído del registro en la historia clínica informatizada (eCAP).

- *Comorbilidad*: número de enfermedades crónicas de cada paciente que consten en la lista de problemas activos de la historia clínica informatizada.

- *Consumo asistencial en el último año*: media de medicamentos en prescripción continuada, número de envases consumidos, número de derivaciones a especialistas, número de pruebas complementarias (analíticas, pruebas radiológicas, espirometrías, electrocardiogramas), número de visitas con médico de familia, número de visitas con enfermería y número de visitas con otros profesionales del Equipo de Atención Primaria.

7. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Millon y Davis, 1997).

Instrumento autoadministrado de 175 ítems de respuesta verdadero/falso. Fue diseñado en base al sistema diagnóstico de los trastornos mentales DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y a la teoría de personalidad de Millon (1976). En este estudio se consideraron las 24 escalas clínicas y las 3 escalas de corrección de que se compone. La división entre escalas por trastornos de la personalidad (14) y escalas por síndromes clínicos (10) pretende que las interpretaciones del MCMI-III sean congruentes con la lógica multiaxial del DSM-IV. Utiliza escalas diferentes que determinan el estilo de rasgos distintivos de la estructura básica de personalidad y el

nivel de mayor patología de estas estructuras. De la misma manera, los síndromes moderadamente graves, especialmente los de tipo neurótico, se separan y se evalúan independientemente de otras características paralelas pero de naturaleza más psicótica. Dicho instrumento proporciona puntuaciones tasa base (TB), según baremos de población comunitaria y clínica española, diferenciados para varones y mujeres (Cardenal y Sánchez, 2007). El rango de puntuaciones va de 0 a 115, excepto para las escalas de Deseabilidad social (Y) y Devaluación (Z) que va de 0 a 100, respectivamente. Se considera que puntuaciones superiores a 74 indican elevada probabilidad de presencia de trastorno, y puntuaciones por encima de 84 se interpretan como una mayor probabilidad de éste (Choca, 2004; Cardenal y Sánchez, 2007). De todas maneras, las puntuaciones TB del MCMI-III no siguen una distribución normal, pequeños cambios en las puntuaciones directas tienen un alto impacto en las elevaciones de las puntuaciones TB por lo que sería más apropiado, al comparar grupos, tomar como significativas puntuaciones alrededor de 70 (Vanem, Krog, y Hartmann, 2008). Sin embargo, de acuerdo con Knabb y Vogt (2011) seguiremos el diseño original del MCMI-III.

El MCMI se ha usado ampliamente y ha sido minuciosamente validado en la literatura clínica. El cuestionario ha obtenido un coeficiente alfa entre 0.65 y 0.88, y una fiabilidad test-retest de 0.91 (Cardenal y Sánchez, 2007).

3.3 Procedimiento.

En Octubre de 2008, de los 363.351 usuarios asignados al Servicio de Atención Primaria (SAP) Esquerra de Barcelona ciudad, se seleccionaron los participantes

mediante las listas del sistema de registro informático de Atención Primaria (SIAP) que entre el 1 de septiembre de 2007 y el 31 de agosto de 2008, hubieran realizado 18 visitas o más a demanda (cita previa y/o urgente) en su centro de atención primaria (CAP) de referencia, a su médico de familia y/o enfermera. Se incluyeron usuarios, asignados a los 13 EAP del SAP objeto de estudio, mayores de 17 años.

Desde el mes de Enero al mes de Abril de 2009 las trabajadoras sociales sanitarias de cada Equipo de Atención Primaria, supervisadas por el autor del presente estudio revisaron la historia clínica informatizada (eCAP) de los primeros 440 usuarios seleccionados como hiperfrecuentadores y como normofrecuentadores para revisar los criterios de exclusión. En Mayo de 2009 a los participantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión se les remitió, por correo ordinario, una carta donde se explicaba el motivo del estudio y se les comunicaba que en un breve plazo de tiempo se contactaría telefónicamente para pedir su consentimiento y acordar una entrevista en su centro de salud de referencia.

En los meses de Abril y Mayo de 2009 trabajadoras sociales remuneradas, recibieron formación por parte del investigador con el objetivo de homogeneizar al máximo la recogida de datos. En el mes de Junio, del mismo año, ellas mismas fueron las encargadas de llevar a cabo la llamada telefónica para concretar el día y la hora de la cita. Las entrevistas se realizaron, en el periodo comprendido entre los meses de Junio a Diciembre de 2009, en un despacho ubicado en cada uno de los Centros de Atención Primaria habilitado para este propósito. El esquema de la entrevista consistió en una primera parte semiestructurada, en la que se preguntaba sobre los datos sociodemográficos y otra, en la que se les administró la batería de cuestionarios. Idéntico procedimiento se realizó con el resto de participantes, hasta completar la

revisión de la historia clínica de los 1.318 usuarios de la muestra inicial y las entrevistas al total de los 249 participantes. El proceso concluyó en el mes de Junio de 2011.

Desde el mes de Septiembre al mes de Noviembre de 2011 las trabajadoras sociales sanitarias de cada Equipo de Atención Primaria junto con el investigador del estudio, revisaron la Historia Clínica para consignar la patología crónica y el consumo asistencial.

De Diciembre de 2011 a Mayo de 2012 se realizó la entrada de datos en la base informatizada y se procedió al control de calidad de la base de datos.

El protocolo fue aprobado por el CEIC de la Fundación Jordi Gol i Gurina y siguió los principios de la Declaración de Helsinki (Rickham, 1964). Se aseguró la confidencialidad y anonimato de los datos, según la ley 15/1999, tanto en la fase de ejecución del proyecto como en las presentaciones o publicaciones que se deriven. En la base de datos no constó ninguna referencia a la identidad de los participantes.

Se proporcionó la información por escrito y los participantes pudieron preguntar sobre los detalles del estudio. Así mismo, se obtuvo el impreso firmado de consentimiento informado. Las trabajadoras sociales remuneradas sólo tuvieron acceso a los datos necesarios para realizar las llamadas telefónicas. La participación de los usuarios en el estudio ha sido, en todo momento, voluntaria y no se ofreció ninguna remuneración.

Se solicitó, también, la autorización de los directores de todos los centros de Atención Primaria para poder acceder a las historias clínicas y a las instalaciones.

3.4 Análisis estadístico.

El análisis estadístico de los datos lo hemos realizado con el sistema Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18.0 para Windows.

Comprobamos la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas con la prueba de Kolmogorov-Smirnof. Realizamos un análisis descriptivo de las variables sociales y clínicas. La descripción de las variables categóricas se efectuó mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95%, y la de las cuantitativas mediante las medias y desviaciones típicas. Para evaluar las diferencias entre grupos, se utilizó la prueba *t* de Student de comparación de medias para grupos independientes y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen. Así mismo, se utilizó la prueba del χ^2 para contrastar las variables categóricas. Con el propósito de identificar qué variables sociales y psicológicas se asociaban a la hiperfrecuentación y la capacidad discriminante de las mismas, se construyeron diversos modelos de regresión logística (método Backward stepwise). En los diferentes modelos se incluyeron las variables que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariante. La bondad de ajuste de los modelos propuestos se ha evaluado con el test de Hosmer y Lemeshow.

Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. Se considerarán significativos los valores de $p < .05$

4. RESULTADOS.

4.1 Estadística descriptiva y análisis bivariado.

Como ya hemos especificado anteriormente, para el propósito de este estudio, usamos dos muestras apareadas por edad y sexo. La muestra de hiperfrecuentadores consistió en 129 usuarios (54.2%) y la muestra de normofrecuentadores comprendió 109 usuarios. A continuación mostramos los descriptivos de las variables sociales e individuales en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

4.1.1 Datos sociodemográficos.

La Tabla 1 muestra que, al estar apareados, ambos grupos no se diferencian significativamente ni en sexo ($\chi^2 = 0.106$; $p = 0.745$) ni en edad ($t = 1.086$; $p = 0.278$).

En relación al estado civil ambos grupos tampoco se diferencian significativamente, siendo la distribución similar entre ellos. Vemos que se da una mayor proporción de usuarios en la categoría casados en primeras nupcias, estando más representada dicha categoría en el grupo hiperfrecuentador (56% vs. 54%).

Aunque ambos grupos tampoco se diferencian significativamente en el nivel de estudios, vemos que la distribución porcentual es diferente entre ellos, siendo el graduado escolar el nivel de estudios predominante, estando dicha categoría más frecuentemente presente en el grupo hiperfrecuentador (30% vs. 23%).

En cuanto al nivel de renta, vemos que, aunque ambos grupos no se diferencian significativamente, el patrón de la distribución es diferente entre ellos. Mientras que en el grupo hiperfrecuentador se da una mayor proporción de usuarios con rentas inferiores a 1000 euros/mes (72%), esta tendencia se manifiesta invertida en el grupo normofrecuentador donde aparece una mayor proporción de usuarios con renta superior a 1000 euros/mes (32%).

En relación a la situación laboral ambos grupos sí se diferencian significativamente, siendo la categoría predominante en ambos la de pensionista jubilado. Dicha categoría está más frecuentemente presente en el grupo normofrecuentador (51% vs. 37%). Teniendo en cuenta la media de edad de ambos grupos, la mayor discrepancia en cuanto a situación laboral se da en la categoría pensionista por invalidez con una diferencia de 14 puntos (20% vs. 6%), estando dicha categoría más representada en el grupo hiperfrecuentador.

Tabla 1

Descriptivos de las variables sociodemográficas en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>n</i> = 129	<i>n</i> = 109		
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>		
<i>Edad</i>				
Total muestra	62.18 (14.83)	64.22 (13.97)	1.09	.278
	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>		
	<i>n</i> = 129	<i>n</i> = 109		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
<i>Sexo</i>				
			0.11	.745
Hombres	60 (46.5)	53 (48.6)		
Mujeres	69 (53.5)	56 (51.4)		
<i>Estado civil</i>				
			3.91	.790
Soltero	18 (14.0)	15 (13.8)		
Separado	6 (4.7)	4 (3.7)		
Viudo	15 (11.6)	15 (13.8)		
En pareja	6 (4.7)	9 (8.3)		
1ª nupcias	72 (55.8)	59 (54.1)		
2ª nupcias	6 (4.7)	3 (2.8)		
Divorciado	6 (4.7)	3 (2.8)		
<i>Nivel de estudios</i>				
			4.46	.725
Analfabeto	4 (3.1)	1 (0.9)		
Lee y escribe	22 (17.1)	21 (19.3)		
Graduado escolar	38 (29.5)	25 (22.9)		
ESO	4 (3.1)	5 (4.6)		
COU/Bachiller	24 (18.6)	21 (19.3)		
Diplomado	10 (7.8)	11 (10.1)		
Licenciado	18 (14.0)	20 (18.3)		

Tabla 1: (Continuación)

	<u>Hiperfrecuentadores</u> n = 129	<u>Normofrecuentadores</u> n = 109		
	n (%)	n (%)	χ^2	p
Otros	9 (7.0)	5 (4.6)		
<i>Nivel de renta</i>			1.24	.872
<500	24 (16.6)	17 (15.2)		
500-1000	71 (55.0)	59 (52.7)		
1001-1500	6 (4.7)	8 (7.1)		
1501-2000	18 (14.0)	17 (15.2)		
>2000	10 (7.8)	10 (9.4)		
<i>Situación laboral</i>			15.37	.032
Paro con subsidio	12 (9.4)	6 (5.5)		
Paro sin subsidio	2 (1.6)	3 (2.8)		
Pensionista jubilado	47 (37.0)	56 (51.4)		
Pensionista invalidez	25 (19.7)	7 (6.4)		
Pensionista viudedad	9 (7.1)	5 (4.6)		
Ama de casa	9 (7.1)	6 (5.5)		
Activo fijo	22 (17.3)	22 (20.2)		
Activo temporal	1 (0.8)	4 (3.7)		

Debido a que las variables sociodemográficas han sido codificadas de manera pormenorizada en muchas categorías, algunas de ellas⁵ han sido reagrupadas en categorías de orden superior para facilitar la interpretación. La Tabla 1.1 presenta la información recodificada para ambos grupos.

Con esta nueva agrupación, en relación al nivel de estudios, vemos que, en el grupo hiperfrecuentador la categoría predominante es la de estudios primarios (32%), mientras que en el grupo normofrecuentador la categoría predominante es la de estudios superiores (30%).

En cuanto al nivel de renta, vemos que, la categoría predominante en ambos grupos es la renta media. Sin embargo, comparando ambos grupos, las rentas bajas están más representadas en el grupo hiperfrecuentador mientras que las rentas altas en el normofrecuentador.

En relación a la situación laboral ambos grupos se diferencian significativamente. La mayor discrepancia entre ambos se da en la categoría no activo por enfermedad, estando más frecuentemente presente en el grupo hiperfrecuentador (20% vs. 6%).

⁵ Concretamente, la variable estado civil no ha sido reagrupada al estar formada por categorías discretas.

Tabla 1.1

Descriptivos de las variables nivel de estudios, nivel de renta y situación laboral recodificadas en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 129	n = 109		
	n (%)	n (%)		
<i>Nivel de estudios</i>			2.11	.550
Sin estudios	26 (21.7)	22 (21.2)		
Primaria	38 (31.7)	25 (24.0)		
Secundaria	28 (23.3)	26 (25.0)		
Superior	28 (23.3)	31 (29.8)		
<i>Nivel de renta</i>			1.83	.400
<500	24 (18.6)	16 (14.7)		
500-1000	71 (55.0)	56 (51.4)		
>1000	34 (26.4)	37 (33.9)		
<i>Situación laboral</i>			9.07	.011
Activo	23 (18.1)	26 (23.9)		
No activo tiempo libre	79 (62.2)	76 (69.7)		
No activo enfermedad	25 (19.7)	7 (6.4)		

Nota. Nivel de estudios: “sin estudios” = analfabeto + lee y escribe, “primaria” = graduado escolar, “secundaria” = ESO+COU/Bachiller, “superior” = diplomados/as + licenciados/a; Nivel de renta: “<500” = <500, “500-1000” = 500-1000, “>1000” = 1001-1500 + 1501-2000 + >2000; Situación laboral: “activo” = activo fijo + activo temporal, “no activo tiempo libre” = paro con subsidio + paro sin subsidio + pensionista jubilado + pensionista viudedad + ama de casa, “no activo por enfermedad” = pensionista invalidez.

Para resumir los resultados relativos a las variables sociodemográficas, los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores no obtienen diferencias estadísticamente significativas en el estado civil, ni en el nivel de estudios, ni tampoco en el nivel de rentas. Sin embargo sí se diferencian en cuanto a su situación laboral, siendo el grupo hiperfrecuentador el que presenta una mayor proporción de usuarios con pensión por invalidez, mientras que en el grupo normofrecuentador predominan los pensionistas por jubilación. Agrupando dicha categoría en tres niveles, vemos que la mayor discrepancia se da en la categoría no activo por enfermedad (20% vs. 6%).

4.1.2 Datos sociofamiliares.

La Tabla 2 muestra los valores obtenidos en relación a las variables ciclo vital familiar, estructura familiar, disfunción familiar, disfunción social y disfunción sociofamiliar en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no. Ambos grupos no se diferencian significativamente en ninguna de las variables sociofamiliares recogidas.

En relación al ciclo vital, vemos que ambos grupos presentan una distribución similar en todas las categorías, siendo las dos Etapas finales (V y VI) las más representadas en ambos grupos (55% vs. 57%).

En cuanto a la estructura familiar ambos grupos también presentan un patrón de la distribución similar, siendo la categoría predominante la estructura nuclear con parientes (59% vs. 60%).

Respecto a la disfunción familiar, ambos grupos presentan una distribución porcentual parecida entre ellos, siendo la ausencia de disfunción la más representada. Sin embargo, ambos grupos muestran una gran discrepancia en relación a la disfunción familiar severa, estando dicha categoría mucho más presente en el grupo hiperfrecuentador (11% vs. 5%).

Así mismo, en cuanto a la variable apoyo social percibido, la ausencia de disfunción también es la categoría predominante, estando más representada en el grupo normofrecuentador. En el grupo hiperfrecuentador los usuarios manifiestan un mayor grado de disfunción del apoyo social percibido (14% vs. 9%).

En relación a la disfunción sociofamiliar, el patrón de la distribución es similar en ambos grupos. Sin embargo, la categoría ausencia de disfunción sociofamiliar se halla mucho más representada en el grupo normofrecuentador que en el grupo hiperfrecuentador (82% vs. 72%).

Tabla 2

Descriptivos de las variables sociofamiliares en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 129	n = 109		
	n (%)	n (%)		
<i>Ciclo vital</i>			0.36	.999
Etapa I	23 (18.1)	17 (15.7)		
Etapa IIA	3 (2.4)	3 (2.8)		
Etapa IIB	5 (3.9)	4 (3.7)		
Etapa III	6 (4.7)	6 (5.6)		
Etapa IV	19 (15.0)	16 (14.8)		
Etapa V	44 (34.6)	39 (36.1)		
Etapa VI	27 (21.3)	23 (21.3)		
<i>Estructura familiar</i>			2.20	.948
Monoparental	14 (10.9)	11 (10.2)		
Nuclear con parientes	75 (58.6)	65 (60.2)		
Nuclear sin parientes	20 (15.6)	16 (14.8)		
Reconstituida	3 (2.3)	4 (3.7)		
Ampliada	0 (0.0)	1 (0.9)		
Extensa	6 (4.7)	4 (3.7)		
Equivalente familiar	3 (2.3)	3 (2.8)		
Sin familia	7 (5.5)	4 (3.7)		

Tabla 2: (Continuación)

	<u>Hiperfrecuentadores</u> n = 129	<u>Normofrecuentadores</u> n = 109		
	n (%)	n (%)	χ^2	p
<i>Disfunción familiar</i>				
			3.35	.187
Severa	14 (10.9)	5 (4.7)		
Moderada	22 (17.1)	16 (15.1)		
No	93 (72.1)	85 (80.2)		
<i>Disfunción del apoyo social percibido</i>				
			1.52	.217
Sí	17 (14.2)	9 (8.8)		
No	103 (85.8)	93 (91.2)		
<i>Disfunción sociofamiliar</i>				
			3.06	.547
No disfunción sociofamiliar	93 (72.1)	89 (81.7)		
Sí disfunción familiar	19 (14.7)	11 (10.1)		
Disfunción social leve	4 (3.1)	2 (1.8)		
Disfunción social moderada	8 (6.2)	4 (3.6)		
Disfunción social severa	5 (3.9)	3 (2.8)		

Al igual que hemos hecho con las variables sociodemográficas, algunas variables sociofamiliares también han sido reagrupadas en categorías de orden superior. La Tabla 2.1 presenta esta nueva agrupación.

En relación al ciclo vital familiar, en ambos grupos predomina la categoría sin hijos (35% vs. 36%). En cuanto a la estructura familiar, vemos que la distribución de las categorías es muy similar en ambos grupos predominando la estructura familiar extensa.

Respecto a la disfunción familiar, a pesar de no hallar diferencias significativas, sí que se muestran patrones diferentes en las proporciones. Comparando ambos grupos vemos que en el grupo hiperfrecuentador se da un mayor porcentaje de disfunción (28% vs. 20%), mientras que la ausencia de disfunción se da mayoritariamente en el grupo normofrecuentador (80% vs. 72 %).

En relación a la disfunción sociofamiliar, vemos que es en el grupo hiperfrecuentador donde se da una mayor proporción de usuarios con disfunción sociofamiliar (28% vs. 18%), mientras que en el grupo normofrecuentador la ausencia de disfunción sociofamiliar predomina (82% vs. 72%).

Tabla 2.1

Descriptivos de las variables ciclo vital familiar, estructura familiar, disfunción familiar y disfunción sociofamiliar recodificadas en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 129	n = 109		
	n (%)	n (%)		
<i>Ciclo vital</i>			0.25	.970
Formación	23 (18.1)	17 (15.7)		
Con hijos	33 (26.0)	29 (26.9)		
Sin hijos	44 (34.6)	39 (36.1)		
Muerte cónyuge	27 (21.3)	23 (21.3)		
<i>Estructura familiar</i>			0.27	.873
Sin familia	10 (7.8)	7 (6.5)		
Nuclear	34 (26.6)	27 (25.0)		
Extensa	84 (65.6)	74 (68.5)		
<i>Disfunción familiar</i>			2.08	.150
Sí	36 (27.9)	21 (19.8)		
No	93 (72.1)	85 (80.2)		
<i>Disfunción sociofamiliar</i>			3.00	.083
Sí	36 (27.9)	20 (18.3)		
No	93 (72.1)	89 (81.7)		

Nota. Ciclo vital familiar: “Formación” = Etapa I, “con hijos” = Etapa IIA + Etapa IIB + Etapa III + Etapa IV, “sin hijos” = Etapa V, “muerte cónyuge” = Etapa VI; Estructura familiar: “sin familia” = sin familia+equivalente familiar, “nuclear” = monoparental + nuclear sin parientes, “extensa” = nuclear con parientes + reconstituida + ampliada + >2 generaciones; Disfunción familiar: “no” = no disfunción familiar, “sí” = severa+moderada; Disfunción sociofamiliar: no = no disfunción sociofamiliar, sí = disfunción social leve + disfunción social moderada + disfunción social severa + disfunción familiar.

En cuanto al apoyo social funcional, la Tabla 2.2 muestra que los usuarios hiperfrecuentadores obtienen puntuaciones más bajas, tanto en las subescalas como en la escala total, aunque sólo la subescala relacionada con el apoyo Afectivo obtiene puntuaciones estadísticamente significativas. Respecto al apoyo social total, percibido y reportado por ambos grupos, los resultados indican que fue positivo, con una media de apoyo que se sitúa por encima de los 41 puntos, sobre un máximo de 55 puntos.

Tabla 2.2

Descriptivos de la variable apoyo social funcional en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 129	<i>n</i> = 109			
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>			
<i>Apoyo social funcional</i>					
Afectivo	18.09 (4.95)	19.31 (4.36)	1.97	.050	0.26
Confidencial	23.54 (5.57)	23.72 (5.22)	0.26	.794	0.03
Total	41.67 (9.77)	43.01 (8.64)	1.08	.283	0.15

Para concluir este apartado, según los datos obtenidos de la muestra estudiada, en relación al patrón de distribución de cada una de las variables sociofamiliares recogidas, los usuarios del grupo hiperfrecuentador en comparación con el grupo normofrecuentador no se diferencian significativamente en ninguna de ellas. Ambos

grupos tampoco se diferencian significativamente en apoyo social funcional total ni en apoyo social funcional confidencial. No obstante, ambos grupos sí se diferencian significativamente en apoyo social funcional afectivo siendo el grupo hiperfrecuentador el que obtiene una puntuación más baja.

4.1.3 Datos de las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg.

La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos en las escalas de Goldberg. Ambos grupos se diferencian significativamente en cuanto a la probabilidad de manifestar ansiedad y depresión.

En relación a la probabilidad de manifestar depresión, el grupo hiperfrecuentador muestra una probabilidad similar en ambas categorías, mientras que el grupo normofrecuentador tiene una baja probabilidad de presentar depresión (81%). Respecto a la probabilidad de mostrar ansiedad, este patrón se manifiesta invertido en ambos grupos siendo el grupo hiperfrecuentador el que presenta una mayor proporción de usuarios con elevada probabilidad de manifestar ansiedad (69%), mientras que en el grupo normofrecuentador predomina la ausencia de probabilidad de mostrar ansiedad (61%).

Tabla 3

Descriptivos de la variable probabilidad de ansiedad-depresión en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 129	n = 109		
	n (%)	n (%)		
<i>Depresión</i>			16.66	.000
Elevada probabilidad	57 (44.2)	21 (19.3)		
No probabilidad	72 (55.8)	88 (80.7)		
<i>Ansiedad</i>			20.87	.000
Elevada probabilidad	89 (69.0)	43 (39.4)		
No probabilidad	40 (31.0)	66 (60.6)		

4.1.4 Datos de las enfermedades crónicas y del consumo sanitario.

La Tabla 4 muestra los resultados en relación al consumo sanitario y las enfermedades crónicas. Los resultados indican que ambos grupos se diferencian significativamente en todas las variables recogidas, siendo el grupo de usuarios hiperfrecuentadores el que puntuó más alto en todas las categorías. La categoría número de visitas con médico de familia es la que presentó un mayor tamaño del efecto, seguida a distancia de las categorías media de medicamentos en prescripción continuada y número de visitas con enfermería.

Tabla 4

Descriptivos de las variables consumo sanitario y enfermedades crónicas en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 129	<i>n</i> = 109			
	Media (DT)	Media (DT)			
<i>Medprescont</i>	20.23 (13.66)	8.86 (7.49)	7.43	.000	1.03
<i>Nº Enva consum</i>	73.69 (59.65)	41.36 (44.01)	4.48	.000	0.62
<i>Nº Derivaciones</i>	3.31 (2.82)	1.52 (2.22)	5.13	.000	0.71
<i>Nº Pruebacomp</i>	3.14 (3.03)	1.23 (1.48)	5.78	.000	0.80
<i>Nº VisMF</i>	18.35 (8.34)	5.39 (4.69)	13.86	.000	1.92
<i>Nº Visenf</i>	8.45 (8.53)	2.58 (5.01)	6.08	.000	0.84
<i>Nº Visotrosprof</i>	2.93 (5.97)	1.33 (2.43)	2.52	.012	0.35
<i>Nº enfcrónicas</i>	6.32 (4.32)	3.65 (3.42)	5.01	.000	0.69

Nota. Todas las variables se han recogido en un año. “Medprescont” = media de medicamentos en prescripción continuada, “Nº Enva consum” = número de envases consumidos, “Nº Derivaciones” = número de derivaciones a especialistas, “Nº Pruebacomp” = número de pruebas complementarias (analíticas, pruebas radiológicas, espirometrías, electrocardiogramas), “Nº VisMF” = número de visitas con médico de familia, “Nº Visenf” = número de visitas con enfermería, “Nº Visotrosprof” = número de visitas con otros profesionales del Equipo de Atención Primaria, “Nº enfcrónicas” = número de enfermedades crónicas de cada paciente que consten en la lista de problemas activos de la historia clínica informatizada.

4.1.5 Datos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

La Tabla 5 muestra los resultados obtenidos en relación a las puntuaciones tasa base (TB) de las 27 escalas del MCMI-III. Completaron el Inventario MCMI-III el total de la muestra estudiada (*n* = 238). No obstante, 19 cuestionarios fueron eliminados (13

de usuarios hiperfrecuentadores y 6 de normofrecuentadores) por presentar puntuaciones invalidas en los índices modificadores de Validez y/o Sinceridad (X).

En cuanto a los índices modificadores, Sinceridad, Deseabilidad social (Y) y Devaluación (Z) ambos grupos se diferencian significativamente en los tres índices. El índice Deseabilidad social es el que presentó un mayor tamaño del efecto. El grupo de usuarios hiperfrecuentadores puntuó significativamente más alto en Sinceridad y Devaluación, y más bajo en Deseabilidad social.

Respecto a los patrones clínicos de personalidad, vemos que, ambos grupos se diferencian significativamente en las escalas de personalidad Depresiva (2B), Dependiente (3), Compulsiva (7) y Negativista (8A). En el grupo hiperfrecuentador las escalas con puntuaciones más elevadas fueron personalidad Compulsiva, seguida de la Narcisista (5) y de la Esquizoide (1), mientras que en el grupo normofrecuentador los tres perfiles más elevados se dan en la escala Compulsiva, superior a los 74 puntos, seguida de la Narcisista y de la Histriónica (4). En cuanto a los tres patrones patológicos de personalidad, los resultados indican que el grupo hiperfrecuentador obtiene puntuaciones más elevadas en las tres categorías, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa en todos los casos. La escala de personalidad Límite (C) es la que presentó un mayor tamaño del efecto.

En relación a los síndromes clínicos, ambos grupos se diferenciaron significativamente en todos ellos a excepción del de Dependencia del alcohol (B). En todos los síndromes, el grupo hiperfrecuentador es el que obtuvo una puntuación más elevada. Respecto a los tres síndromes clínicos severos, el grupo hiperfrecuentador es el que obtiene puntuaciones más elevadas en los tres, siendo la diferencia estadísticamente significativa en todos los casos. La escala de Depresión mayor (CC) es la que presentó un mayor tamaño del efecto.

Tabla 5

Descriptivos de las variables del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 116	<i>n</i> = 103			
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>			
<i>Índices modificadores</i>					
X Sinceridad	51.78 (18,64)	43.20 (16,63)	3.58	.000	0.49
Y Deseabilidad	73.09 (19,22)	78.37 (14,40)	2.27	.024	0.96
Z Devaluación	48.24 (22,29)	35.76 (19,24)	4.41	.000	0.60
<i>Patrones clínicos de personalidad</i>					
1 Esquizoide	53.75 (17,14)	49.74 (19,86)	1.60	.110	0.22
2A Evitativa	39.56 (26,64)	33.42 (23,26)	1.85	.066	0.25
2B Depresiva	32.33 (23,80)	24.86 (23,10)	2.35	.020	0.31
3 Dependiente	47.25 (22,31)	38.37 (23,73)	2.53	.012	0.39
4 Histriónica	50.76 (19,06)	52.76 (18,28)	0.79	.431	0.10
5 Narcisista	63.81 (15,99)	64.65 (15,02)	0.39	.690	0.05
6A Antisocial	39.01 (22,97)	32.99 (22,40)	1.96	.052	0.26
6B Agresiva (sádica)	38.92 (21,33)	34.59 (21,22)	1.85	.066	0.20
7 Compulsiva	66.90 (20,66)	74.32 (15,32)	2.99	.003	0.40
8A Negativista (pasivo-agresivo)	42.36 (22,29)	33.92 (20,34)	2.91	.004	0.40
8B Autodestructiva	33.49 (22,36)	26.49 (30,68)	1.95	.053	0.26

Tabla 5: (Continuación)

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 116	<i>n</i> = 103			
	Media (DT)	Media (DT)			
<i>Patrones patológicos de personalidad</i>					
S Esquizotípica	34.72 (25.23)	25.48 (23.56)	2.79	.006	0.38
C Límite	30.38 (21.57)	22.00 (20.19)	2.96	.003	0.40
P Paranoide	52.16 (23.05)	44.24 (23.52)	2.51	.013	0.34
<i>Síndromes clínicos</i>					
A Trastorno de ansiedad	56.76 (32.68)	29.93 (26.51)	5.12	.000	0.90
H Trastorno somatomorfo	47.12 (29.57)	30.63 (28.45)	4.51	.000	0.57
N Trastorno bipolar	48.31 (23.85)	40.96 (24.64)	2.24	.026	0.30
D Trastorno distímico	39.52 (30.87)	22.10 (25.00)	4.55	.000	0.62
B Dependencia del alcohol	48.66 (20.46)	43.85 (21.35)	1.69	.091	0.23
T Dependencia de sustancias	36.93 (25.72)	29.15 (24.14)	2.30	.022	0.31
R Trastorno estrés postraumático	38.68 (26.11)	25.04 (25.08)	3.93	.000	0.53

Tabla 5: (Continuación)

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i> = 116	<i>n</i> = 103			
	<i>Media (DT)</i>	<i>Media (DT)</i>			
<i>Síndromes clínicos severos</i>					
SS Trastorno del pensamiento	36.98 (25.38)	22.16 (21.47)	4.64	.000	0.63
CC Depresión mayor	40.22 (28.17)	21.50 (23.82)	5.16	.000	0.71
PP Trastorno delirante	52.46 (28.28)	39.91 (31.56)	3.10	.002	0.42

La Figura 1 presenta gráficamente los perfiles medios para ambos grupos en las 27 escalas del MCMI-III. En relación al estilo de respuesta que viene ajustado por los índices modificadores, vemos que ambos grupos muestran un patrón similar en forma de V invertida: el índice de Deseabilidad tiende a ser más elevado, y el de Sinceridad y Devaluación obtienen puntuaciones relativamente bajas.

En función de éste patrón configuracional de respuesta y en relación a los patrones clínicos de personalidad, vemos que, ambos grupos obtienen puntuaciones elevadas en las escalas Compulsiva y Narcisista. Comparando las diferencias entre ambos grupos en relación a los patrones clínicos de personalidad, vemos que aunque el perfil es muy similar, el grupo hiperfrecuentador puntúa significativamente más alto en la escala Depresiva, Dependiente y Negativista, mientras que el grupo

normofrecuentador puntúa significativamente más alto en la de personalidad Compulsiva.

Respecto a los patrones patológicos de personalidad ambos grupos obtienen también un perfil similar. Sin embargo, aunque el perfil es similar, los usuarios hiperfrecuentadores obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las tres escalas.

Si observamos el patrón del perfil de los síndromes clínicos vemos que el grupo hiperfrecuentador obtiene puntuaciones más elevadas en todas las escalas, siendo la diferencia estadísticamente significativa en todas ellas excepto en Dependencia al alcohol. Sin embargo, el perfil no es similar en ambos grupos. Las mayores diferencias se dan en las escalas Trastorno de ansiedad, Trastorno distímico (D), Trastorno somatoformo (H) y Trastorno por estrés postraumático (R). En cuanto a los síndromes clínicos severos el perfil es similar en ambos grupos, siendo el grupo hiperfrecuentador el que puntúa significativamente más alto en las tres escalas.

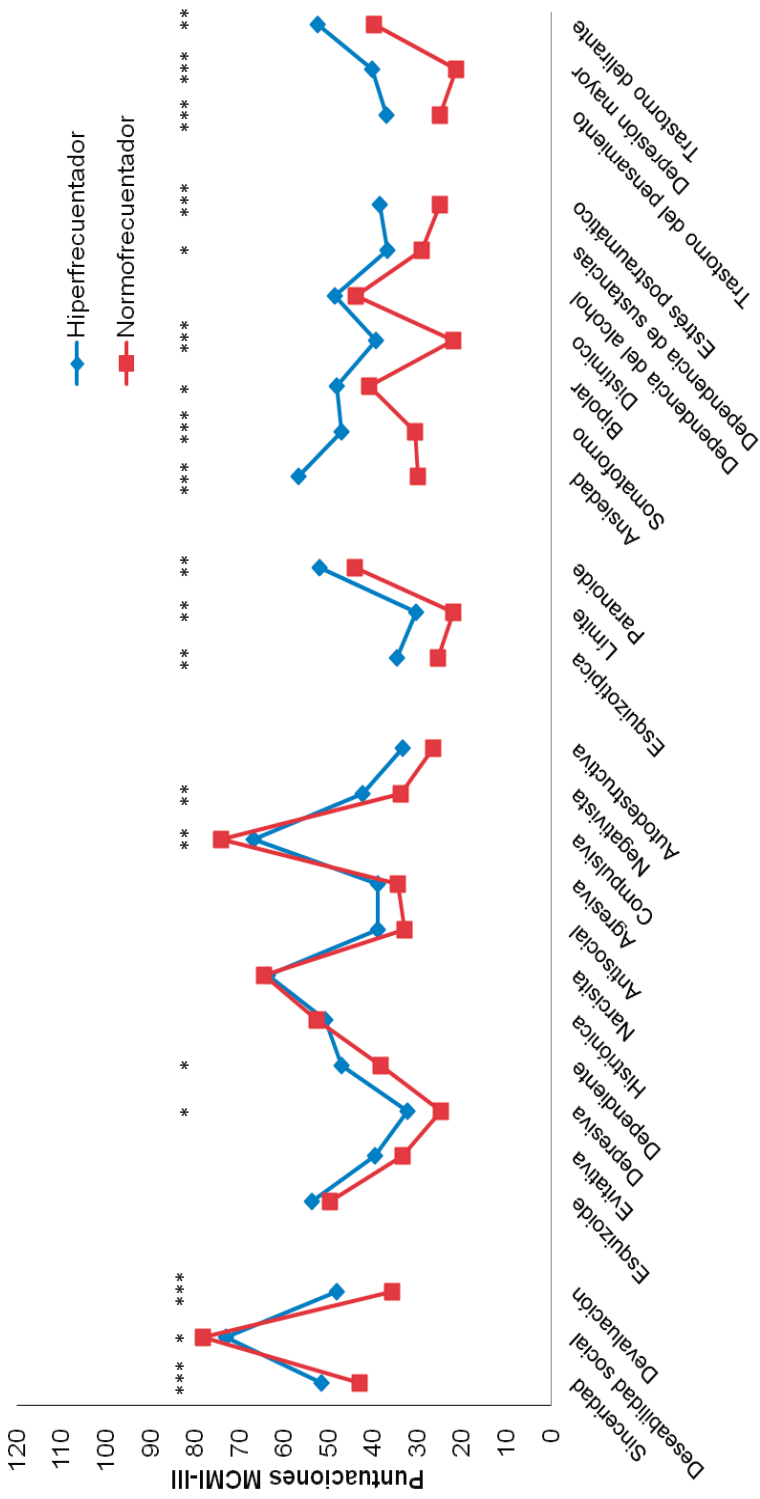


Figura 1

Perfiles de las escalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III) en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

La Tabla 6 muestra la distribución de los porcentajes, en puntuaciones tasa base (TB) superiores a 74 puntos, de las 27 escalas del MCMI-III. Respecto a los patrones clínicos de personalidad, ambos grupos se diferencian significativamente solamente en la escala de personalidad Compulsiva. Dicho patrón clínico es el más prevalente en ambos grupos, siendo el grupo normofrecuentador el que muestra un mayor porcentaje (62% vs. 40%).

En relación a los patrones patológicos de personalidad ambos grupos se diferencian significativamente únicamente en el patrón de personalidad Paranoide (P), siendo en el grupo hiperfrecuentador donde se da el mayor porcentaje de casos (10% vs. 2%).

En cuanto a los síndromes clínicos, vemos que, ambos grupos se diferencian significativamente en el Trastorno de ansiedad (A), el Trastorno somatoformo (H) y el Trastorno distímico (D), siendo el grupo hiperfrecuentador el más representado en todos los síndromes.

En relación a los síndromes clínicos severos, ambos grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Trastorno del pensamiento (SS) y la Depresión mayor (CC), pero no en relación al Trastorno delirante (PP). En las tres categorías el grupo hiperfrecuentador fue el que mostró mayores porcentajes.

Tabla 6

Porcentaje de usuarios con puntuaciones tasa base (TB) superiores a 74 puntos en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no, de las variables del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 116	n = 103		
	<u>TB => 75</u>	<u>TB => 75</u>		
	n (%)	n (%)		
<i>Patrones clínicos de personalidad</i>				
1 Esquizoide	5 (4.3)	1 (1.0)	2.28	.131
2A Evitativa	6 (5.2)	4 (3.9)	0.21	.648
2B Depresiva	5 (4.3)	4 (3.9)	0.03	.874
3 Dependiente	11 (9.5)	7 (6.8)	0.52	.470
4 Histriónica	10 (8.6)	15 (14.6)	1.91	.431
5 Narcisista	21 (1.1)	19 (18.4)	0.00	.948
6A Antisocial	1 (0.9)	1 (1.0)	0.01	.933
6B Agresiva (sádica)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-
7 Compulsiva	47 (40.5)	64 (62.1)	10.20	.001
8A Negativista (pasivo-agresivo)	2 (1.7)	1 (1.0)	0.23	.633
8B Autodestructiva	0 (0.0)	1 (1.0)	1.13	.287
<i>Patrones patológicos de personalidad</i>				
S Esquizotípica	1 (0.9)	0 (0.0)	0.89	.345
C Límite	1 (0.9)	0 (0.0)	0.89	.345
P Paranoide	11 (9.5)	2 (1.9)	5.66	.018

Tabla 6: (Continuación)

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	p
	n = 116	n = 103		
	<u>TB => 75</u>	<u>TB => 75</u>		
	n (%)	n (%)		
<i>Síndromes clínicos</i>				
A Trastorno de ansiedad	48 (41.4)	19 (18.4)	13.51	.000
H Trastorno somatomorfo	25 (21.6)	6 (5.8)	11.10	.001
N Trastorno bipolar	12 (10.3)	8 (7.8)	0.44	.509
D Trastorno distímico	21 (18.1)	7 (6.8)	6.26	.012
B Dependencia del alcohol	2 (1.7)	2 (1.9)	0.01	.904
T Dependencia de sustancias	0 (0.0)	1 (1.0)	1.13	.287
R Trastorno estrés postraumático	1 (0.9)	0 (0.0)	0.89	.345
<i>Síndromes clínicos severos</i>				
SS Trastorno del pensamiento	8 (6.0)	1 (1.0)	4.86	.027
CC Depresión mayor	13 (11.2)	1 (1.0)	9.55	.002
PP Trastorno delirante	15 (12.0)	6 (5.8)	3.18	.075

A efectos de análisis de datos y con el objetivo de profundizar y facilitar la interpretación, las variables de los patrones clínicos y patológicos de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) fueron agrupadas en Clusters siguiendo la clasificación DSM-IV-R (APA, 2000).

La Tabla 7 muestra la información recodificada para ambos grupos. Los resultados indican que los usuarios de ambos grupos se diferencian significativamente en el Clúster A y Clúster C. En el Clúster A predominan los hiperfrecuentadores, mientras que en el Clúster C predominan los normofrecuentadores.

Tabla 7

Descriptivos de la variable Clúster de personalidad en función de pertenecer a la categoría hiperfrecuentador o no.

Variables	<u>Hiperfrecuentadores</u>	<u>Normofrecuentadores</u>	χ^2	<i>p</i>
	<i>n</i> = 116	<i>n</i> = 103		
	<u>TB => 75</u>	<u>TB => 75</u>		
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
<i>Clúster A</i>	16 (13.8)	3 (2.9)	8.15	.004
<i>Clúster B</i>	33 (28.4)	33 (32.0)	0.33	.563
<i>Clúster C</i>	60 (51.7)	68 (66.0)	4.59	.032

Nota. "Clúster A" = paranoide, esquizoide y esquizotípico; "Clúster B" = límite, antisocial, narcisista, histriónico; "Clúster C" = dependiente, por evitación, obsesivo-compulsivo.

Para resumir este apartado en relación a los resultados obtenidos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, según los datos de la muestra estudiada, respecto a los patrones clínicos de personalidad los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se diferencian significativamente en las escalas de personalidad Depresiva, Dependiente, Compulsiva y Negativista, siendo el grupo hiperfrecuentador el que puntúa significativamente más alto en la escala Dependiente, Negativista y Depresiva, mientras que el grupo normofrecuentador puntúa significativamente más alto en la de personalidad Compulsiva. En cuanto a los tres patrones patológicos de personalidad, los resultados indican que el grupo hiperfrecuentador obtiene puntuaciones más elevadas en las tres categorías, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa en todos los casos. En relación a los síndromes clínicos, los hiperfrecuentadores presentan el mayor tamaño del efecto en las escalas Trastorno de ansiedad, Trastorno distímico, Trastorno somatoformo y Trastorno por estrés postraumático, así como en los tres síndromes clínicos severos. Respecto a la distribución de los porcentajes, en puntuaciones tasa base (TB) superiores a 74 puntos, mientras que en el grupo hiperfrecuentador se da significativamente una mayor proporción de usuarios con personalidad Paranoide, Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoformo, Trastorno distímico, Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Clúster tipo A; en el grupo normofrecuentador predomina significativamente la personalidad Compulsiva y el Clúster C.

4.2. Análisis multivariante.

Para la ejecución de la regresión logística los grupos fueron codificados, asignando 1 al grupo hiperfrecuentador y 0 al grupo normofrecuentador.

4.2.1 Factores psicosociales e hiperfrecuentación.

Para determinar la capacidad discriminante de las variables psicosociales asociadas a la hiperfrecuentación, inicialmente en el modelo de regresión se introdujeron las siguientes variables: situación laboral, apoyo social funcional afectivo, probabilidad de sufrir depresión y probabilidad de sufrir ansiedad.

Cuando hemos realizado una regresión logística incluyendo los resultados obtenidos en el cuestionario de Goldberg para ansiedad y depresión, y hemos ajustado por la situación laboral y el apoyo social funcional afectivo, el modelo final obtenido fue estadísticamente significativo ($\chi^2_{(5)} = 26.93, p < .001$). La Tabla 8 muestra el resultado de la regresión, siendo la presencia de la posibilidad de manifestar ansiedad (evaluada mediante el cuestionario Goldberg) el único factor asociado con significación estadística. Esta variable es la única que mantiene su significación estadística, incluso cuando se incluyen la situación laboral y el apoyo social funcional afectivo como variables de ajuste. Los resultados obtenidos indican que los usuarios que muestran posibilidad de manifestar ansiedad tienen más del doble de riesgo ($OR = 2.45, IC\ 95\% = 1.33-4.51$) de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio.

Tabla 8

Análisis de regresión logística de las variables psicosociales y sintomatología subclínica.

Variables		<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>OR</i> (<i>ExpB</i>)	<i>IC del</i> 95%
<i>Ansiedad</i>	No				1	
	Sí	0.898	8.32	.004	2.45	1.33-4.51
<i>Depresión</i>	No				1	
	Sí	0.679	3.61	.057	1.97	0.97-3.97
<i>Situación laboral</i>	Activo				1	
	No activo por tiempo libre	0.098	0.78	.780	1.10	0.55-2.18
	No activo por enfermedad	0.653	1.35	.244	1.92	0.64-5.76
<i>Apoyo social funcional afectivo</i>					1	
	Unidad	-0.006	0.37	.848	0.99	0.93-1.05

Nota. Grupo hiperfrecuentador = 1; Grupo normofrecuentador = 0; *OR* = Odds Ratio; *IC* = Intervalo de Confianza.

4.2.2 Patrones clínicos y patológicos de personalidad e hiperfrecuentación.

Para determinar qué patrones clínicos y/o patológicos de personalidad del MCMI-III predicen la variable categórica hiperfrecuentación, inicialmente en el modelo se introdujeron las siguientes variables: situación laboral, personalidad Depresiva, Dependiente, Compulsiva, Negativista, Esquizotípica, Limite y Paranoide.

Cuando hemos realizado una regresión logística con los resultados obtenidos mediante el cuestionario de Millon (MCMI-III), y hemos ajustado por la variable situación laboral, el modelo final obtenido del análisis de regresión logística fue estadísticamente significativo ($\chi^2_{(2)} = 13.54, p < .005$). La Tabla 9 muestra el resultado de la regresión, siendo los predictores estadísticamente significativos la escala Dependiente y la escala Compulsiva. Estas dos variables son las únicas que mantienen su significación estadística, incluso cuando se excluyen el resto de las variables del modelo. Los resultados obtenidos indican que los usuarios con puntuaciones elevadas en personalidad Depresiva aumentan un 10% el riesgo ($OR = 1.01, IC\ 95\% = 1.001-1.025$) de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud, mientras que puntuaciones bajas en personalidad Compulsiva reducen un 2% el riesgo ($OR = 0.98, IC\ 95\% = 0.96-0.99$) de ser hiperfrecuentadores.

Tabla 9

Análisis de regresión logística de las variables patrones clínicos de la personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Variables		<i>B</i>	<i>Wald</i>	<i>Sig</i>	<i>OR (ExpB)</i>	<i>IC del 95%</i>
<i>Dependiente</i>	Unidad	0.013	4.60	.032	1.01	1.001-1.025
<i>Compulsiva</i>	Unidad	-0.021	6.94	.008	0.98	0.96-0.99

Nota. Grupo hiperfrecuentador = 1; Grupo normofrecuentador = 0; *OR* = Odds Ratio; *IC* = Intervalo de Confianza.

4.2.3 Síndromes clínicos y síndromes clínicos severos e hiperfrecuentación.

Inicialmente en el modelo introdujimos las siguientes variables: Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoformo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia de sustancias, Trastorno postraumático, Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante; que son las que resultaron significativas en el análisis bivariante.

El modelo final obtenido fue estadísticamente significativo ($\chi^2_{(2)} = 30.72, p < .001$). La Tabla 10 muestra el resultado de la regresión, siendo los predictores estadísticamente significativos el Trastorno de ansiedad y la Depresión mayor. Estas dos variables son las únicas que mantienen su significación estadística, incluso cuando se excluyen el resto de las variables del modelo. Los resultados respecto a las diferencias entre ambos grupos en las variables síndromes clínicos y síndromes clínicos

severos, con o sin el resto de las escalas como covariante, fueron prácticamente idénticos. Los resultados obtenidos indican que puntuaciones elevadas tanto en la escala Trastorno de ansiedad ($OR = 1.01$, $IC\ 95\% = 1.002-1.024$) como en Depresión mayor ($OR = 1.01$, $IC\ 95\% = 1.004-1.030$) aumentan un 10% el riesgo de hiperfrecuentación de los servicios de salud.

Tabla 10

Análisis de regresión logística de las variables síndromes clínicos y síndromes clínicos severos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).

Variables		B	Wald	Sig	OR (ExpB)	IC del 95%
<i>A Trastorno de Ansiedad</i>	Unidad	0.013	5.67	.017	1.01	1.002-1.024
<i>CC Depresión Mayor</i>	Unidad	0.016	6.21	.013	1.01	1.004-1.030

Nota. Grupo hiperfrecuentador = 1; Grupo normofrecuentador = 0; OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confianza.

Para concluir dicho apartado, los resultados obtenidos de la regresión logística parecen indicar que:

1. Los usuarios que presentan posibilidad de manifestar ansiedad en la escala de Goldberg tienen más del doble de riesgo de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio.

2. Los usuarios con puntuaciones elevadas en personalidad Dependiente aumentan un 10% el riesgo de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio.

3. Los usuarios con puntuaciones bajas en personalidad Compulsiva reducen un 2% el riesgo de ser hiperfrecuentadores.

4. Puntuaciones elevadas en el Trastorno de ansiedad o en Depresión mayor aumentan un 10% el riesgo asociado a una mayor probabilidad de manifestar hiperfrecuentación de los servicios de salud.

5. DISCUSIÓN.

Existen numerosos estudios que analizan la relación entre hiperfrecuentación y un consumo elevado de servicios sanitarios, junto con una alta incidencia de problemas psicosociales y enfermedades crónicas. En nuestro estudio aportamos por vez primera datos acerca de que estilos de personalidad predicen la hiperfrecuentación en la APS. Asimismo, este es el primer estudio que analiza como la contención socioemocional influye en la relación entre el perfil psicosocial y clínico en adultos y la hiperfrecuentación de las consultas de APS, ya que esta perspectiva puede mejorar considerablemente la atención que se presta a los usuarios con dicho comportamiento.

Características sociodemográficas.

Los estudios que analizan las características sociodemográficas de la hiperfrecuentación en cuanto al género (Llorente y col., 1996; Rodríguez y col., 2003; Varela, 2000), refieren que dicha condición se da en mayor porcentaje en el género femenino. Así, estudios realizados en nuestro ámbito geográfico como los de Varela (2000) o los de Rodríguez y colaboradores (2003) procedentes de Centros de Salud de Atención Primaria, refieren que la distribución por sexos fue del 74.5% mujeres versus 25.6% hombres en el primer estudio y del 68.3% mujeres versus 31.7% hombres en el segundo. En relación a la variable edad distintos autores (Casajuana y Bellón, 2003; Karlsson y col., 1994; Robles y col., 2009; Savageu y col., 2006) describen que los pacientes con más edad realizaran más demandas. Concretamente, Robles y colaboradores (2009) en una muestra española procedente de tres Centros de Salud,

compuesta por 232 hiperfrecuentadores y 93 normofrecuentadores, refieren que la edad establece diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, obteniendo como conclusión que una mayor edad está relacionada con la elevada utilización de servicios sanitarios en atención primaria. Sólo algunos de los artículos publicados tienen en consideración el efecto confusor de las variables género y edad (Gill y Sharpe, 1999; Vedsted y Christensen, 2005; Vedsted, Fink, Sørensen, y Olesen, 2004) y menos aún ajustan la determinación del valor crítico para la definición de hiperfrecuentación por grupos de edad. En nuestro estudio, entre los hiperfrecuentadores, el porcentaje de mujeres obtenido es similar al de estudios anteriores (Rodríguez, 2006), siendo el promedio de edad más bajo en el grupo hiperfrecuentador.

En relación al estado civil de las personas que hiperfrecuentan, la literatura no es del todo concluyente. Algunos estudios muestran que las personas viudas o separadas refieren una mayor utilización de las consultas de atención primaria que las casadas y que los divorciados reportan tener peor salud y más días de indisposición (Gómez-Calcerrada y col., 1996; Savageau y col., 2006). Sin embargo, otros estudios muestran que en la hiperfrecuentación predominan los casados (Neal y col., 1996; Rodríguez y col., 2003). En nuestro estudio, entre los hiperfrecuentadores, hemos obtenido una mayor representación de la categoría hiperfrecuentadores casados. La variabilidad que muestran los resultados de los diferentes estudios en relación al estado civil, sugiere que la relación entre frecuentación y la condición del estado civil se ejerce a través de otras variables relacionadas con la calidad del apoyo social. Así pues, la condición de estar casado puede ejercer su influencia sobre el aumento de la frecuentación de forma indirecta, concretamente a través de una relación conyugal conflictiva. Este hecho

apoya la idea de que sólo una pequeña proporción de relaciones, familiares o no, son de apoyo.

Respecto al nivel de estudios y al nivel de renta de las personas que hiperfrecuentan, los estudios muestran que el perfil del hiperfrecuentador se caracteriza por un predominio de la categoría nivel de estudios bajo (Alameda y Pazos, 2009; Fernández-Cadalso y García-Martínez, 2012; Neal y col., 1996; Robles y col., 2009; Rodríguez y col., 2003), y por tener un bajo poder adquisitivo (Karlsson y col., 1997; Savageu y col., 2006; Scaife y col., 2000). No obstante, otros estudios indican que cuando se controló la morbilidad física de los usuarios de servicios de salud públicos, el efecto de las variables relacionadas con los ingresos económicos y el nivel socioeconómico desapareció (Finkelstein, 2001). De modo parecido, en otros estudios cuando se controlaron las variables edad y sexo tampoco se halló asociación entre el nivel de estudios y la frecuentación (Broyles, Manga, Binder, Angus, y Charette, 1983; De la Revilla, Aranda, y Luna 1987). El presente estudio tampoco encuentra características diferenciales entre ambos grupos, ni en la variable nivel de estudios, ni en la variable nivel de renta. Sin embargo, nuestros resultados indican que en el grupo hiperfrecuentador se da una tendencia a una mayor representación de las categorías nivel de estudios primarios y un nivel de renta bajo. Concretamente, en nuestro estudio podemos observar un gradiente inverso entre el nivel económico y la frecuentación, similar al hallado en otros estudios (García y col., 2007; Rodríguez, 2006). Esta tendencia apoyaría la idea de que los usuarios con mayores ingresos laborales podrían invertir más en salud a través de una doble cobertura sanitaria. Sin embargo, también es posible que las personas con más recursos económicos acudan a otros servicios públicos

que no sean de atención primaria, pudiendo ser hiperfrecuentadores según la definición consensuada, pero no serían detectados por el sistema de salud pública.

La comparación de ambos grupos de frecuentadores en cuanto a la situación laboral nos describe un perfil de los usuarios hiperfrecuentadores caracterizado por estar inactivos laboralmente. Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que constatan un mayor grado de frecuentación en atención primaria en el segmento de población laboralmente no activo (Borrell y Pasarín, 2004; García y col., 2007; Kersnik, Svab, y Vegnuti, 2001; Sáez, 2003). No obstante al distinguir el motivo de la inactividad laboral, dichos estudios hallan que las categorías asociadas al aumento de la frecuentación son: parados con o sin subsidio, pensionistas por viudedad, por jubilación o por invalidez y amas de casa. En nuestro estudio la categoría más representada y que establece diferencias significativas entre ambos grupos es la de pensionista por invalidez, confirmando las conclusiones de algunos estudios previos (Hughes, 2008; Vedsted y col., 2004) que refieren que los hiperfrecuentadores de servicios de salud reciben 3.2 veces más bajas por enfermedad o pensión por invalidez y que además el riesgo de recibir estas bajas laborales aumenta un 110% por cada evento vital estresante al que esté sometido el paciente. Este hecho apoya la idea de que los pacientes con enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales, tal como la literatura sobre este tema ha destacado (Bellón y col., 2007; Kroenke y col., 2007).

Por otra parte, los usuarios hiperfrecuentadores tienen más enfermedades crónicas y pueden presentar síntomas de ansiedad y depresión. Estos síntomas no necesariamente deben ser considerados un síndrome clínico tal y como tradicionalmente se entiende este término, sino que la condición de pensionista por invalidez puede

ejercer su influencia sobre el aumento de la frecuentación a través de los denominados “factores de necesidad”, tales como los trastornos ansioso-depresivos, las somatizaciones, el funcionamiento familiar o el soporte social (Aday y Andersen, 1974; Bellón y col., 2007; Varela, 2000).

Características sociofamiliares.

Respecto al patrón de distribución de las variables sociofamiliares: ciclo vital familiar, estructura familiar, disfunción familiar, disfunción social y disfunción sociofamiliar, los resultados indican que ambos grupos no se diferencian en ninguna de las variables evaluadas. Sin embargo, el grupo hiperfrecuentador obtuvo una mayor proporción de usuarios en las categorías Etapa V (sin hijos conviviendo) del ciclo vital familiar, estructura familiar nuclear (compuesta por padres e hijos) con parientes (en la misma localidad), ausencia de disfunción familiar, ausencia de disfunción del apoyo social percibido y ausencia de disfunción sociofamiliar. Los resultados de este trabajo indican también que ambos grupos tampoco se diferencian significativamente en apoyo social percibido total, ni en apoyo social confidencial; definido por la posibilidad de contar con personas a las que se pueden comunicar problemas. No obstante ambos grupos sí se diferencian significativamente en apoyo social afectivo; definido como la posibilidad de contar con personas que proporcionen expresiones de afecto, siendo el grupo hiperfrecuentador el que obtiene puntuaciones más bajas en dicha variable.

La literatura especializada sobre este tema que analiza las características sociofamiliares de la hiperfrecuentación tampoco es del todo concluyente. De la misma manera que no hay dos personas iguales, puede decirse que no hay dos familias iguales aunque desde el punto de vista de su estructura tengan la misma tipología. Tal y como

aparece en algunos estudios (Orueta y col., 1993; Rodríguez y col., 2003; Varela, 2000) y en línea con nuestros resultados, los hiperfrecuentadores se caracterizan por pertenecer a un sistema familiar nuclear. Si embargo, en otros estudios se asoció la hiperfrecuentación a la tipología de familias monoparentales (Muñoz y col., 2000). Tal y como hemos mencionado anteriormente respecto a la variable estado civil, la variabilidad que muestran los resultados de los diferentes estudios sugiere que la relación entre frecuentación y estructura familiar se ejerce a través de otras variables. Este hecho apoya la idea acerca de que la red social y el apoyo social son dos conceptos relacionados pero distintos. Así pues, la condición de la estructura familiar puede ejercer su influencia sobre el aumento de la frecuentación a través de las relaciones de apoyo más que a través del número de personas que forman estructuralmente el tamaño de la familia. No obstante, este dato puede aportar información adicional sobre la potencialidad de las relaciones que pueden ser de apoyo en las personas con comportamiento hiperfrecuentador.

En cuanto a las etapas del ciclo vital familiar, distintos autores refieren que en las personas hiperfrecuentadoras no hay unas etapas que predominen sobre otras. Así, un estudio de García Lavandera y colaboradores (1996) refiere una mayor representación en la Etapa III seguida de la V y de la VI. Otros estudios (Gómez, Moreno, Hernández, y Gérvas, 1996; Varela, 2000) hallaron que la mayoría de las familias estudiadas se encuentran en las últimas etapas del ciclo vital (V y VI). En nuestro estudio los resultados son similares a los hallados por otros autores, siendo las etapas más representadas la V y la VI. Este hecho es congruente con el estado civil, la estructura familiar y la edad del grupo hiperfrecuentador conformado mayoritariamente por usuarios casados, con familias nucleares y con una edad media de 62.18 años.

Nuestros resultados van en la misma dirección que los obtenidos en otros estudios que apoyan la idea documentada en la literatura especializada (Matalon y col., 2009; Reid y col., 2002) de que son los eventos que generan crisis familiares, tales como el denominado “síndrome del nido vacío”, los que a través de la disfunción de las relaciones familiares de apoyo se asocian con la hiperfrecuentación.

En cuanto a los resultados obtenidos al comparar las distribuciones de los porcentajes de la disfunción familiar, los resultados indican que ambos grupos muestran una gran discrepancia en relación a la disfunción familiar severa, estando dicha categoría más frecuentemente presente en el grupo hiperfrecuentador. Sin embargo, despierta interés el hecho de no haber hallado diferencias significativas en la escala APGAR familiar, dado que la disfunción familiar es característica de la hiperfrecuentación. Estudios previos indican que el déficit de la función familiar se relaciona fuertemente con una frecuentación excesiva (Bellón y col., 1999; Blanchard y col., 2006; De la Revilla y De los Ríos, 1994; Scaife y col., 2000). Una explicación a este dato divergente podría ser que aunque el desequilibrio funcional se traduce en un aumento de la demanda y uso de servicios sanitarios (Body, 2004; De la Revilla y Fleitas, 1991; Vedsted y col., 2002), el mecanismo por el cual la disfunción familiar aumentaría la tasa de frecuentación no es bien conocido, pero es probable que se ejerza a través de otras variables, quizás por sus relaciones con la morbilidad física, con la psíquica y/o la social. Así, hay estudios que han proporcionado evidencia a favor de la relación entre el funcionamiento familiar y la diabetes, demostrando que la disfunción familiar está estrechamente relacionada con un deficiente control diabético (Jiménez, Cisneros, Guzmán, y Robles, 2008) por medio del malestar psicológico o por la ausencia del efecto beneficioso del apoyo social (Rodríguez, 2006).

En nuestro estudio, aunque la ausencia de disfunción del apoyo social percibido es la categoría predominante, en el grupo hiperfrecuentador los usuarios manifiestan un mayor grado de disfunción del apoyo social percibido. Otros autores (Llorente y col., 1996; Rubio y col., 1998) apuntan que dicha variable no explica la variabilidad de la frecuentación. Los resultados de nuestro estudio indican también que aunque el apoyo social total percibido y reportado por ambos grupos es positivo, el grupo hiperfrecuentador refiere niveles más bajos, tanto en la escala total como en las subescalas, siendo la subescala relacionada con el apoyo afectivo la que obtiene puntuaciones estadísticamente significativas. Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que constatan que el perfil del hiperfrecuentador se caracteriza por un apoyo social bajo (Martínez-Cañavate, 2007). Los datos apuntan a que la relación entre frecuentación y apoyo social percibido se ejerce a través de la categoría apoyo afectivo. Así pues, las personas que hiperfrecuentan no se sienten apoyadas ni familiar ni socialmente en el sentido de recibir expresiones de afecto, pudiendo ser descritas como altamente necesitadas de los demás para obtener afecto. Este hecho apoya la idea que afirman Broadhead y colaboradores (1988), autores de la escala de apoyo social funcional DUKE-UNC, que constatan que la calidad del apoyo social es mejor predictor de la salud que el apoyo estructural. No obstante, la variabilidad que muestran los resultados de los diferentes estudios sugiere que la relación entre frecuentación y apoyo social afectivo se ejerce a través de algunos rasgos de la personalidad dependiente.

Respecto a la variable relacionada con la función sociofamiliar o contención socioemocional, no hemos encontrado estudios que la analicen en los parámetros planteados por el presente estudio. Aunque dicha variable no establece características

diferenciales entre ambos grupos estudiados, los resultados indican que la categoría ausencia de disfunción sociofamiliar se halla mucho más representada en el grupo normofrecuentador que en el grupo hiperfrecuentador, siendo en el grupo hiperfrecuentador donde se da una mayor proporción de usuarios con disfunción sociofamiliar. El apoyo sociofamiliar funciona como un proceso interactivo, en el que el usuario puede obtener ayuda de la red sociofamiliar donde se desarrolla. Dicho apoyo contribuye a disminuir el grado de estrés distribuyéndolo entre los integrantes del grupo, facilitando la toma de decisiones y la resolución de problemas, y en último término contribuyendo a un mejor ajuste socioemocional del paciente.

Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg.

La comparación de ambos grupos de frecuentadores en cuanto a la posibilidad de manifestar depresión o ansiedad, nos describe un perfil de usuarios hiperfrecuentadores caracterizado por la presencia de elevada posibilidad de manifestar ansiedad y depresión. Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que constatan un mayor grado de frecuentación en atención primaria en el segmento de población con sintomatología ansiosa y depresiva (Kroenke y col., 2007; Robles y col., 2009; Roy-Byrne, 1996; Williams y col., 2001). Así, Williams y colaboradores (2001) refieren que puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión y somatización caracterizan a estos pacientes en comparación con los normofrecuentadores. Otros autores (Dowrick y col., 2000) también refieren que los síntomas depresivos son un importante predictor de la hiperfrecuentación. Si una persona presenta un gran componente ansioso y/o depresivo, puede llegar a perder la capacidad de reflexionar con objetividad y actuar racionalmente ante un problema

(Bellón y Fernández-Asensio, 2002). Este hecho apoya la idea de que los usuarios con ansiedad y/o depresión subclínica modificarían la percepción de necesidad más allá de la causa. Las personas que hiperfrecuentan son personas que sufren (Rodríguez, 2006). Si la demanda del usuario de atención primaria de salud no queda satisfecha por el profesional sanitario, surgen nuevas demandas, lo que a la vez condicionaría la generación de trastornos de tipo ansioso-depresivo (Rodríguez-López, 2012).

Consumo sanitario y enfermedades crónicas.

Respecto al consumo sanitario y las enfermedades crónicas, los resultados indican que ambos grupos se diferencian significativamente en todas las variables recogidas, siendo el grupo de usuarios hiperfrecuentadores el que obtiene porcentajes más elevados en todas las categorías.

De forma similar, estudios previos han demostrado la existencia de una relación entre la hiperfrecuentación y la presencia de enfermedades crónicas ya sean físicas o psicológicas (De Boer y col., 1997; Vedsted y Christensen, 2005). Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que la edad y el género son determinantes del número de visitas en atención primaria (Sáez, 2003) y del gasto farmacéutico (Aguado y col., 2008). Así pues, se sabe que pertenecer al género femenino y a medida que la edad aumenta, también aumentan el número de enfermedades crónicas, todo lo cual redundaría en un mayor consumo entendido este como incremento de visitas y de fármacos. En nuestro estudio hemos apareado ambos grupos por edad y género para evitar considerar hiperfrecuentador a un paciente con una enfermedad crónica que requiera controles frecuentes, no derivados de su propia voluntad sino de unas recomendaciones sanitarias. Así pues, hemos considerado sólo las visitas tipo cita

previa y/o urgente que son las que de manera más fiable reflejan la iniciativa del paciente. Aunque dicho criterio es permeable en cuanto a la variable número de enfermedades crónicas, sin embargo permite reducir la posibilidad de que las enfermedades crónicas influyan en la necesidad de consultar. Así, una persona recién diagnosticada de una enfermedad, durante el proceso diagnóstico y hasta su estabilización frecuentara más las consultas de atención primaria. Sin embargo, una vez el episodio agudo se estabiliza y se considera crónico, el aumento de visitas corresponderá a la voluntad del usuario y no a unas recomendaciones sanitarias. Obviamente, puede producirse un episodio de reagudización de la enfermedad ya clasificada como crónica y como consecuencia una demanda inducida por la enfermedad que se clasificaría como cita previa y/o urgente. Para reducir el impacto de dicha posibilidad, en el número de visitas de la definición de hiperfrecuentación, hemos utilizado el percentil 95 de la distribución de visitas cita previa y/o urgente de los usuarios del SAP objeto de estudio, que podría considerarse como frecuentación extrema. Así pues, las enfermedades crónicas pueden ejercer su influencia sobre el aumento de la frecuentación a través de otras variables. Este hecho apoyaría la idea de que frente a problemas psicosociales se busca en la medicina el sustituto de mejores soluciones que podrían estar presentes en el ámbito sociofamiliar, en el laboral (Segura, 2011) o en el psicológico, provocando un consumo sanitario más elevado.

Patrones clínicos y patrones clínicos patológicos de personalidad.

Respecto a los patrones clínicos, los resultados obtenidos a partir del modelo del MCMI-III indican que, aunque gráficamente el perfil es muy similar, existen patrones clínicos de personalidad diferenciales entre ambos grupos en las escalas Depresiva,

Dependiente, Negativista y Compulsiva. La comparación de ambos grupos nos describe un perfil de personalidad de los usuarios del grupo hiperfrecuentador caracterizado por puntuaciones más elevadas en las escalas Dependiente, Negativista y Depresiva, y más bajas en la Compulsiva, con un tamaño del efecto bajo. Desde un punto de vista clínico, aunque la escala Compulsiva está en el límite, estas puntuaciones no se considerarían patológicas.

Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que constatan un mayor grado de frecuentación en el segmento de población con un estilo de personalidad pasivo a la vez que reactivos a su entorno (Fernández-Cadalso y García-Martínez, 2012; Rodríguez y col., 2003). Este hecho apoya, tal y como hemos mencionado anteriormente en relación al apoyo social, la idea que los pacientes hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores pueden ser descritos como altamente necesitados de los demás para obtener afecto y seguridad, tendiendo a ser más sumisos y cooperativos, y menos disciplinados y ordenados. Dicha ambivalencia, junto con una mayor tendencia a experimentar el dolor como algo permanente, hace que estas personas en sus relaciones con los profesionales sanitarios generen una pugna entre la obediencia a las directrices técnicas ofrecidas por dichos profesionales y aquéllas que ellos mismos desean: las afectivas. Es interesante destacar el comportamiento diferencial de esta orientación ambivalente ya que la respuesta esperada, por el usuario hiperfrecuentador, ante su demanda y en relación a ella es básicamente de tipo afectivo. La expectativa afectiva del paciente es fundamentalmente la de recibir una actitud comprensiva, cariñosa y humana. En realidad en esta petición de ayuda el paciente no necesita algo, sino que necesita al otro. Por todo ello este tipo de pacientes tienen una alta probabilidad de ser

hiperfrecuentadores (Rodríguez, 2006), buscando en los centros de salud un marco de estabilidad y contención (Rodríguez y col., 2003) que finalmente no acabarían encontrando. Dicha información puede ser útil a nivel clínico ya que desde el modelo médico lo esperable sería que el paciente hiciera una demanda básicamente de tipo técnico y no de tipo afectivo.

Los resultados de este trabajo indican también que entre el grupo hiperfrecuentador las escalas con puntuaciones más elevadas fueron personalidad Compulsiva, seguida de la Narcisista y de la Esquizoide, mientras que entre el grupo normofrecuentador los tres perfiles más elevados se dan en la escala Compulsiva, seguida de la Narcisista y de la Histriónica. Las puntuaciones elevadas en la escala Compulsiva deben ser interpretadas como diferencias en los estilos de personalidad, más que como personalidad patológica (Choca y Van Denburg, 1998). Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos (Knabb y Vogt, 2011; Libb y col., 1990; Piersma y Boes, 1997) que apoyan la hipótesis de que la elevación en las escalas Histriónica, Narcisista y/o Compulsiva son frecuentes en muestras no clínicas y pueden ser interpretadas como características de una personalidad sana. Quizá sea sorprendente que las personas con perfiles esquizoides sean grandes utilizadores del sistema sanitario. En coherencia con el instrumento de medida que utilizamos y como refieren Rodríguez y colaboradores (2003), existiría un perfil mixto Esquizoide-Compulsivo, donde el perfeccionismo y la rigidez de estas personas, ante situaciones estresantes tales como dejar de aportar al proceso productivo de la sociedad, podría hacer que reaccionasen con un exceso de control emocional. Dicho control podría implicar la somatización de la ansiedad y, como consecuencia, un aumento de la frecuentación de la consulta (Rodríguez y col., 2003). Podríamos

hipotetizar que dicho perfil de hiperfrecuentador se correspondería con el 15% o el 20% de la población hiperfrecuentadora que continuará siéndolo al menos durante los 3 años siguientes. A este tipo de hiperfrecuentadores se les conoce como hiperfrecuentadores persistentes (Smits y col., 2013).

En este punto es preciso destacar los resultados obtenidos en las escalas de los estilos de respuesta. Sobre el estilo de respuesta que viene ajustado por los índices modificadores, ambos grupos muestran un patrón similar. El índice de Deseabilidad tiende a ser más elevado, y los de Sinceridad y Devaluación obtienen puntuaciones relativamente bajas, lo que indica la tendencia de ambos grupos a dar buena imagen y minimizar los problemas psicológicos y de relación interpersonal. En función de éste patrón configuracional de respuesta y en relación a los patrones clínicos de personalidad, vemos que, ambos grupos obtienen puntuaciones elevadas en las escalas Narcisista y Compulsiva dependiendo de si quieren parecer confiados en sí mismos o concienzudos. Las personas que han declinado participar en nuestro estudio pueden haber tenido incidencia en las puntuaciones obtenidas por el grupo hiperfrecuentador en la escala de personalidad Esquizoide que se han mostrado más elevadas, así como en las puntuaciones también más elevadas obtenidas por el grupo normofrecuentador en la escala de personalidad Histriónica. Este hecho parece indicar que en el grupo normofrecuentador han participado más personas con tendencia a buscar atención y que se sienten confortables participando voluntariamente.

Los estilos de personalidad reflejan características muy marcadas y generalizadas de funcionamiento que perpetúan y agravan las dificultades cotidianas. Dichos estilos desadaptativos, en condiciones de adversidad permanente tales como la enfermedad crónica, una situación económica desfavorable o la disfunción

sociofamiliar, entre otras, pueden empezar a descompensarse, adquiriendo rasgos de severidad. El modelo evolutivo de Millon mantiene que las escalas de patología grave de la personalidad representan las variantes disfuncionales extremas de las escalas de los patrones clínicos de personalidad. En nuestro estudio, respecto a dichos patrones patológicos de la personalidad, aunque ambos grupos obtienen un perfil similar, los usuarios hiperfrecuentadores obtienen puntuaciones significativamente más elevadas en las tres escalas. Este hecho apoya la idea de que el denominado “paciente difícil” aunque se solaparía, no se correspondería con el denominado “paciente hiperfrecuentador”. Dicho paciente denominado difícil se correspondería con dos perfiles diferentes: 1) con las variantes más disfuncionales del perfil mixto dependiente-negativista que se fusionaría con el límite o con el paranoide, siendo usuarios que pueden ser descritos como altamente preocupados por asegurarse cariño a la vez que exhiben una ambivalencia cognitivo-afectiva que se hace evidente en sus sentimientos conflictivos de ira, amor y culpa hacia los demás; o 2) las variantes más disfuncionales del perfil esquizoide-compulsivo que se fusiona con el límite, con el paranoide o con el esquizotípico, y pueden ser descritos como perfeccionistas y rígidos a la vez que ambivalentes en sus emociones. Así, desde la teoría de la personalidad de Millon los usuarios hiperfrecuentadores, dentro del continuum de la personalidad, pueden acercarse al polo de la psicopatología y estar en riesgo de padecer un trastorno.

Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado estudios previos que constatan un mayor grado de frecuentación en atención primaria en el segmento de población con más riesgo de sufrir un TP (Hueston y col., 1996; Rodríguez y col., 2003). No se trata de trastornos psicopatológicos graves e irreversibles, sino más bien de dificultades emocionales y relacionales influidas por

síntomas ansioso-depresivos derivados del momento y/o de la situación vital. Los resultados también indican que en relación a la distribución de los porcentajes (en puntuaciones Tasa Base superiores a 74 puntos) de las escalas patrones clínicos y patrones clínicos severos de la personalidad, ambos grupos se diferencian significativamente en la escala de personalidad Paranoide y en la Compulsiva. En el patrón de personalidad Paranoide se da un mayor porcentaje de hiperfrecuentadores, mientras que en el patrón de personalidad Compulsiva predominan los normofrecuentadores.

Las variables de los patrones clínicos y patológicos de personalidad del Inventario Clínico Multiaxial de Millon fueron agrupadas en Clusters siguiendo la clasificación DSM-IV-R (APA, 2000). Los resultados de dicha agrupación indican que los usuarios de ambos grupos se diferencian significativamente en el Clúster A y Clúster C. En el Clúster A (trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico), vinculado a personas con conductas extravagantes y excéntricas predominan los hiperfrecuentadores, mientras que en el Clúster C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo), referido a personas con conductas de ansiedad, predominan los normofrecuentadores. Así pues, nuestros resultados indican que al utilizar un criterio categorial, la presencia de trastorno de personalidad, entre el grupo hiperfrecuentador las variantes más disfuncionales de la personalidad se aproximarían al Clúster A, también denominados pacientes difíciles. Mientras que, los usuarios hiperfrecuentadores con un estilo de personalidad pasivo a la vez que reactivo a su entorno, más alejados del polo de la psicopatología, remitirían en su comportamiento frecuentador clasificándose como normofrecuentadores, su malestar clínico y psicosocial se agravaría. Aunque son escasos los estudios longitudinales de la

hiperfrecuentación, se sabe que los hiperfrecuentadores lo son por un corto periodo de tiempo (Smits y col., 2013). Concretamente, el grupo de hiperfrecuentadores, con un estilo de personalidad pasivo a la vez que reactivo, remitiría en su conducta frecuentadora a la vez que se agravarían sus rasgos de personalidad, predominando en el Clúster C. Este hecho apoya la idea de que el infradiagnóstico de los trastornos de personalidad en APS (Aragónés y col., 2013; Mancera y col., 2001), incluso cuando se asocian a un deterioro sociofamiliar significativo, como por ejemplo lo es en el caso del trastorno Límite (Gunderson y col., 2011), hace que dichos usuarios no obtengan una respuesta adecuada a su demanda, por lo que aunque la frecuentación remitiría, el malestar clínico y psicosocial persistiría y/o se agravaría.

Síndromes clínicos y síndromes clínicos severos.

Los síndromes clínicos del Eje I se entienden mejor como trastornos enraizados en el contexto de los estilos del Eje II. De acuerdo con ello, dichos síndromes clínicos se tratan como extensiones o distorsiones del patrón básico de personalidad del paciente (Cardenal y Sánchez, 2007; Reich, 2003).

En nuestro estudio, en relación a los síndromes clínicos y a los síndromes clínicos severos, el grupo hiperfrecuentador es el que obtuvo una puntuación más elevada en todas las escalas. Desde un punto de vista clínico, estas puntuaciones no se considerarían patológicas. Ambos grupos se diferenciaron significativamente en todos los síndromes a excepción del síndrome de Dependencia del alcohol (B). Tal y como hemos mencionado anteriormente, en este estudio hemos considerado el abuso o dependencia de drogas, excluyendo nicotina y tetrahidrocannabinol, como un criterio de

exclusión. Dicho criterio probablemente explica que la escala de Dependencia al alcohol sea la única que no obtiene diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, aunque la Dependencia de sustancias también se consideró un criterio de exclusión, encontramos diferencias significativas entre ambos grupos. Este hecho apoya la idea que los usuarios con dependencia de sustancias están menos dispuestos a admitir sus problemas de dependencia y por consiguiente no habrían sido diagnosticados previamente. Estudios previos habían encontrado comorbilidad entre abuso de sustancias y depresión (Roy, 2003; Vanem, Krog, y Hartmann, 2008) y trastornos de personalidad y dependencia al alcohol (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, y Lorea, 2006).

Cabe resaltar que el perfil hallado en los síndromes clínicos es diferente para ambos grupos, mientras que el hallado en los síndromes clínicos severos es similar para ambos grupos. En relación a las escalas Trastorno de ansiedad y Depresión mayor éstas son las que presentan un tamaño del efecto mayor. Congruente con los resultados obtenidos en las escalas de los patrones clínicos de personalidad, la escala de Ansiedad refleja pánico y preocupación, y ansiedad generalizada. Así pues, dicha escala no evalúa síntomas de ansiedad social o disconfort en las relaciones sociales ante la expectativa de un juicio negativo de los profesionales sanitarios (Saulsman, 2011), en contra de lo que afirma el manual acerca de que las fobias de naturaleza social pueden ser identificadas por la escala de Ansiedad del MCMI-III (Cardenal y Sánchez, 2007). Según Saulsman (2011), en el MCMI-III la escala de la personalidad Depresiva se solapa con la de la Depresión mayor y con la de la Distimia, aunque no necesariamente son equivalentes. Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que constatan la relación entre frecuentación, enfermedad física y trastorno

psiquiátrico (Mancera y col., 2001; Wells, Golding, y Burnam, 1988), hallando, por ejemplo, correspondencia entre enfermedad física y depresión en ancianos (Van Hemert, Hengeveld, Bolk, Rooijmans, y Vandenbroucke, 1993).

Nuestros resultados también indican que en relación a la distribución de los porcentajes (en puntuaciones Tasa Base superiores a 74 puntos) de las escalas de los síndromes clínicos y de los síndromes clínicos severos ambos grupos se diferencian significativamente en el Trastorno de ansiedad, el Trastorno somatoformo y el Trastorno distímico, siendo el grupo hiperfrecuentador el más representado en todos ellos. En relación a los síndromes clínicos severos, ambos grupos mostraron diferencias estadísticamente significativas en el Trastorno del pensamiento y la Depresión mayor, pero no en relación al Trastorno delirante. En las tres categorías el grupo hiperfrecuentador fue el que mostró mayores porcentajes. Estos resultados son similares a las conclusiones de un estudio previo (Matalón y col., 2009) que constata que la prevalencia de síndromes clínicos en hiperfrecuentadores es del 24% para la Depresión mayor, del 22% para la Ansiedad generalizada y del 20% para los Trastornos de somatización. Aunque en nuestro estudio el diagnóstico de Trastorno Mental Severo ya supuso un criterio de exclusión, los resultados muestran porcentajes de usuarios con síndromes clínicos severos. Este hecho apoya la idea que ya han descrito algunos estudios epidemiológicos que concluyen que entre el 10% y el 50% de los pacientes que presentan enfermedad psiquiátrica clínicamente relevante, no son diagnosticados por su médico de APS (Aragón y col., 2013; Coyne, Schwenck, y Fechner-Bates, 1995; Tiemens, Ormel, y Simon, 1996). Asimismo, dichos pacientes podrían corresponderse con los denominados pacientes difíciles cuyos estilos de personalidad hemos descrito anteriormente.

En nuestro ámbito geográfico, Bellón y colaboradores (2007) publicaron un estudio prospectivo utilizando modelos multivariantes y constataron que la disfunción familiar junto a una deficiente salud mental son los factores psicosociales más relevantes para predecir la hiperfrecuentación de las consultas de atención primaria. Otro estudio realizado en el Reino Unido (Sheehan, Bass, Briggs, y Jacoby, 2003) en el cual no se incluía la variable disfunción familiar, concluyó que la somatización, la depresión y un bajo soporte social se relacionaban con la hiperfrecuentación. En el estudio que hemos llevado a cabo, la probabilidad de manifestar ansiedad es la única variable que mantiene su significación estadística, incluso cuando se incluye la situación laboral y el apoyo social funcional afectivo como variables de ajuste. Así, la presencia de dicha variable sería un factor de alta probabilidad para ser diagnosticado de hiperfrecuentación. Los resultados indican que los usuarios que presentan posibilidad de manifestar ansiedad tienen más del doble de riesgo de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio.

En nuestro estudio, el grupo hiperfrecuentador es el que presenta una mayor proporción de usuarios con incapacidad laboral por enfermedad y por ende de personas que dejan de participar en el proceso productivo de la sociedad junto con una mayor proporción de usuarios con elevada probabilidad de manifestar ansiedad. Aunque el grado del soporte social puede variar entre países y culturas, en nuestra muestra la exclusión del sistema laboral por enfermedad puede explicar la preponderancia de la sintomatología subclínica de ansiedad. En consecuencia, el soporte social afectivo junto con la hiperfrecuentación podría variar no sólo entre diferentes países y culturas sino también entre diferentes personas. Desde este punto de vista, las diferencias individuales en cuanto a la forma en que se manifiesta la ansiedad podrían explicar la

variabilidad de los resultados que exploran la asociación de la hiperfrecuentación con los factores psicosociales. Este hecho apoyaría la idea de que la ansiedad-rasgo predominante en un determinado patrón de personalidad se relacionaría con la frecuentación de la APS. Así pues, siendo la personalidad un patrón estable y consistente a lo largo de la vida, algunos acontecimientos vitales podrían desencadenar un estado de ansiedad que podría acercar al usuario al polo de la psicopatología.

En nuestro estudio a nivel probabilístico, la escala de personalidad Dependiente y la escala de personalidad Compulsiva son las únicas variables que mantienen su significación estadística, incluso cuando se incluye la situación laboral como variable de ajuste. Así, el modelo muestra que puntuaciones elevadas en la escala de personalidad Dependiente o bajas en personalidad Compulsiva serían un factor de alta probabilidad para ser diagnosticado de hiperfrecuentación. Los resultados indican que los usuarios con puntuaciones elevadas en personalidad Dependiente aumentan un 10% el riesgo de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud, mientras que puntuaciones elevadas en personalidad Compulsiva reducen un 2% el riesgo de ser hiperfrecuentadores. Así pues, en nuestra muestra el grupo hiperfrecuentador se caracteriza por personas con un estilo de afrontamiento pasivo, que se someten de buen grado a los deseos de los demás con tal de mantener el apego, y recurren a los profesionales sanitarios para obtener cuidados y seguridad esperando obtener de dichos profesionales afecto. Asimismo, el grupo hiperfrecuentador se caracteriza por la obediencia a las respuestas técnicas ofrecidas por dichos profesionales esperando encontrar las respuestas que ellos mismos desean: las afectivas. En esta petición de ayuda el paciente obtiene una respuesta de tipo básicamente técnico que aceptaría con sumisión esperando encontrar un marco de contención para su ansiedad. Al no encontrar dicho marco, seguiría frecuentando las

consultas de atención primaria por iniciativa propia. Los resultados de nuestro estudio confirman sólo en parte los resultados obtenidos en el estudio de Rodríguez y colaboradores (2003). Así, ambos estudios son similares en cuanto a la preponderancia de la personalidad Dependiente, lo que ofrece un alto nivel de confianza respecto a los resultados obtenidos. Sin embargo, los datos son divergentes respecto a la personalidad Compulsiva. Las personas compulsivas aunque son abiertamente pasivas y manifiestan una aparente conformidad pública, presentan sentimientos de ira y de rebeldía que a veces desbordan sus controles. La variabilidad en los resultados puede deberse al tipo de diseño de cada estudio, concretamente en nuestro estudio los usuarios hiperfrecuentadores se comparan con un grupo normofrecuentador apareado por edad y género.

La relación existente entre los trastornos de personalidad y el ciclo vital han puesto en evidencia su papel como factores moderadores en el desarrollo y agravamiento de los procesos de enfermedad física, así como en la frecuencia y gravedad de los problemas de malestar psicológico (Newton-Howes, Clark, y Chanen, 2015). En nuestro estudio, cuando hemos realizado una regresión logística para determinar que síndromes clínicos y/o síndromes clínicos severos del MCMI-III predecían la hiperfrecuentación, los resultados han indicado que puntuaciones elevadas en el Trastorno de ansiedad o en Depresión mayor aumentan un 10% el riesgo asociado a una mayor probabilidad de manifestar hiperfrecuentación de los servicios de salud. Así pues, al aumentar la ansiedad que se reflejaría como pánico y preocupación ante la enfermedad física, o la depresión que se expresaría como juicio crítico hacia los demás o hacia uno mismo; se podría desbordar el marco sociofamiliar de contención emocional. Estudios previos (Bellón y col., 2007; Fiscella, Franks, y Shields, 1997)

refieren que una elevada percepción de crítica por parte de los miembros de la unidad familiar es un predictor de las visitas médicas a través de la salud mental. Este hecho junto con un estilo de personalidad dependiente apoyaría la idea de que la necesidad de mantener el apego haría que estas personas recurrieran a los profesionales sanitarios para obtener cuidados y seguridad, y en último extremo afecto. Las respuestas inadecuadas a estas demandas podrían agravar los procesos de enfermedad física y aumentar la gravedad del malestar psicológico.

Debemos mencionar las principales fortalezas y limitaciones de este estudio. En relación a la definición de hiperfrecuentación, ésta está basada en criterios puramente estadísticos lo que podría conducir a considerar hiperfrecuentador a un paciente con una enfermedad que requiera controles frecuentes no derivados de su propia voluntad sino de unas recomendaciones sanitarias. Como decíamos en la introducción, para subsanar en parte este problema hemos considerado sólo las visitas de tipo cita previa y/o las urgentes, que son las que de manera más fiable reflejan la iniciativa del propio paciente. Este tipo de visitas, además, se utilizan de manera bastante homogénea en el Servicio de Atención Primaria, dado que los criterios para asignarlas están consensuados. De forma compatible con los objetivos de este estudio, decidimos clasificar como categórica la variable hiperfrecuentación. Esta aproximación tiene como consecuencia una menor potencia estadística debido a la posibilidad de poder clasificar erróneamente hiperfrecuentadores y normofrecuentadores, sin embargo al utilizar el percentil 95 disminuimos el riesgo de dicha posibilidad. Por otra parte, en este estudio no ha sido posible tener en cuenta el número de visitas realizadas a Centros de Atención Primaria privados, lo cual puede haber provocado un sesgo al evaluar la hiperfrecuentación. Así pues, algunos usuarios con enfermedades crónicas y que acuden con más frecuencia a

los Centros de Atención Primaria privados que a los públicos podrían no haber sido detectados como hiperfrecuentadores.

Las variables analizadas en este estudio se seleccionaron a partir de estudios publicados con anterioridad y que habían resultado relevantes en el estudio de la hiperfrecuentación. Sin embargo, no hemos podido incluir otras variables independientes que, tal y como apuntan algunos trabajos, podrían estar implicadas. Las variables relacionadas con la organización de los servicios y de los profesionales sanitarios, son ejemplos de variables no contempladas en este estudio y que podrían ayudar a una mejor capacidad explicativa de los resultados obtenidos. Este grupo de variables no formaba parte de los objetivos de este estudio. Nuestro interés se centraba en los factores psicosociales del usuario de los servicios de atención primaria de salud, y desde esta perspectiva el resto de factores han sido considerados como factores confusores y/o efectos modificadores.

En este estudio hemos comparado una muestra relativamente amplia de hiperfrecuentadores con normofrecuentadores, aspecto que constituye uno de los puntos fuertes del trabajo. Sin embargo, hemos obtenido una elevada tasa de mortalidad estadística a pesar de que para minimizar dicho fenómeno se había facilitado a los participantes del estudio un horario amplio, entre la hora de apertura y cierre del centro, y se les informó de la relevancia de su participación. La causa más frecuente de pérdidas fue la negativa a participar en el proyecto, seguida de la imposibilidad de localizar al candidato. Dicha baja participación en el grupo hiperfrecuentador podría explicarse, en parte, a que las entrevistas aunque se realizaron en el centro de salud de referencia de los participantes no las dirigían los profesionales del equipo de atención primaria que habitualmente atienden a dichos usuarios. Este hecho podría indicar que entre las

personas que han participado en el estudio predomina una tendencia a buscar atención y sentirse confortables participando voluntariamente. Mientras que, los usuarios que no acuden a la entrevista probablemente muestran características tales como la apatía, la desgana y la distancia en las relaciones sociales. Este perfil de conducta apuntaría a una infraestimación del estilo de personalidad Esquizoide, así como de una desconfianza hacia los demás, propia del estilo de personalidad Paranoide (Rodríguez y col, 2003) y del Evitativo.

Otra de las limitaciones podría deberse al diseño del estudio. La frecuentación ha sido estudiada de forma retrospectiva en el momento del análisis. La utilización de un diseño transversal únicamente permite establecer asociaciones, por este motivo no podemos determinar la dirección de las asociaciones descritas, ni podemos conocer ni profundizar sobre los nexos de orden causal entre las variables sometidas a estudio. Asimismo, estudios prospectivos de la frecuentación refieren que los factores psicosociales son previos a la hiperfrecuentación (Bellón y col., 2007), y los estilos de personalidad son estables en el tiempo. En todo caso, será interesante hacer un seguimiento de nuestra muestra.

6. CONCLUSIONES.

Como hemos mencionado anteriormente, en este estudio planteamos seis hipótesis específicas. Por tal de verificar dichas hipótesis, a continuación mostramos cada una de ellas y los resultados obtenidos.

H_{1.1}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se caracterizarían por un determinado perfil sociodemográfico: sin pareja por haberla perdido, nivel de estudios y económico bajo, e inactivos laboralmente.

En relación a los resultados relativos a las variables sociodemográficas, los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores no obtienen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estado civil, nivel de estudios, o nivel de rentas. Sin embargo sí se diferencian en cuanto a su situación laboral, siendo el grupo hiperfrecuentador el que presenta una mayor proporción de usuarios con pensión por invalidez, mientras que en el grupo normofrecuentador predominan los pensionistas por jubilación. Así pues, la primera hipótesis específica sólo se cumple en relación a la situación laboral.

H_{1.2}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores tendrían mayor percepción de disfunción sociofamiliar y pertenecerían a familias pequeñas que se situarían en las últimas etapas del ciclo vital familiar (V y VI).

Según los datos obtenidos de la muestra estudiada, en relación al patrón de distribución de cada una de las variables sociofamiliares recogidas, ciclo vital familiar,

estructura familiar, disfunción familiar, disfunción social y disfunción sociofamiliar, los usuarios del grupo hiperfrecuentador en comparación con el grupo normofrecuentador no se diferencian significativamente en ninguna de ellas. Ambos grupos tampoco se diferencian significativamente en relación a las puntuaciones obtenidas en apoyo social funcional total ni en apoyo social funcional confidencial. No obstante, ambos grupos sí se diferencian significativamente en cuanto a las puntuaciones obtenidas en apoyo social funcional afectivo siendo el grupo hiperfrecuentador el que obtiene una puntuación más baja. Así pues, la segunda hipótesis específica sólo se cumple en relación al apoyo social funcional afectivo.

H_{1,3}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores sufrirían una mayor probabilidad de ansiedad y/o depresión.

Los resultados obtenidos en las escalas de Goldberg indican que ambos grupos se diferencian significativamente en cuanto a la probabilidad de manifestar ansiedad y depresión, siendo el grupo hiperfrecuentador el que presenta una mayor proporción de usuarios en ambas categorías. Así pues, la tercera hipótesis específica se cumple en su totalidad.

H_{1,4}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores presentarían un número más elevado de enfermedades crónicas y consultarían con más frecuencia a los profesionales sanitarios.

Los resultados indican que ambos grupos se diferencian significativamente en relación a la comorbilidad y al consumo sanitario, siendo el grupo de usuarios hiperfrecuentadores el que puntuó más alto en todas las categorías recogidas. Dichas categorías fueron el número de enfermedades crónicas, la media de medicamentos en

prescripción continuada, el número de envases consumidos, el número de derivaciones a especialistas, el número de pruebas complementarias (analíticas, pruebas radiológicas, espirometrías, electrocardiogramas), el número de visitas con médico de familia, el número de visitas con enfermería y el número de visitas con otros profesionales del EAP. Así pues, la tercera hipótesis específica se cumple en su totalidad.

H_{1.5}: Los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se caracterizarían por unos determinados estilos de personalidad, que tendrían en común un estilo de afrontamiento pasivo (dependiente, obsesivo-compulsivo, y esquizoide).

En relación a los resultados obtenidos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, según los datos de la muestra estudiada, respecto a los patrones clínicos de personalidad los usuarios hiperfrecuentadores en comparación con los normofrecuentadores se diferencian significativamente en las escalas de personalidad Depresiva, Dependiente, Compulsiva y Negativista, siendo el grupo hiperfrecuentador el que puntúa significativamente más alto en la escala Depresiva, Dependiente y Negativista, mientras que el grupo normofrecuentador puntúa significativamente más alto en la de personalidad Compulsiva. En cuanto a los tres patrones patológicos de personalidad, los resultados indican que el grupo hiperfrecuentador obtiene puntuaciones más elevadas en las tres categorías, siendo la diferencia entre ambos grupos estadísticamente significativa en todos los casos. En relación a los síndromes clínicos los hiperfrecuentadores presentan el mayor tamaño del efecto en las escalas Trastorno de ansiedad, Trastorno distímico, Trastorno somatoforme y Trastorno por estrés postraumático, así como en los tres síndromes clínicos severos. Cuando analizamos los resultados en función de la distribución de los porcentajes en

puntuaciones tasa base (TB) superiores a 74 puntos, vemos que mientras en el grupo hiperfrecuentador se da significativamente una mayor proporción de usuarios con personalidad Paranoide, Trastorno de ansiedad, Trastorno somatoformo, Trastorno distímico, Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Clúster tipo A; en el grupo normofrecuentador predomina significativamente la personalidad Compulsiva y el Clúster C. Así pues, la quinta hipótesis específica sólo se cumple en cuanto al estilo de personalidad Dependiente.

H_{1,6}: Puntuaciones elevadas en los estilos de personalidad con un tipo de afrontamiento pasivo predecirían la hiperfrecuentación de las consultas de Atención Primaria de Salud.

Los resultados obtenidos de la regresión logística parecen indicar que los usuarios que presentan posibilidad de manifestar ansiedad tienen más del doble de riesgo de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio. Los usuarios con puntuaciones elevadas en personalidad Dependiente presentan un riesgo 10 veces superior de ser hiperfrecuentadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio, mientras que los usuarios con puntuaciones bajas en personalidad Compulsiva reducen un 2% el riesgo de ser hiperfrecuentadores. Puntuaciones elevadas en el Trastorno de ansiedad o en Depresión mayor aumentan un 10% el riesgo asociado a una mayor probabilidad de manifestar hiperfrecuentación de los servicios de salud. Por consiguiente, se cumple la sexta hipótesis específica en relación a dicho estilo de afrontamiento pasivo.

7. APORTACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados obtenidos de este estudio muestran un perfil del usuario hiperfrecuentador caracterizado por: presentar invalidez por enfermedad, tener menor apoyo social funcional afectivo, mayor probabilidad de manifestar ansiedad y/o depresión subclínica, mayor número de enfermedades crónicas y de visitas a los profesionales sanitarios, presentan un estilo de personalidad Dependiente y Trastorno de ansiedad y Depresión mayor.

Nuestra hipótesis sugería que en personas con estilos de personalidad de tipo pasivo factores tales como las características sociodemográficas y las sociofamiliares, junto con los síntomas de ansiedad y depresión subclínica tendrían la capacidad de modificar las necesidades individuales y por ende la capacidad de planificar las demandas adecuadamente. En este sentido, las necesidades que serían susceptibles de ser satisfechas en las redes informales pasarían a ser demandadas en las redes formales, concretamente en los servicios de Atención Primaria de Salud. Dicha hipótesis ha quedado refutada parcialmente al no hallarse diferencias significativas entre ambos grupos, ni en cuanto a los factores demográficos como el estado civil, el nivel de estudios, el nivel de renta, la estructura familiar y su tamaño, ni en cuanto a algunas variables sociofamiliares como la función familiar, el soporte social total y el soporte social confidencial. Sin embargo, si se ha mostrado una tendencia en el grupo hiperfrecuentador a reportar niveles más bajos de estudio, renta, soporte familiar, soporte social y soporte sociofamiliar. Este hecho parece indicar la necesidad de realizar estudios poblacionales más amplios que verifiquen si dicha tendencia puede confirmarse como una característica diferencial. No obstante, las diferencias halladas entre ambos

grupos han sido significativas en algunas variables tales como la situación laboral, el apoyo social afectivo y una mayor probabilidad de manifestar ansiedad y depresión. Desafortunadamente, muchas veces los signos de disfuncionalidad psicosocial pasan desapercibidos para los servicios de salud en atención primaria que focalizan el diagnóstico al síntoma físico y a una causa directamente biológica (Rodríguez-López, 2012).

Si como indican los resultados, en el grupo hiperfrecuentador está más presente la condición de pensionista por invalidez que tiene como consecuencia que el usuario deje de aportar al proceso productivo de la sociedad, no sorprende pues que los usuarios que componen dicho grupo reporten niveles bajos de apoyo social afectivo. Este dato, teniendo en cuenta como ya hemos mencionado anteriormente que los pacientes con enfermedades crónicas presentan alteraciones emocionales, podría ponerse en relación con los marcadores de ansiedad y depresión subclínica para completar un modelo psicosocial de la hiperfrecuentación. Asimismo, la comparación de ambos grupos para determinar si el grupo hiperfrecuentador se caracteriza por unos determinados estilos de personalidad, nos ha permitido establecer un perfil de personalidad Dependiente asociado a un estado de ansiedad que se reflejaría como preocupación y/o a un estado depresivo que se expresaría como juicio crítico. Así pues, siendo la personalidad un patrón estable y consistente a lo largo de la vida, y teniendo en cuenta que la normalidad y la patología de la personalidad existen a lo largo de un continuo; el estilo de personalidad Dependiente, en condiciones de adversidad persistente puede empezar a descompensarse adquiriendo rasgos de severidad moderada o marcada. Aunque dicha descompensación tiene su origen en una necesidad física, el estilo de personalidad Dependiente junto a la presencia de ansiedad subclínica y la percepción de un soporte

social bajo hace que la demanda que se dirige a los profesionales sanitarios sea de tipo mayoritariamente afectivo. Si dicha demanda tiene una respuesta de tipo básicamente técnico, y ésta respuesta se sostiene en el tiempo, los síndromes clínicos tales como el Trastorno de ansiedad y la Depresión mayor aumentan con el tiempo en su intensidad. Asimismo, a su vez dichos síndromes intensifican los rasgos del estilo de personalidad Dependiente.

En conclusión, dicho estudio aporta información muy valiosa acerca de la utilidad del modelo psicosocial y del modelo de personalidad para la evaluación del tipo de sufrimiento que padecen este grupo de usuarios y que permite discriminar los casos más graves de aquéllos que son reactivos a diversas situaciones. El hecho de disponer de información sobre la frecuencia con que el paciente consulta junto a la evaluación de los estilos de personalidad que nos da indicaciones de unas pautas de comportamiento estable y consistente aporta evidencia complementaria para una mejor conceptualización de la hiperfrecuentación. El MCMI, cuestionario utilizado en este estudio, debido al tiempo que requiere su administración y a la formación que se precisa para su interpretación es difícil que se pueda manejar en las consultas de Atención Primaria. Sin embargo, un médico de familia medianamente entrenado puede observar si un determinado paciente puede tener rasgos extremos de personalidad que le causen conflictos (Rodríguez y col., 2003). Asimismo, el hecho de disponer de información acerca de las variables probabilidad de sufrir ansiedad subclínica, nivel del soporte social y situación laboral nos da indicaciones acerca del tipo de demanda que realiza este grupo de usuarios y aporta evidencia complementaria para una mejor conceptualización del tipo de sufrimiento que padecen este grupo de usuarios. Dicha información está fácilmente disponible para el profesional sanitario puesto que la

administración de las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg es parte de la evaluación clínica habitual y junto con la situación laboral forman parte de la Historia Clínica informatizada. Asimismo, la escala de apoyo social funcional de Duke por su fácil manejo viene siendo utilizada en la APS. A pesar de que estudios anteriores ya informaban de trastornos de personalidad, elevadas puntuaciones en estilos de personalidad de tipo pasivo, Trastorno de ansiedad y depresión, y puntuaciones bajas en soporte social en este grupo de usuarios, estos nuevos hallazgos proporcionan información adicional que puede ayudar a una mejor comprensión de la manifestación y mantenimiento de la hiperfrecuentación.

A partir de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la actual composición de los Equipos de Atención Primaria de Salud, propugnamos que los trabajadores sociales sanitarios sean los profesionales de referencia que asistan los casos reactivos. Dichos profesionales, por su perfil formativo basado en habilidades transversales tales como la capacidad de contención emocional, técnicas de entrevista, técnicas grupales, son los profesionales de Atención Primaria que mejor pueden abordar una demanda de tipo básicamente afectivo. Dicha respuesta, de prevención cuaternaria, del sistema sanitario dirigida a la contención socioemocional en este grupo de usuarios evitaría que se genere un estado de susceptibilidad que condicione la generación y perpetuación de unos estados ansiosos-depresivos que acercarán al usuario hacia el polo patológico de personalidad. Existen algunas experiencias poco documentadas de tratamiento a las comorbilidades, pero los resultados en cuanto al impacto en la hiperfrecuentación son contradictorios (Adam, Brandenburg, Bremer, y Nordstrom, 2010; Smits, Wittkampfl, Schene, Bindels, y Van Weert, 2008). Dos revisiones sistemáticas mostraron que en el caso de la Depresión mayor, las intervenciones en salud mental son efectivas en algunos

de los síntomas, lo cual da lugar a pequeñas disminuciones no significativas en el número de consultas (Smits y col., 2008). Solamente un estudio reportó una disminución significativa al año posterior a la intervención (Bellón, Rodríguez, Luna, y Torres-González, 2008), sin embargo los propios autores dicen desconocer cuáles son los ingredientes activos de la misma (Bellón y Rodríguez, 2008). Estos síndromes clínicos son de tipo reactivo y, por tanto su duración es sustancialmente más corta que la de los trastornos de personalidad, así pues, estos trastornos siempre deberían ser evaluados en la APS. Respecto al tratamiento de los casos más graves, a las variantes más disfuncionales de la personalidad que representan estados más avanzados de patología de la personalidad, propugnamos que los médicos de familia y los profesionales de los Centros de Salud Mental conjuntamente elaboren e implementen programas de intervención que tengan en cuenta las diferencias existentes entre los diferentes trastornos de personalidad, e incluyan componentes de tratamiento específicos para cada uno de ellos. Estudios recientes confirman que el comportamiento no es tan inamovible como se pensaba y que una buena terapia puede inducir enormes mejoras funcionales, incluyendo la autopercepción del nivel de salud, su grado de agresividad y el nivel de amenaza percibida (Seivewright, Tyrer, y Johnson, 2002). Esto mejoraría la calidad de las consultas de los médicos de familia de Atención Primaria y proporcionaría a muchos pacientes (entre ellos los hiperfrecuentadores) una vía efectiva para la solución de sus problemas reales.

8. REFERENCIAS.

- Adam, P., Brandenburg, D.L., Bremer, K.L. y Nordstrom, D.L. (2010). Effects of team care of frequent attenders on patients and physicians. *Families, Systems & Health*, 28(3), 247-257. doi: 10.1037/a0020944
- Aday, L.A. y Andersen, R. A. (1974). Framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9, 208-220.
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 607-611. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
- Aguado, A., Guinó, E., Mukherjee, B., Sicras, A., Serrat, J., Acedo, M., ... Moreno, V. (2008). Variability in prescription drug expenditures explained by adjusted clinical groups (ACG) case-mix: a crosssectional study of patient electronic records in primary care. *BMC Health Services Research*, 4, 8-53. doi:10.1186/1472-6963-8-53
- Aguado, A., Rodríguez, D., Flor, F., Sicras, A., Ruiz, A. y Prados, A. (2012). Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo. *Atención Primaria*, 44, 145-152. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.011
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A. y Väänänen, A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight years cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 150-159. doi: 10.1016/j.jad.2008.09.021
- Aiarzaguena, J. M. (2003). *Manejo de pacientes con malestar psicosocial en Atención Primaria*. Vitoria: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Salazar, A., Gaminde, I. y Sánchez, A. (2008). The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 99-105. doi:10.1080/02813430802048662
- Alameda, A. y Pazos, A. (2009). La investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 863-875. doi:10.1590/S1135-57272009000600009
- Alonso, E., Manzanera, R., Varela, J. y Picas, J. M. (1987). Estudios observacionales de la demanda. *Atención Primaria*, 4, 148-154.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA (ed. Esp.; Barcelona: Masson).

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andersen, R. y Newman, JF. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 51, 95-124. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x
- Andersson, S. O., Ferry, S. y Mattsson, B. (2004). Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? Repeat studies of attendance pattern at the family practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22 (2), 91-94.
- Antonovsky, H., Maoz, B. y Pilpel, D. (1989). Personal and health factors associated with frequency of visits to the primary care clinic. *Family Practice*, 6, 182-187.
- Aragonés, E., Labad, A., Piñol, J. L., Lucena, C. y Alonso, Y. (2005). Somatized depression in primary care attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 145-151. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.07.010
- Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M. y Piñol, J. L. (2013) Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27,171-174. doi:10.1016/j.gaceta.2011.12.006
- Arillo, A., Vilches, C., Mayor, M., Gurpegui, J. R., Arroyo, C. y Estremera, V. (2006). Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles. ¿Cómo se sienten tratados por sus médicos? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 47-58.
- Armstrong, D., Glanville, T., Bailey, E. y O'keefe, G. (1990). Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *British Journal of General Practice*, 40, 241-242.
- Arroyo, E., Auquer, F., Buñuel, J. C. y Rubio, M. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria*, 22, 627-630.
- Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M.J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G. y Rojo-Pérez, F. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. *Gaceta Sanitaria*, 26, 317-324. doi:10.1016/j.gaceta.2011.08.009

- Báez, K., Aiarzaguena, J. M., Grandes, G., Pedrero, E., Aranguren, J. y Retolaza, A. (1998). Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case control study. *British Journal of General Practice*, 48, 1824-1827.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D. y Klerman, G. L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science and Medicine*, 34, 1147-1154.
- Barsky, A. J., Orav, E. J. y Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62, 903-10. doi:10.1001/archpsyc.62.8.903
- Bass, C., Bond, A., Gill, D. y Sharpe, M. (1999). Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic: patient characteristics and health care use. *General Hospital Psychiatry*, 21(1), 30-38.
- Bellón, J. A. (1995). Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Bellón J. A. (2004). Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria. *Semergen*, 30(1), 17-19.
- Bellón J. A., Delgado A. y Luna, J. D. (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-163.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1995). Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización primaria. *Gaceta Sanitaria*, 9, 343-353.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-296.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 1347-1357.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (2007). Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice*, 24, 562-569. doi: 10.1093/fampra/cmm059
- Bellón, J. A. y Fernández-Asensio, M. E. (2002). Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 33-41.
- Bellón, J. A., Lardelli, P., Luna, J. D. y Delgado, A. (2000) Validity of self reported utilization of primary health care services in an urban population in Spain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 544-552. doi:10.1136/jech.54.7.544.

- Bellón, J. A., Rodríguez, A. (2008). ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Atención Primaria*, 40, 591-593.
- Bellón, J. A., Rodríguez, A., Luna, J. D. y Torres-González, F. (2008). Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 58, 324-330. doi: 10.3399/bjgp08X280182
- Bernal-Delgado, E. y Ortún, V. (2011). La calidad del sistema nacional de salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 24, 254-258. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.02.007
- Berrios, G.E. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En R. Luque y J. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (pp. 109-145). Madrid: Trotta.
- Blanchard, L. T., Gurka, M. J. y Blackman, JA. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003. National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, 117, 1202-12.
- Body, R. (2004). The Recurrent Attender with a Difference. *British Medical Journal*, 328, 1554-1554. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1554-a>
- Borrell, C. y Pasarín, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gaceta Sanitaria*, 18, 1-4.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. New York: Open University Press.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H, De Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The DUKE-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Broyles, R. W., Manga, P., Binder, D. A., Angus, D. E. y Charette, A. (1983). The use of physician services under a national health insurance scheme. *Medical Care*, 21, 1037-1054.
- Buitrago, R., Ciurana, R., Chocron L., Fernández, C., García, J. y Montón, C. (1999). Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 24, 133-6.
- Campbell, S. M. y Roland, M. O. (1996). Why do people consult the doctor? *Family Practice*, 13, 75-83.
- Cardenal, V. y Sánchez, M.P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.

- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los Trastornos de personalidad según el modelo de Millon. Una propuesta integradora. *Clínica y Salud, 18(3)*, 305-324.
- Casajuana, J. y Bellón, J. A. (2003). La gestión de la consulta en atención primaria. En Martín-Zurro, A. y Cano-Pérez, J. F., editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica* (pp. 84-109). Madrid: Elsevier.
- Chang, W. C. (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*, 488-491. doi:10.1136/jech.56.7.488
- Choca, J. (2004). *Interpretive guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Third edition*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Choca, J. y Van Denburg, E. (1998). *Guía para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- Cortés, J.A., Peñalver, C., Alonso, J., Arroyo, A. y González, L. (1993). La prevalencia del malestar psíquico en Atención Primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. *Atención Primaria, 11*, 459-460.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R) / Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): manual profesional*. Madrid: TEA.
- Counte, M. A. y Glandon, G. L. (1991). A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. *Medical Care, 29*, 261-348.
- Coyne, J. C., Schwenck, T. L. y Fechner-Bates, S. (1995). Non detection of depression by primary care physicians reconsidered. *General Hospital Psychiatry, 17*, 3-12.
- Deb, P. y Trivedi, P. K. (2002). The structure of demand for health care: latent class versus two part models. *Journal of Health Economics, 21*, 601-625. doi: 10.1016/S0167-6296(02)00008-5
- De Boer, A. G., Wijker, W. y de Haes, H. C. (1997). Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy, 42(2)*, 101-115. doi:10.1016/S0168-8510(97)00062-6
- Delgado, A. (1999). Influencia de la necesidad y otras variables individuales. En: De la Revilla L, editor. *Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de servicios de salud* (pp. 11-19). Barcelona: Doyma.
- De la Revilla, L., Aranda, J. M. y Luna, J. D. (1987). Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria en el uso de las consultas médicas. *Atención Primaria, 9*, 472-80.

- De la Revilla, L., Bailón, E., de Dios, J., Delgado, A., Prados, M. y Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-691.
- De la Revilla, L. y De los Ríos, A. M. (1994). La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atención Primaria*, 13, 73-76.
- De la Revilla, L., De los Ríos, A. M. y Luna, J. D. (2007). Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39, 305-311. doi: 10.1157/13106286
- De la Revilla, L. y Fleitas, L., (1991). La familia como subsistema social regulador. En: De la Revilla L. *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria* (pp. 21-27). Barcelona: Doyma.
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A. y Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Dunlop, S., Coyte, P. C. y McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilization of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 51, 123-133. doi:10.1016/S0277-9536(99)00424-4
- Dyce, J., O'Connor, B., Parkins, S. y Janzen, H. (1997). Correlational structure of the MCMI-III personality disorder scales and comparisons with other data sets. *Journal of Personality Assessment*, 69, 568-582.
- Faragher, E. B., Cass, M. y Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112. doi:10.1136/oem.2002.006734
- Fernández-Cadalso, S., y García-Martínez, J. (2012). Perfil psicológico del paciente hiperfrecuentador en un centro de atención primaria. *Acción Psicológica*, 9(2), 35-46. doi:10.5944/ap.9.2.4102
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448. doi:10.1016/j.addbeh.2005.09.014
- Ferrara, M., Meloni, D., Caira, D., Magherini, F., Maglietta, M. y Baldasseroni, A. (2004). Common mental disorders in primary care: prevalence and determinants of a general health questionnaire as a screening tool. *Epidemiologia and Prevenzione*, 28, 338-345.

- Finkelstein, M. M. (2001). Do factors other than need determine utilization of physicians' services in Ontario? *Canadian Medical Association Journal*, *65*, 65-70.
- Fiscella, K., Franks, P. y Shields, C. G. (1997). Perceived family criticism and primary care utilization: psychosocial and biomedical pathways. *Family Process*, *36*, 25-41. doi:10.1111/j.1545-5300.1997.00025.x
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Steinberg, K., Tennen, H. y Allen, S. (2004). Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical care. *Social Science and Medicine*, *58*, 2145-2148. doi:10.1016/j.socscimed.2003.08.017
- Freeborn, D., Pope C., Mullooly, J. y McFarland, B. (1990). Consistently high users of medical care among the Elderly. *Medical Care*, *28*, 527-540.
- Fuertes, M.C., Álvarez, E., García, M. D., Fernández, M., Echarte, E, y Abad, J. (1994). Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Atención Primaria*, *14*, 809-814
- García, L. (1994). Los estudios de utilización de servicios en la revista Atención Primaria. *Atención Primaria*, *14*, 1118-1126.
- García-Lavandera, L.J., Alonso, M., Salvadores, J., Alonso, P.S., Muñoz P. y Blanco, A. M. (1996). Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Atención Primaria*, *18*, 484-489.
- García, M. A., Martín, V., Ramírez, D., González, Y., Hidalgo, I. y Escribano, E. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gaceta Sanitaria*, *21*, 219-226.
- Gené, J., Planes, A. y Berraondo, I. (1999). *Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios*. Madrid; Documentos SEMFYC nº 14.
- Gili, M., Luciano, J. V., Serrano, M. J., Jiménez, R., Bauza, N. y Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*, 744-749. doi:10.1097/NMD.0b013e31822fcd4d
- Gill, D., Dawes, M., Sharpe, M. y Mayou, R. (1998). GP frequent consulters: their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. *British Journal of General Practice*, *48*, 1856-1857.
- Gill, D. y Sharpe, M. (1999). Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations, and outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*, 115-130. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00118-4

- Girón, M., Bevia, B., Medina, E. y Talero, M. S. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria en Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- Gómez, E., Moreno, P., Hernández, M. y Gérvas, J. (1996). Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Family Practice*, 13, 382-385.
- Gómez-Calcerrada, D., Hernández, F. y Gómez, M. (1996). La investigación en la utilización de servicios. *Formación Médica Continuada*, 3, 229-42.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Grau, G., Cebrià, J., Casas, O., Segura, J., Corbella, S. y Villa, G. (1998). La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (II). *Medicina Integral*, 32, 49-53.
- Grimsmo, A. y Siem, H. (1984). Factors affecting primary health care utilization. *Family Practice*, 1, 155-160.
- Guerra, J. A. y De Anca, I. A. (2007) Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores; estudio con grupos focales. *Atención Primaria*, 39, 349-354. doi:10.1157/13107722
- Guerra, F. y Diéguez, M. (2011). Psicoterapia en Atención Primaria: a propósito de un caso de trastorno somatomorfo tratado con terapia interpersonal. *Atención Primaria*, 43, 440-446. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.005
- Gulbrandsen, P., Fugelli, P. y Hjortdahl, P. (1998). Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Family Practice*, 15, 1-8.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, ..., y Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Hahn, S. R. (2001). Physical Symptoms and Physician-Experienced Difficulty in the Physician-Patient Relationship. *Annals of Internal Medicine*, 134, 897-904. doi:10.7326/0003-4819-134-9_Part_2-200105011-00014
- Hauswaldt, J., Himmel, W. y Hummers-Pradier, E. (2013). The inter-contact interval: a new measure to define frequent attenders in primary care. *BMC Family Practice*, 14, 162-169. doi:10.1186/1471-2296-14-162

- Heath, I. (2013). Overdiagnosis. When good intention meet vested interest. An essay by Iona Heath. *British Medical Journal*, *347*, 6361-6363. doi: 10.1136/bmj.f6361
- Hodgson, P., Smith, P., Brown, T. y Dowrick, C. (2005). Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Annals of Internal Medicine*, *3*, 318-323. doi:10.1370/afm.311
- Hueston, W., Mainous, A. y Schilling, R. (1996). Patients with Personality Disorders: Functional Status, Health Care Utilization and Satisfaction with Care. *Family Practice*, *42*, 54-60.
- Hughes, G. (2008). The Inappropriate Attender. *Journal of Emergency Medicine*, *25*, 468-469. doi:10.1136/emj.2008.061663
- Hulka, BS. y Wheat, J. R. (1985). Patterns of utilization: The patient perspective. *Medical Care*, *23*, 438-460.
- Jiménez, A. P., Cisneros, J. M., Guzmán, P. J. y Robles, M. A. (2008). Asociación entre apoyo familiar y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*, *40*, 475-81. doi:10.1016/j.aprim.2011.03.006
- Jiwa, M. (2000). Frequent attenders in general practice: An attempt to reduce attendance. *Family Practice*, *17*, 265-275. doi: 10.1093/fampra/17.3.248
- Karlsson, H., Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice*, *11*, 424-30. doi:10.1093/fampra/11.4.424
- Karlsson, H., Joukamaa, M., Lahti, I., Letinen, V. y Kokki-Saarinen, T. (1997). Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attenders patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*, 157-66. doi:10.1016/S0022-3999(96)00287-5
- Kersnik, J., Svab, I. y Vegnuti, M. (2001). Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *19*, 174-177. doi:10.1080/028134301316982405
- Knabb, J. y Vogt, R. G. (2011). Assessing Old Order Amish Outpatients With the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, *93*, 290-299. doi:10.1080/00223891.2011.558878
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O. y Lowe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*, 317-325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

- Libb, J.W., Stankovic, S., Sokol, R., Freeman, A., Houck, C. y Switzer, P. (1990). Stability of the MCMI among depressed psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 55, 209–218.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. NY: Academic Press.
- Llorente, S., López, T., García, L. J., Alonso, M., Alonso, P. y Muñoz, P (1996). Perfil del hiperfrecuentador de un Centro de Salud. *Atención Primaria*, 17, 100-106.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja: un estudio piloto en prisión. *Psicothema*, 22, 106-111.
- Luciano J. V., Fernández, A., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Bellón J. A., García-Campayo, J. ... Serrano-Blanco, A. (2010). Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *British Journal of General Practice*, 60, 49–55. doi: 10.3399/bjgp10X483139
- Luciano, J. V. y Serrano, A. (2008). Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Atención Primaria*, 40, 631-632. doi:10.1016/S0212-6567(08)75697-X
- Lynke, I., Munk-Jorgensen, P., Lynge, A., Mulvad, G. y Bjerrgaard, P. (2004). Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 63, 377-383.
- Mancera, J., Muñoz, F., Paniagua, F., Fernández, C., Fernández, M. L. y Blanca, F. J. (2001). Problemas de salud y determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de Salud. *Atención Primaria*, 27, 658-662.
- Martínez-Cañavate, T. (2007). *Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria en Andalucía*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Martínez-Cañavate, T., Bellón, J. A., Delgado A., Luna J. D., López L. A. y Lardelli, P. (2004). Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y la organización. *Atención Primaria*, 34, 137-138.
- Martín-Zurro, A., Cano Pérez, JF. (2003). *Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.
- Martín-Zurro, A., Ledesma, A. y Sans, A. (2000). El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Atención Primaria*, 25, 48-58.

- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512. doi:10.1037/0021-9010.93.3.498
- Matalón, A., Nahmani, T., Rabin, S., Maoz, B. y Hart, J. A. (2002). 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. *Family Practice*, 19, 251-256. doi:10.1093/fampra/19.3.25
- Matalón, A., Yaphe, J., Nahmani, T., Portuguez-Chitrit, N. y Maoz, B. (2009). The Effect of a Multi-Disciplinary Integrative Intervention on Health Status and General Health Perception in Primary Care Frequent Attenders. *Families, Systems and Health*, 27(1), 77-84. doi:10.1037/a0014769
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P. y Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the health of Europe. *Clinical Medicine*, 12, 346-350. doi:10.7861/clinmedicine.12-4-346
- McPake, B., Kumaranayake, L. y Normand, D. (2002). Supplier-induced Demand Agency. En: McPake B, Kumaranayake L, Normand D, editors. *Health Economics, an international perspective* (pp. 48-54). London: Routledge.
- Mechanic, D. (1995). Social Dimensions of Illness Behavior. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5, 493-508.
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1981). Personologic psychotherapy: Ten commandments for a posteclectic approach to integrative treatment. *Psychotherapy*, 25, 209-219. doi:10.1037/h0085335
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78, 209-218. doi:10.1207/S15327752JPA7802_02
- Millon, T. y Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (2nd Ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

- Montón, C., Pérez, M. J., Campos, R., García, J. y Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- Muñoz, M. A., Mariscal, E., Rubio, E. y Rey, I. (2000) Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: un largo recorrer. *Gaceta Sanitaria*, 14, 233-236.
- Neal, R., Dowel, A., Heywood, P. y Morley, S. (1996). Frequent attenders: Who needs treatment? *British Journal of General Practice*, 46, 131-132.
- Newacheck, PW. (1992). Characteristics of children with high and low usage of physicians services. *Medical Care*, 30, 30-42.
- Newton-Howes, G., Clark, L. A. y Chanen, A. (2015) Personality disorder across the life course. *The Lancet*, 385, 727-734. doi:10.1016/S0140-6736(14)61283-6
- Oakley, A., Rigby, A. S. y Hickey, D. (1994). Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *European Journal of Health Economics*, 4, 81-91. doi:10.1093/eurpub/4.2.81
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Alma Ata 1978: La Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- Ortega, M.A., Roca, F. G., Iglesias, R. M. y Jurado, J. M. (2004). Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Atención Primaria*, 33, 78-85.
- Orueta, R., Viguera, F., Orgaz, P. y Torres, C. (1993). Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria*, 12, 92-96.
- Orueta, J. F. y López, J. (2000). ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14, 195-202.
- Pedreira, V., Gil, V., Orozco, D., Prieto, I., Schwarz, G. y Moya, M. I. (2005). Característica de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria*, 35, 82-88. doi:10.1157/13071914

- Piersma, H.L. y Boes, J.L. (1997). MCMI-III as a treatment outcome measure for psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 825-831. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199712)
- Poveda, F., Royo, A., Aldemunde, C., Fuentes, R., Montesinos, C., Juan, C., ... Oltra, J. A. (2000). Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Atención Primaria*, 26, 446-452. doi:10.1016/S0212-6567(00)78701-4
- Prasad, V. y Ioannidis, J. P. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9, 1-5. doi:10.1186/1748-5908-9-1.
- Rabinowitz, J., Shayevitz, D., Hornik, T. y Feldman, D. (2005). Primary care physician's detection of psychological distress among elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 773-780. doi:10.1097/00019442-200509000-00005
- Reich, J. (2003). The Effect of Axis II Disorders on the Outcome of Treatment of Anxiety and Unipolar Depressive Disorders: A Review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 387-405. doi: 10.1521/pedi.17.5.387.22972
- Reid, S., Wessely, T., Crayford, T. y Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 322, 767-769.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. y Hotopf, M. (2002). Frequent Attenders with Medically Unexplained Symptoms: Service Use and Costs in Secondary Care. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 248-253. doi:10.1192/bjp.180.3.248
- Rendu, A., Moran, P., Patel, A., Knapp, M. y Mann, A. (2002). Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *British Journal of Psychiatry*, 181(1), 62-66. doi:10.1192/bjp.181.1.62
- Retzlaff, P., Lorr, M., Hyer, L. y Ofman, P. (1991). An MCMI-II item-level component analysis: Personality and clinical factors. *Journal of Personality Assessment*, 57, 323-334. doi:10.1207/s15327752jpa5702_10
- Rivera, F., Illana, A., Oltra, A., Narváez, M., Benlloch, C y Rovira, B. (2000). Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 14, 117-121.

- Robles, R., Gili, M., Gelabert, J., Llull, M., Bestard, F., Vicens, C., ... y Roca, M. (2009). Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 320-325.
- Rodríguez, A. (2006). *Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Rodríguez, C., Cebrià, J., Corbella, S., Segura, J. y Sobreques, J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 13, 143-150. doi:10.4321/S1131-57682003000300003
- Rodríguez-López, M. R. (2012). Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(22), 43-55.
- Rossiter, L. F. y Wilensky, G. R. (1984). Identification of Physician-Induced Demand. *Journal of Human Resources*, 19, 231-244.
- Roy, A. (2003). Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research*, 121, 99-103. doi:10.1016/S0165-1781(03)00206-3
- Roy-Byrne, P. (1996). Generalized Anxiety and Mixed Anxiety-depression: association with disability and health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 86-91.
- Rubio, M. L., Adalid, C., Cerdón, F., Solanas, P., Masó, D. y Fernández, D. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria*, 22, 627-630.
- Rickham, P.P. (1964). Human Experimentation: Code of Ethics of the World Medical Association. Declaration of Helsinki. *British Medical Journal*, 2, 177-180
- Sáez, M. (2003). Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gaceta Sanitaria*, 17, 412-419. doi:10.1590/S0213-91112003000500011
- Salmon, P., Dowrick, C. F., Ring, A. y Humphris, G. M. (2004). Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 171-176.

- Sánchez, M. y Aparicio, M. (1998). El inventario Millon de Estilos de Personalidad: Su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4(2), 87-110.
- Sánchez, F. J., Bellón, J. A. y Castillo, R. (1993). Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Anales Españoles de Pediatría*, 38, 423-427.
- Sandín, M. y Conde, P. (2010). Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(1), 21-27. doi:10.1016/j.cali.2009.07.007
- Sansone, R., Wiederman, M., Sansone, L. y Touchet, B. (1998). Early-Onset Dysthymia and Personality Disturbance among patients in a Primary Care Setting. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 57-59.
- Sarría, A., Timoner J. y Sandín, M. (2005). Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Atención Primaria*, 36, 471-472. doi:10.1157/13081067
- Saulsman, L. M. (2011). Depression, anxiety, and the MCMI-III: Construct validity and diagnostic efficiency. *Journal of Personality Assessment*, 93, 76-83. doi:10.1080/00223891.2010.528481
- Savageu, J. A., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M. y Cashman, S. M. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 265-275. doi:10.3122/jabfm.19.3.265
- Scaife, B., Gill, P., Heywood, P. y Neal, R. (2000). Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Family Practice*, 17, 298-304. doi:10.1093/fampra/17.4.298
- Schreuders, B., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., Smitt, J. H. y Stalman, W. A. (2005). Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses. *BMC Family Practice*, 12, 6-42. doi:10.1186/1471-2296-6-42
- Segovia, A., Pérez, C., Torio, J. y García, M. C. (1998). Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Atención Primaria*, 22, 562-569.

- Segura, A. (2011). La impertinencia de la oferta y el consumo sanitario inapropiado. *Comunidad, 13*, 16-19.
- Segura, A. y Giner, V. (2013). El consumo sanitario inapropiado y la trivialización de la medicina. *Atención Primaria, 45*, 274-277. doi:10.1016/j.aprim.2012.10.007
- Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R. y Jacoby, R. (2003) Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine, 33*, 867-877. doi:10.1017/S003329170300789X
- Sihvonen, M. y Kekki, P. (1990). Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 8*, 233-239.
- Simó, J. y Gervas, J. (2012). Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria, 26*, 36-40. doi:10.1016/j.gaceta.2011.05.017
- Smilkstein, G. (1979). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Family Practice, 6*, 1231-1239.
- Smits, F.T., Brouwer, H. J., Zwinderman, A. H., van den Akker, M., van Steenkiste B., Mohrs, J., ...y Ter Riet, G. (2013). Predictability of persistent frequent attendance in primary care: a temporal and geographical validation study. *PLoS ONE, 8(9)*, e73125. doi:10.1371/journal.pone.0073125
- Smits, F. T., Wittkampfl, K. A., Schene, A. H., Bindels, P. J. y Van Weert, H. C. (2008). Interventions on Frequent Attenders in Primary Care. A Systematic Literature Review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 26*, 111-116. doi:10.1080/02813430802112997
- Smucker, D.R., Zink, T., Susman, J. L. y Crabtree, B. F. (2001). A Framework for Understanding Visits by Frequent Attenders in Family Practice. *Family Practice, 50*, 847-852.
- SPSS (2009). *PASW statistics grad pack 18*. Chicago, IL: IBM.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Forrest, C. B. y Berk, R. (1998). Consumer Experiences and Provider Perceptions of the Quality of Primary Care: Implications for Managed Care. *Family Practice, 46*, 216-226.

- Starfield, B., Lemke, K. W., Bernhardt, T., Foldes, S. S., Forrest, C. B. y Weiner, J. P. (2003). Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in “case” Management. *Annals of Family Medicine*, 1, 8-14. doi:10.1370/afm.1
- Suchman, E. A. (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 6, 114-128.
- Svab, I. y Zaletel-Kragelj, L. (1993). Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11, 38-43. doi:10.3109/02813439308994900
- Seivewright H., Tyrer P. y Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*, 325, 2082-2087. doi:10.1016/S0140-6736(02)09266-8
- Szydłowski, J. W. (2002). Patients who initiate frequent attendance in family practice. *Wiad Lek*, 55, 506-511.
- Tapia, C., Gil, V. y Orozco, D. (2005). Factores asociados a la hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 167-168. doi:10.1157/13077487
- Tennyson, P. (1991). Atención longitudinal. En Robert B. Taylor (Eds.). *Medicina de familia* (pp. 46-54). Barcelona: Doyma.
- Tiemens, B. G., Ormel, J. y Simon, G.E. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 636-644.
- Van Hemert, A., Hengeveld, M. W., Bolk, J. H., Rooijmans, H. G. y Vandenbroucke, J. P. (1993). Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 23, 167-173.
- Vanem, P., Krog, D. y Hartmann, E. (2008). Assessment of substance abusers on the MCMI-III and the Rorschach. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 83-91. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00608.x
- Varela, F. J. (2000). Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Medicina de Familia*, 2, 141-144.

- Vedsted, P. y Christensen, M. B. (2005). Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119(2), 118-137. doi:10.1016/j.puhe.2004.03.007
- Vedsted, P., Christensen, M. B, Sorensen, H. T., Fink, P. y Olesen, F. (2002). Special Status Consultation for Frequent Attenders. Who Are the Candidates? *Journal of Public Health Medicine*, 24, 53-57. doi:10.1093/pubmed/24.1.53
- Vedsted, P., Fink, P., Olesen, F. y Munk-Jorgensen, P. (2001). Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice. A cohort study. *Psychosomatics*, 42, 416-422. doi:10.1176/appi.psy.42.5.416
- Vedsted, P., Fink, P., Sorensen, H.T. y Olesen, F. (2004). Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-Sectional study. *Social Science and Medicine*, 59, 813-823. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.027
- Vera-Hernandez, A. M. (1999). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Economics*, 8, 579-598.
- Vuori, H.H. (1983). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? *Atención Primaria*, 0, 3-4.
- Wells, K. B, Golding, J. B. y Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorders in a sample of a general population with and without chronic medical condition. *American Journal of Psychiatry*, 145, 976-981.
- Williams, E., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., James, M., Tomenson, B., Eastham, J. y McNally, D. (2001). Psychiatric status, somatization, and Health care utilization of frequent attenders at the emergency department. A comparison with routine attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 161-167. doi:10.1016/S0022-3999(00)00228-2