
**FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACIÓN EN
CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: UN ESTUDIO DESDE EL
TRABAJO SOCIAL SANITARIO**

***SOCIAL FEATURES ASSOCIATED TO FREQUENT ATTENDERS IN PRIMARY
HEALTH CARE***

Valentín Calvo Rojas, Josefa Rodríguez Molinet, Anna María Pomares Costa, Mercedes Gil Rovira, Anna María Ramell Gutiérrez, Lidia Sentís Antolín, Belén Solís Miguez, Silvia Manzanares Rodríguez, Cristina Carlota Busques, Soledad Canut Segura, Eugenia Pedroche Prades

TRABAJO SOCIAL GLOBAL 2011, 2 (3) 116-142

<http://tsghipatiaeditorial.com/>

El objetivo de este trabajo es analizar si existen características de disfunción socio-familiar comunes a los hiperfrecuentadores, y diferentes a las de la población general, que puedan explicar la necesidad de acudir repetidamente a las consultas. Con dicha finalidad, se ha llevado a cabo un estudio de casos y controles transversal, en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Esquerra de Barcelona. En concreto, mediante la realización de 162 entrevistas personales a 84 pacientes clasificados como hiperfrecuentadores entre el 1 de septiembre de 2007 y el 31 de agosto de 2008 (visitas CP y/o URG \geq 18 (percentil 95 de la distribución de visitas CP y/o URG de los usuarios del SAP) y 78 como no hiperfrecuentadores se aparearon por edad y sexo. Se administraron cuatro cuestionarios: uno de datos sociodemográficos, el test APGAR familiar, las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg y la escala de apoyo social funcional de Duke.

Calvo, V et al (2011). Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. *Trabajo Social Global*, 2 (1), 116-142

Recepción: 15/02/2011. Evaluación: 12/05/2011. Publicación: 30/06/2011

The objective of this article is to analyze if there exist socio-familial features common to frequent attenders and different from those of the general population, with the aim to propose a appropriate intervention. In order to develop quantitative study based in an intervention group and a control group, and cross sectional study, in the Primary Health Care Service from a great urban area. Specifically, patients classed as frequent attenders between September 1, 2007 and August 31, 2008 (previous appointments and/or out-of-hours visits ≥ 18) (Percentile 95 of the distributions of previous appointments and/or out-of-hours visits of the PHCS users). Frequent attenders were joined by age and sex. By means of a personal interview they were administered four questionnaires to a patient's representative sample: 1. Sociodemographic data index, 2. Family APGAR index, 3. Anxiety-depression Goldberg Scale, and 4. Duke-UNC Functional Questionnaire.

PC.- Hiperfrecuentación, atención primaria de salud, características socio-familiares

KW.- Frequent attenders, Primary Health Care Service, socio-familial features

Introducción

En los centros de salud en los que trabajamos, existen personas que consultan en repetidas ocasiones, cuyo motivo muchas veces parece incierto, generando malestar, dudas, y en algunos casos rechazo. Se los suele denominar hiperfrecuentadores y ocupan espacio, tiempo, recursos, y excluyen a otros del acceso a la atención de su salud.

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 ese número de visitas excede un umbral se denomina hiperfrecuentación. Numerosos estudios coinciden en que pequeños grupos de pacientes realizan el mayor porcentaje de demanda asistencial, y por tanto, del tiempo asistencial del médico de familia (Delgado, 1991; García, 1994; Grau et al, 1998a, 1998b). Se ha descrito que un 50% del personal médico de atención primaria considera que recibe más del 20% de visitas innecesarias (Sihvonen y Kekki, 1990).

La hiperfrecuentación es un fenómeno complejo con una explicación multifactorial, y es motivo de preocupación en todo el sistema sanitario. Como consecuencia, en España, desde los

años ochenta (Alonso et al, 1987; Gómez-Calcerrada et al, 1996) aparecen trabajos de investigación estudiando las diferentes variables asociadas:

Del paciente: presencia de enfermedad crónica (Fuertes et al, 1994), trastorno mental (Buitrago et al, 1999), estado de salud autopercebido (Vera-Hernández, 2000), inadecuada dinámica familiar (Orueta et al, 1993), sexo (Llorente et al, 1996), edad (Chang, 2002; Fuertes et al, 1994; Rubio Montañés et al, 1998), etc.

-Del médico: habilidades en comunicación (Giron et al, 2002; Hahn, 2001), formación específica, motivación (Armstrong et al, 1990), etc.

-Del entorno (Bellón et al, 1995a) -limitación y ordenación de la demanda, accesibilidad, tiempo, problemas administrativos, etc.

Algunas investigaciones relacionan la idea de que el paciente con alto consumo de servicios es un paciente multiproblemático que presenta varias enfermedades crónicas, múltiples quejas somáticas y síntomas psicológicos en varias combinaciones (García et al, 1996; Poveda et al, 2000; Segovia et al, 1998).

Pero 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, del paciente, siendo conscientes que cualquier opción comporta, inevitablemente, asumir las limitaciones que se deriven.

Centrándonos en los factores relacionados con el paciente encontramos que existe evidencia acumulada sobre la asociación de enfermedades crónicas y trastorno mental (Wells et al, 1988). Diversos trabajos han estudiado la relación entre enfermedad física y trastorno psiquiátrico, hallando, por ejemplo, correspondencia entre enfermedad física y depresión en ancianos (Van Hemert et al, 1993). En nuestro medio, una investigación (Bellón et al, 1999), encuentra una clara asociación entre hiperfrecuentación y problemas psicológicos, para ello entrevistaron a 236 pacientes con alta frecuentación y a 420 usuarios con un patrón de utilización normal, administrándoles el GHQ-28 de Goldberg. Otros trabajos también relacionan la hiperfrecuentación al centro de Atención Primaria con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Roy-Byrne, 1996). El fenómeno de la hiperfrecuentación de los servicios de salud

puede ser explicado en parte debido a que los pacientes con problemas psicológicos experimentan una mayor presencia de síntomas físicos (Mancera et al, 2001; Von Korff et al, 1990).

En un estudio multicéntrico amparado por la OMS, llevado a cabo en 1995 y desarrollado en Centros de Atención Primaria de 15 países con diferentes situaciones de desarrollo social y económico, los problemas psicológicos de cualquier tipo, representaban solo el 5,3% de las presentaciones sintomáticas de los pacientes. La mayoría de los sujetos consultaban por otros problemas, entre los que el dolor y otras quejas de tipo físico representaban el 62% de las presentaciones sintomáticas.

El acelerado incremento de la demanda de atención sanitaria puede ser una respuesta apropiada a mayores necesidades (Orueta y López, 2000), las consecuencias de esta elevada demanda, entre otras, actúan como precipitantes del llamado burnout profesional, pero no se corresponde con un aumento de las necesidades susceptibles de satisfacerse mediante asistencia médica.

En la actualidad, el discurso de la biología humana sigue presidiendo las atenciones médicas en nuestro medio, al darle preeminencia casi absoluta a los aspectos físicos del ser humano construimos una determinada visión que condiciona las formas de hacer. Esta posición no permite explicar suficientemente algunos aspectos de la causalidad del enfermar. La vida social y cultural genera transformaciones decisivas en el nivel físico, nuestra propuesta es incorporar a la batería de posibles hipótesis las externas a la biología.

Los hiperutilizadores son personas con riesgo de sufrir malestar social, diversas investigaciones relacionan malestar psicosocial oculto y patologías somáticas. El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos sociales subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial. Un número importante de consultas por trastorno de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben, también, a alteraciones de la función social y/o familiar.

La personalidad, la cultura, las creencias y la experiencia previa en el centro de salud parecen influir poco a la hora de acudir a éste, mientras que la falta de apoyo familiar o de

amigos se considera como un factor importante para acudir al centro de salud (Guerra de Hoyos, 2007). La falta de apoyo social ha mostrado su influencia sobre el estado de salud físico y psicológico (Bowling A, 1991). Un trabajo apunta que el crecimiento de la demanda en consultas de atención primaria se relaciona con la interacción de las redes sociales (Pescosolido, 1992). Hay indicios de que muchos de los factores psicosociales que afectan a la salud, lo hacen a través de su efecto de ruptura de las redes sociales (Cohen y Wills, 1985).

La red social y el apoyo social son dos conceptos relacionados pero distintos. Podemos definir el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. La red social es un concepto operativo que se aplica al tamaño, densidad y dispersión de las personas que forman estructuralmente el apoyo social. Por tamaño de red se entiende el número de personas que la componen, la densidad hace referencia a la interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central y la dispersión trata de la facilidad, o dificultad, con la que los miembros de la red pueden interactuar cara a cara (Bowling A, 1991). Es conocido que puede haber muchas relaciones y que sólo una pequeña proporción de ellas son de apoyo, no obstante el conocimiento de la red social ofrece datos sobre la potencialidad del ambiente social para ofrecer funciones de apoyo a sus miembros.

La función familiar ha sido estudiada en numerosas ocasiones como variable predictora de la utilización. Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas se deben a alteraciones de la función familiar, definiéndose como familia disfuncional 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. Los factores familiares pueden determinar modelos de comportamiento, incluyendo el uso de los servicios sanitarios. Por lo tanto es uno de los factores que intervienen en la utilización de los servicios sanitarios, dado que participa en la percepción de una necesidad y en la demanda o no de atención (De la Revilla L, 1991).

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 de los Ríos, 1994). Cuando

disminuye la capacidad de adaptación, el sistema se altera produciendo la llamada “disfunción familiar”, que se expresa con frecuencia en síntomas y/o enfermedad en sus miembros de tipo orgánico o psicosocial, y en comportamientos hiperutilizadores de las consultas de atención primaria (De la Revilla y de los Ríos, 1994; Bellón et al, 1999).

La estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre. Las fases del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos. En esta misma línea de trabajo se ha estudiado (Orueta et al, 1993) el perfil familiar como factor que interviene en el hiperfrecuentador siendo la familia nuclear (2-4 miembros) y con cierto grado de disfunción familiar, incapaz de contener a sus miembros, aunque otro estudio (Llorente, et al, 1996) no concluye como determinante del perfil del hiperfrecuentador la disfunción familiar. Sin embargo si se ha hallado coincidencia con una situación cambiante del ciclo vital como puede ser el abandono del hogar de los hijos o el climateo (Rodríguez, 2003).

Más allá de la causa, las personas con comportamientos de hiperfrecuentación son personas que sufren. Muchas veces, bajo las mismas manifestaciones clínicas, síntomas psicológicos o somáticos, es posible encontrar un trastorno en las redes de apoyo social informales, que influya en las dificultades afectivas, de relación, en las somatizaciones y por tanto en la frecuentación de las redes sociosanitarias profesionalizadas. La relación entre trastornos de las redes sociales informales y la hiperfrecuentación es un tema poco explorado en Atención Primaria.

Como venimos diciendo el campo de estudio de la hiperfrecuentación en la Atención Primaria de Salud (APS) es relativamente amplio y puede trabajarse desde diferentes ángulos (social, psicológico, enfermedades crónicas, aspectos organizativos, relación médico-paciente, etc.), todos interesantes para el debate y complementarios. Nosotros nos posicionaremos en una perspectiva psicosocial, desde el trabajo social clínico/sanitario, y el motivo de esta opción se basa en la intención de aportar conocimiento de manera coherente con el objetivo que nos planteamos, que consiste en comparar el grado de disfunción socio-familiar (limitación social), entre la población hiperfrecuentadora y la población no hiperfrecuentadora. To-

manos este modelo porque, como profesionales asistenciales en centros de salud en contacto constante con pacientes, nos es útil estudiar detenidamente la situación psicosocial, y poder considerar, en último término, los tipos de intervenciones clínico-asistenciales más adecuadas.

Método

Participantes

Se diseñó un estudio de casos y controles transversal que se llevó a cabo 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 con una población asignada de 363351.

Los sujetos fueron los usuarios asignados a los 13 EAP del SAP Esquerra de Barcelona mayores de 17 años, 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-) según Bellón (1995b), por profesionales de medicina y enfermería de su centro de atención primaria (CAP). Inicialmente se identificaron los usuarios de todo el SAP clasificados como casos: hiperfrecuentadores (CP y/o URG \geq 18 (percentil 95 de la distribución de visitas CP y/o URG de los usuarios del SAP)) y los clasificados como controles: no hiperfrecuentadores (visitas CP y/o URG $<$ 18). Dado que 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 sujetos como casos o como controles a partir de una distribución de visitas global del SAP, evitamos que en cada EAP los casos y los controles se clasifiquen de forma diferente. Posteriormente seleccionamos una muestra aleatoria tanto de casos como de controles de cada EAP, ajustada según el porcentaje de usuarios que cada EAP tiene asignados respecto al SAP. Los casos y los controles se aparearon por sexo y edad (grupos de edad según la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA): 17-44; 45-64; 65-74; \geq 75; son los utilizados para calcular la carga asistencial).

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

Una vez aplicados los criterios de exclusión los sujetos que han aceptado participar en el estudio han constituido finalmente¹ una muestra de 162 sujetos, 84 pacientes clasificados como hiperfrecuentadores (casos) y 78 como no hiperfrecuentadores (controles) que se aparearon por edad y sexo.

Instrumentos y fuente de datos

A la totalidad de los individuos incluidos en la muestra se les administraron cuatro pruebas, mediante entrevista personal.

Cuestionario de datos sociodemográficos. La información se recogió mediante un cuestionario diseñado por los investigadores. Recoge datos sobre edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, renta, situación laboral (los cuatro últimos apartados se plantean con las mismas opciones de respuesta que la Historia Clínica de Atención Primaria), ciclo vital familiar (según modelo reducido de Duvall (Tennyson, 1991)), tamaño y estructura familiar (según clasificación de Luis de Revilla y L Fleitas) (De la Revilla y De Los Rios, 1994).

Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Montón et al, 1993). Se utilizan para el cribaje de trastornos de ansiedad y depresión. Es frecuente su utilización en Atención Primaria y no requiere de mucho tiempo para su administración. Consta de nueve preguntas para cada

¹ La investigación está todavía en proceso en el momento de la redacción del trabajo, por lo que la muestra será bastante más amplia al final de la recogida de datos.

una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas sí/no. Los puntos de corte son 3/4 para la ansiedad y 2/3 para la depresión; lo que indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión.

Cuestionario APGAR familiar (Bellón et al, 1996a; Rodríguez et al, 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 de la función familiar: apoyo, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria. 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.

Escala de apoyo social funcional DUKE-UNC-11 (Bellón et al, 1996b). Evalúa el apoyo social percibido (no el real) midiendo de forma cualitativa distintas dimensiones del apoyo social y es lo suficientemente reducido como para que pueda emplearse en las consultas de trabajo social de APS. Formado por once ítems que recogen la opinión del sujeto sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades. Se trata de un cuestionario de autoevaluación, cuantitativo, que recoge valores referidos a apoyo social funcional. Se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones que van del 1 (mucho menos) a 5 (tanto como deseo). Si la puntuación final está por debajo de 32 se considera falta de apoyo social. Según su autor, la calidad del apoyo social es mejor predictora de la salud que el apoyo estructural, justificando así su uso.

Las variables relacionadas con la comorbilidad y el consumo asistencial han sido extraídas del registro en la historia clínica informatizada (eCAP).

Procedimiento en la recogida de datos

Los participantes forman parte de un proyecto de investigación más amplio, en el que se evalúan también aspectos de psicopatología. La recogida de datos se realizó en los centros, CAP, de cada núcleo de población. Para ello se citó a los individuos seleccionados mediante notificación escrita y telefónica. Previamente, los trabajadores sociales sanitarios, de cada Equipo de Atención Primaria, revisaron la historia clínica informatizada de los sujetos seleccionados como casos y como controles para consignar la patología crónica y revisar los criterios de exclusión. A continuación, a los sujetos que cumplían los criterios de inclusión 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.

Los entrevistadores, en un principio, un grupo de estudiantes en prácticas de investigación de la Universidad de Barcelona, y posteriormente trabajadoras sociales remuneradas, recibieron formación con el objetivo de homogeneizar la recogida de datos. En varias sesiones se les especificaron los objetivos del estudio y se les entregaron los cuestionarios con sus correspondientes instrucciones. Los entrevistadores fueron los encargados de llevar a cabo la llamada telefónica para concretar el día y la hora de la cita, mediante protocolo escrito. Las entrevistas se realizaron en un despacho de cada centro de atención primaria habilitado para este propósito. El trabajador social de cada CAP realizó la supervisión y asesoramiento de los entrevistadores. La entrevista semiestructurada consistió en un esquema con una primera parte abierta, en la que se preguntaba sobre los datos sociodemográficos y otra, en la que se pasaba la batería de los cuatro tests (Goldberg, Apgar, Duke, y un test de personalidad que formaba parte de un estudio más amplio) de forma autoadministrada, salvo en el caso de que el paciente seleccionado tuviera dificultades para leer los textos.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigaciones Científicas (CEIC) de la Fundación Jordi Gol i Gurina. Los participantes firmaban un consentimiento informado en el marco de un estudio más amplio y podían preguntar sobre los detalles del estudio. Sólo los investigadores y los entrevistadores han tenido acceso a los datos de los sujetos que han participado y la recogida de datos ha sido estrictamente confidencial. Los entrevistadores no tuvieron acceso a datos de la historia clínica. Todos los cuestionarios fueron codifi-

cados, eliminando de las bases de datos las reseñas que pudieran identificar a los sujetos de estudio.

La participación en el estudio ha sido, en todo momento, voluntaria y no se ofreció ninguna remuneración.

Variables del estudio.

Variables principales.

A) La variable dependiente: ser hiperfrecuentador (≥ 18 visitas)/no ser hiperfrecuentador (< 18 visitas).

B) La variable independiente: limitación social, que la clasificaremos en limitación social severa (puntuación escala de Duke < 32 y apgar familiar ≤ 3), limitación social moderada (puntuación escala de Duke < 32 y apgar familiar entre 4 y 6), limitación social leve (puntuación escala de Duke < 32) y sólo disfunción familiar (apgar familiar ≤ 6 y puntuación escala de Duke ≥ 32)

Variables secundarias

Sociodemográficas:

- Edad. Se distinguen cuatro ítems: 15-24 años, 25-39 años, 40-64 años, > 65 años.
- Sexo. Se distinguen dos ítems: Hombre/Mujer.
- Estado civil con cinco posibilidades de elección: soltero, casado, viudo, separado, divorciado.
- Nivel de instrucción con ocho ítems: analfabeto, leer y escribir, estudios primarios, secundarios –ESO, BUP, FP- estudios universitarios-Diplomados/Licenciados-.
- Renta con los siguientes ítems expresados cuantitativamente: más del SMI, menos de FAS, desde PNC a mínima contributiva, desde mínima contributiva a SMI, desde FAS a PNC (Escuela de estudios en ciencia sociales, 1995).
- Situación laboral. Sin ocupación, pensionista jubilación, pensionista invalidez, pensionista viudedad, ama de casa, estudiante, paro sin subsidio, paro, activo temporal, activo fijo.
- Ciclo vital familiar (según modelo reducido de Duvall). Se distinguen los siguientes ítems: Pareja en formación. Hasta que el primer hijo cumple 11 años. Desde que primer hijo cumple 11 años hasta que nace el último. Desde que nace el último hijo hasta el primero que abandona el hogar. Desde que el

primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último. Desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge. Desde que muere el primer cónyuge.

- Tamaño y estructura familiar (según clasificación de Luis de Revilla y L Fleitas) con las siguientes posibilidades de elección: familia monoparental, familia nuclear con parientes próximos (misma localidad), familia nuclear sin parientes próximos, familia nuclear ampliada (con parientes o agregados), familia reconstituida (un hijo de una relación anterior), más de 2 generaciones en mismo hogar, equivalentes familiares (personas que conviven sin constituir núcleo familiar tradicional), sin familia.
- Consumo asistencial (en el último año): media de medicamentos en prescripción continuada, 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 enfermera, número de visitas a otros profesionales de Atención Primaria.
- Disfunción familiar: severa (apgar \leq 3), moderada (apgar 4-6), no disfunción (\geq 7)
- Disfunción social: disfunción social (duke $<$ 32), no disfunción social (duke \geq 32)
- Enfermedad crónica: número de enfermedades crónicas de cada paciente que consten en la lista de problemas activos de la historia clínica informatizada según la clasificación CIE-10.
- Depresión: (Goldberg \geq 4); indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno depresivo.
- Ansiedad: (Goldberg \geq 2); indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno de ansiedad.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas mediante porcentajes e intervalo de confianza al 95%, y la de las cuantitativas mediante las medias y desviación estándar (DE).

Se utilizó la prueba T de Student o ANOVA para comparar las variables cuantitativas entre hiperfrecuentadores y no hiperfrecuentadores, y el test de la χ^2 para comparar entre estos dos grupos las variables categóricas.

Se considerarán significativos los valores de $p < 0,05$.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

Resultados

Hasta la fecha de este primer análisis de datos, preliminar, se habían realizado 162 entrevistas. En la fecha de publicación de este trabajo el número de sujetos a los que se han recogido datos es de 221. Actualmente se continúan realizando entrevistas personales. En la muestra estudiada ($n=162$) observamos que el 64,3% de los pacientes hiperfrecuentadores y el 50% de los no hiperfrecuentadores son mujeres. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,066$).

En cuanto a la edad media de los no hiperfrecuentadores es de 65,46 años en frente de la de los hiperfrecuentadores que es de 64,17 ($p=0,569$). Por sexos, la edad media de los hombres no hiperfrecuentadores es de 66,97 años en frente de los hombres hiperfrecuentadores que es de 65,90 ($p=0,743$), y la edad media de las mujeres no hiperfrecuentadoras es de 63,95 años en frente de las mujeres hiperfrecuentadoras que es de 63,20 ($p=0,815$).

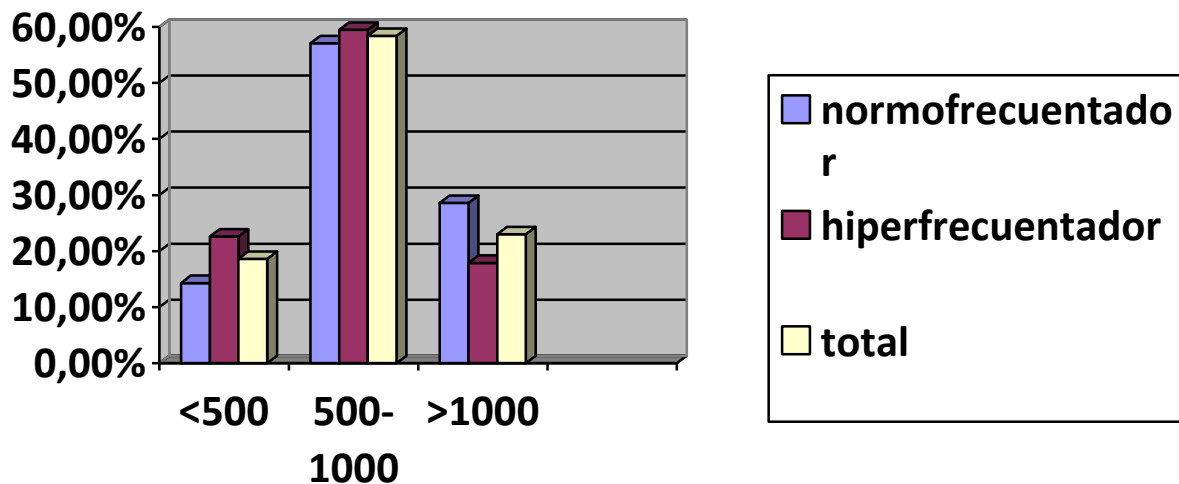
Respecto al estado civil y el hecho de ser o no hiperfrecuentador las diferencias no son estadísticamente significativas. Agrupando las categorías en dos (vivir en pareja o no): el 61,6% de los normofrecuentadores viven en pareja en frente del 63,2% de los hiperfrecuentadores. Las diferencias en cuanto al nivel de estudios y el hecho de ser o no hiperfrecuentador no son estadísticamente significativas ($p=0,841$). Haciendo una agrupación más amplia de las categorías observamos que el 17,8% de los casos tienen estudios universitarios (diplomados más licenciados) respecto al 25,6% de los controles, y el 52,4% de los hiperfrecuentadores tienen hasta estudios primarios (lee y escribe más graduado escolar) por 46,2% de los normofrecuentadores.

En relación al nivel de renta, agrupando categorías, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,170$) observamos una tendencia (grafica1). A medida que los ingresos mensuales aumentan disminuye la diferencia en la proporción de hiperfrecuentadores en relación a los no hiperfrecuentadores, llegando a invertirse en el grupo con más ingresos mensuales. En el grado medio de ingresos mensuales es donde se sitúan la mayor proporción de ambos grupos.

Grafica 1

ingresos mensuales y frecuentación

$p=0,170$



En

cuanto a la distribución de la variable nivel laboral y el hecho de ser hiperfrecuentador o no hiperfrecuentador las diferencias sí son estadísticamente significativas ($p=0,046$). Haciendo una agrupación de categorías en activos y no activos observamos que hay un 24,3% de controles en situación laboral de activos en frente de un 11,9% de casos en igual situación laboral.

Las diferencias no son estadísticamente significativas en cuanto al ciclo vital familiar ($p=0,872$), y la estructura familiar ($p=0,767$), y el hecho de ser o no hiperfrecuentador. Haciendo una agrupación de categorías en la variable estructura familiar observamos el 15,3% de no hiperfrecuentadores sin familia y en familias monoparentales en frente de un 22,9% de hiperfrecuentadores.

Hay diferencias estadísticamente significativas en relación a todas las variables relacionadas con el consumo sanitario y el número de enfermedades crónicas (tabla1).

Tabla1

	Ser hiperfrecuentador	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	P
N_MEDPRESCONT	NO	75	8,40	6,973	,805	0,000
	SI	82	19,77	12,387	1,368	0,000
N_ENVACONSUM	NO	75	40,71	44,419	5,129	0,000
	SI	82	72,28	53,773	5,938	0,000
N_DERIVA	NO	75	1,55	2,500	,289	0,012
	SI	82	3,74	7,044	,778	0,009
N_PROVACOMP	NO	75	1,17	1,519	,175	0,000
	SI	82	3,24	3,222	,356	0,000
N_VISMG	NO	75	5,47	4,760	,550	0,000
	SI	82	16,91	8,022	,886	0,000
N_VISINF	NO	75	2,88	5,740	,663	0,000
	SI	82	8,20	7,494	,828	0,000
N_VISALTRES	NO	75	1,01	1,976	,228	0,027
	SI	82	2,21	4,216	,466	0,023
N_ENFCRON	NO	75	3,41	3,492	,403	0,000
	SI	82	5,59	3,457	,382	0,000

En relación a la variable ansiedad-depresión encontramos que el 35,7% de los hiperfrecuentadores presentan elevada probabilidad de depresión en frente del 17,9% de los no hiperfrecuentadores. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p=0,011$).

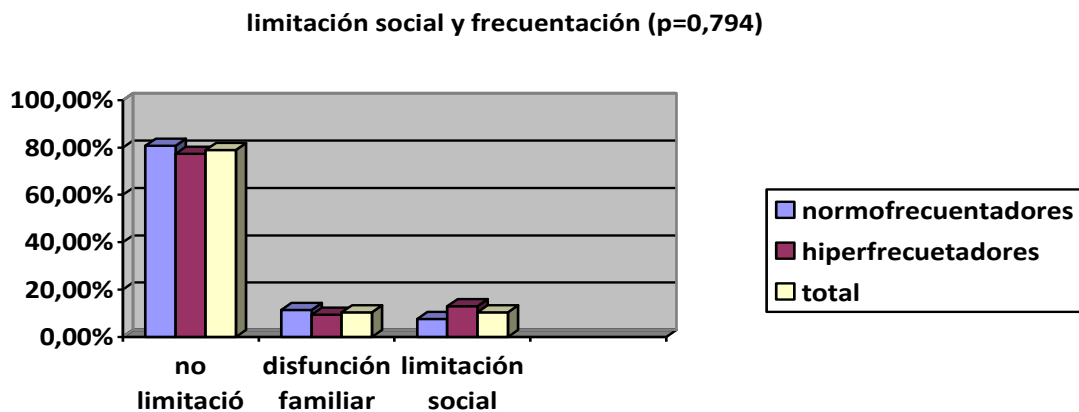
El 69% de los hiperfrecuentadores presentan elevada probabilidad de ansiedad en frente del 33,3% de los no hiperfrecuentadores ($p=0,000$).

Los resultados indican que el 8,3% de los hiperfrecuentadores presentan disfunción familiar severa en frente del 5,2% de los no hiperfrecuentadores ($p=0,684$). En cambio observamos que en la disfunción familiar moderada hay un 13,0% de normofrecuentadores en fren-

te de un 10,7% de hiperfrecuentadores y en el grado de no disfunción hay igual proporción de hiperfrecuentadores que de no hiperfrecuentadores.

El 13,1% de los hiperfrecuentadores presentan disfunción social en frente del 7,8% de los no hiperfrecuentadores. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,274$). En cuanto a la variable limitación social observamos que hay tres veces más de hiperfrecuentadores que presentan limitación social leve en frente de los no hiperfrecuentadores. En el grado de moderada hay un 2,6% de normofrecuentadores con limitación social en frente del 4,8% de hiperfrecuentadores. En el grado de severa las proporciones se igualan aún más siendo un 3,8% los no hiperfrecuentadores por un 4,8% de los hiperfrecuentadores. Agrupando las tres categorías de la limitación social observamos un 13,1% de hiperfrecuentadores en frente de un 7,7% de no hiperfrecuentadores. Hay una mayor proporción de disfunción familiar en los normofrecuentadores (11,5%) que en los hiperfrecuentadores (9,5%) (Gráfica 2).

Grafica 2



Discusión y conclusiones

La investigación está todavía en proceso en el momento de redacción de este trabajo, por lo que los datos presentados son preliminares. Dentro de esta limitación, creemos que son suficientemente adecuados para hacer una primera difusión.

Goldberg y Huxley señalan la importancia de comparar cosas suficientemente parecidas. Las diferencias metodológicas, en ocasiones muy importantes, que se observan entre los estudios pueden explicar parte de la variabilidad en los resultados que éstos comunican. La variabilidad observada en la literatura revisada en cuanto a la definición de hiperfrecuentación (número de visitas, tipo de consultas incluidas o excluidas, método de registro y obtención de datos) dificulta la comparabilidad de trabajos. Creemos que las visitas ocasionadas por el seguimiento de protocolos instaurados por el propio sistema sanitario deberían ser excluidas o no contabilizadas en estos pacientes, ya que no son consultas a demanda solicitadas por el propio sujeto. Por ese motivo en nuestro estudio tomamos únicamente las visitas de cita previa y urgencias. Con esto queremos incidir en que no todo depende del paciente, sino que el sistema sanitario influye en determinar que un paciente sea más o menos asiduo a las consultas de un centro de salud. En la definición de hiperfrecuentación que utilizamos, el número de 18 visitas/año o más es uno de los más elevados entre la bibliografía revisada por lo que podríamos hablar de hiperfrecuentación extrema.

Como decíamos en la introducción a este trabajo, varios estudios previos coinciden en que pequeños grupos (entre un 12% y un 21%) de pacientes realizan el mayor porcentaje de demanda asistencial (46-50%), y por tanto, del tiempo asistencial del profesional (Delgado 1991; García 1994; Grau et al, 1998a, 1998b). En la muestra estudiada en nuestra investigación, el grupo de casos disminuye considerablemente (8, 4%) al tratarse de hiperfrecuentadores extremos y el consumo de recursos es en casi todos los ítems (Tabla 1) dos o tres veces superior en comparación con los controles.

En lo que respecta al sexo, la mayor parte de los estudios (Chang 2002; Rubio et al, 1998) afirman que las mujeres consultan, en general, más que los varones. En nuestra muestra, entre los hiperfrecuentadores, también, predominan las mujeres con un 64,3%, dato similar a otros estudios (Mancera et al, 2001).

La edad media del grupo de hiperfrecuentadores, del Servicio de Atención Primaria objeto de estudio, coincide con los datos ofrecidos por otros estudios (García et al, 1996), aunque otros trabajos, a diferencia del nuestro, muestran que los hiperfrecuentadores son personas con más edad respecto al grupo normativo (Fuertes et al, 1994).

En algunas investigaciones se ha observado que las personas viudas y separadas utilizaron en mayor grado las consultas de atención primaria (Savageau et al, 2006). En cambio, en la muestra analizada por nuestro estudio, encontramos que porcentualmente son mayoría (53,6%), entre los hiperfrecuentadores, los casados en primeras nupcias; sin embargo, en nuestro trabajo no hallamos asociación alguna entre el estado civil y el número de visitas. Scaife (2000) determina que la clase social y el estatus económico aumentan la probabilidad de hiperfrecuentación en la medida en que se van aproximando al extremo de la pobreza. Nuestros resultados muestran (gráfica 1), en cambio, más del doble de pacientes hiperfrecuentadores en el grupo con ingresos mensuales medios en relación al grupo con ingresos más bajos y solo un 4,7% menos en el grupo con ingresos más elevados en relación a los que tienen nivel de renta más bajo.

El 65,4% de la muestra de hiperfrecuentadores son pensionistas (por jubilación, invalidez o viudedad). Compatible con nuestros resultados varios de los trabajos revisados coinciden en la proporción de pensionistas entre los hiperfrecuentadores que oscila en torno al 50% (Segovia et al, 1998; Mancera et al, 2001).

En estudios previos (Orueta et al, 1993; De La Revilla y De Los Ríos, 1994) se ha investigado el perfil familiar como factor que interviene en el hiperfrecuentador siendo la familia nuclear (2-4 miembros) el tipo de estructura familiar que es más frecuente en los hiperfrecuentadores. Otros autores (García et al, 1996), en un estudio comparativo entre población norma e hiperfrecuentadora, incluyen en este segundo grupo el pertenecer a familias pequeñas. En línea con esos resultados previos, el 65,1% de hiperfrecuentadores de nuestra muestra pertenecen a familias nucleares (con o sin parientes).

De La Revilla y De Los Ríos (1994) observan una mayor diferencia en la proporción de hiperfrecuentadores que viven solos. Las familias monoparentales y la desestructuración familiar se asociaron con una mayor frecuentación (Muñoz et al, 2000). Sin embargo, en nuestra muestra comprobamos que hay sólo un 16,9% de hiperfrecuentadores que viven solos y un 6% que no tienen familia. En una situación cambiante del ciclo vital como es el abandono del hogar del último hijo encontramos un 26,2% y a partir de la muerte del cónyuge un 27,4% en el grupo de hiperfrecuentadores.

Los factores sociales considerados importantes en la génesis y evolución de la hiperfrecuentación, incluyen no sólo aspectos sociodemográficos sino también otros más complejos. Una variable que consideramos como novedosa e interesante a la hora de diseñar el estudio fue la hipótesis de que acudirían más al Centro de Salud aquellos pacientes con limitación social. La frecuentación según la limitación social no fue estadísticamente significativa (al menos con los datos, del tamaño de la muestra, analizados hasta la publicación de este trabajo). Sin embargo, si nos fijamos en las proporciones, sí comprobamos la existencia de diferencias: a medida que el grado de limitación social aumenta, se hace más severo, disminuye la diferencia en la proporción de hiperfrecuentadores frente a los no hiperfrecuentadores, o lo que es lo mismo a menor grado de severidad de la limitación social más frecuentación. La explicación que encontramos a esta conducta es que la demanda se extingue (una vez ya consumidos los recursos), no así el malestar al que se puede añadir la iatrogenia asociada a las múltiples exploraciones médicas, al no encontrar una respuesta adecuada.

En relación a los factores familiares la frecuencia de disfunción familiar, hallada en nuestra investigación, es idéntica (8,3%) a la encontrada en otro estudio (Llorente et al, 1996), pero es muy inferior a una alta prevalencia de disfunción familiar, en los pacientes hiperutilizadores, encontrada por otros autores (Orueta et al, 1993; De La Revilla y De Los Ríos, 1994) en los que llega a estar presente en el 77% de los hiperfrecuentadores. Nos llama la atención que en nuestros resultados aparece casi un 3% más de disfunción familiar, moderada, en el grupo de normofrecuentadores respecto a los hiperfrecuentadores.

En cuanto a los factores sociales un trabajo realizado en un único centro de atención primaria y no comparativo entre casos y controles apunta que las variables sociales no explican la variabilidad de sus resultados (Rubio et al, 1998), en cambio, otro estudio multicéntrico y con una amplia muestra, usando una definición de más de 12 consultas/año afirma cómo la probabilidad de llegar a ser hiperfrecuentador está fuertemente relacionada con los factores sociales (Scaife et al, 2000). En nuestro estudio hallamos casi el doble de disfunción social (falta de apoyo social percibida) en el grupo de hiperfrecuentadores frente a los no hiperfrecuentadores.

La prevalencia de los problemas de ansiedad psicosociales (*social anxiety disorder*) en la población general en Europa es del 7%, y el 70-80% de esta población tiene al menos otro problema de salud mental, más frecuentemente depresión, y aumentan notablemente la utilización de los servicios sanitarios (Savageau JA. et al., 2006). En otro estudio los tres problemas de salud mental identificados con mayor frecuencia entre los pacientes hiperfrecuentadores fueron somatización, depresión y ansiedad (Matalon et al, 2002). Otro trabajo, con el que coincidimos, también relaciona la hiperfrecuentación al centro de Atención Primaria con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Montón et al, 1993).

Nuestro estudio sugiere que existen otras variables, como la presencia de patología crónica que se asocian con la frecuentación (tabla 1), resultado coincidente con la bibliografía revisada.

Debemos mencionar las principales limitaciones de este estudio. En primer lugar la definición de hiperfrecuentación 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 al inicio de este apartado, 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 paciente. Estos tipos de visita, además, se utilizan de manera bastante homogénea en el SAP, dado que los criterios para asignarlas están consensuados. En segundo lugar, hemos obtenido una elevadísima tasa de pérdidas de más del 75%, (no hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las pérdidas entre los casos y

los controles) muy superior al descrito en la literatura, entre el 30-40%, a pesar de que para minimizar este fenómeno se había facilitado a los sujetos de 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. En último lugar, una de las principales limitaciones vendría dada por el diseño del estudio. La frecuentación ha sido estudiada de forma retrospectiva en el momento del análisis. Por este motivo no podemos determinar la dirección de las asociaciones descritas, no podemos conocer ni profundizar sobre los nexos de orden causal entre las variables sometidas a estudio. Sin embargo, creemos que este diseño nos evita la modificación de comportamientos de los sujetos debido a la observación. Aunque no hemos encontrado estudios prospectivos de la frecuentación, el diseño del estudio supone una estabilidad en el tiempo de la frecuentación. En todo caso, será interesante estudiar el comportamiento futuro de la muestra, y contamos con hacerlo próximamente.

En conclusión, los hallazgos de nuestro trabajo no hacen sino confirmar la existencia de determinados factores que se asocian a la utilización excesiva de las consultas de primaria, destacamos dos:

-El exceso de tiempo producto de la falta de actividad forzosa. No podemos olvidar que en nuestra muestra observamos la existencia de casi tres veces más de personas activas laboralmente en el grupo de normofrecuentadores en frente de los hiperfrecuentadores (diferencias estadísticamente significativas). Por otra parte, sabemos que podemos relacionar la dimensión tiempo con la ansiedad y la dimensión espacio con la depresión.

-La falta de la función de apoyo social que relacionamos con la ausencia de contención (de las redes no profesionalizadas) en ese nivel.

Finalmente señalar que el sufrimiento derivado de las condiciones de vida se desvía a niveles sanitarios profesionalizados que dan respuestas desde las necesidades de las propias instituciones, trabajadores o administradores. Por lo consultado en la bibliografía la posición de los profesionales y de las instituciones sanitarias parece dirigirse más que a disminuir el malestar de los pacientes a disminuir la frecuentación.

Consideramos las personas con comportamientos de hiperfrecuentación como sujetos que sufren y en ese sentido tomamos el concepto de hiperfrecuentador. Una asistencia sanitaria centrada en la comunidad (aunque sea desde una dimensión clínica) intenta autonomizar al paciente buscando su independencia del equipo sanitario y de los fármacos. Se pretende el trabajo en equipo con participación de la comunidad y no se descentra al profesional. El enfoque poblacional y no individual (del “caso”) es básico para la APS.

Referencias bibliográficas

- Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas J M. (1987). Estudios observacionales de la demanda. *Aten Primaria*; 4: 500-50.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Washington: APA (ed. Esp; Barcelona: Masson).
- Armstrong D, Glanville T, Bailey E, O’keefe G. (1990). Doctor-initiated consultations: a study of communication between practitioners and patients about the need for reattendance. *Br J Gen Pract*; 40: 241-2
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. (1995a). Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit*; 9: 343-53
- Bellón JA. (1995b). *Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria* (tesis doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. (1996a). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten primaria*; 18: 289-96.
- Bellón S, Delgado S, Luna del Castillo J. (1996b). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Aten Primaria*; 18: 153-63.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol med*, 29: 1347-357.

Bowling A. (1991). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. New York : Open University Press.

Buitrago R, Ciurana R, Chocron L, Fernández C , García J, Montón C, et al. (1999). Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria*; 24: 133-6

Cohen S, Wills T A (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*; 98:310-57.

Chang WC. The meaning and goals of equity in health (2002). *J Epidemiol Comm Health*; 56: 488-91.

De la Revilla L, Fleitas L. (1991). La familia como subsistema social regulador, en De la Revilla L, editor. *Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona: Doyma. 21-27.

De La Revilla L., De Los Ríos AM. (1994). La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria*; 13: 73-76.

Delgado A. (1991). 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 los servicios de salud*. Barcelona: Doyma; 11-19.

Escuela de estudios en ciencias sociales (1995). *Escala de valoración socio-familiar*. Gijón

Fuertes MC, Álvarez E, García MD, Fernández M, Echarte E, Abad J. (1994). Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Aten Primaria*; 14: 809-14.

García L. (1994). Los estudios de utilización de servicios en la revista Atención Primaria. *Aten Primaria*; 14: 1118-126.

García LJ, Alonso M, Salvadores J, Alonso PS, Muñoz P, Blanco AM. (1996). Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria*; 484-489.

Giron M, Bevia B, Medina E, Talero MS. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria en Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*; 76: 561-575.

Gómez D, Hernández F, Gómez M. (1996). La investigación en la utilización de los servicios sanitarios servicios. *FMC*; 3: 229-42.

Guerra J.A, et al. (2007). Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores; estudio con grupos focales. *Atención primaria*; 39: 349-54.

Grau G, Cebrià J, Casas O, Segura J, Corbella S, Castellví E, et al. (1998a). La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (I). *Med Integr*; 31: 280-86.

Grau G, Cebrià J, Casas O, Segura J, Corbella S, Villa G, et al. (1998b). La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (II). *Med Integr*; 32: 49-53 .

Hahn SR. (2001). Physical symptoms and physician-patient relationship. *Ann Intern Med*; 134: 897-904.

Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. (1996) Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. *Aten Primaria*; 17: 100-6.

Mancera J, Muñoz F, Paniagua F, Fernández C, Fernández ML, Blanca FJ. (2001). Problemas de salud y determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de Salud. *Aten primaria*; 27: 658-62.

Masó D, Fernández D, et al. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*; 22: 627-30.

Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, 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. *Fam Pract*; 19(3): 251-56.

Montón C, Pérez MJ, campos R, García J, Lobo A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*; 12: 345-49.

Muñoz MA, Mariscal E, Rubio E, Rey I. (2000) Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: un largo recorrer. *Gac Sanit*; 14 (3): 233-236.

Linn M, Sandifer R, Stein S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Publ Health*; 75: 502-6.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 10ª Revisión (CIE-10). Madrid: Meditor.

Orueta R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. (1993). Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria*; 12: 92-6.

Orueta JF, López, J. (2000). ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. *Gac Sanit*; 14: 195-202.

Pescosolido B. (1992). Beyond rational choice; the social dynamics of how people seek help. *Am J. sociol*; 97: 1096-138.

Poveda F, Royo A, Aldemunde C, Fuentes R, Montesinos C, Juan C et al. (2000). Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicopatología de los consultantes. *Aten Primaria*; 26: 446-52.

Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM. (1996). Cuestionario APGAR en el estudio de la función familiar. *Aten Primaria*; 17: 338-341.

Rodríguez C, Cebrià J, Corbella S, Segura J, Sobreques J. (2003). Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de atención primaria. *Medifam*; 13 (3): 143-50.

Roy-Byrne P. (1996). Generalized Anxiety and Mixed Anxiety-depression: association with disability and health care utilization. *J. Clin Psychiatry*; 57: 86-91.

Rubio ML, Adalid C, Cordón F, Solanas P, Masó D, Fernández D, et al. (1998). Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*; 22: 627-30.

Rubio ML, Adalid Villar C, Cordon F, Solanas P, Segovia A, Pérez C, Torío J, García MC. (1998). Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria*; 22: 562-569.

Savageau JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SB. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med.* ;19(3):265-75.

Scaife B, Gill P, Heywood P, Neal R. (2000). Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract*;17(4): 298-304.

Sihvonen M, Kekki P. (1990). Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scand J Prim Health Care*; 8: 233-239.

Smilkstein G. (1979). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*; 6: 1231-239.

Tennyson P. (1991). Atención longitudinal, en Robert T. *Medicina de familia*. Barcelona: Doyma; 46-54.
Van Hemert A, Hengeveld MW, Bolk JH et al. (1993). Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychol Med*; 23: 167-73.

Vera-Hernández AM. (2000). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ*; 8: 579-98.

Von Korff M, Katon W, Lin E. (1990). Psychological distress, physical symptoms, utilization and the cost-offset effects, en Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G et al. (eds). *Psychological disorders in medical settings*. Toronto: Huber159-169.

Wells KB, Golding JB, Burnam MA. (1988). Psychiatric disorders in a sample of a general population with and without chronic medical condition. *Am Journal of Psych*; 145: 976-981.

Notas

i. Agradecimientos

Muy especialmente a aquellos que creyeron en nuestro proyecto, Dr. Sebastià Calero, Dr. Pep Davins. A la Dra. Eva María Rodríguez Pérez (Metodología, Qualitat i Avaluació Assistencial) por ser parte fundamental de nuestra investigación. A la Sra. Carmen Benaiges (secretaria Trabajo Social Àmbit Barcelona ciutat) y a todo el Servicio de Atención Primaria Esquerra de Barcelona ciudad por su motivación y colaboración.

A los estudiantes y docentes del Pràcticum de Treball Social de la Universitat de Barcelona del curso 2008 -2009.

ii. Fuentes de financiamiento

Este estudio ha sido financiado por un "Ajut a la recerca en atenció primaria de salut (2008)" de la Fundació Jordi Gol i Gurina, y por el premio de la 9ª Edició del Premi de la Fundació Mutuam Conviure.

Grupo de trabajadores sociales sanitarios de Servicios de Atención Primaria de Salud de la Zona "Eixample Izquierda" de Barcelona, del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

Perfil académico y profesional de los autores: equipo investigador está formado por Diplomados/as en Trabajo Social en activo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Se cuenta con la presencia de un doctorando en el área de conocimientos de Psiquiatría (Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona/Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal) cuya tesis sigue la línea de investigación de la hiperfrecuentación asociada a la psicopatología.

Dirección postal: C/ Montnegre, 21, CP:08029, Barcelona ciudad.

Correo electrónico: valentin_calvo@hotmail.com
