

**UNIVERSIDAD DE GRANADA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRIA**

**TESIS DOCTORAL**



**INTERVENCION SOBRE LOS PACIENTES  
HIPERUTILIZADORES DE ATENCION PRIMARIA**

**ANTONINA RODRIGUEZ BAYON  
GRANADA, 2006**



*“Estudia lo duro mientras es fácil.  
Haz cosas grandes mientras son pequeñas.  
Los trabajos más duros del mundo empiezan con facilidad.  
Los grandes asuntos del mundo empiezan por lo pequeño”.*

**Lao Tse. Tao te king. (Versión Ursula K. Le Guin)**

**Este trabajo esta dedicado:**

A José Luis, que me demuestra cada día la fuerza del amor incondicional,

A Alba y David, porque a pesar de no entender (del todo) por qué no estaba con ellos cuando así lo querían, han aceptado (a su manera) que siguiera trabajando en algo que para mí era importante,

A mi madre, por haberme enseñado el valor de la confianza en una misma cuando quieres hacer realidad un sueño,

A mi padre “in memoriam”, por ser el primero en enseñarme que el compartir es una forma de amar,

A mi hermano Alejo, por su ayuda y apoyo desde que era pequeña,

A mi hermana Paqui, por enseñarme más de cerca lo importante que es el cariño,

A mi cuñada Ana, por todo su amor a la familia,

A Juan A. Bellón Saameño por su lucidez, su coherencia, su dedicación y su amistad,

A Paco Torres por su apoyo y confianza incondicional,

A Juan de Dios por su presencia activa.

### **Quiero manifestar mi Agradecimiento:**

Teresa Martínez, por haberme ayudado a entender el sentido profundo de la amistad, y su presencia en los momentos más difíciles.

Maribel Ballesta, por su apoyo y confianza en que podíamos (y podremos) conseguirlo juntas.

Francisca Pérez, por apoyarme, escucharme y animarme desde el corazón.

Juana Pulido, por ayudarme a descubrir otras maneras de desarrollar mi profesión de una forma más emocionalmente saludable.

Ana Rodríguez, por compartir tantos momentos vitales y ayudarme a entender que cada uno/a es capaz de cambiar a mejor.

Rafael Gálvez por su presencia y disponibilidad incondicional.

Ángel Corredera por su amistad desde el compromiso personal.

Residentes de apoyo (Jorge Casado, Antonio Carrasco, Débora Ramírez, José O. Garrido, Ana Gallardo, M<sup>a</sup>Carmen Caballero, Isabel Moreno, Belén Arnalich, Fernando Moreno y Belén Martínez), por su ayuda como eslabones en la cadena del compromiso con la investigación.

Teresa Campillo, por su ayuda bibliográfica comprometida y desinteresada.

Rafael Castillo, por su amistad, apoyo incondicional, su compromiso con la atención primaria y por seguir en la brecha.

Dolores Cantón, por ser para mí un referente muy importante en la enfermería de atención primaria.

Ana Fuentes, compañera de trabajo, por compartir “nuestro cupo” y la entrega en su trabajo diario.

Todos/as los/as compañeros/as de trabajo del Centro de Salud de San José, especialmente a José Manuel Suárez, Juan Ramón Toribio, Adriana López, Matilde Morales, Bartolomé Gómez y Jesús Pegalajar.

Alfredo López Luque, por su ayuda incondicional justo en un momento difícil.

José Luis Manso por haber sido un referente fundamental en mi vocación profesional.

Grupo de la Unidad de Gestión de la Formación en Entrevista Clínica (Maribel Ballesta, Carmen Calahorro, Mariana Lechuga, Justa Zafra, José Luis Barella, Ramiro Calle, Carlos Pérez, Jesús Torio y Carmen García-Tirado) por ayudar a mejorar día a día la Medicina de Familia y Comunitaria.

Todos/as los/as compañeros/as del grupo CyS Nacional y Andaluz (Francesc Borrell, Ana Sobrino, Pablo Bonal, Jordi Cebriá, José M<sup>a</sup> Bosch, Elvira Callejo y un largo etc.)

Rada por su amistad y ayuda en tantos momentos.

Maria Eugenia, Darío y Julia por abrirme las puertas de su casa y dejarme compartir sus momentos familiares.

Jesús Malumbre, Alfonso Segovia y Eduardo Sánchez por compartir el compromiso en la mejora de la Gestión de la Demanda en Jaén.

A mis pacientes y a todos los pacientes del Centro de Salud San José, a algunos porque colaboraron desinteresadamente contestando a las encuestas y a todos porque ellos son los verdaderamente importantes de esta historia.

INTRODUCCION	10
1. CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	11
1.1. ASPECTOS GENERALES	11
1.2. INTENSIDAD Y ADECUACION	12
1.3. MARCO CONCEPTUAL EN EL ABORDAJE DE LA UTILIZACIÓN	12
1.3.1.- Intensidad de Utilización	13
1.3.2.- Presión Asistencial	13
1.4. CONCEPTOS SOBRE HIPERUTILIZACIÓN	14
1.4.1. Concepto de hiperutilizador	14
1.4.2. Concepto de paciente problema	15
2. FACTORES QUE INTERVIENEN SOBRE LA UTILIZACIÓN	16
2.1. FACTORES DEL USUARIO	18
2.1.1 Factores de Necesidad	18
2.1.2 Factores Predisponentes	20
2.1.2.1 Factores Predisponentes No Modificables	20
2.1.2.2 Factores Predisponentes Modificables	24
Cultura Sanitaria	24
Salud Mental	33
Funcion Familiar	36
Apoyo Social	37
2.1.3 Factores Facilitadores	39
Accesibilidad física o espacial	39
Satisfacción con el proveedor y la organización	40
Barreras	40
2.2 FACTORES DEL PROVEEDOR	41
2.2.1 CARACTERISTICAS DEL PROFESIONAL	41
2.2.2 DEMANDA INDUCIDA	45
2.2.3 SATISFACCIÓN Y ESTRÉS PROFESIONAL	47
2.2.4 ESTILOS DE PRÁCTICA CLINICA	50
2.3.- FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN	54
2.3.1.- Aspectos Generales	54
2.3.2.- Factores relacionados con la MACROORGANIZACIÓN	55
2.3.2.1. Disponibilidad y Accesibilidad	55
2.3.2.2. Tamaño y Estructura del Cupo	56
2.3.2.3. Continuidad	56
2.3.2.4. Relaciones con el Segundo Nivel	57
2.3.2.5. Optimización Burocrática del Centro de Salud	58
2.3.2.6. Normas Administrativas, Incentivos y Sanciones	58
2.3.3.- Aspectos relacionados con la MICROORGANIZACIÓN	59
2.3.3.1. Programas de Salud	59
2.3.3.2. Trabajo en Equipo	60
2.3.3.3. La satisfacción en el trabajo	62
2.3.3.4. Optimización de la Actividad Burocrática del Médico de Familia	63
3. INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR	64
Introducción	64
¿Merece la pena intervenir?	64
Historia natural del HU poco conocida	64
Problemas con la definición	65
Propuestas de Intervención	66

I) Intervenir sobre el HU o sobre la organización de la consulta	66
II) Intervención individual o en grupo	67
III) Con pacientes difíciles o con pacientes hiperutilizadores	68
IV) Intervención médica o biosicosocial	69
V) Intervención médica o multiprofesional	71
VI) Qué resultados se han obtenido	72
Intervención 7H+E	74
I/ Análisis de la información disponible: Generación de Hipótesis	74
II/ Refutación de las Hipótesis	74
III/ Plan de Actuación y Negociación con el HU	75
IV/ Intervención sobre el profesional y la relación profesional-paciente	75
JUSTIFICACION	77
OBJETIVOS	81
METODOS	83
1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.	84
2.- ASENTAMIENTO DEL ESTUDIO.	84
3.- POBLACION.	84
3.1.- Población de referencia	84
3.2.- Población elegible	84
3.3.- Muestreo	85
4.- DEFINICIÓN DE HU.	85
5.- SEGUIMIENTO DE LA MUESTRA.	86
5.1.- Tipo de Seguimiento	86
5.2.- Duración del Seguimiento	86
5.3.- Perdidas del Seguimiento	86
6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y PÉRDIDA.	86
6.1.- Criterios de Paciente Excluido al inicio del Seguimiento.	86
6.2.- Criterios de Paciente Perdido al final del Seguimiento.	87
7.- MUESTRA FINAL.	87
8.- RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.	88
8.1.-Variable Resultado.	88
8.2.- Variables Independientes.	88
9.-INTERVENCIÓN.	91
9.1.- Intervención sobre los médicos.	91
9.2.- Intervención sobre los pacientes.	92
9.2.1 Análisis de la información disponible: Generación de Hipótesis.	92
9.2.2 Refutación de las Hipótesis.	93
9.2.3 Plan de Actuación con el HU.	94
9.2.4 Intervención sobre el profesional y la relación profesional-paciente.	94
9.2.5 Componente “E”de la Intervención.	94
10.- ANALISIS DE DATOS.	95
10.1.- Análisis exploratorio y transformaciones.	95
10.2.- Análisis bivariante.	96
10.3.- Análisis multivariante.	96
10.3.1. Modelo de efectos fijos.	97
10.3.2. Modelo de efectos aleatorios.	97
10.4.- Soporte informático.	98
11.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.	98
RESULTADOS	100
1.- Descripción de la Muestra.	101



1.1. Perfil Demográfico.	101
1.2. Morbilidad.	101
1.3. Perfil Psicosocial.	101
1.4. Perfil de Utilización.	101
2.- Comparacion entre pacientes entrevistados y pacientes no entrevistados.	102
3.- Comparacion entre grupos de asignacion al inicio del seguimiento.	102
4.- Comparacion entre pacientes que finalizan y no finalizan el seguimiento	102
5.- Descripcion del grupo de intervencion respecto al Cuestionario “7H”	103
6.- Comparacion de los grupos de asignacion al final del seguimiento	104
7.- Comparacion de la variable resultado en los grupos de asignacion	104
8.- ESTUDIOS MULTIVARIANTES	104
8.1.- Modelos multivariantes de efectos fijos.	104
8.2.- Modelos multivariantes de efectos aleatorios.	105
DISCUSION	109
1. DISCUSION DE LOS METODOS.	110
1.1 El enmascaramiento.	110
1.2. Los sesgos de selección.	110
1.3 Los sesgos de confusión.	112
1.4. Los sesgos de información.	113
1.5. Los sesgos de contaminación de la intervención.	114
1.6. Sobre la definición de Hiperutilizador.	115
1.7. Sobre la intervención aplicada.	117
1.8. Sobre la validez externa del estudio.	118
2. DISCUSION DE LOS RESULTADOS	119
2.1. Discusión de los resultados principales.	119
2.2. Discusión de los resultados en las variables independientes.	123
2.3. Discusión de los cuestionarios de análisis de la intervención sobre los pacientes HU intervenidos.	129
2.3.1 tipo de visitas y tipo de hiperutilizador.	129
2.3.2. Emociones y Pensamientos.-	129
2.3.3. Capacidad Resolutiva del profesional.-	131
2.3.4. Hipótesis.-	132
CONCLUSIONES	134
BIBLIOGRAFIA	136
ANEXOS	173
ANEXO I	174
ANEXO II	176
ANEXO III	178
ANEXO IV	180
ANEXO V	198
ANEXO VI	200
ANEXO VII	202
ANEXO VIII	205
ANEXO IX	207
ANEXO X	209
ANEXO XI	213
ANEXO XII	215
ANEXO XIII	218
ANEXO XIV	230
ANEXO XV	234

ANEXO XVI	236
ANEXO XVII	244
ANEXO XVIII	246
TABLAS	248
FIGURAS	296

## ***INTRODUCCION***

# 1. CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

## 1.1.ASPECTOS GENERALES

La tradición investigadora en nuestro país sobre temas relacionados con la salud es más bien escasa, sobre todo si nos centramos en el primer nivel asistencial, precisamente donde se resuelven entre el 80 y el 95% de los problemas de salud que presenta la población y en el que se producen más de 175 millones de consultas anuales de las cuales hasta no hace mucho tiempo hemos conocido muy poco al respecto, al contrario de lo que ocurre en otros países como el Reino Unido y los Estados Unidos con más de 20 años de tradición en este campo (*Gómez-Calcerrada D, 1996*).

El grado y las características de la **utilización de los servicios sanitarios** de atención primaria en España, está siendo objeto de análisis desde, por lo menos, los años ochenta (*Gomez- Calcerrada D, 1996*). Este interés no ha sido independiente de los procesos de reforma del sistema sanitario que, desde entonces, se han llevado a cabo en prácticamente todos los países de la Unión Europea. Uno de los motivos principales es averiguar hasta qué punto dicha utilización se corresponde con unas necesidades de atención sanitaria. De hecho, se ha establecido como prioridad generalmente aceptada, un servicio de salud adecuado para los pacientes que más lo necesitan (*Sáez M, 2003*).

Actualmente tanto clínicos como gestores están muy interesados en determinar los factores que influyen en la utilización de los servicios en atención primaria (*Bellón JA, 1999*). Muchos estudios han intentado aclarar los factores que están asociados a la utilización, y aun estamos lejos de entender porqué se usan los servicios (*Campbell SM, 1996*). En Estados Unidos, los médicos con sus decisiones clínicas son los responsables del 90% de cada dólar que se utiliza en salud pública. A pesar de la importancia económica de las decisiones médicas, solo recientemente se han empezado a investigar los factores que rigen estas decisiones y a evaluar las diferentes formas de motivar a los médicos para que provean una atención medica mas eficaz (*Eisenberg J, 2002*).

Gran parte de los médicos de atención primaria de nuestro país consideran que tienen un exceso de presión asistencial, siendo éste uno de los problemas que más ansiedad laboral les provoca (*Bellón JA, 1998*).

Uno de los aspectos sobre utilización, que más atención ha atraído es que la mayoría de las visitas esta hecha por un grupo pequeño de pacientes, son los llamados hiperutilizadores (HU). No existe un criterio objetivo con aceptación universal para definir a estos pacientes. No obstante, todas las definiciones convergen en que los HU serian aquellos pocos que realizan muchas visitas. Se ha comprobado que un 15% de los pacientes realizan el 50% de todas las visitas que recibe el medico de familia en un año (*Bellón JA, 1995-a*), y también parece que esta proporción está aumentando (*Gill D, 1998*). Muchos médicos de familia no entienden porqué algunos pacientes deciden usar frecuentemente los servicios de atención primaria. Aunque el problema de la hiperutilización ha sido estudiado durante más de 25 años, la cuestión de si estos individuos se comportan de forma inapropiada o por el contrario, lo hacen en respuesta a necesidades genuinas de salud, está todavía por resolver (*Neal RD, 1996*).

## **1.2 INTENSIDAD Y ADECUACION**

La mayoría de los estudios sobre el uso de los servicios de atención primaria se refieren a la intensidad de uso, también denominada tasa de utilización o frecuentación, cuya definición vendría dada por el número de veces que los pacientes acuden a la consulta en un determinado tiempo (se puede medir, por ejemplo, en visitas/paciente/año). El tiempo sobre el cual referir la intensidad de utilización, según el tipo de estudio, varía desde 2 semanas (*Andersen AS, 1987*) hasta diez años (*Krakau I, 1992*), aunque lo más frecuente es que se estudie un año completo.

En determinadas ocasiones, se puede discutir sobre si la utilización es adecuada o inadecuada. Entre los médicos de atención primaria, esta apreciación se decanta hacia el lado del exceso de visitas inadecuadas; generalmente referidas a las consultas por motivos como resfriados, pequeñas lesiones y otros problemas menores. En un estudio de *Sihvonen (Sihvonen M, 1990)* el 50% de los médicos de los centros de salud de Finlandia percibieron que el 20% o más de las visitas que recibieron en sus consultas fueron innecesarias. Esta apreciación fue mayor entre los médicos que llevaban trabajando en atención primaria menos de cuatro años y entre los que alcanzaron una menor puntuación en las escalas de identidad y motivación profesional.

La verdadera dificultad reside en el hecho de que nuestros juicios de valor se plantearían sobre normas fundamentalmente biologicistas; y es precisamente en la atención primaria donde los motivos de consulta explícitos (incluyendo los más banales), se encuentran impregnados de otros motivos latentes, muchas veces no expresados, y que generalmente obedecen a problemas psicosociales (*McWhinney IR, 1995*). Ante esta disyuntiva, ¿Quién se atreve a definir lo inadecuado del uso de las consultas?, es posible que este dilema, desde un enfoque biopsicosocial de la salud, tenga escasas perspectivas de ser resuelto.

La práctica real de la Medicina de Familia no suele permitir los márgenes de tiempo suficientes para utilizar instrumentos de filtro que sean capaces de discernir los pacientes que consultan sin motivo, los que lo hacen con motivo oculto o no explícito y los que lo hacen por un heterogéneo cluster de patologías mentales, que a su vez es preciso desagregar y categorizar. Aun así, hoy en día, se sabe que factores del usuario, del profesional y de la organización influyen en la hiperutilización de las consultas; e incluso se han desarrollado modelos causales globales que la explican con cierto éxito (*Phillips KA, 1998*). Por ello, consideramos que se puede conseguir reducir la utilización de las consultas de atención primaria aplicando una serie de estrategias sobre los usuarios, los profesionales y la organización (*Bellón JA, 1998*).

## **1.3 MARCO CONCEPTUAL EN EL ABORDAJE DE LA UTILIZACIÓN**

Cuando consideramos el abordaje de la utilización podemos advertir que, en muchas ocasiones, son difíciles las comparaciones entre las distintas investigaciones. Estas

dificultades se centran, además de en las diferencias socioculturales y organizativas, en las diversas formas de clasificar, medir y estudiar los episodios o las visitas a las consultas. Vamos a intentar profundizar en la importancia del marco conceptual que se aplica cuando se decide investigar sobre la utilización. Tomamos de referencia el enfoque recomendado por Bellón (*Bellón JA, 1997*) dónde se abordan dos posibles referencias teóricas: la intensidad de uso y la presión asistencial.

### **1.3.1.- Intensidad de Utilización**

En el contexto de la intensidad de utilización en atención primaria, en primer lugar se puede estudiar la utilización según el profesional (*Evashwick C, 1984*) que se visita: 1. visitas al médico, 2. visitas al enfermero, 3. visitas al trabajador social, y 4. visitas a otros profesionales (enfermeras domiciliarias, fisioterapeutas, etc.). Cuando se analiza la intensidad de utilización en atención primaria, además de dejar constancia del tipo de profesional al que nos referimos, también debería quedar claro si el ámbito de estudio prescinde o no de las visitas al segundo nivel. En segundo lugar, se puede referir la tasa de utilización según el canal de comunicación utilizado: 1. utilización de la consulta ("face to face"), 2. visitas en el domicilio del paciente (*Barbero JJ, 1994*), y 3. utilización telefónica (*Wasson J, 1992*). De igual modo, cada canal de comunicación empleado se podría usar de forma 1. urgente, cuando el paciente no admite demora o cita en su atención y 2. concertando cita.

Cuando se investigan los factores asociados a la utilización total o global, en realidad estamos midiendo varias cosas: la utilización clínica aguda o visitas iniciales que están determinadas por factores del usuario, la utilización programada que es inducida de forma clara por el proveedor y la organización, y la utilización administrativa, motivada por el proveedor, la organización de la consulta y la del servicio. Esto quiere decir, que cuando analizamos la utilización global con el objetivo de descubrir los factores del usuario que se asocian a la utilización, en realidad también estaremos midiendo factores ligados al proveedor y la organización.

### **1.3.2.- Presión Asistencial**

La presión asistencial (PA) se refiere al número de visitas por día que recibe el médico y la frecuentación como el número de visitas por habitante y año (*Prieto A, 1990*). Frecuentación y PA se relacionan entre ellas y nos orientan sobre diferentes cursos de acción a seguir. Así por ejemplo, una presión elevada puede ser consecuencia de un exceso de personas asignadas, pero también de un exceso de frecuentación derivado de una organización inadecuada, de un exceso de actividad inducida por el propio profesional, o de una población con una morbilidad muy elevada (*Casajuana J, 2001*).

Uno de los elementos determinantes de una mayor o menor frecuentación es la organización que implantamos para prestar los servicios. Si observamos una PA elevada con una frecuentación baja, está claro que existe una necesidad de mayores recursos dado que no hay posibilidades de disminuir la frecuentación con la mejora de la organización. Por el contrario, si observamos una PA elevada pero con alta frecuentación, podemos presumir en general, que existe un margen de maniobra desde el punto de vista

organizativo para actuar sobre la frecuentación disminuyendo así la PA. Consideramos que lo más razonable es utilizar la población asignada o, en su defecto, la población censal (Bellón JA, 2003).

Un cupo asignado a un médico que, por el motivo que sea (exceso de población anciana, elevada prevalencia de morbilidad crónica, etc.), tenga unas tasas de frecuentación elevadas, llegaría a aumentar la PA. Esto es lo que se conoce como un aumento de la PA **inducida por el usuario**. Por otra parte, aún con un cupo con frecuentación normal o bajo, en determinados médicos (médicos poco resolutivos, con defectos de formación, mal organizadores de la consulta, etc.) o sistemas de organización (puesta en marcha de programas preventivos, captación activa, etc.), se podrían generar un exceso de PA, que a medio-largo plazo podría transformar a la población en un cupo de utilizadores de alta frecuentación; es lo que se conoce como un aumento de la PA **inducida por el proveedor** (Armstrong D, 1990).

¿Cuáles son los valores de PA y frecuentación que podemos considerar adecuados? No existe una única respuesta ya que ambos indicadores dependen de muchas circunstancias: modelo de prestación de la asistencia, cartera de servicios ofertada, nivel de resolución de problemas asumido, etc. Existen estudios, que de forma objetiva, relacionan el exceso de PA con la mala calidad de la asistencia y el estrés laboral (Wilson A, 1991).

En nuestro entorno nacional, con el modelo de equipo de atención primaria, con profesionales trabajando en horario de 7 horas se admite que la PA adecuada no debería superar, en general, las 25 visitas diarias, con una dedicación a la consulta de alrededor de 4 horas y un tiempo medio de visita de 10 minutos (Bellón JA, 2003).

## **1.4 CONCEPTOS SOBRE HIPERUTILIZACIÓN**

### **1.4.1 Concepto de hiperutilizador**

La definición de grandes utilizadores, hiperutilizadores (HU), hiperconsultadores o consultantes frecuentes ("high-users, high-utilizers, high-consulters, frequent attenders, frequent consulters") es estadística y arbitraria, por lo que se han planteado serias dificultades para obtener una definición homogénea, pertinente y certera. Sigue sin haber una definición objetiva de aceptación universal para definir a los pacientes HU aceptada (Vedsted P, 2005).

Los conceptos de paciente HU y paciente problema se han solapado y confundido a través de la literatura existente. Prueba de ello podría ser los diferentes adjetivos, mas o menos acertados y enfáticos, que han sido utilizados para etiquetarlos: O'Dowd (O'Dowd TC, 1988) los llamó pacientes "heartsink"; Groves (Groves JE, 1986), un psiquiatra, se refería a estos pacientes como "odiosos"; Ellis (Ellis CG, 1986), un médico general, utilizó el termino "disfórico"; Stokewel (Stokewel F, 1984), una enfermera, los llamó "impopulares"; Courtenay y Westhead (Courtenay MJF, 1974; Westhead JN, 1985) ambos se referían a hiperfrecuentadores y finalmente Bass (Bass C, 1990), un psiquiatra, introduce el termino "somatizador crónico".

Al paciente problema (PP) o paciente difícil (PD), se le ha definido como los que refieren quejas frecuentes de síntomas, a menudo en ausencia de patología física

verificable. La mayoría de los HU podrían considerarse pacientes problema; pero existirían otros pacientes problema que no serían HU. Lo esencial del concepto del PP sería la percepción negativa que tiene el médico de la relación con ese paciente. Sin embargo, lo esencial del concepto de hiperutilización, sobre el que convergen todas las definiciones, sería que los HU, siendo pocos, consumirían una gran proporción de todas las visitas que recibe su médico de familia (*Svab I, 1993*).

La mayoría de los autores han empleado algún tipo de estadístico clasificatorio: los terciles (*Newacheck PW, 1992*), los cuartiles (*Svab I, 1993*), más allá del percentil 90 (*Arroyo E, 1998*) o 95 (*Fuentes MC, 1994*), la media más 1 (*Sánchez FJ, 1993*) ó 2 desviaciones estándar (*Orueta R, 1993; Szydlowski JW, 2002*), etc. Una estrategia recomendada para no sesgar el grupo HU con ancianos y mujeres, es la de **estratificar la definición por edad y sexo** (*Segovia A, 1998; Bellon JA, 1999*). Por último, también se han empleado definiciones de HU con criterios de estadísticos según el número de visitas referidas en un año (*Dowrick CF, 2000-a; Smith R, 2005*) o más; concretamente en dos años (*Roos NP, 1981; Smucker D, 2000*), tres (*Szydlowski JW, 2002*), cinco (*O'Dowd MD, 1992; Andersson SO, 2004*) o seis años (*Freeborn DK, 1990*).

En España suponen aproximadamente un 15% de los pacientes incluidos en la lista de pacientes del médico de familia, consumen el 50% de todas las visitas que recibe en un año, además, la proporción de pacientes atendidos frecuentemente esta aumentando (*Bellón JA, 1997*). En Canadá, Estados Unidos, Finlandia suponen un 12-15% y también representan el 50% de las visitas/consultas (*Freeborn DK, 1990*). En un estudio sueco han supuesto hasta un 20% de la población atendida (*Andersson SO, 2004*). Se ha estimado que este tipo de pacientes en atención primaria pueden llegar a consumir hasta el 64% de los costes de atención a la salud (*Von Korff M, 1992*).

Un alto porcentaje de HU en atención primaria sufre distres psiquiátrico (*Simon G, 1996*). Datos de un estudio Prime MD en USA mostró que el 14% de los pacientes de atención primaria tenían criterios de desordenes somatomorfos (*Spitzer RL, 1994*). En un estudio internacional de la OMS sobre problemas psicológicos en atención primaria, se encontró que el 10% de los pacientes entrevistados de 14 países diferentes tenían criterios de depresión mayor, y la mitad de ellos síntomas somáticos múltiples inexplicados (*Simon GE, 1999*). En el estudio de Fernández, en una área de salud mental de Granada, se alcanzaron cifras de prevalencia de trastorno mental en población consultante superiores al 30% (*Fernández J, 1999*).

#### **1.4.2. Concepto de paciente problema**

Como hemos referido en el apartado anterior, los pacientes problema (PP) no son siempre consultadores frecuentes, ni siempre tienen un mayor número de problemas de salud (*O'Dowd TC, 1992*). Pero la condición sin la cual una persona no sería PP, es la visión de su médico como tal. Por tanto, sería comprensible que un paciente fuera difícil para un médico y para otro no. Algunos autores se percataron de que los médicos con más experiencia referían un menor número de PP (*Carson J, 1993*).

Insistimos en que las características del paciente difícil son muy parecidas a las del HU. No obstante, en el concepto “difícil” lo fundamental es la vivencia que el médico tiene de la relación con su paciente, en la que la hiperutilización es una característica más. Se



calcula que en nuestros cupos reconocemos entre 1 a 50 pacientes problema, con una mediana de 6 (*Mathers N, 1995*).

El asunto parece estar claro, los médicos padecemos un sufrimiento que estaría causado por ciertos factores ligados a los PP. No obstante, tiene interés la reflexión de que la causa de que existan PP, e HU por extensión, puede estar tanto en la rigidez mental del paciente como en la de su médico. Aunque ya Balint a finales de los años 50 abordó de modo magistral este tema (*Balint M, 1961*), fue a principios de los 90 cuando se avanzó un poco más y surgió otra línea de investigación un poco más atrevida. El fallo puede que estuviera en el médico, ¿existen los médicos difíciles?, ¿cuál era el perfil del médico difícil?, ¿cuáles eran los factores ligados a los médicos difíciles? (*Dowrick C, 1992*).

En principio parece que los médicos que tienen más problemas en los encuentros médico-paciente tienen las siguientes características: peores habilidades de comunicación, perfil de entrevistador centrado en el médico frente al centrado en el paciente, menor tolerancia a la incertidumbre tanto clínica como emocional, orientación biomédica frente a la biopsicosocial, menor formación en psicoterapia, médicos con actitudes heroicas, con mayor presión asistencial, menor satisfacción laboral y el mismo médico también padecería con más frecuencia problemas psicosociales y de personalidad (*Mathers N, 1995; Levinson W, 1995; Mead N, 2000*).

Hasta en el 50% de todas las visitas realizadas en AP no se identifica la presencia de un problema médico, o una demostrable patología orgánica, que explique las quejas del paciente (*Barsky AJ, 1995*). Esto puede ser debido a que el médico se centra exclusivamente en las enfermedades físicas. Si esto es así, los factores psicosociales asociados con la hiperutilización no son detectados. Esto parece estimular a los pacientes, cuyos problemas no han sido detectados, a consultar con mucha frecuencia, entrando en un círculo vicioso de visitas realizadas por su propia iniciativa, que no son entendidas como necesarias por el médico.

Hay suficiente bibliografía que demuestra como la comunicación centrada en el paciente influye en la salud de los pacientes a través de la percepción de que sus visitas estuvieron centradas en su persona y especialmente a través de la percepción de haber encontrado un terreno común con el médico. La comunicación centrada en el paciente mejora el nivel de salud, aumenta los beneficios de los cuidados, reduce el uso de test diagnósticos y de derivaciones. Y aunque la duración de las visitas se mantiene igual, mejora la satisfacción del paciente, aumenta la satisfacción del médico, y disminuyen las reclamaciones por mala praxis (*Steward M, 2000*).

## **2. FACTORES QUE INTERVIENEN SOBRE LA UTILIZACIÓN**

En el año 2002 se produjeron en España 247 millones de consultas médicas no urgentes a los centros de salud, esa actividad supone, en promedio, que cada habitante ha sido atendido en una consulta más de **6 veces al año**. En términos relativos se produjo un incremento de la frecuentación total desde 1994 del 13% (*Instituto de Información Sanitaria, 2003*).

Los factores que influyen sobre la utilización de las consultas de atención primaria son múltiples, y aunque se han desarrollado modelos explicativos que intentan interpretarlos y globalizarlos, en el momento actual ninguno de ellos, por motivos empíricos-teóricos y/o metodológicos, puede descifrar la utilización en su totalidad (*Phillips KA, 1998; Bellón JA, 2000*). Sólo es posible entender los determinantes de la utilización a través de la multicausalidad.

Los factores que influyen sobre el uso de los servicios de salud se podrían clasificar de diferentes formas; cada una de ellas aportaría aspectos más o menos parciales o globalizadores, pero a la vez, es posible que las mismas fueran incompletas o fragmentarias. Utilizando el modelo definido por Bellón (*Bellón JA, 1995-a*) se dividirán los factores que influyen sobre la utilización en cuatro grupos:

1. Factores del individuo o usuario,
2. Factores del profesional, sanitario o proveedor,
3. Factores de la Micro-organización. Organización de la consulta del profesional
4. Factores de la Macro-organización. Estructura y funcionamiento de la organización.

Para comprender la dinámica interna de este modelo conceptual, es imprescindible recurrir a la Teoría de Sistemas, donde los cuatro factores se dispondrían en una incesante interacción, de tal forma que estarían continuamente modificándose entre sí. En un momento dado se podría decidir la reforma de la organización, por ejemplo, implantando un nuevo sistema de citas que facilite el acceso al usuario (factor de la organización); esto podría disminuir la percepción de barreras por parte del paciente (factor del usuario), y a su vez, podría descender o aumentar el estrés profesional (factor del proveedor). Por tanto, el efecto que sobre la utilización se provoca tras la transformación de cualquiera de los tres factores del sistema, no sólo se produce por la modificación del factor inicial en cuestión, sino también por la alteración que se induce en los otros dos factores.

Especialmente complejo resulta la diferenciación entre micro y macro-organización, la diferencia radica en quién tiene en su mano la posibilidad de modificar o transformar ese factor. En un equipo de atención primaria la regulación de los tiempos entre citas, por ejemplo, puede estar en manos del propio profesional (micro-organización) o de la gerencia de área (macro-organización).

En función de los estudios publicados, se puede decir que, en general, los factores del usuario explican alrededor del 50% de la variabilidad de la utilización (*Orueta JF, 1999*) y los factores del profesional y la organización otro 50% (*Hurley J, 1996*). En algunas consultas o centros de atención primaria con una organización poco eficiente y/o profesionales con determinadas dificultades y sesgos, los factores del profesional y la organización podrían explicar mucho más del 50% de la variabilidad de la utilización. En ciertos cupos de pacientes con numerosa y complicada morbilidad, los factores del usuario también explicarían por encima del 50%.

Esta forma de clasificar las variables que influyen sobre la utilización pretende ser exhaustiva, pero, en cualquier caso, podría no ser mutuamente excluyente. Por ejemplo, en el establecimiento de una relación médico-usuario "dependiente", se podría atribuir a que el paciente sea sanitario-dependiente (factor del usuario) o a que el profesional ejerza una práctica clínica de tipo paternalista-dependiente (factor del proveedor), pero también pudiera

sucedan simultáneamente por ambas cosas, y por tanto, ¿sería un factor del usuario, del profesional, de los dos o de la interfase médico-paciente? En el ejemplo del párrafo anterior, cabría la posibilidad de clasificar la accesibilidad (en este caso, el sistema de citas) como factor de la organización, pero de igual modo, a través de la subjetividad del usuario (percepción de barreras) sería posible su clasificación como factor del usuario, o por qué no, podríamos hablar de la accesibilidad como factor de la interfase organización-usuario (López LA, 1991). De la misma forma podríamos hablar de factores de la **interfase organización-proveedor**. Pues bien, teniendo en cuenta los matices y consideraciones precedentes, pasamos a exponer los factores del usuario, proveedor y de la organización que influyen en la utilización.

## **2.1.FACTORES DEL USUARIO**

Se podría decir que, como primer y principal determinante, el individuo utiliza los servicios de atención primaria, a veces de forma reiterada, porque se encuentra en una situación de necesidad, entendiéndose ésta como la percepción de malestar o de enfermedad (Varela FJ, 2000). La evidencia muestra que la utilización de los servicios, está relacionada, principalmente, con el estado de salud del individuo, ya sea el autopercebido (Jiménez- Martín S, 2002) o el aproximado por indicadores más objetivos (enfermedades crónicas, accidentes, limitación de la actividad de la vida diaria, incapacidad temporal (Orueta JF, 2000).

Como ya hemos comentado, cuando se toman en conjunto los factores del usuario que predicen la utilización, aún en los estudios más optimistas, no se explica más allá del 40-50% de la variabilidad (Orueta JF, 1999). Las estrategias basadas en la intervención con el usuario para reducir la utilización se clasificarán con arreglo al **modelo conductual de Andersen y Newman** (Andersen R, 1973), según el cual se categorizarían en estrategias sobre los factores de necesidad, factores predisponentes y factores facilitadores. Este modelo es, sin duda, el marco teórico-práctico más empleado en todos los estudios de utilización, aunque su capacidad predictiva en muchas ocasiones es poco concluyente.

### **2.1.1 Factores de Necesidad**

Asumiendo la presencia de factores predisponentes y facilitadores, el individuo o su familia debe percibir un proceso o episodio de enfermedad, ya que si no fuera así no tendría lugar la utilización de los servicios de salud. La salud percibida por el paciente acompañado o no de morbilidad objetiva, representa la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud. Goldberg & Huxley estimó que un 25% de la población sufren un trastorno mental a lo largo de un año, pero que tan solo un 23% de los consultantes, con independencia del motivo de la consulta, lo sufren (Goldberg D, 1992)

Para Andersen, la **necesidad** de atención médica desempeña el papel principal en la determinación de hacer uso de los servicios (Andersen R, 1981), entendiéndola como la percepción de un malestar, un síntoma o una enfermedad que incita a la demanda. La necesidad no se expresa forzosamente como una demanda y a esta no le sigue necesariamente la utilización; mas bien está en relación con la enfermedad o, mejor aún,

con el nivel de salud percibido y deseado. Por lo tanto, el nivel de enfermedad o la morbilidad subjetiva u objetiva representa la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud, y en la mayoría de los estudios es una de las variables que más y mejor predice la utilización (*De Boer A, 1997*).

Siguiendo a Gómez-Calcerrada, el factor necesidad solo se podría evaluar a través de un conjunto de variables que se relacionan con él, y nos identifica cuatro de las más importantes (*Gómez-Calcerrada D, 1996*):

- NUMERO PROCESOS CLINICOS Y DE ENFERMEDADES CRONICAS: 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 el incremento de pacientes con mayor edad en las consultas, que a su vez tienen más enfermedades de tipo crónico, que requieren mayor volumen de cuidados médicos y realizan más demandas (*Casajuana J, 2003*). El número de enfermedades crónicas se relaciona especialmente con la hiperutilización (*De Boer A, 1997*), algún autor encuentra que estos pacientes consultan aproximadamente cinco veces más que los que no tienen enfermedad crónica (*Heywood PL, 1998*).
- NUMERO DE SINTOMAS: El número de síntomas reconocido por el paciente se identificó así mismo como predictor de una utilización excesiva de la consulta del médico de familia. Matalon encontró una media de 10 síntomas en un amplio estudio realizado sobre HU (*Matalon A, 2002*).
- TIPO DE MORBILIDAD: Los problemas de salud mental son los que explican la mayor variabilidad en la utilización de la atención primaria (*Tweed, 1998; Bellón JA, 2002*). La prevalencia de los problemas de ansiedad psicosociales 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 (*Lecrubier Y, 2000; Dowrick C, 2000-b*). Los tres problemas de salud mental identificados con mayor frecuencia entre los HU fueron depresión, ansiedad y trastornos de somatización, (*Arroyo E, 1999; Matalon A, 2002*). Los problemas de salud mental, no solo se pueden catalogar como factores de necesidad, sino que también son factores predisponentes. La conjunción de problemas mentales y físicos, mejoró la predicción de la frecuentación total (*Jordan K, 2003*).
- NIVEL DE SALUD PERCIBIDO: Es en definitiva, la razón principal que justifica la necesidad de ir al médico. Alguien que no perciba quebrantado su estado de bienestar por alguna razón, difícilmente accederá a demandar cuidados, a no ser que sea presionado directamente por su pareja o alguien cercano. La salud percibida se ve estrechamente influenciada por una interacción de factores físicos, mentales y sociales (*Vedsted P, 2002*). El nivel de salud es el principal determinante de la utilización y está fuertemente asociado a la salud percibida (*Finkelstein MM, 2001*). Mucha gente con enfermedad no consulta a su médico. Las familias monoparentales y la desestructuración familiar se asociaron también con una mayor frecuentación (*Muñoz MA, 2000*). La decisión de consultar no se basa simplemente en la presencia o ausencia de problemas médicos, se basa en una mezcla compleja de factores sociales y psicológicos (*Campbell SM, 1996*).

Esta necesidad se ve influida por los denominados factores o variables **predisponentes** que son un conjunto de características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, etnia, educación y situación laboral) que condicionan una mayor probabilidad de utilizar los servicios y se ve facilitada por los factores o variables capacitadoras o **facilitadoras** que son aquellas que pueden impedir o facilitar el uso de servicios como el nivel de ingresos o estatus económico, las características del médico, de la organización de los servicios (accesibilidad), etc.

Existen estudios que confirman que son los procesos crónicos, los problemas de salud que mas consumo de servicios sanitarios generan. Enfermedades como la diabetes, la hta, la bronquitis crónica, la cardiopatía isquemica, etc., en función de su historia natural, pueden manifestarse a través de su propio cuadro clínico, por descompensaciones y complicaciones específicas, y con otros procesos asociados o agravados. Si a todo ello, le añadimos su evolución crónica y su alta prevalencia, quedarían expuestas las razones por la que este tipo de morbilidad es responsable directa de un gran consumo de recursos y visitas (*Bellón JA, 1998*).

### **2.1.2 Factores Predisponentes**

Algunos individuos tienen cierta predisposición para usar los servicios de salud mientras que otros lo estarían en menor grado. Esta predisposición puede predecirse a través de algunas características individuales, las cuales existen antes de que ocurra cualquier proceso o episodio de enfermedad. La población que posea tales características tendrá mas probabilidades de utilizar los servicios de salud que la que no las tenga, aún cuando éstas características no sean responsables directas de la utilización (por ejemplo, la edad podría actuar sobre la utilización a través de la morbilidad).

Modificando la clasificación original de Andersen (*Andersen R, 1973*) se ha subdividido los factores predisponentes en modificables y no modificables, en un intento de ofrecer un enfoque más pragmático de dicha clasificación. El carácter modificable podría ser un poco ambiguo, por lo que la posibilidad de cambio del factor en cuestión se referirá específicamente a los recursos disponibles desde el sector sanitario.

#### **2.1.2.1 Factores Predisponentes No Modificables**

##### **Edad**

Aunque la mayoría de los estudios han evidenciado que a mayor edad mayor utilización (*Fuentes MC, 1994; Karlsson H, 1997*) esta asociación no es lineal, por lo que se requieren valoraciones especiales, particularmente el estudio específico por estratos de edad (*Segovia A, 1998*).

Existe una mayor utilización en las edades extremas de la vida como ha sido demostrado en la mayoría de los estudios llevados a cabo, tanto en la población anciana como infantil (*Tapia C, 2005*). El máximo de consultas se produce en los menores de un año; se puede observar que tras este pico en la utilización se va descendiendo con la edad

(Bruusgaard D, 1993); y el mínimo entre los 15- 49 años, aumenta a partir de los 50 y llega a alcanzar aproximadamente el triple de la frecuentación media a partir de los 65, al igual que ocurre en los de menor edad (Martín J, 1992). Sin embargo recientemente se ha comprobado que esta edad se está adelantando, hasta llegar incluso a una media de 47 años (Smith R, 2005). Bellón, en una muestra aleatoria de pacientes mayores de 14 años pertenecientes a un centro de salud de Granada (Zaidin-Sur), encuentra que las mujeres son más utilizadoras de los servicios de atención primaria que los varones, especialmente entre los 35 y los 75 años de edad (Bellón JA, 1995-b).

La hiperutilización se asocia con una mayor edad (Karlsson H, 1994; Neal RD, 1996;) y por lo tanto el efecto de las variables asociadas a la utilización debe de estar ajustado por ésta. Se ha investigado con cierta profundidad la utilización en los mayores de 65 años, ya que se sabe que es una población que concentra una gran parte del consumo de los recursos sanitarios, incluyendo todos los tipos de utilización de los servicios de atención primaria. Se ha intentado explicar la utilización de la tercera edad a través de todo lo que supone la jubilación, y en especial el factor tiempo libre (Boaz RF, 1989). Sin embargo existe algún estudio que obtiene resultados contradictorios especialmente en relación a los mayores de 65 años (Segovia A, 1998).

Para todas las edades, cuando se controlan los factores de necesidad, la edad apenas explica un 1 % de la variabilidad de la utilización (Bellón JA, 1995-a). Por ello concluimos, que para todas las edades, la correlación entre edad y utilización, aunque significativa, no es elevada.

## **Sexo**

En estudios que analizan la influencia del sexo en la demanda sanitaria (Woodwell DA, 1997; Brett KM, 2001) se concluye que junto con la edad, es un factor determinante de frecuentación de consulta, y que la mujer es más visitadora que el varón (Scaife B, 2000; Szydowski JW, 2002). La influencia del sexo sobre la utilización se la quiere relacionar con la peor salud percibida por las mujeres, con su mayor tendencia a padecer de síntomas psicósomáticos y con la mayor actitud proteccionista de éstas ante la enfermedad. También se han invocado razones ligadas a los roles femeninos: como su papel de cuidadora de la salud de toda la familia y la poca valoración del rol del ama de casa (Pedrera V, 2005).

En numerosos trabajos se ha demostrado que estas consumen además un mayor volumen de cuidados médicos (Gómez-Calcerrada D, 1994); pero, tal como comentamos en el apartado anterior, esto sólo sería evidente entre los 35 y 75 años de edad (Bellón JA, 1995-b). A medida que el hombre envejece aumenta la probabilidad de ser HU (Scaife B, 2000). En un trabajo reciente con HU que presentaban síntomas médicos inespecíficos, el porcentaje de mujeres era llamativamente superior (79%) (Smith R, 2005). En resumen y de acuerdo con algunos trabajos, cuando se controlaron los factores de confusión, el efecto del sexo sobre la utilización fue imperceptible (Karlsson H, 1994; Baez K, 1998).

## **Estado Civil**

En algunos estudios se ha encontrado que los viudos y divorciados utilizaron en mayor grado las consultas de atención primaria (Báez K, 1998; Scaife B, 2000; Savageau J, 2006),

los cuidados domiciliarios y los servicios hospitalarios. Estas personas presentan un incremento de padecimientos físicos y psíquicos, una peor percepción de la salud y un mayor consumo de medicamentos; además una serie de problemas sociales como la soledad, el aislamiento, problemas económicos, etc., los hacen más vulnerables, precisando mayores necesidades de salud (*Gómez-Calcerrada D, 1994*).

Sin embargo, otros autores no han hallado asociación alguna entre el estado civil y en número de visitas o incluso existen trabajos que observan que los casados tienen mas probabilidad de contactar con el médico que los separados, divorciados y viudos, pero que no hay diferencia en el volumen de cuidados consumidos (*Broyles RW, 1983*).

Concluimos con el perfil del HU descrito por Bellón que se corresponde con una mujer mayor de 40 años, viuda o divorciada. Confirmando que el déficit de apoyo social y la disfunción familiar se relacionan fuertemente con una frecuentación excesiva (*Bellón, 1995-a*).

### **Raza, Etnia e Inmigración**

En USA, la población negra e hispana poseía tasas de frecuentación inferiores a la de los blancos, pero este fenómeno parecía estar más en relación con la accesibilidad a los servicios que con los patrones culturales de las distintas razas. Ya en trabajos mas recientes, los pacientes sudasiáticos y afrocaribeños tienen mayor probabilidad que los pacientes blancos de ser HU (*Scaife B, 2000*).

En un estudio belga, se encontró que las consultas por problemas "vagos", psicológicos y sociales fueron superiores en las mujeres inmigrantes (*Van Der Stuyft P, 1989*). En Inglaterra, cuando se ajustó por nivel socio-económico y edad, los inmigrantes alcanzaron una utilización superior a los autóctonos, aunque estos últimos tuvieron más probabilidades de ser citados de nuevo y de obtener una receta (*Carney T, 1989*).

En España, el estudio del factor etnia-inmigración podría tener interés, fundamentalmente sobre población gitana y marroquí, y últimamente sobre inmigrantes de América latina, África central y Asia. No obstante, este tipo de estudios brilla por su ausencia (*Jansà JM, 1995*). La Agencia de Evaluación de Tecnologías de la Generalitat de Cataluña ha realizado una revisión exhaustiva sobre necesidades en salud y utilización de servicios sanitarios en la población inmigrante, que recoge toda la investigación realizada en España. Como información de mayor interés destaca que el 63% de la población tiene una autopercepción negativa de su estado de salud, el 33% considera que su salud ha empeorado con la llegada a España. El 84% ha utilizado un servicio sanitario en los dos años anteriores, siendo el primer contacto el servicio de urgencias; poseen una mayor vulnerabilidad relacionada con sus condiciones sociolaborales y padecen un mayor número de síntomas depresivos correlacionados con menor apoyo social en relación a la población autóctona. Y por último, algunos estudios apuntan un tratamiento inequitativo por parte de los servicios sanitarios, encontrando que ante la misma etiqueta diagnóstica reciben menor cantidad y calidad de tratamientos (*Berra S, 2004*).

### **Ingresos Económicos, Nivel Socio-económico y Pobreza**

El estatus socioeconómico parece ser el factor más controvertido, generando multitud de publicaciones que han trascendido incluso el mundo médico (*Gomez-Calcerrada D, 1996; Bellón JA, 1998*). En los países con sistemas de salud privados como Estados Unidos, cuando se controló por edad, sexo y morbilidad, la población con nivel socio-económico más bajo tuvo menores tasas de utilización, lo que probablemente se podría relacionar con las dificultades para acceder a los servicios de salud por parte de la población más pobre. No obstante, cuando se controló por la morbilidad, todo el efecto de los ingresos económicos y el nivel socio-económico se diluyó (*De la Revilla L, 1987*).

Mientras que en los países desarrollados dotados con un sistema nacional de salud, el uso de los servicios sanitarios no está condicionado negativamente por la desigualdad social, sino que más bien ocurre lo contrario, aquellas personas situadas en los estratos inferiores utilizan más estos servicios (*Marset P, 1992*). Al ajustar por edad y estado de salud algunos autores discrepan, ya que incluso para algunos las diferencias se invierten, resultando más utilizadores los que poseen un alto nivel de ingresos, y para otros se mantienen (*Gómez D, 1996*).

Se ha establecido que determinados aspectos de alta frecuentación de consulta están asociados a factores socio-económicos (*Campbell SM, 1996*). En los estudios recientes de Scaife, se demuestra como la gran variedad de factores socio-económicos influye fuertemente en el proceso del paciente que se hace HU (*Scaife B, 2000*), estos resultados están en la línea de los encontrados por Carr-Hill y Campbell (*Carr-Hill RA, 1996; Campbell SM, 1996*) que vieron cómo estos factores influían en el porcentaje de consultas de la población en general.

Entre las características socio-económicas que pueden predisponer a una mayor probabilidad de ser HU, aparte de la edad y el sexo, se considera que el aislamiento social y el aumento de la pobreza son las más importantes. Como consecuencia, se produce el aumento de HU entre los desempleados, amas de casa y pensionistas. Concluimos que, la clase social y el estatus económico aumentan la probabilidad de hiperutilización en la medida en que se van aproximando al extremo de la pobreza y cómo la probabilidad de llegar a ser un HU esta fuertemente relacionada con los factores sociales (*Scaife B, 2000*).

### **Situación Laboral, Profesión, Ocupación, Desempleo y Educación**

En los países con Sistema Nacional de Salud, existe un gradiente inverso entre categorías profesionales y utilización, es decir, los empresarios-directivos-liberales usan menos las consultas que los empleados-vendedores, éstos menos que los obreros cualificados, y éstos menos que los no cualificados. El mismo gradiente se observó con el nivel de estudios, de forma que a menor nivel educativo mayor utilización (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Cook DG, 1990*). Pero una vez más, cuando se controló por los factores confusores de la utilización, la profesión y los estudios perdieron su significación (*De la Revilla L, 1987*).

La profesión del cabeza de familia es utilizada con frecuencia como indicador de nivel socioeconómico y es una medida que está muy relacionada con los ingresos familiares y el nivel de estudios. Debido a estas relaciones, es posible que estas variables (ingresos, estudios, profesión y clase social) se comporten frente a la utilización de forma parecida, es decir, por medio de un efecto indirecto (*Rosner TT, 1989*).



En Inglaterra (*Yuen P, 1989*), Canadá (*D'Arcy C, 1985*), o USA (*Linn M, 1985*) los desempleados fueron más utilizadores que los empleados, quizás porque los parados sufren de un mayor número de procesos somáticos y de salud mental (*Claussen B, 1993*) o simplemente por la necesidad de prolongar las subvenciones económicas de paro (*Virtanen P, 1993*).

En España se ha podido comprobar que los desempleados poseen tasas de utilización superiores aún después de controlar por edad, sexo, nivel educativo y morbilidad (*Benavides FG, 1994*). Así como, de que la mayoría de los pacientes que consultan al médico (alrededor del 85%) suelen ser personas no productivas, incluyendo en este grupo a amas de casa, parados y jubilados, siendo además éstos los que mayor número de consultas administrativas generan (*Martínez de la Iglesia J, 1990*).

En este sentido, hay autores que demuestran, en general, una utilización más alta de los servicios sanitarios por parte de los pensionistas que los trabajadores, tanto para el número de visitas como para el de prescripciones y algunas pruebas complementarias como la radiología, aunque estas diferencias sólo se mantienen si se trata de pensionistas o beneficiarios con uno o dos miembros de familia y sobre todo si son mayores de 60 años (*Báez K, 1998*).

El efecto de los estudios académicos sobre los cuidados médicos es también contradictorio ya que en unas ocasiones el nivel cultural se relaciona positivamente bien de forma directa o indirecta a través del mayor nivel de ingresos y la edad (*Guendelman S, 1986*).

### **2.1.2.2 Factores Predisponentes Modificables**

Desde el punto de vista docente vamos a considerar cuatro factores que intervienen sobre la utilización y que se podrían catalogar dentro del epígrafe de los factores predisponentes del usuario: la cultura sanitaria, la función familiar, el apoyo social y la salud mental.

#### **Cultura Sanitaria**

##### **- Cultura y salud.**

El término de cultura sanitaria se podría definir a partir de la aplicación del concepto de cultura al objeto sanitario (la salud y sus cuidados). Para operativizar el concepto de cultura sanitaria se podría incluir las expectativas, creencias, valores, orientaciones, actitudes, conocimientos y patrones de conducta hacia la salud-enfermedad y su sistema de cuidados (*Sánchez FJ, 1992*).

Las relaciones entre cultura y salud y las conductas derivadas de su interacción se deben contextualizar dentro de la relatividad cultural de la salud y la enfermedad. La salud es relativa al marco cultural en el que se analiza, por ello cada grupo social, poseerá una definición peculiar de salud, establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo. Esta definición influenciará activamente la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes al grupo. La medida en que dicha influencia social actúa sobre el individuo para definir el estado de salud o enfermedad es una resultante de la personalidad de

cada sujeto y del efecto que las presiones del grupo producen en su comportamiento social. Por ello, ante una misma afección, individuos poseedores de características sociales distintas no se ponen todos enfermos, ni todos ellos reclaman cuidados médicos (*Bellon JA, 1995-a*).

La antropología enseña que hay que comprender al individuo desde sus propias coordenadas culturales. Los pacientes no presentan una serie de creencias y actitudes “absurdas”, aunque así pueda parecerlo desde el punto de vista de la medicina occidental. Por el contrario, son individuos críticos que desean adoptar un papel activo en el cuidado de su enfermedad, pero que basan sus decisiones en un sistema de creencias sobre la salud y la enfermedad muy distinto al que se ha aprendido en las facultades (*García-Campayo J, 2000*).

### **- El rol de enfermo.**

Creemos que es conviene detenernos brevemente en las EXPERIENCIAS INFANTILES del futuro paciente en relación a su rol de enfermo. Se ha investigado bastante en las experiencias infantiles de las personas que más tarde desarrollaran un trastorno de somatización o un trastorno somatomorfo indiferenciado, estructurándose sobre tres pilares (*Craig TKJ, 1993*):

- CARENCIAS AFECTIVAS: En casi todos los casos ha habido separaciones, padres fallecidos o ausentes por algún motivo, o escasa presencia de alguno de los progenitores. La consecuencia de esto es que, como mínimo, suelen existir carencias afectivas o indiferencia paterna. Mientras que, en los casos más extremos, ha habido maltrato físico y sexual. La frecuencia de abuso sexual en somatizadores mujeres con dolores ginecológicos es alta.

- MODELADO DE LA ENFERMEDAD EN LOS PADRES: Los niños han sido sobreexpuestos a la enfermedad. Han visto a sus padres enfermar con frecuencia, generalmente con síntomas de dolor y con consecuencia de incapacidad, y han presenciado como sus padres acudían frecuentemente a médicos y hospitales. A menudo, existe gran parecido entre los síntomas que presenta el hijo y los que mostraban los padres. Por otra parte, la enfermedad física ha sido bien aceptada en la familia (no así la enfermedad psíquica).

- EXPERIENCIAS DE LA ENFERMEDAD COMO AFRONTAMIENTO: De pequeño, el niño que ha crecido en un ambiente de carencias afectivas, cuando ha estado enfermo ocasionalmente, ha comprobado cómo aumentaba la expresión de cariño de los padres y cómo disminuían las demandas que se le hacían en la familia debido a la enfermedad. Cuando se hace mayor y tiene que afrontar dificultades, ha aprendido que la enfermedad es una excusa adecuada cuando siente que no va a poder resolver un problema. Hay que insistir en que todo este proceso es inconsciente. El somatizador no lo realiza voluntariamente ni lo controla. No está simulando nada. Simplemente tiene dificultades para manejarse ante las situaciones de la vida adulta y la enfermedad constituye una forma de refugio que él aprendió a utilizar cuando era pequeño.

Podemos atestiguar que el rol de enfermo es un rol social en cuanto que tiene ciertos derechos y obligaciones. Comentemos algunos de los **derechos** que se le reconocen al enfermo desde el momento que se le atribuye ese rol:

En primer lugar, el de estar excusado de sus deberes normales. Este derecho tiene gran importancia para el individuo, puesto que no pierde su "estatus" por dejar de trabajar temporalmente, sino que su ausencia es excusada por el grupo, además de ser absuelto de toda responsabilidad o culpa por su condición de enfermo. Sin embargo, obliga al grupo a generar alternativas de nuevas distribuciones de roles para llevar a cabo las tareas necesarias, e incluso puede generar problemas funcionales dentro del grupo, ya que la sociedad acepta que deben ser cuidados por otros (*García-Campayo J, 2000*).

En segundo lugar, no se espera que el enfermo se recupere sin ayuda, es decir, que en esta situación se encuentra apropiado el acudir a los demás buscando asistencia y cuidado, por lo que se legítima la petición de ayuda.

En relación a los **deberes**: el enfermo está obligado a ponerse bien lo más rápidamente posible, es decir colaborar en la recuperación. Este deber sirve para reducir la probabilidad de que el enfermo pueda llegar a "disfrutar" de su estado de enfermedad, es decir, a recibir alguna "ganancia secundaria" de su dependencia de los demás.

Como segunda obligación, el enfermo debe buscar ayuda técnica competente y cooperar con el proceso de ponerse bien. Este deber es el reconocimiento expreso de la complejidad de la medicina moderna y de la necesidad de consejo de experto. Como se puede comprobar, las dos obligaciones sirven para dirigir la motivación y el comportamiento hacia la recuperación, y consiguientemente, a desempeñar de nuevo sus roles normales.

Cuando la conducta ante la enfermedad de una persona no sigue el rol de enfermo aceptado socialmente (por ejemplo, cuando no hay una aparente causa orgánica), entonces ese rol no se considera adaptativo, y desde la perspectiva clínica, se hablaría de enfermo "funcional". Que duda cabe que este tipo de enfermos consumirá una cantidad elevada de visitas médicas y serán un tipo de hiperutilizadores singulares, el hiperutilizador con "rol de enfermo disfuncional" o con "conducta anormal de enfermedad".

### **- Conducta ante la enfermedad.**

Desde hace años Armstrong (*Armstrong D, 1989*) comentó que podría ser útil considerar el proceso del enfermar como una serie de preguntas potenciales que se plantearía cada persona ante un evento sintomático:

1) **¿Son mis síntomas normales o anormales?** Los síntomas y la percepción de peligro son de alguna forma subjetivados y evaluados. Aproximadamente el 80% de los individuos sanos experimentan síntomas somáticos en el transcurso de una semana. Las molestias corporales son una experiencia habitual incluso cuando existe una buena salud física. De la población que experimenta síntomas solo el 25% acude a la consulta. En el momento en que un individuo experimenta algún malestar psíquico o somático, su reacción habitual es preguntarse por qué está experimentando dichos síntomas. Es decir, va a intentar atribuir dichas molestias a alguna causa concreta. Esto es lo que se ha dado en llamar el proceso de atribución (*García-Campayo J, 2000*).

2) **¿Debería ir al médico en esta ocasión?** Algunas vicisitudes de las relaciones interpersonales pueden cambiar la percepción, de tal forma, que un síntoma menor podría verse amplificado, o podría disminuir la tolerancia a un impedimento o dolor crónico;

la percepción de interferencias con las actividades físicas; dependiendo del tipo de actividad y de lesión: por ejemplo, un corte en el dedo afecta más a un violinista que tenga un concierto próximo que a un conductor de autobús; la presión de "los otros" (amigos o familiares) para consultar: "*Yo no quería venir a la consulta pero mi mujer no para de insistir*"; la temporalización a cerca de los síntomas: por ejemplo, "*si mañana no estoy mejor iré al médico*", es la denominada "fecha tope"; o "*si sangro por la nariz más de dos veces iré al médico*", que en este caso es el "tope de frecuencia".

3) **¿Qué otras cosas podría hacer?** Hay una serie de estrategias alternativas, las cuales no son mutuamente excluyentes. En primer lugar se puede ignorar el síntoma, esto depende mucho del tipo de síntoma; así por ejemplo la probabilidad de que un paciente consulte al médico por una cefalea es 1/184 mientras que en el dolor torácico es de 1/14. En segundo lugar, se puede consultar a los amigos, familiares y vecinos; este sistema de referencia informal ("lay referral system"), constituido por la red social, proporcionaría consejos al paciente de parecida forma a como lo haría el médico, y es posible que para una comunidad con fuertes lazos, este sistema alternativo de cuidados pudiera limitar la demanda de los servicios médicos. Y en tercer lugar, el paciente podría usar los autocuidados o la automedicación.

Se pueden identificar dos **niveles de análisis**: el nivel de "definido por otros" (la cultura ante la salud y la enfermedad compartida por el grupo de pertenencia), dónde se refiere a situaciones en las que los síntomas del sujeto son evaluados por otras personas importantes para él ("referentes significativos"), algún caso frecuente es el de los niños enfermos o los estadios incipientes de la enfermedad de Alzheimer; y el nivel de "definido por uno mismo" que se refiere a situaciones en las que la persona percibe y evalúa sus propios síntomas. Barsky comenta que en los últimos años se ha producido una **paradoja en la salud**: disponemos de un mayor nivel tecnológico y resolutivo en la medicina, pero la población se siente cada vez más enferma. Para explicar la contradicción apunta cuatro razones. La primera es que gracias a los avances de la medicina hay más población con patología crónica; la segunda sería la mayor monitorización de los síntomas como fenómeno cultural; la tercera, la medicalización de la salud y el clima de aprensión, hipocondría, inseguridad y alarma creado a través de los medios de comunicación; y, finalmente, la progresiva medicalización de la vida diaria traería consigo el desarrollo de un aumento de las expectativas que no coincidirían con la realidad de la medicina (*Barsky AJ, 1988*). Mas recientemente, Kravitz ha demostrado que los pacientes que solicitan un fármaco anunciado en televisión, están mas propensos a recibir dicha medicación en comparación con los que no lo solicitan (*Kravitz R, 2005*)

Consideramos importante complementar este apartado recordando las ETAPAS DE LA EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD que desarrolló Suchman (*Suchman EA, 1965*); este describió sus etapas en términos de factores sociales, culturales, psicológicos y conductuales:

1ª) **Etapas de la experiencia de los síntomas.** El proceso de la asistencia médica comienza por la percepción, por parte del individuo de que "algo va mal". Esta percepción puede incluir la conciencia de un cambio corporal, una evaluación del cambio en cuanto a la gravedad, y algún tipo de respuesta emocional unida a la evaluación. Generalmente, las respuestas pueden variar desde una negación o "evasión hacia la salud" hasta la aceptación, por la que el individuo decide que está enfermo y entra en la segunda etapa o de aceptación del rol de enfermo. Una opción intermedia sería la temporalización o

retraso en la decisión que ya ha sido comentada. En esta etapa también se podría intentar algún tipo de autotratamiento.

2<sup>a</sup>) **Aceptación del rol de enfermo.** Suponiendo que, a pesar de todo, los síntomas persistan y sean graves, el individuo entra en una segunda etapa, en la cual decide adoptar el rol de enfermo e intenta obtener una legitimación provisional. En esta etapa se suele consultar con la red social, habitualmente el cónyuge o familiar, o quizás los amigos o personas destacables del grupo de pertenencia. Algunos individuos por consejo de la red social buscan rápidamente ayuda profesional, mientras que otros pueden retrasar la consulta médica a la espera de la evolución o el efecto del autotratamiento. Así pues la legitimación provisional del rol de enfermo por parte de la familia conduce a la tercera etapa.

3<sup>a</sup>) **Contacto con la asistencia médica.** En este momento el enfermo abandona el sistema de asistencia no profesional y entra en el profesional. Esencialmente el individuo busca, además de tratamiento, una legitimación autorizada a su aspiración al rol de enfermo. También pretende una explicación de sus síntomas, si bien la explicación pretendida puede variar desde discernir si es grave o no hasta una detallada explicación fisiológica de la causa, curso y pronóstico. Por otra parte, el médico podría juzgar que la persona está bien, negando así la legitimación autorizada del rol de enfermo. En ese caso, el paciente lo puede aceptar y volver a sus roles normales, pero también puede rechazar el juicio médico y, como ocurre con frecuencia puede visitar a otros médicos o solicitar el pase a un especialista hasta obtener el diagnóstico que desea; este fenómeno se conoce como "la compra del diagnóstico". No obstante, otra posibilidad es que el médico y el paciente estén de acuerdo, legitimando oficialmente el rol de enfermo y pasando a la etapa siguiente.

4<sup>a</sup>) **Rol de paciente-dependiente.** Al llegar a la decisión de adoptar un tratamiento para la enfermedad, el enfermo se convierte en paciente. En esta etapa, el tratamiento sugerido por el médico puede chocar con las creencias del paciente o su red social, y el paciente puede decidir rechazarlo y entrar en "la compra del tratamiento" visitando a otros médicos. Otra posibilidad es que el paciente se centre en las "ganancias secundarias" en lugar de esforzarse en mejorar y, entre otras cosas, se produzca un fallo en la adherencia al tratamiento. O, finalmente, paciente y médico pueden trabajar juntos y comenzar la recuperación del estado físico normal, con la consiguiente reanudación de los roles normales.

5<sup>a</sup>) **Recuperación y rehabilitación.** El proceso de convalecencia tiene también sus problemas. El paciente debe renunciar a algunos placeres derivados de su dependencia a los demás. Frecuentemente debe renunciar a algunas de sus actividades anteriores y muchas veces tiene que aprender de nuevo actividades que daba por seguras. Los pacientes que no pueden abandonar definitivamente "el rol de enfermo" pueden asumir el de "enfermo crónico" o el de "remolón". La otra posibilidad es la curación y la recuperación de su posición de persona sana.

Las etapas descritas suelen ocurrir en el orden que se han presentado, pero pueden no ser uniformes en su duración. También es necesario puntualizar que no todas las experiencias de enfermedad incluyen todas las etapas mencionadas. Es posible que una persona que vive sola o que experimenta dolores agudos sin descanso, pase directamente de la etapa de experiencia de síntomas a la de contacto con el médico.

*- Las expectativas técnicas y afectivas.*

Definiremos las expectativas como la creencia (se trata por tanto de una respuesta de tipo cognitivo) de que una respuesta determinada será seguida por algún suceso. En función de la forma en que las expectativas sean contrastadas con los sucesos reales formaremos una idea determinada de la experiencia y adoptaremos una actitud general. Siguiendo a Dupuy (*Dupuy J, 1974*) y en función de las expectativas respecto del encuentro médico se pueden clasificar dos tipos de pacientes: los que poseen una expectativa técnica y los que procesan unas expectativas afectivas ("de ayuda"):

Las EXPECTATIVAS TECNICAS se pueden parecer a las que tenemos cuando acudimos a que nos arreglen "el coche" y el rol que se espera que desempeñe el médico es el del "mecánico". Del mismo modo que el propietario de un coche no quiere gastar dinero en una reparación hasta que considera que es absolutamente necesaria, este tipo de enfermo duda en consultar al médico y antes de hacerlo estudia las ventajas e inconvenientes. Analiza sus síntomas y antes de decidirse intenta "arrancar" por sus propios medios. Se siente dominado por el deseo de autonomía, pero al mismo tiempo admite la necesidad de un experto. Cuando se decide a acudir "al mecánico", al médico en nuestro caso, se preocupa del precio de la reparación, la solidez del arreglo y el plazo en que estará terminado. En este proceso, el enfermo reconoce los beneficios de la acción médica a través de la eliminación de los síntomas de la enfermedad. Considera la salud como el "silencio de los órganos", escucha con paciencia a su médico, sigue escrupulosamente sus consejos y le es fiel. Exige un diagnóstico preciso y seguro, así como una medicación enérgica. Este paciente tendrá un gran deseo de salir del sistema de cuidados para poder desempeñar sus roles habituales. Son pocos los hiperutilizadores que pertenecerían a la categoría de expectativas técnicas y cuando lo fueran, la necesidad de utilizar se podría justificar por el padecimiento de enfermedades crónicas.

Las EXPECTATIVAS AFECTIVAS O DE "AYUDA", cuya conducta típica implica las siguientes características. Inicialmente el enfermo busca un bienestar impreciso, a veces imaginario, por parte del sistema médico. El origen de su malestar se pasea entre la conciencia y la preconciencia y podría residir en una vida laboral o social insatisfactoria, en unas relaciones familiares poco gratificantes, o simplemente en un malestar psicológico no muy bien definido o quizás, en las tres cosas. Lo más frecuente es que la expresión de su malestar sea la de un cuadro aparentemente físico, pero muy abigarrado y oscuro (mareos, cefaleas, cervicalgias, etc.) Sin embargo, desde la perspectiva biológica, los médicos nos vemos obligados a descartar constantemente posibles causas somáticas, mientras nuestros pacientes pueden seguir presentando más y más síntomas, sin que puedan salir de esa dinámica de "puerta giratoria". (*Aiarzaguena JM, 2003*). Nos sentimos presionados a actuar, recetar, decir, opinar, aconsejar o explorar; sin embargo, ello no puede desviarnos de realizar otras labores médicas tan esenciales como esas: observar, escuchar y ayudar a pensar al entrevistado (*Tizón JL, 1988*).

Las expectativas del enfermo son grandes y espera del médico todos los signos de una verdadera entrega y dedicación, y no pocas veces espera una relación francamente paternal. La expectativa es fundamentalmente de una actitud comprensiva, cariñosa y humana. En realidad en esta petición de ayuda el enfermo no necesita algo, necesita al otro, está dominado por el deseo de comunicación y agradecimiento, y espera del médico un rol parecido al de "un sacerdote". El enfermo solo busca depender de su médico. En igualdad de gravedad y severidad de la patología (desde el punto de vista objetivo) su umbral de entrada al sistema sanitario es más bajo que el del paciente con expectativas técnicas. La más insignificante molestia se ve amplificadas desde su subjetividad, se siente más vulnerable y con frecuencia

requiere atención urgente. Su ejercicio de introspección es intenso y continuo y la monitorización corporal es minuciosa. Sin embargo, si detectamos expectativas de curaciones milagrosas, deberemos intentar desactivarlas para evitar la proyección de las fantasías de omnipotencia de paciente (*Borrell F, 2004*).

Después de producido el encuentro, la actitud del enfermo respecto del médico será ambigua, dudando continuamente entre la confianza más ciega y la desconfianza más radical. Esta actitud exige el dominio del médico y lo rehúsa al mismo tiempo y no es de extrañar que sea un paciente mal cumplidor del tratamiento. En función de las habilidades del profesional y su capacidad de abordaje biopsicosocial, lo más normal es que el paciente se “enganche” al consumo médico. Por todo ello, este tipo de paciente tiene una alta probabilidad de hiperutilizar los servicios médicos, y mientras que su morbilidad física no lo justificaría, su malestar psicosocial podría ser evidente.

Los dos modelos de paciente responden a los dos extremos de una escala de expectativas, de tal forma que algunos pacientes, sobre el mismo proceso morboso, podrían tener a la vez características de la petición afectiva y técnica. También sería posible que un individuo en determinadas circunstancias (sintomáticas, sociales o psicológicas) realizara peticiones técnicas y en otras situaciones las peticiones fueran afectivas.

A pesar de lo atrayente que pudiera resultar explicar la conducta utilizadora a partir de las expectativas técnicas o afectivas, lo cierto es que la mayoría de los estudios se han basado en el estudio de creencias y actitudes. Schers explora las expectativas del paciente sobre su médico en una serie de circunstancias más o menos serias y desarrolla las ideas sobre la iniciativa del médico de soporte emocional o solo la prescripción de tratamiento y organización del caso. Resume que lo importante es el compromiso del médico hacia el paciente como persona sin importar el tipo de atención que precise (*Schers H, 2004*). Se han recopilado varios estudios de investigación, que intentan resumir el punto de vista de los pacientes en la relación médico-paciente. Estos esperan de sus médicos: que proporcionen información, que demuestren interés, quieren ser atendidos en el día y por el mismo médico, quieren ser comprendidos y que se les explique lo que está mal (*Torio J, 1997; McKinstry B, 2000; Little P, 2001*).

### **- Las creencias de salud.**

Desde los patrones socioculturales y a través del aprendizaje social, los individuos poseen una imagen cognitiva más o menos completa frente a la salud-enfermedad y lo sanitario: son las creencias y valores. La creencia se define como un firme asentimiento y conformidad con algo y ésta posee un componente fundamentalmente cognitivo. Los valores son creencias que poseen un carácter normativo y jerárquico; tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores. Contrastando las expectativas con la experiencia asistencial se adoptan actitudes. La actitud es una idea cargada de emoción que predispone a un conjunto de acciones; tiene por tanto tres componentes: el cognitivo, el afectivo y el conductual (*Visauta B, 1989*).

**El Modelo de Creencias de Salud** (Health Belief Model) fue desarrollado a mediados del siglo pasado por un grupo de psicólogos sociales del Servicio Público de Salud de Estados Unidos, en un intento de comprender el incumplimiento de las medidas preventivas y de las pruebas de cribado para el diagnóstico precoz de las enfermedades (*Rosentock IM, 1974*). Más

tarde se aplicó al estudio de las respuestas a los síntomas y al cumplimiento de los regímenes médicos y, en menos ocasiones, al estudio de la utilización clínica. El modelo de creencias de salud destaca entre los modelos psicosociales de las conductas relacionadas con la salud y es uno de los más citados y sometidos a investigación. Las estrategias de modificación de conducta deberán ser de un tipo que ayuden al paciente identificar los desencadenantes, a encontrar cuáles son sus refuerzos de conducta, a comprender cómo y cuándo actúan y cómo controlar estos desencadenantes, y a encontrar refuerzos para las conductas de prevención. Los componentes básicos del modelo se derivan de la teoría del comportamiento y éste se apoya sobre 4 dimensiones:

- 1) Percepción de **susceptibilidad**: que se refiere a la subjetividad de percibir el riesgo de contraer una condición o enfermedad. Es un sentimiento de vulnerabilidad personal sobre un determinado proceso.
- 2) Percepción de **severidad**: serían los sentimientos referentes a la seriedad de contraer una enfermedad. Esta dimensión incluye evaluaciones de las consecuencias clínicas (dolor, muerte, etc.) y sociales (sobre el trabajo, familia, etc.).
- 3) Percepción de **beneficios**: se parte del hecho de que un individuo podría no aceptar una recomendación de salud a menos que la viera factible y eficaz.
- 4) Percepción de **barreras**: el individuo, ante una determinada acción de salud, realiza una especie de análisis coste-beneficio; la efectividad de la acción es sopesada frente al coste económico, sus efectos secundarios, el tiempo a consumir, etc.

Este modelo de creencias se emplea con mucha frecuencia como marco teórico de referencia, pero pocas veces con el rigor necesario. Los primeros estudios que relacionaron el modelo de creencias de salud y la utilización clínica no aparecieron hasta finales de los 70 (*Leavitt F, 1979*). Posteriormente, un metaanálisis (*Harrison JA, 1992*) demostró que sólo 16 trabajos incluyeron las cuatro dimensiones del modelo y estudiaron las medidas de validez y fiabilidad. En varios estudios más recientes aparecen la percepción de eficacia y las barreras percibidas como variables más predictivas (*Hanson JA, 2002; Wallace LS, 2002*). Los estudios que mejor se adaptan al modelo son aquellos en que los pacientes están en una situación clínica más grave. En estos casos los pacientes son más propensos a seguir las instrucciones o adherirse a las terapias (*Fernández A, 2003*).

El concepto de las escalas del “**locus de control**” de la salud se desarrolló para designar la creencia acerca de la conexión entre el comportamiento y sus consecuencias. Se consideró un rasgo de personalidad descrito por Rotter, que se considera bastante estable a lo largo de la vida de cada persona (*Rotter JB, 1966*). Posteriormente, Wallston y sus colaboradores (*Wallston BS, 1978*) desarrollaron un instrumento para medir las creencias del individuo de que su salud puede estar o no determinada por su conducta. Sobre 11 ítems, el análisis factorial separó dos subescalas: 5 ítems de la subescala de control **interno** de la salud (HLC-I), en la que el individuo cree que la salud está determinada por su propia conducta, y 6 ítems de la subescala de control **externo** de la salud (HLC-E) en la que el individuo cree que la salud se determina por otros factores ajenos a él (la suerte, el destino, otros poderes, etc.). Se parte del presupuesto de que los individuos con un mayor control interno de la salud ejercerían actividades más saludables, mientras que aquellos que manifiestan un mayor control externo tendrían una probabilidad menor de cumplir con las recomendaciones de acciones de salud oficiales. Cuando hablamos del locus de control respecto a la salud o la



enfermedad, además del factor interno y externo, aparece un tercer factor, los profesionales sanitarios, que claramente ejercen un papel importante en la curación del individuo y que representan una “tercera fuerza” respecto a la evolución de cualquier problema de salud (García-Campayo J, 2000).

### **- Educación sanitaria.**

Uno de los elementos de la cultura sanitaria que, desde el punto de vista práctico, ha despertado mayor interés, ha sido la educación sanitaria de la población como posible factor que podría reducir la utilización. No hace falta más que echar una mirada a la morbilidad más frecuente que se atiende en las consultas de la atención primaria, para darse cuenta que una parte muy importante de las visitas se producen por procesos morbosos autolimitados (Morrell D, 1991). Aproximadamente el 20% de los episodios sintomáticos que son percibidos acaban en visitas medicas (Bentzen N, 1989). Esto quiere decir, que en tales situaciones, la mayoría de las veces se practican los autocuidados de forma exclusiva.

De cara a la disminución de la frecuentación de las consultas de atención primaria, la educación sanitaria podría ser muy eficiente aplicada sobre problemas menores de salud, por ejemplo sobre los resfriados. La intervención educativa basada en mandar por correo de forma generalizada folletos o libros sobre autocuidados, aunque en algún estudio se redujo la utilización de forma significativa (Lorig KR, 1985), en otros no fue así (Heaney D, 2001). Este tipo de intervención, en principio de bajo coste, también es poco específica y directa. Se aplica sobre muchos problemas de salud a la vez (fiebre, vómitos, diarreas, resfriado, etc.) y sin contacto directo con el educador o profesional de la salud. Las intervenciones más específicas (por ejemplo, solo sobre resfriados), aplicadas por educadores sanitarios, aprovechando que el paciente acuda a las consultas por tal motivo, pueden conseguir mejores resultados en cuanto a reducir la frecuentación, sin aumentar las complicaciones (Butler CC, 2001).

La educación sanitaria de pacientes con enfermedades crónicas puede mejorar sus niveles de salud física y psíquica y disminuir la utilización de las consultas, las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios. Los programas educativos que han demostrado su eficiencia se basan en la teoría de la auto-eficacia de Bandura, ayudando a reinterpretar los síntomas y a la búsqueda de soluciones por el propio paciente; realizándose en grupos pequeños (Wellington M, 2001). En oposición a esto, la educación sanitaria que favorece la sanitario-dependencia (en parte por la predisposición al síndrome hipocondríaco con distintos grados de severidad) provocaría un aumento de la utilización de las consultas sin mejora de los resultados de salud (Jayasuriya P, 2001).

En general, la intervención educativa hecha en grupo supera los resultados de salud y es más coste-efectiva que la realizada individualmente (Martín P, 2001). No obstante, el supuesto autocontrol no siempre produce el efecto esperado. Por ejemplo, en nuestro país los pacientes diabéticos tipo II que se auto-monitorizan con tiras reactivas no tienen un mejor control de su diabetes frente a los que no se auto-monitorizan, y además, se aumenta los costes (Chua JL, 2000); lo cual puede ocurrir porque no se seleccionen bien a los pacientes que se beneficiarían de la auto-monitorización, porque el que se auto-monitoricen no quiere decir que se autocontrolen, o porque la intervención educativa sobre el autocontrol es inadecuada o insuficiente (Bellón JA, 2003).

## Salud Mental

En todo el mundo, los problemas de salud mental suelen ser atendidos por primera vez más en las consultas de atención primaria que en las de salud mental (*Jenkins R, 2002*). La prevalencia de los trastornos de salud mental en población general gira en torno al 15-30% (*Hahn SR 1996; Baca BE, 1999*). Los trastornos depresivos son los más frecuentes, con una prevalencia estimada entre el 5-9% (*Téllez JM, 2005*). De los afectados, solo acuden al sistema sanitario el 40%; y de los que acuden al primer nivel asistencial, más del 50% son atendidos exclusivamente por los médicos de familia (*González JJ, 1994*). Los datos parecen apuntar que hay una asociación entre la enfermedad mental y el alto número de visitas al médico de familia, de forma que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos consultan de forma repetida en los diversos dispositivos de de la atención primaria de salud (*Golberg D, 1993*).

De todas las visitas realizadas en atención primaria hasta en el 50% no se identifica la presencia de un problema médico, o una demostrable patología orgánica, que explique las quejas del paciente (*Barsky AJ, 1995*). Esto parece estimular a los pacientes, cuyos problemas no han sido detectados, a consultar con mucha frecuencia, entrando en un círculo vicioso de visitas realizadas por su propia iniciativa, que no son entendidas como necesarias por el médico.

La morbilidad de salud mental genera mucha demanda, especialmente los procesos leves y sin embargo, los médicos de atención primaria reconocen menos del 50% de la patología de salud mental que les llega a las consultas, por lo que su capacidad diagnóstica es extremadamente poco sensible (*Martínez JM, 1993*). Las dificultades experimentadas por los médicos de familia en algunas relaciones medico-paciente pueden producirse por el **desconocimiento del trastorno psicopatológico** del paciente, mas concretamente de un trastorno de la personalidad (como entidad nosológica). Los trastornos de la personalidad se han asociado con una mayor frecuentación en adultos y se ha referido 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 AP (*Hueston WJ, 1996*).

Partimos de que un alto porcentaje de hiperutilizadores de atención primaria sufre de distrés psicológico (*Simon G, 1996; Vedsted P, 2001*). Segovia realizó un estudio para conocer el malestar psíquico y los motivos de consulta, y nos refiere que en la población consultante se constató una elevada asociación entre el malestar psicológico y la hiperutilización, concretamente de un 51% en HU y un 24% en normoutilizadores. Esta asociación del malestar psíquico con una mayor utilización de las consultas de atención primaria podría ser explicada no sólo por el malestar psíquico “perse” sino también por la inadecuación de la respuesta asistencial al problema (*Segovia A, 1998*).

Báez nos plantea que cuando se es consciente de que el 31% de la hiperutilización es atribuible a la presencia de trastornos mentales y un 15% a la carga de acontecimientos vitales estresantes, es imprescindible reflexionar sobre el modelo de atención médica que utilizamos en atención primaria. En su trabajo, el estrés, los trastornos mentales y las enfermedades físicas crónicas poseen una fracción atribuible conjunta de un 66%, lo que significa que un abordaje biopsicosocial efectivo permitiría detectar, entender y manejar adecuadamente la mayor parte de los casos de hiperutilización que surgen por iniciativa propia de los pacientes (*Báez K, 1998*).

La frecuencia con que el paciente consulta debería ser parte de la evaluación clínica habitual. Esta información debe estar fácilmente disponible para el médico. En un trabajo publicado por Bellón, se ponía en evidencia la clara asociación entre la salud mental y la hiperutilización; encontrando unos resultados del Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-28 >7 en el 85% de los HU y 30% en los normoutilizadores (Bellón JA, 1999).

En el estudio de Poveda, se preguntó si las personas que visitan una y otra vez al médico tenían más miedo a morir que las que no lo hacen; o por el contrario que ese miedo llegara a ser un motivo de utilización de los servicios relativamente aislado entre la población con claras tendencias hipocondríacas. En sus resultados, el grupo de malestar psíquico asociado a una puntuación significativamente mayor de este tipo de ansiedad; aspecto comprensible ya que el hipocondríaco suele temer más al sufrimiento que a la muerte (Poveda F, 2000).

En el trabajo de Fuentes, la variable de mayor asociación con la hiperutilización fue la salud mental (Fuentes MC, 1994), seguida de las enfermedades crónicas y la disfunción familiar (Bellón JA, 1999). Por ello, existen pruebas que aseguran que **un mejor diagnóstico y manejo de los pacientes con problemas de salud mental reduce la frecuentación de estos pacientes** (Stefansson CG, 1994). Cuando el profesional se siente cómodo y maneja apropiadamente la dimensión psicosocial de los motivos de consulta de sus pacientes, se crea un estilo de práctica clínica que permite a estos últimos presentar en la consulta sus problemas de salud de forma más libre, coherente y pertinente. Todo ello favorece un enfoque clínico más apropiado y una búsqueda de soluciones por ambas partes más eficaz (Bellón JA, 1996).

Entre las variables psicosociales conocidas asociadas a la utilización de servicios están la somatización, los frecuentes acontecimientos vitales estresantes y los desordenes psiquiátricos (Bass C, 1999). Los pacientes somatizadores ocupan un lugar destacado dentro del grupo de los pacientes hiperutilizadores y/o de los pacientes problema atendidos en atención primaria. Existen algunas diferencias en la clasificación de los **trastornos somatomorfos** entre la CIE-10 y la DSM-IV; llegando a ser una de las secciones más criticadas de las clasificaciones psiquiátricas (García-Campayo J, 2004).

La DSM-IV-AP nos ofrece una clasificación que intenta ayudar a clarificar los criterios de inclusión de los pacientes con síntomas físicos inespecíficos en ciertas categorías (trastorno de somatización, trastornos somatomorfo indiferenciado, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno por dolor, trastorno de conversión y trastorno somatomorfo no especificado). Consideramos de interés comentar algunos de estos trastornos:

Cuando los síntomas consisten en una preocupación excesiva con temor a padecer una enfermedad o un defecto en el aspecto físico se tendrá que pensar en la **hipocondría (F45.2)** o en un trastorno dismórfico corporal. En la hipocondría se considera que la preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas; provocando un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; la duración del trastorno es de al menos 6 meses y la alteración no aparece en el transcurso de otro trastorno mental (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia o episodio depresivo mayor) (Pichot P, 1997).

Sin embargo, cuando existen múltiples síntomas físicos inespecíficos, se tratará de un **trastorno de somatización (F45.0)** o de un trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1). Respecto al primero, recordamos que empieza antes de los 30 años, que persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Deben cumplirse todos los criterios que exponemos a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración: (1) cuatro síntomas dolorosos, al menos en cuatro zonas del cuerpo; (2) dos síntomas gastrointestinales; (3) un síntoma sexual y (4) un síntoma pseudo-neurológico; además de cualquiera de las dos características siguientes: (a) tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas referidos anteriormente pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o (b) si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio. Sin embargo cuando tienen menos síntomas de los requeridos en el grupo anterior, pero al igual que él, presentan discapacidad, deterioro psicológico, duración de al menos 6 meses, mayor frecuencia de psicopatología asociada y conductas desadaptativas se le denomina **trastorno somatomorfo indiferenciado (F.45.1)** (*Pichot P, 1997*).

Muchos de los pacientes con trastornos de somatización tienen problemas psicológicos, pero ellos, y algunas veces también sus médicos, están preocupados enteramente con sus quejas físicas y tienen dificultades en relacionar sus disturbios emocionales con sus síntomas. Ellos prefieren ir al médico que tiende a creer en síntomas de causas orgánicas y que suelen ser hostiles o incomprensivos a las sugerencias de una aproximación emocional o psicológica de aquellos (*Matalon A, 2002*).

Finalmente el **trastorno somatomorfo no especificado (F45.9)** que incluye los síntomas físicos no explicados de menos de 6 meses de duración que no sean debidos a otro trastorno mental (*Pichot P, 1997*). Conviene aclarar que, de forma esquemática, aunque con limitaciones, consideramos los pacientes con síntomas médicamente inexplicados (MUS) como un estadio inicial de la somatización y posteriormente su evolución a trastorno de somatización en cualquiera de las variantes referidas anteriormente. En el caso de los MUS, cuando la valoración inicial no sugiere causa orgánica, el diagnóstico orgánico es poco probable. El valor predictivo de los síntomas es muy bajo para un amplio número de patologías (cardiovasculares, genitourinarias, digestivas, etc.), por lo que nuestro habitual algoritmo diagnóstico de ir descartando diagnósticos sobre la base de exploraciones exclusivamente somáticas, solo puede conducir a la frustración, tanto del médico como del paciente, y a la iatrogenia (*Aiarzaguena JM, 2003*). Los factores iatrogénicos como una información inadecuada, demasiadas exploraciones o diversos tratamientos son frecuentes en este tipo de pacientes (*Reid S, 2001*).

El paciente somatizador, que incluye un gran porcentaje de pacientes hiperutilizadores, al no conectar con lo psicológico y en particular con sus emociones, su malestar psíquico se expresa en lo somático sin tener sentido, por ejemplo el tener “quebraderos de cabeza” por un problema, se transforma en una cefalea. 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 JM, 2003*). Con su ansiedad los somatizadores persiguen la fantasía de encontrar una enfermedad orgánica que explique su sufrimiento, visitando urgencias u otros especialistas, y se someterán a exploraciones medicas que ellos han leído o han sido propuestas por alguno de los diferentes especialistas visitados (*Matalon A, 2002*).

## Funcion Familiar

El paciente forma parte de varios sistemas sociales y para conocerlo realmente es necesario entender no solo su situación personal sino también la socio-familiar de la manera mas completa posible (*De la Revilla L, 2004*). Entendemos por función familiar las tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñen en la unidad familiar, que les permitan alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos propios de la familia (*De la Revilla L, 1994*).

La familia como unidad social primaria no sólo influye en los aspectos biomédicos tradicionales, sino que al mismo tiempo está en condiciones de transmitir a sus miembros elementos culturales que intervienen sobre creencias y conceptos de salud y enfermedad, sobre el papel del enfermo y acerca del uso de los servicios de salud (*Gómez-Calcerada D, 1996*). Los factores familiares pueden determinar modelos de comportamientos, 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*).

Decimos que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la **etapa del ciclo vital** en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su ambiente externo o entorno. La familia es una unidad biopsicosocial que tiene una comportamiento como tal frente a la salud y la atención sanitaria, de manera que, mediante la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, todo el proceso que acontece desde que se reconoce una enfermedad hasta que la misma se cura o desaparece, incluyendo conductas relativas al uso de servicios o adherencia a los tratamientos, está influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar (*Horwitz N, 1985*).

Las alteraciones familiares y el malestar psíquico originan mayor consumo sanitario en los adultos y se han considerado las diferencias psicológicas como uno de los motivos que podrían explicar la diferente utilización de servicios (*Igual R, 2003*). Pese a que los patrones de uso de los adultos pueden no ser válidos en edad infantil, al investigar la frecuentación en pediatría cada vez son más consideradas las variables psicológicas de los padres (*Tapia C, 2005*).

Cuando el sistema familiar es incapaz de adaptarse y evolucionar se convierte en un organismo enfermo y utilizamos el término de **disfunción familiar** (*De la Revilla L, 1992*). La disfunción se traduce en la práctica porque sus miembros se hacen sintomáticos, denominándose “familias propensas a enfermar”, aquejando diversos síntomas conductuales o manifestaciones psicosociales. En otras ocasiones, esta disfunción incapacitará a la familia para asumir responsabilidades ante patologías crónicas, sobre todo invalidantes, que afecten a uno de sus miembros, planteándose también problemas de adherencia a los tratamientos. En esta línea, hay estudios que han proporcionado evidencia a favor de la relación entre el funcionamiento familiar y el campo de la diabetes; demostrado que, en general, la disfunción familiar esta estrechamente correlacionada con el control diabético deficiente (*McDaniel S, 1998*). El desequilibrio funcional se traduce por un aumento de la demanda y uso de los servicios sanitarios (*De la Revilla L, 1991*).

Para la valoración de la función/disfunción familiar suele utilizarse el test de Apgar familiar propuesto por Smilkstein (*Smilkstein G, 1978*). Y para valorar el grado de utilización familiar, se consideró **familia hiperutilizadora** aquella que la media de consultas de sus miembros era igual o superior a la media más una desviación estándar de la media general del cupo (*Soriano J, 1997*). Riley y Bellón nos sugieren que el malestar psicológico y la disfunción familiar están asociados a un mayor uso de los servicios (*Riley A, 1996; Bellón JA, 1999*).

Se han relacionado los factores familiares con el grado de demanda y se ha establecido una correlación entre la utilización de cada miembro con la global de la familia (*Polo P, 1998*). El tamaño y las características demográficas de familia, el estadio de su ciclo vital, la función y los recursos tienen también capacidad para modificar las necesidades individuales, planificar demandas y utilizar servicios de salud (*Gomez-Calcerrada D, 1996*). Existe una correlación entre la utilización de los distintos miembros familiares, que incluso es mayor en aquellas familias que son hiperutilizadoras y concretamente, uno de los mejores predictores de la utilización pediátrica es la utilización de la madre (*Tapia C, 2005*). Se ha señalado una alta prevalencia de disfunción familiar en las familias hiperutilizadoras (*De la Revilla L, 1994*). El mecanismo por el que la disfunción familiar aumentaría las tasas de utilización, no es bien conocido, pero es probable que se ejerza a través de otras variables: quizás por sus relaciones con la morbilidad física, por medio del estrés psicológico o por la ausencia del efecto beneficioso del apoyo social

Las creencias y percepciones maternas sobre la salud pueden resultar determinantes, al influir en la posterior utilización de los servicios por parte de los hijos cuando alcancen la edad adulta (*Igual R, 2003*). Estos resultados apoyan las tesis que sostienen la existencia de unos **patrones familiares** en cuanto a la morbilidad sentida, la forma de monitorizar y percibir los síntomas y la manera de interpretarlos, así como en las estrategias para resolver los episodios sintomáticos, incluyendo los patrones de utilización. Hay trabajos en los que se ha medido la utilización de madres ansiosas y sus hijos durante los 3 años anteriores y posteriores a la psicoterapia de las primeras, y se ha demostrado el descenso en la utilización de ambos después de la intervención (*Blakey R, 1986*).

## **Apoyo Social**

Desde hace unas décadas, el apoyo social aparece como uno de los temas favoritos de investigadores procedentes de distintas disciplinas científicas: sociólogos, antropólogos, psicólogos, epidemiólogos, etc. Cohen cita tres **razones** que justificarían este creciente interés por el apoyo social: 1) Su posible papel en la etiología de trastornos y enfermedades; 2) Su rol en programas de tratamiento y rehabilitación; y 3) Los 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 S, 1985*).

Una de las definiciones más integradoras de apoyo social es la de Lin (*Lin N, 1986*) que lo define como "provisiones" instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Esta definición incluiría los tres **elementos** esenciales en el concepto de apoyo social: considerar al menos tres niveles de análisis

(comunitario, redes sociales e íntimos), cumplir funciones instrumentales y/o expresivas, y diferenciar si esas interacciones son reales (objetivas) o percibidas (subjetivas).

Red social y apoyo social son dos conceptos relacionados pero distintos. La **red social** puede operativizarse en términos estructurales que pueden incluir tamaño, densidad y dispersión. Por tamaño de la 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*). La cantidad de tiempo que los componentes de la red usan para estar en contacto, el grado de intimidad (confianza mutua) y el grado de reciprocidad que caracterizan a sus interacciones, determinan la intensidad de la red. Esta concepción une los comportamientos de ayuda ejecutados y los recursos de ayuda disponibles. 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.

El concepto de **apoyo social** implica una aproximación cualitativa y se centra en las funciones de las relaciones sociales. Existen tres **dimensiones** del apoyo social: el apoyo afectivo o emocional, que se puede concretar en expresiones de amor, cariño, estima, empatía, simpatía y/o pertenencia a grupos; el apoyo material o instrumental que serían las acciones o materiales proporcionados por otras personas que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas o que ayudan a resolver problemas prácticos (prestar dinero, tareas domésticas, cuidar los hijos, etc.); y el apoyo informativo y confidencial por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o bien disponen de personas sobre las que pueden compartir sus inquietudes y problemas (*Bellón JA, 1996*).

Algunos autores sugieren que la ausencia de red y apoyo social puede actuar como un estresor en si mismo, influyendo directamente sobre el estado de salud (efecto directo) (*Bowling A, 1991*).

Desde la utilización de servicios, el apoyo social poseería dos puntos de interés:

1º) Tiene que ver con la influencia de la red y el apoyo social sobre la decisión de ir al médico: antes de ir al médico, y tras un proceso sintomático, se puede tomar la opción de consultar a los amigos, familiares o vecinos; este sistema de referencia informal ("lay referral system") constituido por la red social, proporcionaría consejos al paciente que actuarían tranquilizándolo y fomentando por ello los autocuidados, aunque también pudieran actuar reforzando el miedo o ansiedad que le provoca el síntoma. Pues bien, parece ser que las personas con una red social más amplia, intensa y cercana, en general, tienden a realizar más autocuidados y consultar menos con el médico, mientras que la circunstancia opuesta de red y apoyo social fomentaría la hiperutilización de los servicios de salud (*Oakley A, 1994*).

2º) Se centra en la posible modificación de la interacción de la red social para que el individuo modifique los patrones de utilización. Esto último, desde un enfoque pragmático, se podría emplear para aumentar la utilización preventiva, como por ejemplo el número de controles prenatales, o para disminuir la hiperutilización de las consultas (*Barrón A, 1990*).

En el aprendizaje de la conducta ante la enfermedad (cultura sanitaria): la percepción y evaluación de los síntomas y los cuidados, así como la conducta ante ellos (negación, autocuidados, petición de apoyo informal o de cuidados profesionales), forman parte de un

**aprendizaje social** que se realiza en el seno de la familia y se consolida con las experiencias de procesos de salud-enfermedad y sus cuidados a lo largo de la vida. Por lo tanto, estos aprendizajes pueden modificarse mediante una intervención sanitaria.

En relación al déficit de apoyo social, las personas aisladas, divorciadas, viudas, con una red social escasa, lejana y poco intensa, tienden a utilizar más los servicios sanitarios (*Counte MA, 1991*). Incluso algún ensayo aleatorio ha demostrado que las intervenciones de apoyo social grupales y los grupos de autoayuda han reducido significativamente esta utilización (*Sañudo P, 1996*). Planteamos que la relación entre salud mental y apoyo social es estrecha y bidireccional: un pobre apoyo social puede agravar los desordenes de salud mental y un buen apoyo social puede mejorar la evolución y el pronóstico de los desordenes de salud mental. Muchas veces es más eficiente derivar a un paciente a algún grupo de la comunidad que al equipo de salud mental o el trabajador social (*Craven MA, 1995*). El aumento del apoyo social es una medida terapéutica genérica que casi siempre puede estar indicada en los problemas de salud mental. Esto es más evidente en personas con dificultades en habilidades sociales y con redes sociales escasas y/o poco intensas (*Bellón JA, 2003*).

### **2.1.3 Factores Facilitadores**

Aun cuando los individuos pudieran estar predispuestos a utilizar los servicios de salud y además, en un momento dado, percibieran la necesidad de usarlos, podría ocurrir que estos servicios de salud no estuvieran disponibles o fuera difícil acceder a ellos. Andersen (*Andersen R, 1973*) definió los factores facilitadores como "aquéllos que permiten a un individuo o familia satisfacer la necesidad de salud sentida por medio del uso de los servicios de salud". La accesibilidad depende de los proveedores, ya sean profesionales o instituciones, que la hacen más o menos fácil de alcanzar y usar; pero también depende de la habilidad de los usuarios para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales, culturales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención (lo que damos en llamar barreras)

Pasamos a desarrollar brevemente las relaciones de la utilización con la accesibilidad física, la satisfacción o aceptabilidad y la percepción de barreras.

#### **Accesibilidad física o espacial**

En términos generales existe una relación positiva entre proximidad al centro proveedor de servicios de salud y utilización; la cual se ha confirmado en zonas metropolitanas, rurales y en las visitas domiciliarias (*Bellón JA, 1994-b*); sin embargo, en otros estudios esta relación no ha sido demostrada (*Tomas JW, 1984*). Se puede afirmar que los pacientes que perciben mayor accesibilidad, o lo que sería equivalente, menos barreras utilizarían los servicios de salud con más frecuencia. Al ser esta un componente importante de la calidad de la atención, produce de forma clara un aumento de la utilización (*Casajuana J, 2003*).



## Satisfacción con el proveedor y la organización

Se ha descrito una relación positiva entre la satisfacción y la utilización (*Hjortdahl P, 1992*). En otros estudios, cuando se abordó el estudio multivariante, la satisfacción explicó poco o nada de la variabilidad de la utilización (*Thomas JW, 1984*). Parece ser que algunas dimensiones de la satisfacción serían más influyentes sobre la utilización que otras, éste es el caso de las cualidades y la competencia profesional frente a la accesibilidad (*Delgado A, 1990*).

## Barreras

Las barreras nacerían de la **interfase paciente-proveedor** y, según esta autora, se podrían considerar algunas, tales como:

- el tiempo que se tarda en conseguir cita, en llegar a la consulta, en la sala de espera;
- la distancia (proximidad al centro proveedor);
- el coste (barreras financieras, forma de pago, coste del transporte y el tipo de seguro médico);
- la disponibilidad (número de proveedores por usuarios, disponibilidad horaria o el sistema de citas);
- por discriminación (de raza, sexo, edad, nivel social-cultural, estado mental, tipo de patología, etc.);
- la organización de los servicios (proveedor usual o cambiante, sistema de derivaciones entre niveles, fragmentación de los servicios, sistema enfocado a la prevención o la enfermedad, distribución del personal especializado, etc.);
- factores culturales (problemas de lenguaje y comunicación, alienación desde la cultura dominante, etc.);
- la relación paciente-proveedor (ausencia de interés por los problemas del cliente, sesgos y prejuicios respecto a las características del usuario, percepción del proveedor como tolerante y comprensivo, contradicciones entre las creencias y expectativas de paciente y proveedor y, en general, la mala comunicación paciente-proveedor) y
- las características del paciente en cuanto a factores demográficos (edad, nivel educativo y nivel socio-económico), actitudes (escepticismo, dependencia, fatalismo, etc.), conocimientos (referidos, en general, a la ausencia de conocimientos o conocimientos erróneos) y esfuerzo (requerido para obtener los servicios salvando impedimentos físicos o psíquicos).

Otro enfoque del concepto de barrera no se centraría en el paciente (percepción de barreras y modelo de creencias de salud) ni en el proveedor (modelo conductual de Andersen), sino en la relación que surge entre los dos, serían las **barreras comunicacionales**. Las barreras que emanan de la relación médico-paciente no siempre son fáciles de reconocer, como podría ser una comunicación "agresiva o colérica", sino que la mayoría de las veces requieren de conocimientos y habilidades en comunicación de las que muchos médicos no disponen. Quill desarrolla una amplia lista de barreras comunicacionales, sirvan de ejemplo: el empleo por parte del médico de información cargada de tecnicismos; las dificultades del médico en delimitar las demandas del paciente (especialmente las psicosociales); las creencias y temores del profesional (fallar, no comprender, invadir, etc.); expectativas (ser útil, comprender, ser tolerante, etc.); las relaciones de dependencia (médicos protectores y/o pacientes dependientes); el conflicto de roles; etc. (*Quill TE, 1989*).

## **2.2 FACTORES DEL PROVEEDOR**

### **2.2.1 CARACTERÍSTICAS DEL PROFESIONAL**

Existen estudios que nos plantean cómo las características del proveedor explican hasta el 55% de la variabilidad de la presión asistencial (*Hurley J, 1996*); la demanda inducida por el propio profesional supera muchas veces el 50% de toda la demanda que recibe (*Njalsson T, 1992*). Por todo ello, la intervención sobre el profesional tiene una gran potencialidad para reducir la demanda.

Una gran parte de las consultas, las denominadas sucesivas o segundas consultas (por el mismo proceso, controles, etc.) son teóricamente generadas dentro del propio servicio sanitario. Así, y tal como expone Pineault, el fenómeno de utilización, medido por las primeras visitas o por el número de episodios, nos conduce a las características del ciudadano, mientras que el estudio de las visitas efectuadas dentro del mismo episodio de enfermedad nos lleva a las características del médico (*Pineault R, 1987*).

El médico regula, en parte, el acceso del paciente a las consultas, unas veces dificultándolo y otras, por el contrario, estimulándolo, bien por inseguridad para llegar a un diagnóstico correcto o por catalogar como crónico un proceso aunque realmente no lo sea. Los factores más estudiados al respecto han sido los correspondientes a la relación médico-paciente y los factores profesionales. La relación médico-paciente es un elemento básico y determinante sobre qué tipo y en qué cantidad van a utilizarse los servicios, dependiendo de las indicaciones y consejos médicos aceptados por los enfermos.

Gran parte de los trabajos publicados en la literatura están centrados en el paciente problema como la causa de la difícil experiencia del médico. Muy pocos examinan la propia contribución del médico en esta experiencia frustrante. Una excepción es la que hace Illingworth al sugerir que la irritación con los pacientes puede provenir de la propia intolerancia, la impaciencia, el cansancio, o la gran presión asistencial del médico (*Illingworth RS, 1988*). Corney identificó 3 temas principales comunes a los médicos asociados con el paciente difícil: (1) una falta de control en el manejo de la frustración del médico, (2) el sentimiento de llegar a un “punto muerto” con el paciente y (3) el sentimiento de abrir la “caja de Pandora” y sentirse abrumado con los problemas. El autor concluye que uno de los principales pasos para manejar a los pacientes difíciles es reconocer, conocer y aceptar las emociones negativas asociadas con estos pacientes como naturales y razonables (*Corney R, 1988*).

Por momentos parece que los médicos tienden a ver a los pacientes como lo que mas encaja con las definiciones de los libros con los que estudiaron y, de manera inversa, todas las personas que se alejan de las enfermedades estudiadas pues... “no tienen nada”. Frecuentemente, nuestro entrenamiento como médicos no incluye el desarrollo de habilidades para la escucha activa, tratando de entender realmente las quejas del paciente (*López EA, 2005*). Balint intentó que los médicos miraran a su interior y reconocieran sus sentimientos en relación con sus pacientes, y uno de los resultados de su trabajo fue evitar considerar las características de los pacientes como única causa de los encuentros difíciles (*Balint M, 1964*).

Parece complicado definir desde cualquier perspectiva un prototipo de **médico difícil**. Nos puede orientar lo publicado en relación a que la mayor parte de los médicos denunciados en U.S.A han sido los que tenían un contacto humano de peor calidad y por ello una menor satisfacción de sus pacientes (*Golberg D, 1980; Ford MJ, 1996*). A estas características se le puede añadir la definición de Borrell, del médico de familia difícil como aquel profesional autoritario, maleducado, descortés, deshumanizado, que no informa, que no respeta la opinión del paciente y que es poco asertivo (*Borrell F, 1992*).

Según Mathers, parece que los médicos que tienen más problemas en los encuentros médico-paciente tienen las siguientes características: peores habilidades de comunicación, perfil de entrevistador centrado en el médico frente al centrado en el paciente, menor tolerancia a la incertidumbre tanto clínica como emocional, orientación biomédica frente a la biopsicosocial, menor formación en psicoterapia, médicos con actitudes heroicas, con mayor presión asistencial, menor satisfacción laboral y el mismo médico también padecería con más frecuencia problemas psicosociales y de personalidad (*Mathers N, 1995*). A mayor percepción de los médicos de insatisfacción con el trabajo y el entorno laboral, mayor registro de pacientes difíciles (*Mead N, 2000*). El análisis del entorno incluiría factores como luz inadecuada, el ruido, la temperatura de la habitación, el mobiliario, demasiadas interrupciones en la consulta, sala de espera ruidosa, etc. (*Bellón JA, 2002; Rodríguez JJ, 2004*).

Los investigadores que están estudiando al profesional como problema han encontrado respuestas en el padecimiento de estos, de niveles altos de ansiedad, depresión, toxicomanías, burnout, y trastornos de personalidad (*Chambers R, 1996*). Otras veces, el profesional esta pasando por un problema adaptativo (divorcio, enfermedad grave de un familiar grave, etc.).

El considerar que se puede ser un profesional problema exige una actitud de humildad que no siempre se esta dispuesto a asumir. Cuando se le pregunta a los médicos sobre las causas de los encuentros difíciles, claramente se decantan por los factores del paciente en un 50%, mientras que a factores del médico sólo se le atribuye el 20% (*Levinson W, 1993*). Cuando se pregunta a los pacientes, la proporción se invierte. Entonces, ¿quiénes llevan razón?, probablemente ambos. La **interfase médico-paciente**, el flujo de emociones resultantes, la relación entre dos personas que se encuentran en la consulta, o su grado de disonancia, entre otras, podrían aportar un valor añadido a la explicación de los encuentros difíciles (*Bellón JA, 2002; Platt FW, 2004*). La tendencia actual es a considerar los factores de la relación médico-paciente como un cuarto factor, fruto de su interacción, pero con entidad propia.

Hasta aquí sería un nivel de análisis sobre el profesional de forma global. Cabría otro nivel de análisis referido a un paciente concreto, lo cual se puede hacer cumplimentando un pequeño cuestionario por el profesional sobre las emociones y pensamientos en los encuentros con un determinado paciente; también es posible un análisis mas sofisticado con video-grabaciones o un enfoque según los grupos Balint (*Balint M, 1961; Broca CD, 1999*).

Dentro de los factores profesionales se han estudiado las **características individuales** del médico como el sexo, la edad, especialidad, experiencia, capacidad técnico-científica y estilo de práctica médica que explican una ligera variabilidad en la petición de pruebas complementarias (analítica, radiología) o de prescripción de fármacos y por otra parte las características organizacionales de su trabajo (*Gómez-Calcerrada D, 1996*). No obstante,

cuando se controla por morbilidad-severidad solo la formación permanece como variable significativamente asociada.

En relación al **sexo** del médico, este marca diferencias en los patrones de práctica profesional. Por ejemplo, los médicos mujeres realizan más actividades preventivas y ofrecen un mejor apoyo psicológico a sus pacientes (*Henderson JT, 2001*); así como que los pacientes están más satisfechos con sus médicos de atención primaria cuando son mujeres (*Delgado A, 1993*). Sin embargo, de cara a la utilización de sus pacientes no existen diferencias significativas con los médicos varones. Respecto a la **edad**, los profesionales más jóvenes y los residentes suelen pedir más pruebas complementarias, sus pacientes les visitan con más frecuencia que a los médicos de más edad y con más experiencia. En conjunto, la edad del médico explicaría el 3 y el 5% de la variabilidad sobre la petición de analítica y radiografías, respectivamente (*Eisenberg J, 2002*).

La literatura también demuestra que la **formación médica** mejora la práctica profesional; no obstante, no se conoce con exactitud como puede influir dicha formación sobre el descenso o aumento de la utilización (*Eisenberg J, 2002*). En cualquier caso, para que esta descendiera la utilización, debería aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales y, por tanto, los pacientes tendrían menos razones para acudir a sus médicos ("estarían o se sentirían más sanos") (*Bellón JA, 1998*).

En un mundo de materialismo biológico, como es el nuestro actual, la concepción (y por tanto la vivencia) dominante del sufrimiento humano surge de la concepción del ser humano como un fenómeno físico que en último caso siempre será explicable por la ciencia (*Butler C, 1999*). Lo biológico no solo constituye una identificación, sino que es la parte constitutiva de la formación médica profesional. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico en su formación pregrado y postgrado apenas aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

Sin embargo, la mayor parte de los médicos de familia intenta dar una respuesta con el modelo biomédico (porque piensa que el paciente desea una explicación con este enfoque) y evitan explicar que es lo que "va mal" en los aspectos psicológicos, evitando el abordaje específico de los problemas psicosociales. Las consecuencias a largo plazo de la explicación con este modelo, podría favorecer que los médicos aumenten la dependencia de la atención médica y de la autoridad (*Dowrick C, 2004*).

En nuestro país, en la atención primaria, coexisten profesionales con distintas especialidades y grados de formación. En un reciente estudio sobre 78 médicos generales y 153 médicos especialistas vía MIR (el 90% especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria) que trabajaban en centros de salud de las 8 provincias andaluzas, se encontró que, a igualdad de número de cartillas, los médicos generales tenían un mayor número de pacientes al día, empleaban menos tiempo por paciente y menos tiempo de consulta programada que los médicos de familia vía MIR (*Bellón JA, 1995-a*).

También se ha analizado la influencia del tamaño y composición sociodemográfica del **cupó** de pacientes asignados. En los de mayor tamaño se dedica menos tiempo al paciente y aumenta la utilización de pruebas diagnósticas y de interconsulta al especialista, y en los que tienen porcentajes elevados de envejecimiento se aprecia un mayor número de visitas y una tendencia a la masificación de las consultas (*Gómez-Calcerrada D, 1996*).

Todo el proceso de **decisión médica**, especialmente en atención primaria, se mueve en un amplio nivel de incertidumbre. El pedir más o menos pruebas complementarias puede ser una forma de reducir la incertidumbre clínica y por tanto debería facilitar la toma de decisiones. No obstante, algunos médicos podrían tener un exceso de peticiones que no se correspondiese con un aumento de la capacidad resolutoria y por tanto de la calidad prestada; dicho de otra forma, se podrían emplear las pruebas complementarias como una estrategia para rellenar la falta de capacidad resolutoria. Esto es particularmente cierto en los pacientes con una problemática de tipo predominio psicosocial o con trastorno somatomorfo y una expresión clínica decididamente psicosomática, en la que los análisis, las radiografías o la derivación a múltiples especialistas solo redundaría en un empeoramiento de su cuadro clínico.

Como ya comentamos en el apartado de Salud Mental, existe un grupo de pacientes que refieren síntomas médicos inexplicados, denominados MUS, con una prevalencia en atención primaria entre 15-50% (*Weijden van der T, 2003*). Estos suelen recibir muchas atenciones (exploraciones, tratamientos, etc.) frecuentemente ineficaces y algunas veces iatrogénicas (*Stanley IM, 2002*).

Recientemente Dowrick, y de forma contraria a lo que se asume de forma universal sobre los pacientes con MUS, de que estos sugieren intervenciones somáticas en niveles desproporcionados, los pacientes proponían este tipo de intervención menos frecuentemente y en menos consultas que las de sus médicos generales (*Dowrick C, 2004*). Esto confirma lo sugerido en su estudio cualitativo acerca de que la intervención somática generalmente proviene de la iniciativa del médico general en vez del paciente (*Salmon P, 2004*). Los pacientes con MUS tienen creencias complejas sobre la integración de sus procesos psicológicos y físicos y sobre todo, los que padecen distres emocional y presentan síntomas somáticos en atención primaria, suelen reconocer también necesidades psicológicas (*Peters S, 1998*).

Una **relación medico-paciente** de tipo "dependiente" podría ocurrir porque se trate de un médico generador de dependencia (protector, paternalista, etc.) o bien porque el paciente posea rasgos dependientes de personalidad, o por ambas cosas, o porque la interacción entre ese médico y ese paciente, en un determinado entorno y circunstancia, favorece ese tipo de relación. En el médico generador de dependencia es raro que se plantee que sus pacientes van mucho a la consulta porque él tiene dificultades para resolver eficientemente los problemas de salud de sus pacientes. Al fin y al cabo se trata de un mecanismo de defensa para salvar la autoestima profesional, que en algunos casos ya estaría deteriorada (*Bellón JA, 2001*).

Si el médico de familia desea intentar reducir el número de sus experiencias con pacientes difíciles, necesita reducir su nivel de estrés percibido, por ejemplo disminuyendo y reorganizando sus cargas de trabajo y aumentando su satisfacción laboral. También podría ser necesario mejorar la formación en habilidades organizativas y técnicas de manejo del estrés para los médicos de familia lo cual debería incluirse en niveles de formación pre y post-gradado (*Mathers N, 1995*).

### 2.2.2 DEMANDA INDUCIDA

El modelo de la demanda inducida (DI) por el proveedor asume que, ante situaciones clínicas semejantes e igualmente resueltas, algunos médicos generarían más visitas que otros. Por eso, se considera aquella en que el paciente, en caso de tener información completa (o de un nivel similar a la del médico) no hubiera incurrido (*Antoñanzas F, 1988*). En muchas ocasiones, el médico genera un número considerable de visitas tratando de reducir su incertidumbre, de buscar ayuda y de pensar honestamente en resolver el problema de salud del paciente (*Neal R, 2000*).

La DI tiene importantes implicaciones sanitarias, económicas y políticas, por esta razón es un concepto manejado en todos los ámbitos de la gestión sanitaria. El número de visitas óptimas para el seguimiento de una enfermedad crónica, para la prevención primaria y secundaria de determinados procesos están permanentemente en discusión, por las repercusiones sobre la presión asistencial y la frecuentación. La respuesta inmediata del sector económico es su regulación indirecta mediante el control de la oferta de servicios, sin embargo, desde una perspectiva de la gestión interna del médico en su consulta (microgestión), esta visión no responde a la complejidad de la variabilidad de la demanda encontrada entre los profesionales de un mismo centro de salud con similares carteras de servicios.

Hasta un 30-40% de las consultas están inducidas por el profesional e incluso hay estudios que llegan a considerar que más de la mitad de las visitas que recibe el médico de familia son generadas por los propios facultativos (*Bain J, 1998*). Depende de muchos factores, entre ellos de la formación y competencia profesional, de la interacción con el paciente, de los rasgos de personalidad del profesional, de los intereses económicos, de los gustos, o de la tolerancia a la incertidumbre del profesional (*Bellón JA, 2002-a*).

La DI se ha relacionado con diferentes modelos de contrato al médico; contrato asalariado, pago por servicio, o mixto con salario básico más el incentivo por servicio y con el ratio de número de médicos por número de habitantes (*Grytten J, 2001*). En relación al gasto total generado por el consumo de servicios secundarios como la prescripción de medicamentos o pruebas diagnósticas, se calcula que entre un 70-90% de los gastos en los cuidados de salud fueron inducidos por el médico (*Bonal P, 1991*) y se correlaciona positivamente con el total de visitas (*McPake B, 2002*).

Para ilustrar el fenómeno de la DI por el proveedor describimos a continuación dos ejemplos. El primero es muy simple, un paciente acude a la consulta con una conjuntivitis alérgica. Este motivo de consulta puede resolverse en una única consulta si se acierta el diagnóstico y se instaura el tratamiento adecuado o puede precisar cuatro o más si no es así (instauración de antibiótico en gotas en la primera visita, cambio de antibiótico en la segunda, derivación al oftalmólogo en la tercera y control tras la visita al especialista en la cuarta).

Cuando se trata de problemas de salud más complejos, las posibles soluciones resultan más laboriosas. Supongamos ahora un paciente que consulta repetidamente por síntomas inespecíficos que van cambiando de órgano y características en el tiempo. Se podría tratar clínicamente de un trastorno de somatización, con agudización sintomática

ante estresores sociales (proximidad del paro, cambios del ciclo vital familiar, etc.) Con este tipo de personas la relación médico-paciente suele ser bastante mala: el paciente piensa que su médico no le ayuda lo que debiera y se desespera porque se considera un caso muy difícil ya que no dan con lo que tiene. El médico a su vez se siente muy incómodo cuando aparece en la consulta ("¡Oh no, otra vez Maria Tacon!"), por lo que podría manifestar cierto antagonismo o agresividad encubierta, (con tono irónico: "*usted otra vez por aquí!, o "usted no mejora porque no hace bien el tratamiento y no ..."*"), lo que a su vez agravaría la mala relación médico-paciente. De hecho reñir es uno de los actos más constitutivos de una relación paternalista. Cada profesional tiene zonas de irritabilidad específicas y es recomendable que las conozca, por ejemplo, pacientes exigentes, muy habladores, a quienes "nada les va bien", etc.(*Borrell F, 2004*).

Por otra parte, es común experimentar unas ganas irreprimibles de derivarlo donde sea y cuanto antes. Hasta ahora los factores que confluyen e interactúan para que este paciente sea un HU son: la propia morbilidad sentida y el cuadro clínico concreto (factor del usuario), la mala relación médico-paciente (factor de la interfase usuario-profesional), y los factores del profesional y la organización como la falta de capacitación en el diagnóstico y manejo de los problemas psicosociales y algunos aspectos de la DI por el proveedor que tienen que ver con la falta de eficiencia en la petición de pruebas complementarias y en la multiderivación al segundo nivel. No es raro que, ante la presentación de nuevos síntomas en distintos aparatos, se vuelvan a pedir análisis, pruebas de imagen, etc. Además, tampoco es infrecuente que los numerosos especialistas que intervienen en los cuidados de estos pacientes repitan y añadan nuevos procedimientos diagnósticos (*Bellon JA, 1998*).

A este conjunto de despropósitos, se podría sumar uno nuevo, la **iatrogenia**. La falta de resultados positivos en las pruebas complementarias, la presión del paciente y la mala relación médico-paciente puede conseguir que se les etiquete de pseudo enfermedades para "toda la vida" ("mala circulación", "tensión baja", etc.), teniendo que prescribir repetidamente pseudo medicamentos (vasodilatadores cerebrales, tónicos, etc.); o lo que es peor, medicamentos o procedimientos con efectos secundarios potencialmente peligrosos (antiinflamatorios, benzodiacepinas, etc.). Esta iatrogenia puede producir aún más demanda por parte del proveedor mediante la generación de cierta morbilidad: lesiones gástricas por antiinflamatorios, dependencia a benzodiacepinas, reacciones alérgicas, etc. Otro de los axiomas de la demanda inducida por el proveedor es que cuantos más médicos intervengan en el cuidado del paciente, más demanda inducida se crea.

Reconocemos que prevalecen dos **modelos teóricos** entre los economistas de la salud para interpretar la demanda inducida por el proveedor. La teoría neoclásica que utiliza criterios estrictamente económicos centrados en criterios de mercado a partir de la oferta y la demanda, donde el producto es el volumen de servicios suministrados y los indicadores de salud resultan irrelevantes (*Pauly MV, 1994*). Y las modernas teorías que incorporan como productos de mercado criterios clínicos, de salud pública y beneficios indirectos en términos de satisfacción o bienestar psicológico de la población, que hace más complejo el análisis por la dificultad de medir resultados en salud a la vez que permite incorporar aspectos de la competencia y ética profesional (*Jaegher K, 2000*).

### 2.2.3 SATISFACCIÓN Y ESTRÉS PROFESIONAL

La satisfacción profesional ha sido un tema de gran interés para los investigadores de servicios sanitarios desde hace décadas. Su importancia reside en la repercusión que tiene la satisfacción de los profesionales con el nivel de calidad de los servicios sanitarios ofrecidos. La satisfacción en el trabajo es la percepción del mayor o menor agrado de los trabajadores por el trabajo que realizan. Se sabe desde hace mucho tiempo que tiene repercusión tanto en la calidad de vida de las personas que integran una organización, como en los resultados que se alcanzan. Es una variable diferente al clima organizacional y está claramente influenciada por éste. La mayoría de los autores coinciden en la complejidad que subyace en la génesis multidimensional de la satisfacción: factores relacionados con la práctica de la medicina, factores relacionados con el paciente, características personales y profesionales del médico y por último factores de contexto organizacional y social ayudan a mejorar su comprensión (*Edwards N, 2002*).

La insatisfacción laboral es un fenómeno mundial. Los informes realizados sobre esta situación describen un deterioro progresivo en los últimos años del estado anímico de los médicos con su trabajo, pero no hay una explicación suficientemente contrastada en la literatura sobre los factores que determinan esta situación, situación que se repite en países con modelos de sistemas sanitarios muy diferentes. Los factores más ampliamente relacionados son la **sobrecarga de trabajo** y la **falta de apoyo** unido a la **responsabilidad creciente**, cambios en los términos contractuales entre médicos y pacientes y la burocratización de la asistencia (*Smith R, 2001; Ferriman A, 2001*). Relacionada directamente con los anteriores se encuentra la pérdida progresiva de autonomía y la reducción mantenida de ingresos respecto al crecimiento de la economía, con la consecuente reducción del poder adquisitivo (*Hadley J, 2002*).

En el intento de buscar algunas explicaciones, están los cambios en las sociedades modernas, donde se aprecia un descenso del respeto para todas las profesiones y una pérdida de confianza, coincidiendo con una sensación de que el entorno de trabajo se hace progresivamente más hostil. Los usuarios son cada día más exigentes y responden a un patrón de hiperconsumo en todos los ámbitos. La disponibilidad de información fácil y un sentido agudizado del derecho está haciendo cambiar la energía en la relación médico-paciente, causando profunda inquietud en los profesionales. En muchas ocasiones se generan expectativas poco realistas sobre la capacidad de la Medicina para solucionar las enfermedades de la vida moderna, Smith llamó a esta situación “contrato falso entre medico y paciente” (*Smith R, 2002; Edwards N, 2002*).

En España se han realizado estudios de satisfacción en los profesionales de atención primaria de Valencia (*Mira JJ, 1999*), Asturias y Barcelona (*Sobreques J, 2003*). Los datos son coincidentes en los niveles encontrados en las dimensiones de satisfacción y su relación con variables del profesional.

En los estudios de Mira se ha comprobado que, entre los profesionales sanitarios, son factores importantes para la satisfacción, la calidad de las relaciones con los compañeros y los jefes, el sentimiento de estar capacitado para el trabajo y, fundamentalmente, que el profesional se sienta orgulloso del tipo de actividades que realiza (satisfacción intrínseca por la tarea). De hecho, sabemos por algunos estudios, que los médicos de atención primaria satisfechos afirman disfrutar del contacto con el paciente, de la variedad y sentimiento de responsabilidad de su trabajo, de su libertad de acción y que se



encuentran satisfechos cuando ayudan a la gente; aspectos todos ellos que se sabe promueven con mayor certeza la satisfacción laboral. Por el contrario, aguantar conductas inapropiadas en los pacientes o sus familiares, atender consultas triviales o consideradas poco adecuadas, la falta de tiempo, ciertas condiciones del salario, las horas de trabajo a la semana, problemas domésticos ocasionados por la dedicación al trabajo y la burocracia innecesaria han sido descritas como causas de insatisfacción laboral (*Mira JJ, 2000*).

Conforme aumenta la presión asistencial tiende a disminuir la satisfacción laboral del médico y cuando aumenta el tiempo medio de consulta la tendencia es a una mayor satisfacción laboral y específicamente, se experimenta un incremento en la sensación del binomio control-independencia en el trabajo (*Mira JJ, 1994*).

Smith realizó una encuesta internacional desde la editorial de la revista BMJ sobre las razones que los médicos destacaban en su insatisfacción con el trabajo, obteniendo información de 90 países que aporta una mejor comprensión de este fenómeno. Una explicación sugerida por los autores apunta a una transformación de los modelos implícitos de relación entre los médicos, sus pacientes y los directivos, los cambios gubernamentales y los cambios sociales. Hay una disonancia entre lo que el médico esperaba de su trabajo y lo que se encuentra que está siendo en la realidad (*Smith R, 2002*).

La **insatisfacción laboral** frecuentemente aparece relacionada con el estrés laboral, sugiriéndose con claridad que las tareas rutinarias, la ambigüedad de los roles, la presión en el trabajo, unas inadecuadas relaciones con el medio laboral, no saber que rendimiento se espera del propio trabajo, repercuten en la propia autoestima del trabajador y en su salud, y que, en definitiva, son causantes de una reacción de estrés variable para cada sujeto. Se acepta que una amalgama de circunstancias pueden aliarse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen marcar el grado de vulnerabilidad individual (*Zellars J, 1999*).

La falta de satisfacción y motivación profesional y el grado superior de insatisfacción en el trabajo desembocan fácilmente en el síndrome de desgaste profesional. El síndrome de **desgaste profesional o “burnout”** es un problema asociado al estrés y a la insatisfacción profesional. Constituye un problema social y de salud pública que preocupa a profesionales y gestores de muy diversas áreas profesionales, en la mayoría de los casos profesiones con una amplia demanda de relación e interacción con el público, como es el caso de la sanidad o la educación.

La definición propuesta por Maslach es la más utilizada, se trata de un “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Incluye por tanto tres dimensiones: **Cansancio emocional** caracterizado por agotamiento y pérdida de recursos personales de adaptación desde el punto de vista emocional; **Despersonalización** que se manifiesta en actitudes negativas, de insensibilidad o deshumanizadas hacia las personas en el ejercicio de su profesión y **Desrealización** o sentimiento de fracaso profesional, con tendencia a valorar negativamente el trabajo realizado y a la baja autoestima. Un exceso del nivel de autoexigencia, a veces impuesta por presión externa o por decisión propia, dificulta su satisfacción y como resultado provoca un sentimiento de fracaso profesional y personal (*Maslach C, 1986*). En España se han realizado numerosos estudios para identificar el burnout entre los profesionales sanitarios médicos de hospitales (*Vega E, 1995*), de

atención primaria (*Caballero MA, 2001*), de oncología (*Sanz J, 1991*), profesionales de la salud mental (*Álvarez E, 1991*) y profesionales de enfermería (*Mingote C, 1998*).

Podemos resumir que, el origen del síndrome de burnout incorpora factores del entorno laboral y factores personales, rasgos de personalidad, percepción de sobrecarga y mecanismos de afrontamiento del estrés. Estos últimos han sido poco estudiados, pero en ellos estaría la explicación de por qué ante condiciones de trabajo similares, unos profesionales tienen síntomas y otros no (*Zellars J, 1999*). Un reciente meta-análisis demostró una fuerte asociación de la satisfacción en el trabajo con los niveles de salud mental, el síndrome de burnout, los bajos niveles de autoestima, depresión y ansiedad (*Faragher EB, 2005*).

En el estudio de Cebriá se obtiene que un 12% de los médicos encuestados tenía criterios máximos de síndrome de burnout. Considerando que cuando hay una presión externa mayor a la resistencia personal, el umbral de presentación del síndrome baja de forma considerable. Observaron que ciertas variables de personalidad del profesional, las consideradas con un grado elevado de ansiedad (rasgos de poca estabilidad, vigilancia y tensión), se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. También se han identificado numerosos factores estresantes crónicos del entorno laboral implicados en su producción (sobrecarga de trabajo, pacientes difíciles, poco tiempo para cada paciente, salario, calidad de las relaciones en el equipo, etc.) y otros sociodemográficos (antigüedad de más de 10 años, sexo femenino, etc.). Concluye recomendándonos, el mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud que nos permitan optimizar la **gestión emocional**, especialmente la reducción de la ansiedad (*Cebriá J, 2001*).

Sin embargo, recientemente Tizón nos invita a la reflexión, preguntándonos ¿por qué hablamos de burnout y no de trastornos psicopatológicos de los profesionales? Nos propone detenernos sobre los síntomas de este síndrome, considerando que pertenecen a categorías psicopatológicas bien claras: trastornos depresivos, trastornos por “ansiedad excesiva”, trastornos adaptativos y trastornos de personalidad, fundamentalmente. ¿No será que a los profesionales nos duele decir de nosotros mismos y nuestros compañeros que están o estamos deprimidos, ansiosos o con problemas relacionales o de relación en el trabajo irresolubles? ¿Será por la crudeza de la verdad de que nosotros también podemos padecer trastornos mentales, como el resto de la población o, tal vez, con una incidencia ligeramente superior? En todo trastorno psicopatológico hay unos determinantes y factores de riesgo externos, de la realidad externa, y unos determinantes o factores de riesgo de la realidad interna (emociones e impulsos, esquemas cognitivos-emocionales, personalidad, etc.). Propone de una forma directa que, la mejor forma de conocer, comprender y empatizar con los trastornos psicopatológicos de la población es **conocer y trabajar los propios conflictos** y cuadros psicopatológicos del profesional. Y aclara que tal vez creer que son las condiciones de trabajo por sí solas las que desencadenan trastornos psicopatológicos o el propio burnout puede ser una idea excesivamente simplificadora. Prevenir nuestro desgaste profesional significa comenzar a trabajar por una perspectiva mucho más holística, biopsicosocial, de muchas especialidades sanitarias (*Tizón JL, 2004*).

La insatisfacción y el estrés en el profesional suelen provocar una mala comunicación médico-paciente, que con el tiempo podría empeorar el estado de salud de sus pacientes, y por tanto, por medio del factor necesidad tendría que aumentar su utilización. Grosch ha relacionado la insatisfacción profesional y el burnout con una mayor presión asistencial

(Grosch WN, 2000). Por todo lo anterior, parece claro que el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, así como el apoyo psicológico, el aumento de la satisfacción profesional y el sentido de la responsabilidad son medidas preventivas que mejorarían la situación de riesgo personal para el desgaste (Epstein RM, 2001).

#### 2.2.4 ESTILOS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Los estilos de práctica profesional podrían definirse como el conjunto de peculiaridades en la forma de trabajar del médico, que se adoptan como resultado de ciertos factores de su personalidad, de sus diferentes actitudes hacia el propio trabajo, de la motivación, valores, gustos, hábitos, habilidades y tipo de formación. Además se mostrarán relacionados con los niveles de satisfacción y de estrés laboral que llega a experimentar el médico en dicho entorno (Howie JGR, 1992).

Neal ha analizado diferentes patrones de conducta en determinados HU, preguntándose por qué hay tanta variedad de hiperutilización entre los diversos médicos de familia de un mismo centro, llegando a la conclusión de que las razones están aun poco claras, pero que algunos médicos pueden estar fomentando la frecuentación de sus pacientes y que hay HU "leales" a determinados médicos de familia (Neal RD, 2000-b).

Las variables del médico y su estilo de práctica clínica condicionan de manera poderosa la frecuentación de sus pacientes (Pedrera V, 2005). La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos (Stewart M, 1999; Muñoz M, 2002) y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas (Levinson W, 1997). En otras palabras, estaríamos hablando de que el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica (Ruiz R, 2003).

Sabemos que las personas mayores, las de clases sociales más bajas y aquellas con problemas crónicos o trastornos físicos prefieren el trato paternalista. Por el contrario, los jóvenes, los de clases sociales más altas, los frecuentadores, los que se encuentran mal y los que están preocupados por su problema suelen preferir el abordaje igualitario y la decisión compartida (Gené J, 2005).

Los estilos de práctica clínica son difíciles de definir y clasificar; no obstante se podrían perfilar al menos cuatro de ellos: el médico "activador de pacientes", el médico "influenciado por la industria farmacéutica", el médico "rápido" y el médico "con déficit en habilidades comunicacionales". El médico con un estilo de práctica **activador de pacientes** consigue que los pacientes recobren las riendas, la responsabilidad y el protagonismo de su salud, aumentando sus creencias de control interno y de percepción de autoeficacia. Los diversos estilos de práctica clínica comentados suelen coincidir sobre el mismo profesional, por lo que los factores que influyen para que estos médicos tengan una mayor presión asistencial estarían muy relacionados y es posible que, aún reconociendo la influencia de otros factores, la formación fuera el "factor nexo" y el más determinante (Bellón JA, 2003).

Algunos médicos tienen una práctica caracterizada por una mayor utilización farmacológica (desde el punto de vista cuantitativo) y el uso de una proporción elevada de fármacos de valor intrínseco no elevado (aspecto cualitativo); éstos serían los médicos **influenciados por la industria farmacéutica** (Bonaf P, 1991), ello podría desencadenar una mayor utilización, ya que por una parte aumentaría la demanda de medicación por parte los pacientes (ir a la consulta por recetas) y por otra, al ser fármacos que no resuelven ("utilidad clínica dudosa"), obligaría al paciente a acudir de nuevo a la consulta (descenso en la calidad asistencial y la capacidad resolutoria). Vedsted ha realizado un estudio en la población hiperutilizadora demostrando una fuerte asociación entre la hiperutilización y la polimedicación (sobre todo antibióticos, analgésicos y psicotropos) (Vedsted P, 2004).

En un estudio reciente, se realiza un análisis del modelo explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y de la organización (MOCAUT-III), considerando diversas variables significativas del médico, entre las que encontraron la demanda inducida por este, el número de diabéticos e hipertensos diagnosticados, recibir a los visitantes médicos, mayor consumo de VINEs, la percepción de tensión médico/a-enfermero/a, el fracaso del equipo, el tamaño del cupo y los pacientes con >64 años del cupo (Martínez-Cañavate T, 2004).

Los **médicos rápidos**, es decir los que emplean un menor tiempo por paciente en la consulta, también tendrían menos posibilidades de resolver adecuadamente los problemas del paciente, por lo que estos volverían más por la consulta. Se ha comprobado que hacen un peor abordaje psicosocial, preguntan poco, dan menos explicaciones y sus pacientes exponen escasamente sus creencias, por lo que la probabilidad de resolver los problemas del paciente también se reducirá. Estos médicos soportan una mayor proporción de demandas burocráticas (Law SAT, 1995), lo cual implicaría una mayor tasa de utilización por motivos administrativos. Esto dependería, entre otras cosas, del manejo de más y peor medicación, pero también se podría deber a un déficit en la organización administrativa de la consulta (Bellón JA, 1993).

La importancia del médico de familia como organizador y gestor de su práctica, y en particular de su tiempo y de su presión asistencial, ha sido subrayada por Pritchard, quien cuestiona a los médicos "esclavos de su demanda" y señala que las tasas de utilización elevadas se relacionan más bien con la incapacidad para decidir y planificar los tratamientos, de tal forma que habría médicos con cupos grandes que mantienen unas tasas de utilización óptimas, mientras que otros con cupos pequeños manifestarían su ineficiencia con una presión asistencial desbordada (Pritchard P, 1990).

Varios estudios han demostrado que los médicos **con déficit en habilidades comunicacionales** prestan una atención de peor calidad, reciben más visitas de sus pacientes (Ong LML, 1995); quizá debido a que prescriben un mayor número de medicación sintomática, las consultas duran menos tiempo y las historias clínicas están peor registradas, mayor dificultad en la relación con el paciente, menor satisfacción de los pacientes, cumplen menos con los tratamientos, se controlan peor de su diabetes e hta (Kaplan SH, 1989) y se resuelve con menor efectividad la morbilidad más común. A los médicos que tienen una mayor presión asistencial, sus pacientes les perciben una peor relación médico-paciente en cuanto a disponibilidad de resolver sus problemas, capacidad de escucha, de información y de entender su sufrimiento (Zyzanski SJ, 1998).

En la actualidad y de acuerdo al Consenso de Toronto sobre Comunicación Médico-Paciente (*Simpson M, 1993*), se considera que muchos problemas de la relación asistencial, como el incumplimiento, la insatisfacción, o incluso las reclamaciones, pudieran ser debidos a un mal desarrollo de la entrevista clínica, al no situar los problemas del paciente en su contexto biopsicosocial. Igualmente, se considera que es inadecuado el modelo tradicional en el que las decisiones se toman de forma unilateral por el médico sin tener en cuenta los deseos del paciente (*Torio J, 1997*).

En Toronto se reunieron expertos en comunicación, relación médico paciente y educadores en ciencias médicas de todo el mundo, tratando de responder a las siguientes preguntas: ¿Cuales son los hechos más importantes que conocemos sobre la comunicación médico-paciente? ¿Cuales son las cosas más importantes que se podrían realizar ahora para mejorar la situación? y, ¿Cuales son las preguntas más importantes, sin respuesta? Se revisaron las evidencias sobre la efectividad de la comunicación y las consecuencias de que esta fuera deficiente. De hecho lanzó un mensaje claro de que las habilidades de comunicación clínica pueden y deben enseñarse prioritariamente, proponiendo además los métodos de enseñanza (*Simpson M, 1993*).

El clínico orientado al **modelo biopsicosocial** considera que un objetivo a lograr en la relación asistencial es que ésta tenga un componente emocional intrínsecamente terapéutico. Este modelo admite un amplio abanico de motivos de consulta. Dowrick encontró que los médicos tenían una clara orientación biomédica a la hora de legitimar las demandas de sus pacientes como «motivos de consulta apropiados» (*Dowrick C, 1996*). Parece que los problemas psicosociales tienen que ganar uno por uno carta de autenticidad para hacerse un sitio, como ha sido el caso de la depresión, la bulimia, el insomnio o la demencia. En ocasiones, este modelo supone el coraje de plantear el origen psicosocial de determinadas somatizaciones, rompiendo a veces ciclos de medicación crónica y yatrógena, en beneficio de un abordaje más racional, aunque también más laborioso (*Martí A, 1997*).

Las habilidades de comunicación y de **relación médico-paciente** constituyen uno de los factores más importantes que determinan la calidad de los servicios de salud. Hay que tener presente que esta relación en el contexto clínico tiene como finalidad ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar al paciente (*Stewart M, 1995*). Que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, que tengan la impresión de que entienden lo que les está sucediendo y que su médico, a su vez, también sabe lo que se hace; que decidan seguir los consejos de su médico, la mayor parte de las veces depende más de la relación que hayan establecido con su médico y de la confianza que hayan depositado en él que en los conocimientos realmente empleados por el profesional. Casi el 100% de los pacientes desea que sus médicos les apoyen, les escuchen y les expliquen con claridad; esperan una atención personalizada realizada por su médico y que sea fácil de conseguir (*Torio J, 1997; Ruiz R, 2003*).

En un reciente estudio prospectivo, se comprobó que en los médicos con mejor **comunicación centrada en el paciente**, sus pacientes percibían una mejoría de su salud, y los facultativos solicitaron menos pruebas complementarias y derivaciones. El modelo de comunicación centrada en el paciente, demuestra como el simple hecho de que el paciente pueda hablar abiertamente con el médico de sus opiniones sobre su enfermedad, su naturaleza, temores, repercusiones, etc. se ha asociado de forma significativa a la mejoría del proceso. Los aspectos que nos proponen abordar comienzan por explorar la enfermedad y las vivencias que le ocasiona al paciente (temores, expectativas, deseos, etc.), sigue con intentar comprender a la

“persona completa”, buscar acuerdos con el paciente, incorpora la prevención-promoción, el cuidado de la relación profesional-paciente e invita a ser realistas (*Stewart M, 2000*).

Conviene recordar que, entre las recomendaciones del grupo de trabajo de prevención de los trastornos de la salud mental del PAPPS de la semFyC (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) para la detección de los trastornos de ansiedad y depresión, se encuentra utilizar la entrevista como herramienta diagnóstica fundamental (*Tizón JL, 2003*). Podemos resumir que la mejora en las habilidades de comunicación actuaría directamente proporcionando una mejor salud a los pacientes, disminuyendo por tanto la necesidad de utilizar y aumentando la capacidad resolutoria de los profesionales. Hemos podido comprobar en pacientes con cefaleas (*Headache Study Group, 1986*) y con fibromialgia (*Ruiz R, 2000*), como se ha relacionado una mejor comunicación médico-paciente con un superior resultado de salud.

La mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con dos aspectos importantes como son: **ciertas variables de proceso**, como una mayor participación del paciente en las decisiones, mayor cumplimiento de las expectativas del paciente y su satisfacción, mayor satisfacción profesional (*Roter DL, 1997*) y mayor adherencia a los tratamientos (*Prados JA, 1992*); y con una **mejora en la gestión del tiempo** de consulta, de tal modo que los médicos que han desarrollado aspectos tan importantes como la empatía, la exploración de creencias y expectativas de los pacientes, o la participación del paciente en las decisiones, han consumido el mismo tiempo de consulta que los que no lo hacen (*Roter DL, 1997*).

Los **problemas de salud mental** de los pacientes son los que mejor predicen la utilización de las consultas de atención primaria (*Dowrick CF, 2000-a*). Este aumento de la utilización puede estar en relación con las dificultades del médico en cubrir las expectativas del paciente (*Kravitz RL, 1996*), la ausencia de un abordaje psicosocial correcto (*Cape J, 2000*) y la falta de control emocional por parte del médico (*Bellon JA, 2000*).

Los profesionales hemos sido instruidos en la obtención activa de datos, que en última instancia se convierten en medidas, números, cálculos, pero que carecen de significados para la vida que estamos tratando de ayudar. No hemos sido entrenados en detectar esa inmensa cantidad de información que los elementos de la comunicación nos brindan (*López EA, 2005*).

Lang nos propone una **taxonomía de pistas** que pretende ayudar a los médicos a adquirir la habilidad de la **escucha activa** orientada a reconocer y explorar las claves comunicacionales. Sin esta habilidad de comunicación, las preocupaciones reales de los pacientes a menudo no son reconocidas por el profesional. Un número de verbalizaciones y comportamientos tienen lugar de forma regular durante las entrevistas médicas, si se reconocen, pueden ayudar al profesional para explorar de forma explícita el significado de estas pistas. Detalles muy sutiles de paralenguaje, mirada y contenido verbal suelen ocurrir regularmente durante las entrevistas y nos dan claves importantes (*Lang F, 2000*).

Algunos investigadores han notado que una visita rutinaria “sin motivo aparente” o una expresión de insatisfacción en el paciente después de haber sido atendido, pueden ser señales de que las razones reales de esa visita no han sido exploradas. Las expresiones directas de sentimientos (“*estoy preocupado, estoy inquieto...*”), la negación de las emociones

(“mi mujer ha insistido en que consulte sobre mi cefalea...”) o los síntomas descritos con mucho detalle (“este dolor me esta torturando...” ) también pueden ser considerados claves comunicacionales. Muy frecuentemente se pone en evidencia que la perspectiva de los pacientes y de los médicos difiere, ambas partes piensan erróneamente que existe una mutua comprensión durante el dialogo acerca de los síntomas. Por ello, reconocer las pistas nos ayudará a desarrollar nuestra habilidad para explorar en profundidad el significado de la experiencia del paciente con su enfermedad, aumentando la satisfacción del paciente, su adherencia al tratamiento, una mejora en los resultados de salud y en definitiva nos da la oportunidad de aproximar los mundos del paciente y del médico (Lang F, 2000 ).

Platt nos comenta que las dos cualidades más útiles del clínico serían la **paciencia** y la **curiosidad**. Los médicos se quejan de que su trabajo burocrático y administrativo interfiere con el tiempo a dedicar a sus pacientes. Necesitamos reflexionar sobre qué nos produce impaciencia. Si el mayor objetivo es comprender, educar y compartir las decisiones con el paciente, el hecho de meter prisa o interrumpir destruye nuestro primer objetivo. La impaciencia rompe la curiosidad. La impaciencia nos empuja a la recogida anómala de datos perdiendo la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento correcto. La rutina hace perder la curiosidad. Con la curiosidad descubriremos qué le pasa al paciente, qué es lo que no va bien. Siempre es el mismo mensaje: *Quiero entender que es lo que no va bien y qué podemos hacer para ayudarle...* (Platt F, 2004).

De todos los aspectos desarrollados hasta el momento, podemos intentar resumir los más importantes, por los cuales se puede reducir la utilización de las consultas de atención primaria, los concretaríamos en:

- 1) Aumentar la capacidad resolutoria de los profesionales; promocionar la capacitación de estos en el diagnóstico psicosocial; el manejo de la entrevista clínica en general; mayor formación específica en materia de salud mental (particularmente del paciente psicosomático y los trastornos ansioso-depresivos) (Latorre JM, 2005) y en la aplicación de psicoterapias breves desde la atención primaria. Asimismo, deben evitarse los pseudodiagnósticos y los pseudomedicamentos así como emplearse con rigor y extremo cuidado los medicamentos y procedimientos diagnósticos,
- 2) Disminuir la percepción de necesidad y la predisposición a utilizar de los pacientes,
- 3) Está pendiente abordar los aspectos de la organización.

## **2.3.- FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN**

### **2.3.1.- Aspectos Generales**

Antes de plantear un diseño organizativo concreto debe hacerse una adecuada conceptualización, es decir un análisis teórico previo que nos indique cuales son los principios básicos implicados (Bellón JA, 1998). Rivera realizó una revisión bibliográfica en MEDLINE, en los últimos 5 años, así como en las revistas Atención Primaria, Centro de

Salud, Revista Española de Salud Pública, Medifam y Rol, en los últimos 3 años. Revisó las distintas opciones de organización interna que han implementado los equipos de atención primaria desde que se inició la reforma de la atención primaria en Andalucía, reconociendo que las tareas administrativas se han incrementado de forma muy importante en número y complejidad desde el inicio de la reforma (*Rivera F, 1998*).

Estamos en un contexto de país desarrollado con accesibilidad a los servicios sanitarios públicos, universalidad y gratuidad de los mismos. Por esta razón la demanda de servicios sanitarios no depende en gran medida de la morbilidad sino de la oferta de los mismos. Nosotros somos parte de la oferta. La importancia de los factores de la organización sobre la utilización puede ser significativa pero es relativa, ya que se suele estudiar en conjunto las variables del profesional y de la organización. Con este grupo de variables se ha logrado explicar un 55% de la variabilidad de la utilización (*Hurley J, 1996*).

En relación a los modelos de organización del área médica, todos consideramos que la consulta es el escenario donde se sustentan nuestras actividades y por ello se considera nuestro escaparate profesional. Debemos empezar nuestra organización por el espacio que la sustenta. El cuidado de la luz, los ruidos, el orden de los papeles, sin lujo pero con dignidad. En el día a día realizamos aquí muchas cosas. Es preciso identificar cuales hacemos más, cuales menos, su pertinencia, cuales añaden valor a la interacción médico-paciente y cuales lo restan, adecuando el espacio y la distribución de instrumentos. El resumen de los modelos de organización de los que nos dotemos en el área médica debe poder calificarse de oferta profesional, empática, organizada y resolutive (*Guijarro-Eguskizaga A, 2002*).

Los factores de la organización que influyen sobre la utilización se pueden clasificar, siguiendo a Bellón, en factores que dependen de los niveles de gestión (macroorganización) y los que dependen más directamente del médico de familia en la consulta (microorganización). En relación a la macroorganización, la probabilidad de implementar alguna estrategia puede ser bastante pequeña, por no decir ínfima. Los resultados, en general, se darían a largo plazo. Los factores de la microorganización que probablemente tienen una gran influencia sobre la presión asistencial, apenas han sido motivo de estudio (*Bellón JA, 1998*).

## **2.3.2.- Factores relacionados con la MACROORGANIZACIÓN**

### **2.3.2.1. Disponibilidad y Accesibilidad**

La accesibilidad o grado de vinculación entre el servicio de salud y la población, que puede entenderse como la mayor o menor facilidad que tiene la población para usar los servicios de salud, ha sido el factor más investigado e importante dentro de los factores organizacionales. Como ya comentamos en el apartado de factores facilitadores del usuario (punto 2.1.3), la accesibilidad geográfica está relacionada con la mayor o menor facilidad de acudir físicamente a los servicios de salud y suele medirse directamente por la distancia existente entre la persona o la población y el servicio de salud o por el tiempo de recorrido necesario por el medio de transporte más usual (crona). A mayor accesibilidad geográfica mayor utilización, es decir, cuanto más cerca están los servicios, más se utilizan (*Gómez-Calcerrada D, 1994*).



La mayor disponibilidad y accesibilidad a los cuidados produce un aumento de la utilización de los servicios de salud. En atención primaria se ha encontrado una correlación positiva entre la proporción de médicos por habitantes y la frecuentación. Éste es uno de los hechos que apoyan la tesis de la demanda inducida por el proveedor (*Scott A, 1997*). Con el "ticket moderador" o el copago en las visitas se pretende limitar la accesibilidad al usuario, actuando como un disuasor de tipo económico. Este puede disminuir la utilización de las consultas de atención primaria entre un 6-11%, aunque puede resentirse la equidad del sistema, ya que utilizarían menos los que más lo necesitan (aumentando las desigualdades sociales), disminuyendo especialmente la utilización preventiva (*Gené J, 2000*).

### **2.3.2.2. Tamaño y Estructura del Cupo**

Se sabe que el tamaño de la población asignada a un médico, dentro de unos límites (menos de 2500 pacientes), no supone un factor determinante de la utilización, pues solo explica el 1% de la variabilidad de la presión asistencial. En cambio, la **estructura** del cupo, al introducir las características del usuario relacionadas con la morbilidad (porcentaje de mayores de 65 y menores de 1 año, o de población de bajo nivel socioeconómico), llega a explicar el 24% (*Groenewegen P, 1995*). No obstante, la importancia de estos factores es relativa, como se pone de manifiesto en el hecho constatado de que médicos con cupos similares en tamaño y estructura, tienen valores de presión asistencial notablemente distintas aún en un mismo centro de salud (*Wilkin D, 1984*). Ello hace pensar que las características del proveedor son más importantes que el tamaño y la estructura del cupo a la hora de la organización del tiempo y de la consulta. En cualquier caso, las ratios que se aplican para aumentar las plantillas deberían de tener en cuenta, además del tamaño del cupo, una corrección por edad y morbilidad crónica detectada.

Resultados similares descritos en Inglaterra fortalecen la tesis de que el tamaño del cupo (dentro de unos límites) condiciona poco los niveles de utilización, mientras que la estructura del cupo influye relativamente más (*Calnan M, 1988*).

### **2.3.2.3. Continuidad**

La continuidad o existencia de una fuente regular de asistencia médica se correlaciona tanto con una mayor utilización como con una mayor adecuación de la utilización de servicios sanitarios. Mainous ha conducido un interesante re-análisis, con más de 4000 pacientes, valorando tres aspectos e interrelacionándolos (el periodo de relación entre médico-paciente, la experiencia mutua y el valor dado a la continuidad de los cuidados), obteniendo resultados altamente significativos, respecto a un crecimiento lineal entre el tiempo de relación y la satisfacción del paciente y del profesional (*Mainous AG, 2004*).

Las tasas de frecuentación de los pacientes adscritos a más de un médico de atención primaria son significativamente superiores a las tasas de los que tienen una sola fuente de cuidados, lo que concuerda con la teoría de la demanda inducida por el proveedor. La continuidad de los cuidados ha logrado explicar el 27% de la variabilidad de la utilización, por ello la **falta de continuidad** produce un aumento de la utilización de las consultas de atención primaria y de las consultas no urgentes en urgencias (*Petersen LA, 1998*). Desde

este punto de vista, la sustitución-interinidad y el compartir los pacientes varios médicos provocarían el efecto comentado.

#### 2.3.2.4. Relaciones con el Segundo Nivel

Las relaciones con el segundo nivel asistencial pueden influir sobre la presión asistencial en atención primaria. El nivel especializado puede inducir una gran demanda en la consulta del médico de familia. Los médicos generales con menos formación y una mayor presión asistencial derivan más (*García-Olmos L, 1995*); sin embargo, no resulta fácil saber si la presión asistencial es causa o consecuencia de las tasas de derivación.

La coordinación y cooperación entre niveles de asistencia sigue siendo una de las asignaturas pendientes en todos los sistemas de salud. Además de los intentos de coordinación voluntarista por ambas partes, que se dan en algunas ocasiones, probablemente se necesite tomar medidas en niveles superiores de gestión, como instaurar instrumentos contractuales e incentivos que fomenten la coordinación y cooperación entre los especialistas y los médicos de familia o favorecer la elección de especialista por parte del médico de atención primaria. El flujo de la información clínica entre los distintos puntos de atención (hospital, urgencias, laboratorio, consultas externas, farmacias, etc.) debería ser fluido y, a ser posible, estar mayoritariamente informatizado (*Bellón JA, 1998*).

Desde la perspectiva del médico de familia, se puede tener la opinión de que si se **deriva al paciente a múltiples especialistas**, es probable que disminuya el uso de las consultas de atención primaria. Esta creencia se basaría en que las visitas que el paciente consumiría para resolver su problema de salud en el primer nivel se ejecutarían en el nivel especializado. Esta apreciación posiblemente sea falsa por varias razones:

En primer lugar por el hecho de que la prestación de servicios por varios proveedores aumenta de por sí las tasas de utilización. Ello estaría relacionado directamente con el fenómeno de la **demanda inducida** por el proveedor, ya que se sumarían los porcentajes de demanda inducida de los distintos profesionales que intervendrían en los cuidados del paciente (demanda inducida por el médico de familia, más la demanda inducida por el especialista 1, más la demanda inducida por el especialista 2, etc.).

En segundo lugar ocurría el fenómeno de **repetición de pruebas** complementarias, a lo que se podría sumar la característica propia de nuestro sistema, por la que el paciente debería retornar al primer nivel para realizar la primera y subsiguientes prescripciones del especialista de segundo nivel. Sin olvidar, que los especialistas de segundo nivel prescriben más medicinas de valor intrínseco no elevado que los propios médicos de atención primaria (*Mata M, 1991*).

En tercer lugar porque existe una proporción importante de pacientes con trastornos psicosomáticos que son referidos a múltiples especialistas. Estos pacientes difícilmente solucionan sus problemas con las derivaciones sintomáticas, sino más bien se tendería a la **cronificación** y diversificación de su morbilidad. Por ello, lejos de disminuir la demanda, se incrementarían sus tasas de utilización por un déficit de capacidad resolutiva profesional, capitaneada indiscutiblemente por el profesional de atención primaria (*Bass C, 1990*).

### 2.3.2.5. Optimización Burocrática del Centro de Salud

El motivo de consulta burocrático (recetas, partes de incapacidad laboral, etc.) es el más frecuente en la atención primaria de nuestro país, alcanzando en ocasiones el 40-50% de todas las consultas que recibe el médico (*Bellón JA, 1995-c*). La optimización burocrática engloba una serie de estrategias del área administrativa y de los sanitarios del centro de salud, que aumenten la eficiencia de la atención y permitan al médico de familia, entre otras muchas ventajas, disponer de más tiempo para las actividades clínicas.

La **organización de las prescripciones repetidas** es una de las estrategias con mayor eficiencia. Lo mejor sería disponer de un sistema informatizado con impresión automática, con control clínico médico, pero con ejecución por el personal administrativo (*Harris CM, 1996*). La conexión telemática con la farmacia podría incrementar aún más la eficiencia (*Borrell F, 1996*). Dentro de este apartado, con más poder resolutivo pero con un mayor coste, se encontrarían la informatización de todas las actividades burocráticas. Existe una publicación en la que un mayor número de personal administrativo se relacionó con una menor presión asistencial (*Kravitz RL, 1995*). En los centros donde se ha llevado a cabo el cambio de formato de la receta, de tal forma que permita varios fármacos y varios envases, ha supuesto mejoras en la calidad de la prescripción y en el control de la utilización de la medicación, a la vez que se desburocratiza la consulta y se ahorran tiempo y visitas (*Rivera F, 1998*).

La implantación de la cita previa ha supuesto cambios importantes en la organización de los centros de salud: desde una potenciación de las áreas de admisión-recepción hasta las nuevas posibilidades, como la colaboración en la entrega de recetas de crónicos y los partes de seguimiento de incapacidad laboral; pero también ha generado problemas nuevos y posibles soluciones, como el que ocasionan pacientes que acuden sin cita, o la generación de esperas para la obtención de cita por limitación del número de consultas (*Rivera F, 1998*). El sistema de citación debe prever un número máximo de visitas realista, con tiempo entre citas adecuado, si tenemos una media de 8 minutos, es un error citar cada 5; deberíamos garantizar un mínimo de 7-8 minutos de media por paciente siempre que sea posible. Lo ideal sería un sistema de cita informatizado, flexible, con espacios de tiempo diferentes para los pacientes programados (*Casajuana J, 2003*).

### 2.3.2.6. Normas Administrativas, Incentivos y Sanciones

Los organismos, a través de sus normas administrativas, incentivos y sanciones, pueden provocar cambios en las actitudes y conductas de los pacientes y profesionales que modifiquen la frecuentación de los primeros. Algunas decisiones que se toman desde las instituciones aumentan directamente la presión asistencial. Por ejemplo, la instauración de un programa de mamografías periódicas desde la atención primaria. Otras veces el aumento de la presión asistencial se produce de forma indirecta, como cuando se incentiva como remuneración de productividad variable la realización de citologías o se aumentan las líneas telefónicas y el horario de llamadas para concertar una cita (*Bellón JA, 1998*). Incluso, se han desarrollado programas específicos para intentar cambiar comportamientos de práctica clínica de los médicos de familia, una vez hecho el ajuste por el tamaño y estructura del cupo, apelando directamente a incentivos económicos (*Eisenberg J, 2002*).

Las estrategias que se basan en el feedback o **retroalimentación**, es decir, en la información puntual y continua de los logros alcanzados por el profesional, implican que hay unos patrones o estándares a los que el profesional aspira y que la información sobre su nivel de logro puede estimular el cambio del patrón de su práctica. Uno de los mecanismos de retroalimentación que ha demostrado buenos resultados con mejores índices coste-efectividad es la información tabular comparativa entre los distintos compañeros médicos de un centro (*Eisenberg J, 2002*). Se ha podido comprobar que este tipo de retroalimentación sobre el consumo de tests diagnósticos produce un descenso de los tests innecesarios sin aumentar las derivaciones al especialista (*Wilkins RAG, 1995*). Actualmente se está haciendo hincapié en el gasto farmacéutico, con resultados también positivos.

En la literatura existen más experiencias sobre las sanciones que sobre los incentivos, a la hora de modificar el comportamiento de la práctica clínica, incluso se llega a plantear que es probable que la simple amenaza pueda ser suficiente para reducir la utilización. Sin embargo, dada la complejidad del comportamiento médico, se proponen programas de enfoque combinado (formación, retroalimentación personalizada, participación, etc.) (*Eisenberg J, 2002*).

### **2.3.3.- Aspectos relacionados con la MICROORGANIZACIÓN**

El médico de familia ejerce una función de “agente social” como administrador, por una parte, de los recursos sanitarios al regular, aun sin ser consciente de ello, el uso de su propio tiempo y el de otros profesionales; además de la utilización de medios diagnósticos que tiene a su alcance y, por otra, de los recursos sociales (tiempo y jornadas laborales perdidas por el enfermo, por los familiares, etc.). De los factores relacionados con el médico, las funciones de agente del enfermo y agente social deberían conformar la base de la utilización; sin embargo, la influencia de otras variables de carácter personal y profesional no es menos importante y posiblemente más de lo que sería deseable ante esta cuestión (*Bonal P, 1991*).

Las estrategias para reducir la presión asistencial que dependen en mayor grado del médico de familia, por definición, serían más factibles. Algunas de éstas podrían ejercer el efecto esperado en pocos meses y con poco esfuerzo. Estas estrategias que también se denominarán de la "**microorganización**" o de la organización de la consulta, se han estudiado mucho menos en cuanto a su relación con la presión asistencial, lo cual no quiere decir que no puedan ser eficientes. La mayor dificultad para poder llevarlas a cabo casi siempre reside en la natural resistencia del profesional al cambio (*Bellon JA, 1998*).

#### **2.3.3.1. Programas de Salud**

La atención protocolizada y por programas puede disminuir la presión asistencial pero también aumentarla, en función de ciertas características (*Navarro A, 1992*). Los programas de **prevención** secundaria y diagnóstico precoz, por definición, aumentan la utilización de las consultas; ya que los pacientes, en general, no perciben ninguna enfermedad, pero tienen que acudir a las visitas protocolizadas. Independientemente de esto último, se produce un fenómeno de disminución del umbral de entrada al sistema de salud. Sin embargo, los programas de vacunas disminuirían la utilización al evitar directamente que aparezca la enfermedad.

Los protocolos sobre **enfermedades crónicas** más prevalentes (hta, diabetes, etc.) o sobre la atención al anciano pueden racionalizar la utilización si previamente existía un uso excesivo de los controles o si éstos los realizaba únicamente el médico (*Bellón JA, 2003*); sin embargo, puede aumentar la demanda si son demasiado biomédicos o excesivamente médico-dependientes, si no se ajustan a criterios científicos, si no fomentan el autocontrol del paciente o si están en plena fase de captación activa, ya que no favorecen la asunción de tareas por otros profesionales del equipo, ni estimulan la autonomía del paciente en cuanto a sus cuidados (*Carroli G, 2001*). En un ensayo clínico recientemente publicado, se afirma que el control de pacientes con hipertensión arterial esencial tratada, el seguimiento cada 6 meses se muestra igual de eficaz que el de 3 meses. La satisfacción y la adherencia al tratamiento era el mismo para ambos intervalos. En el 20% de los casos en que la hipertensión arterial no estuvo controlada, la frecuencia en las visitas no fue un factor importante en el control de dicha patología por los médicos de familia (*Birtwhistle R, 2004*).

### 2.3.3.2. Trabajo en Equipo

Una de las características más importantes del trabajo en los centros de salud frente a los ambulatorios, es precisamente el trabajo en equipo. Se ha demostrado que el trabajo en equipo disminuye la utilización (*Groenewegen P, 1995*). La interacción que se produce entre los profesionales, por las sesiones clínicas, las auditorias internas, los protocolos consensuados entre los profesionales del grupo, la publicación interna de los niveles de calidad del centro, pueden ser factores que modifiquen la calidad de la asistencia y la utilización. Otros investigadores encontraron que, un año después de reconvertir el mismo cupo de ambulatorio en consulta de atención primaria, se redujo la presión asistencial en un 23% (*Cortés JA, 1994*).

El trabajo en equipo influiría sobre la utilización mediante la asunción de estándares de calidad voluntarios, por el proceso de participación en sí mismo, la educación y la formación continuada, la coordinación y el trabajo con otros profesionales de la misma y distintas categorías, por los efectos de sus líderes clínicos y de los mecanismos de feedback del proceso de monitorización de la calidad asistencial (*Eisenberg J, 2002*). No obstante, el conjunto de estrategias para fomentar el trabajo en equipo tiene el límite que supone el depender no sólo de uno mismo, sino también del resto del equipo. Al ser una responsabilidad compartida, es posible encontrar una grata colaboración, cierta indiferencia o un claro antagonismo.

Dentro del trabajo en equipo, una mención aparte merece la **multiprofesionalidad**, entendida como la actividad compartida del trabajo entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo, ya que produce un aumento de la eficiencia y disminuye las cargas de trabajo; siempre que no se dupliquen las actividades y los profesionales profesen una actitud resolutive. Es comprensible que si el médico de familia pudiera delegar actividades en profesionales como enfermería o el/la trabajador/a social se podría reducir la utilización, o al menos, gestionar el tiempo con mayor eficiencia (*Pritchard P, 1990*). Por ejemplo, el/la trabajador/a social podría fomentar la creación de grupos de autoayuda que podrían reducir las visitas al médico. El profesional de enfermería podría educar a los pacientes diabéticos sobre los cuidados y autocontroles de su enfermedad, lo cual podría aumentar el nivel de autonomía y control de la diabetes por parte del paciente y, de este

modo, los diabéticos tendrían menos motivos para ir al médico. Vamos a profundizar un poco más en el aspecto de la **organización médico/a-enfermero/a o también llamada gestión compartida** (Bellón JA, 2001).

Aunque a nivel teórico la organización de los equipos de atención primaria en nuestro país se ha hecho siguiendo un patrón único, la realidad nos presenta diferentes modelos y, sobre todo, diferentes grados de desarrollo. Definimos como unidad básica de atención (UBA) al conjunto de profesionales (generalmente un/a médico/a y un profesional de enfermería, aunque pueden y deben considerarse otras posibilidades: por ejemplo: 2 médicos/as y 1 enfermero/a compartiendo el mismo cupo) que tienen la responsabilidad de ofrecer los servicios de atención primaria a una población determinada, trabajan en equipo de forma complementaria, tienen criterios comunes, y son vistos por su población como un equipo de trabajo (Cebrián H, 2001).

En la conceptualización del modelo UBA, se contempla que existen unas funciones propias de cada profesional, pero también existen unas actividades que puede desarrollar cualquiera de ellos. De este modo, cada profesional desarrolla las actividades propias de su rol, se abordan los problemas de la población de forma verdaderamente multidisciplinar, y la parte del trabajo que pueden realizar tanto unos como otros, se va a distribuir en función de la disponibilidad (Casajuana J, 2003). En muchos centros de salud siguen produciéndose actividades repartidas de forma rotatoria entre profesionales de enfermería (curas a domicilio, programa de niño sano o de mujer, etc.) a pesar de estar demostrado que, el trabajo discontinuo favorece el aumento de la utilización (Cebrián H, 2001). Sin entrar a valorar las ventajas e inconvenientes de las distintas variantes organizativas, proponemos la organización de la demanda con una visión de modelo UBA, dado que la mayoría de centros de salud existentes tienen una plantilla compuesta por un número más o menos parejo de médicos y personal de enfermería, y tienen pocas posibilidades de poder variar esa plantilla (Casajuana J, 2003).

Actualmente es preciso experimentar abordajes innovadores, especialmente en relación a los modelos organizativos de estos profesionales, potenciando su papel en tareas más resolutivas, en la atención a los pacientes crónicos, fomentando la comunicación grupal entre ellos, la autorresponsabilización, etc. (Guijarro-Eguskizaga A, 2002). Por ejemplo, debemos eliminar el protocolo en cuanto a lista de actividades a desarrollar (tomar la presión arterial cada 1 o 2 meses) y **orientarnos a actividades por objetivos**; así podremos valorar si se consiguen, midiendo la eficiencia del medio empleado para alcanzar los objetivos.

Desgraciadamente desde los niveles de gestión se incentiva la mayor captación de pacientes en los programas de crónicos, pero no se hace lo mismo con la **atención eficiente** desde el punto de vista de la utilización (buenos resultados de salud con un menor número de visitas). Y es posible que, en el campo de la salud mental, el profesional de enfermería este bastante desaprovechado. Se sabe de la efectividad de los grupos de relajación en reducir la ansiedad, la hta, las crisis de asma, etc. Muchas de las actividades que desarrolla enfermería tienden a implicar, cada vez más, a estos profesionales en el abordaje de consultas o problemas que en nuestro medio suelen considerarse como propios del médico.

El desarrollo de las actividades de enfermería en la línea de una mayor implicación en la resolución de la demanda asistencial se está priorizando en algunos países, incluso con modelos de atención primaria similares al nuestro como puede ser el Reino Unido, con

resultados muy interesantes (*Mundinger MO, 2000; Shum C, 2000*). Hay un reciente estudio, donde se afirma que el filtro de los pacientes que solicitan consulta, para el mismo día, realizado por profesionales de enfermería de centros de salud ingleses tiene un gran impacto en la disminución de trabajo en consulta del médico de familia (*Richards DA, 2004*).

En la práctica médica en equipo habría que contar además con la influencia del **líder** clínico, que por otra parte no tiene por que coincidir con el coordinador del centro de salud. Pueden coexistir varios líderes en función de materias clínicas concretas, pero no siempre los líderes ejercen sus funciones, ya que pueden tener diversos grados de implicación en su liderazgo. En definitiva, los líderes influyen sobre la formación y práctica clínica del resto de compañeros. La implantación de un programa formativo que involucre a los líderes clínicos y que refuerce los nuevos comportamientos de los médicos de familia, se plantea como un buen método de cambio y mejora en la práctica clínica (*Eisenberg J, 2002*). Si el líder "contagia" una atención de calidad, podría ser un líder positivo en cuanto a la reducción de la utilización. Pero también se puede contar con líderes clínicos negativos, que pudieran aumentar el consumo de recursos y fármacos de utilidad clínica dudosa.

El **clima organizacional** puede entenderse como el conjunto de características psicológicas que describen una organización, que la definen distinguiéndola de otras, relativamente estable en el tiempo y que influye en la conducta de las personas de esa misma organización. El clima puede tener una repercusión sustancial en el bienestar psicológico de los trabajadores, influyendo en su motivación y en su comportamiento, condicionando el grado de adhesión de estos a los objetivos de la organización y, por tanto, sobre los resultados de su trabajo (*Muñoz E, 2005*).

Es un concepto multidimensional, es decir, definido e influido por múltiples componentes. Palacio encontró que los aspectos más valorados por los profesionales de atención primaria en un centro de salud eran las actitudes que definen su relación con los pacientes y los otros profesionales, y la forma en que son gestionados por sus directivos (*Palacio R, 2003*). Un grupo que trabaja en equipo y se muestra cohesionado percibe un mayor apoyo directivo. La paradoja está en el hecho de que los equipos directivos suelen dedicar escasos o nulos esfuerzos a mejorar la satisfacción de los profesionales, aunque sepamos que es imprescindible para mejorar la calidad de los servicios (*Muñoz E, 2005*).

Un reciente estudio de Coll, en el que intentó medir distintos aspectos del trabajo tanto en clima como en satisfacción, nos refiere que parece claro qué cambios en la gestión pueden mejorar el clima, aumentando la satisfacción y, por lo tanto, la calidad de los servicios prestados. La percepción de un pobre ambiente de trabajo va unida a una mala valoración de aspectos organizacionales y a estimar como escaso el apoyo de jefes y compañeros (*Coll JM, 2003*). Por todo ello, el médico de familia no debería escatimar esfuerzos y recursos para fomentar el trabajo en equipo y multiprofesional.

### **2.3.3.3. La satisfacción en el trabajo**

Aunque la mayoría de los médicos se sienten globalmente satisfechos respecto a su carrera profesional, el incremento de las expectativas de la población y de las demandas, tanto de los pacientes como de los sistemas sanitarios, ha generado entre el colectivo médico la

percepción de un aumento de la labor asistencial con escasez de tiempo, mientras se reduce su autonomía y su capacidad resolutoria (Muñoz E, 2005). Diversos estudios han mostrado una correlación directa entre la satisfacción de los trabajadores sanitarios y la de sus pacientes y una relación inversa con el absentismo y el bajo rendimiento (Muñoz E, 2005).

La satisfacción, entendida como sensación de bienestar con respecto al trabajo, es un concepto paralelo al de **calidad de vida profesional** que puede definirse como la percepción por el propio trabajador de un equilibrio entre las demandas o cargas de un trabajo y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que se disponen para afrontarlas. Así, en la calidad de vida profesional influyen las características profesionales, personales y familiares del propio trabajador. Se sabe que la personalidad del trabajador es un factor determinante en la percepción de estrés o de satisfacción laboral. El grado de control sobre los resultados del propio trabajo, la percepción de autonomía y los ingresos económicos también se han relacionado con la satisfacción de los médicos de atención primaria (Hadley J, 2002).

Según Peiró, la insatisfacción laboral en los sanitarios tendría como desencadenantes: los propios sentimientos y conductas de los pacientes, la naturaleza de la enfermedad con la que se lucha, las diferencias entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido, el conflicto de roles, la ambigüedad de rol (falta de información respecto de las tareas y la evaluación) y la posibilidad que tiene el profesional de controlar su propio trabajo (Peiró JM, 1992). Como hemos comentado en el apartado del trabajo en equipo, hay estudios realizados en atención primaria, que han demostrado que el apoyo directivo es la dimensión más influyente sobre la calidad de vida profesional global (Cortes J, 2003). Por este motivo, el factor que más ayuda a explicar las diferencias en la calidad de vida profesional no es la ocupación o el puesto de trabajo, sino la unidad de servicio en la que se trabaja, con variaciones dentro de la propia empresa sanitaria (Cabezas C, 2000).

Muchas de las dimensiones que influyen en la satisfacción de los profesionales son actitudes. En estos momentos, en la mayoría de empresas sanitarias, no existen planes de formación en actitudes, sino que se sigue insistiendo sobre las aptitudes (conocimientos y habilidades) (Coll JM, 2003).

#### **2.3.3.4. Optimización de la Actividad Burocrática del Médico de Familia**

La gestión de la burocracia es uno de los factores dependientes del profesional y de la organización que más influye en la utilización. Como ya comentamos en el apartado de macro-organización, el motivo de consulta burocrático (recetas, partes de incapacidad laboral, etc.) es el más frecuente en la atención primaria de nuestro país. El tiempo que dedica el médico de familia a las labores exclusivamente burocráticas alcanza casi el 40% del tiempo total de consulta. La buena gestión de las prescripciones repetidas y el aumento del personal administrativo se relacionan con una menor presión asistencial (Bellón JA, 1995-c).

Es conocido que cuando el paciente tiene que ir a la consulta por un motivo burocrático, muchos de ellos añaden otro motivo de consulta ("*pues ya que estoy aquí...*") (Borrell F, 1989); a lo que se puede añadir una "cultura de la receta" sobre la que gira gran parte de nuestras consultas, en cuanto a las expectativas del paciente, como en cuanto a las del médico y las que cree el médico que tiene el paciente (Britten N, 1994). En cuanto a las estrategias que optimizan la actividad burocrática citaremos las siguientes: dar las recetas y



los impresos de pruebas (ECG, análisis, etc.) necesarios para la próxima visita, la organización de las prescripciones repetidas y cartillas de largo tratamiento y la organización de las bajas laborales de larga duración fuera de la consulta a demanda (*Casajuana J, 2003*).

### **3. INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE HIPERUTILIZADOR**

#### **Introducción**

Seguimos insitiendo en que no existe un criterio objetivo con aceptación universal para definir a los pacientes hiperutilizadores (HU). El concepto de paciente HU es estadístico y arbitrario; sin embargo lo esencial del concepto de hiperutilización, sobre el que convergen todas las definiciones, sería que los HU, siendo pocos, consumirían una gran proporción de todas las visitas que recibe su médico de familia (*Svab I, 1993; Bellón JA, 2005-a*).

La cuestión de si estos individuos se comportan de forma inapropiada o por el contrario, lo hacen en respuesta a necesidades genuinas de salud, esta todavía por resolver. Planteándose dos hipótesis sobre la génesis de los HU; por una parte pueden considerarse como un comportamiento apropiado en respuesta a una necesidad real que representa el fin del espectro de consulta; o bien se les considera como individuos «desviados» que crean una innecesaria y no bienvenida carga de trabajo. Aunque, como comenta Neal, lo más frecuente es que los HU estén en una posición intermedia entre estos extremos, comprendiendo un heterogéneo grupo de pacientes con diferentes necesidades, pudiendo representar, en determinados casos, una disfunción en la relación médico-paciente (*Neal R, 1996*).

El proceso por el que el paciente HU toma la decisión de consultar es complejo, esta influenciado por la experiencia con los síntomas y las consultas en el pasado. Los patrones de comportamiento son diferentes pero las razones de por qué acuden a su médico de familia suelen ser similares. Las enfermedades crónicas (físicas y psicológicas) y la necesidad de medicación han sido previamente identificadas como los mayores factores en la hiperutilización (*Campbell SM, 1996; Báez K, 1998*).

#### **¿Merece la pena intervenir?**

#### **Historia natural del HU poco conocida**

En el estudio de Jiwa, algunos pacientes que fueron identificados como HU en el periodo evaluado parecen no haber sido HU en el pasado. Además, en el siguiente periodo tras el evaluado, algunos demostraron un marcado descenso en la frecuentación. Claramente hay pacientes que pueden ser excepcionalmente HU pero no de forma continuada. Esto refleja las muchas razones por las que los pacientes consultan a los médicos de familia y las interrelaciones con factores sociales, económicos y psicológicos.

Esta reconocido que algunos pacientes aparecen a consultar a sus médicos sin que la razón de su consulta sea identificada. Tales pacientes no reciben un diagnóstico o tratamiento efectivo solo el contacto con su médico, y han sido identificados como “dependientes temporalmente” (*Jiwa M, 2000*).

La propia definición de HU hace que la permanencia de una persona como HU sea relativa en el tiempo. Si lo definimos, como la mayoría de los autores, como aquellos pacientes con un patrón de utilización elevado en **un año**; sólo podremos asegurar que lo es en ese año. Si lo hacemos en periodos de tiempo más prolongados, por ejemplo, 3 años o 6 años (*Freeborn DK, 1990*), probablemente estemos restringiendo el perfil de HU hacia personas con características diferentes. Una persona que durante un año sufra una fractura grave, si su médico le hace venir casi todas las semanas por el parte de confirmación de su incapacidad temporal; durante ese año se convertirá en un HU. Pero si al año siguiente, no se le asocian otros motivos por lo que acudir tanto al médico, es bastante probable que deje de ser HU aún sin proponérselo, ni intervenir su médico. Es lo que podríamos denominar **resolución natural de la HU**. En el otro extremo, encontraríamos personas que durante mucho tiempo (varios años) mantienen patrones de utilización muy elevados y que, generalmente, si no se interviene desde el centro de salud, es muy probable que esos patrones se perpetúen indefinidamente en el tiempo. A este patrón correspondería, por ejemplo, un paciente con una depresión que su médico de familia no termina de diagnosticar porque tiene una presentación fundamentalmente somática. Este caso, lo podríamos denominar **HU sin resolución natural**. En ambos casos se podría intervenir, en el primero si el médico se apoyara en el acumulo de partes de incapacidad temporal, se reduciría la utilización durante el año de su afección. En el segundo, el manejo de la depresión con éxito también lograría la reducción de las visitas. Sin embargo, si no interviniéramos, la HU duraría un año en el primero y muchos en el segundo.

Pero ¿cuáles serían los HU en los que merecería la pena intervenir? Para responder a esta cuestión necesitamos acercarnos a la realidad de cada HU, ¿por qué acude con esa frecuencia a nuestras consultas?, a partir de aquí podremos diseñar un plan estratégico con el que intentaremos disminuir el número de sus visitas.

## **Problemas con la definición**

En la Introducción ya comentamos que los pacientes que son atendidos más frecuentemente, es decir los HU, han sido llamados de diferente forma según autores con una gran variedad de etiquetas: O’Dowd (*O’Dowd TC, 1988*) los llamó pacientes heartsink; Groves (*Groves JE, 1986*), se refería a estos pacientes como “odiosos”; Westhead (*Westhead JN, 1985*) se refería a **hiperfrecuentadores** y este es el término más utilizado en las publicaciones recientes (*Casajuana J, 2003; Savageau J, 2006*).

Seguimos recordando que la mayoría de los autores han empleado algún tipo de criterio estadístico clasificatorio: más allá del percentil 90 (*Arroyo E, 1998*) o 95 (*Fuentes MC, 1994*), la media más 2 desviaciones estándar (*Orueta R, 1993; Szydlowski JW, 2002*), etc. Una estrategia recomendada es la de estratificar la definición por edad y sexo (*Segovia A, 1998; Bellón JA, 1999*).

Quizás una de las claves estaría en definir patrones de utilización en función del tiempo a modo de “diagramas de flujo” o “curvas de utilización”. De tal modo que estas

curvas de utilización fueran capaces de asociarse a determinadas características de HU. En esta línea, Neal y Heywood desarrollaron un modelo de clasificación ingenioso, encontrando cinco grupos con **patrones de utilización** diferentes:

- “Regulares con pequeñas fluctuaciones” sin incrementos de frecuentación repentinos.
- “Supernovas”, con periodos de frecuentación muy elevada y escasas visitas fuera de esos periodos.
- “Explosiones de frecuentación y consultas esporádicas”.
- “Regular como un reloj” consultas extremadamente regulares en el tiempo.
- “Grupo mixto” que no siguen un patrón en su periodicidad.

Consideran que estos patrones de hiperutilización pueden ser explicados por razones clínicas y de la propia organización de la consulta (*Neal RD, 2000*).

Ya hemos comentado en el apartado de los conceptos generales sobre hiperutilización que aunque la mayoría de los pacientes difíciles son hiperutilizadores, no son términos equivalentes. Este solapamiento conceptual, produce también cierta confusión en los diferentes estudios y enfoques de intervención con los HU. El paciente problema o difícil sería aquel que produce cierta incomodidad en el profesional, aunque actualmente se prefiere hablar de "**encuentros difíciles**" ya que a veces el difícil puede ser el médico y/o el entorno (*Jackson JL, 1999; Bellón JA, 2003*).

Según el estudio de Corney, las características destacables comunes entre el grupo de pacientes difíciles, fueron las siguientes: 1) muchos tenían síntomas físicos menores, a menudo dolor abdominal o de espalda; en la mayoría de los casos, no se encontraron causas orgánicas, a pesar de haber tenido en cuenta la opinión de los especialistas; 2) los pacientes tendían a no ser solamente HU, sino también fueron considerados como “exigentes”, demandando otras formas de tratamiento o ser derivados a donde fuera. Muchos eran HU de otros servicios comunitarios, incluyendo servicios de urgencia; 3) una alta proporción de los pacientes fueron considerados por sus médicos como depresivos y ansiosos crónicos; 4) la familia y las dificultades maritales eran comunes en los grupos que viven en familia y el aislamiento social en aquellos que viven solos; y 4) la falta de interiorización de las causas psicológicas de los síntomas del paciente, frecuentemente, aumentaba la frustración del médico (*Corney RH, 1988*).

## **Propuestas de Intervención**

### **I) Intervenir sobre el HU o sobre la organización de la consulta**

Ambos aspectos pueden ser compatibles y sumativos en los resultados, pero se plantean desde enfoques diferentes. Podemos ayudarnos con el símil de atravesar un **bosque** (la demanda asistencial de la consulta): visto desde fuera definimos su extensión, altura, densidad arbórea, homogeneidad, lo que nos permite proponer estrategias de organización; mientras que cuando estamos dentro y nos encontramos en el camino un **roble** de 2 metros de ancho (HU), este obliga a plantearnos estrategias individuales. Ambas estrategias, la organizacional y la individual, serían necesarias para reducir la hiperutilización de las consultas. La primera, posiblemente tuviera un mayor impacto sobre

la presión asistencial. La segunda, se centraría en resolver problemas del HU de una forma más individualizada; que de llevarse con éxito, tendría repercusiones sobre la salud tanto del paciente como de la relación médico-paciente. No obstante, una estrategia individual también podría ser organizativa, recordemos el ejemplo de los partes de confirmación de incapacidad laboral acumulados en el caso del apartado anterior.

Las intervenciones más limitadas, centradas en los HU o en algún otro aspecto han obtenido resultados contradictorios (*Turabian JL, 1989; Dowrick C, 1992*). Si fuéramos rigurosamente científicos, sólo se debería intervenir sobre aquellos factores sobre los que los ensayos aleatorios hayan puesto de manifiesto una reducción de la presión asistencial de forma significativa y relevante.

Recordando a Bellón, los factores del usuario explican el 50% de la variabilidad de la utilización y el otro 50% depende de las variables del profesional y la organización (*Bellón JA, 1998*). Partiendo de este porcentaje, existen estudios que nos plantean como las características del proveedor explican hasta el 55% de la variabilidad de la presión asistencial (*Hurley J, 1996*); y la demanda inducida por el propio profesional supera muchas veces el 30-40% de toda la demanda (*Bain J, 1998*). Es preferible planificar e implementar un conjunto de estrategias, un paquete de medidas que contenga elementos de los tres tipos: estrategias con el usuario, con el profesional y con la organización. La proporción de estrategias de una categoría u otra depende del diagnóstico previo que se haya elaborado a través de la información cuantitativa que proporcionan los indicadores y, cómo no, de la información cualitativa de que se disponga (opiniones, entrevistas, grupos focales, grupos nominales, etc.)

Sin embargo, pueden darse amplias diferencias. Por ejemplo, algunas consultas están tan desorganizadas (elevado porcentaje de motivos de consulta administrativos, excesivos controles a los pacientes crónicos, poca coordinación con el profesional de enfermería, etc.) que una intervención sobre tales factores podría reducir la presión asistencial intensamente. En otras ocasiones, las variables de morbilidad (especialmente la morbilidad crónica o la de salud mental) estarían muy hipertrofiadas, y este conjunto de variables aportaría más del 50% de la variabilidad de la utilización. En cualquier caso, después de diseñar las posibles estrategias que podrían resultar útiles en un caso concreto, se deberían priorizar a través de alguna técnica de consenso con puntuación ponderada en al menos dos dimensiones (eficacia y factibilidad de la medida), para a continuación elaborar el plan de actuación y monitorizar el proceso y los resultados. En realidad, este tipo de intervenciones requiere un gran esfuerzo profesional y personal así como cierta dosis de humildad y motivación; no obstante, muchas de las medidas propuestas pueden formar parte de un **plan de mejora de la calidad** genérico que muchos profesionales podrían asumir, aún sin el ánimo de reducir la utilización. Recogemos en la tabla (**Anexo I**) los 10 puntos clave para reducir la utilización de las consultas de atención primaria “y no morir en el intento” (*Bellón JA, 1998*).

## II) Intervención individual o en grupo

Aunque resulta tentador reunir a los HU para desarrollar algún tipo de intervención grupal, sus efectos pueden resultar impredecibles o contrarios a lo esperado (*Turabian JL, 1989*). No parece una buena estrategia juntar a un grupo tan heterogéneo de pacientes para aplicarles las mismas medidas. Los objetivos de reducción de las visitas deben ajustarse a las características de cada caso. En un paciente con un hipotiroidismo aislado, el tratamiento

hormonal debe reducir espectacularmente el número de visitas. En un anciano con pluripatología crónica, si conseguimos un mejor autocontrol o apoyo familiar de sus enfermedades y una optimización de la demanda burocrática (recetas de largo tratamiento) se podría rebajar la utilización hasta en un 50% o más; mientras que en un paciente con múltiples síntomas somáticos y psíquicos al que se le suman problemas de apoyo social, pobreza, soledad y disfunción familiar, probablemente sería más realista una reducción del 20% o menos (Bellón JA, 1998).

Algunos ensayos controlados han demostrado que intervenciones puntuales sobre los HU reducen su utilización; así lo consigue el tratamiento acertado de los problemas de salud mental (Katon W, 1990), del déficit de apoyo social (Tudiver F, 1995), o las intervenciones de educación de la utilización ante problemas menores de salud (Roberts CR, 1983). Según Dowrick, los objetivos de intervención en atención primaria para reducir la hiperutilización, por parte del médico de familia, deberían focalizarse en el manejo eficaz de la depresión y los desordenes relacionados con esta (Dowrick CF, 2000-a). Y en esta línea, el NHS concluye que las intervenciones que demuestran una mejora en el manejo de la depresión en atención primaria requerirán un esfuerzo sustancial del papel de los profesionales de enfermería y una mayor integración con el nivel especializado (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2002).

### III) Con pacientes difíciles o con pacientes hiperutilizadores

Nuevamente insistimos en que todas las definiciones convergen en que los pacientes HU serían aquellos pocos que realizan muchas visitas (Svab I, 1993). Sin embargo, en el concepto de paciente difícil lo fundamental es la vivencia que el médico tiene de la relación médico-paciente, en la que ser HU es una característica más. Estamos de acuerdo con que las características del paciente problema son muy parecidas a la del HU (John C, 1987), aunque algunos pacientes problema no son HU (O'Dowd TC, 1992).

En general, los abordajes posibles tanto para el HU como para el paciente difícil suelen tener **enfoques comunes** salvo cuando las posibles causas de la hiperutilización tienen que ver más con un problema de tipo organizativo de la consulta del propio profesional. Ya hemos comentado que el gran volumen de la actividad burocrática (visitas administrativas previsibles) en la consulta del médico de familia lo constituyen las recetas de crónicos y los partes de confirmación. Todo ello es, en su gran mayoría, consecuencia de la existencia de unos documentos absolutamente inadecuados, pues su diseño no está pensado para el trabajo del médico, sino para cubrir o facilitar otras necesidades totalmente ajenas a la actividad asistencial. Recordemos el caso del paciente con una fractura, en el que dejar los partes en el área administrativa, facilitará la agilización del trámite y evitará la frecuentación excesiva en la consulta médica (Casajuana J, 2003).

Para el manejo particularizado y metódico del HU y paciente difícil se proponen una serie de estrategias que se fundamentan en la experiencia y la literatura (O'Dowd TC, 1988; Schwenk TL, 1992; Bellón JA, 1998) y cuyos objetivos se pueden resumir en dos: por un lado, reducir la incertidumbre clínica desde un enfoque biopsicosocial y por el otro plantearse la hipótesis de una relación médico-paciente difícil (Bellón JA, 2003).

Para cualquier aproximación a las raíces del problema, varias propuestas han sido recomendadas (O'Dowd TC, 1988; Corney RH, 1988). A menudo las primeras quejas del

paciente HU suelen haberse perdido en la oscuridad de los tiempos y el espesor de sus amplios historiales testificados con numerosos intentos de abordaje terapéuticos. Es a menudo difícil para el médico recordar todos los aspectos sobre las causas y focalizar la atención sobre los aspectos más importantes en cada momento particular.

En lugar de continuar con interminables consultas insatisfactorias, se necesita una pausa, coger fuerzas y revisar. Una estrategia sugerida es que el médico de familia debería **mirar al hiperutilizador o al paciente difícil como si fuera un nuevo paciente** y desarrollar una entrevista acumulando información e intentando implicar al informante. Una sugerencia alternativa es disponer de un tiempo a parte, una consulta extensa en la que se “fijen” (valorar, aclarar, revisar) los problemas del paciente. Este periodo puede ser dedicado a revisar todas las anotaciones, ordenándolas de forma cronológica, resaltando ciertos aspectos del caso y estructurando la información de una forma multidimensional. Con el fin de colocar los síntomas en el contexto de las experiencias vitales y la personalidad del paciente y proveer de decisiones básicas más adecuadas para considerar el manejo de este (*Corney RH, 1988*).

#### **IV) Intervención médica o biosicosocial**

En la práctica de la medicina de familia es difícil encontrar un equilibrio entre lo biológico y lo psicosocial sin que se produzca un sesgo hacia alguno de los polos, pero es posible a base de entrenamiento (*Marvel MK, 1998*). No debemos olvidar que es muy frecuente la coincidencia de diagnósticos en lo biológico y lo psicosocial. Los problemas psicosociales en la consulta de atención primaria son muy prevalentes y sin embargo son pocos y mal diagnosticados por los médicos de familia. Suelen presentarse en forma de “morbilidad oculta”. Entre un 30-40% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria padecen un problema psicosocial y de estos solo son diagnosticados el 30-50% de los casos (*Rovinson JW, 1999*). De la Revilla comprobó que hasta un 77% de los HU tenían problemas psicosociales (*De la Revilla L, 1994*). ¿Por que se detectan con tanta dificultad? Pasamos a detallar algunos de los posibles factores explicativos:

##### Factores del médico de familia:

- Deficiencias formativas en el diagnóstico y manejo práctico de los problemas psicosociales (*Lieberman J, 1999*).
- Los médicos de familia se sienten más cómodos entre parámetros físicos (*Dowrick C, 1996*).
- Los médicos de familia pueden ser presa del miedo a “abrir la caja de Pandora”, temiendo no poder controlar los problemas que el paciente le plantea (*Butler CC, 1999*).
- Además del miedo a los litigios por fallos en el diagnóstico de enfermedades somáticas (*Lemelin J, 1994*).
- El estilo de práctica profesional, centrado en el médico, por lo que se desconocen o no se entienden bien las creencias y expectativas del paciente, dejando un poco de lado el impacto emocional que los síntomas o la enfermedad produce en los pacientes (*Tannenbaum D, 1996*).

##### Factores del paciente:

Los pacientes suelen codificar su malestar psicosocial en forma de síntoma físico. Algunos síntomas como “fatiga-cansancio” están mucho más relacionados con problemas psicosociales que con los físicos, aunque en las creencias de los pacientes predomina la atribución física (*Ridsdale L, 1999*). La mayor severidad de los síntomas psicológicos y el peor estado de salud funcional (psíquica y física) aumenta el reconocimiento y la intervención de los médicos de familia sobre los problemas psicosociales de sus pacientes (*Raine R, 2000*).

#### Factores del entorno:

El principal factor que se correlaciona con un peor diagnóstico de los psicosociales son las entrevistas cortas. En algunos estudios (*Robinson JW, 1999*) con videograbaciones en la consulta reconocen que se necesita entre 3-6 minutos más para hacer un abordaje de psicosociales. Por todo ello, Steinmetz nos anima a considerar que el problema este en el encuentro médico, en la interacción entre el médico y su paciente (*Steinmetz D, 2001*). Si los estudios referidos nos demuestran la asociación entre los factores psicosociales y el uso de los servicios en atención primaria, y si entre estos factores, **la salud mental ha sido el factor más importante asociado con el estatus de HU seguido de la disfunción familiar** (*Bellón JA, 1999*), compartimos la propuesta del manejo de los problemas de salud mental desde un enfoque familiar ya que puede reducir el elevado uso de servicios de atención primaria.

La intervención indicada en cada HU dependerá del diagnóstico biopsicosocial de cada caso y debe ser individualizada. No es lo mismo tratar a un anciano con problemas de soledad y depresión que a otro con un trastorno cognitivo e hipotiroidismo. Esto no quiere decir que, por ejemplo, no se puedan organizar grupos de relajación con pacientes que tengan un problema de salud común (ansiedad, hta, asma, etc.), independientemente de que sean HU o no, y sobre los que la relajación haya demostrado sus beneficios (*Bellón JA, 1998*).

Llegado hasta aquí, consideramos de gran utilidad el modelo teórico donde el médico de familia se sitúa en el centro de una figura de cuatro lados, la orientación sistémica y de intervención familiar, las habilidades de entrevista y comunicación, la orientación comunitaria y de intervención social y las habilidades de psicoterapia, mientras que la orientación clínica sería el centro la dicha figura (**Anexo II**). Estos cinco grupos de orientaciones se pueden interrelacionar para el diseño del plan de abordaje individualizado a cada HU (*Bellón JA, 2003*). Uno de los problemas más habituales que padecen los médicos de familia cuando entrevistan a pacientes con problemas psicosociales, es la carencia de un marco de entrevista ordenado, coherente e integrado en la consulta habitual (*Campbell TL, 1998*) por eso proponemos intentar aplicar el plan de entrevista psicosocial del **Anexo III** (*Bellón JA, 2003*).

Los test psicosociales pueden servir de ayuda en el diagnóstico de los problemas psicosociales, pero en general requieren un encuadre de entrevista más larga. En una investigación se encontró que, aun sabiendo los médicos de familia el resultado de los test psicológicos, su intervención fue escasa (*Dowrick C, 1995*). La efectividad aumenta cuando los test psicosociales abarcan, no solo la dimensión psicológica, sino también la social y familiar (*Bellón JA, 1997*).

## V) Intervención médica o multiprofesional

La multiprofesionalidad, entendida como la actividad compartida del trabajo entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo, produce un aumento de la eficiencia y disminuye las cargas de trabajo (*Pritchard P, 1994*). Recordemos que si el médico pudiera delegar actividades en profesionales como el/la enfermero/a o el/la trabajador/a social se podría reducir la utilización, o al menos, gestionar el tiempo con mayor eficiencia (*Pritchard P, 1990*).

Si cuando una persona con problemas psicosociales, sus expectativas de apoyo social, las satisface casi exclusivamente con el médico de familia o el profesional de enfermería, la probabilidad de que el paciente se “enganche” al sistema es alta (*Ellaway A, 1999*). Sería todavía peor si, además, el profesional no es consciente de la capacidad de generar dependencia, ya que los pacientes que encuentran una atención “como en casa” (*Smucker D, 2001*). Los esfuerzos tendrían que ir dirigidos a conseguir que el paciente encuentre en su red o en una nueva red social que le propongamos, los apoyos necesarios. Muchas veces es más eficiente derivar a un paciente a algún grupo de la comunidad que al equipo de salud mental o el trabajador social (*Craven MA, 1995*). El aumento del apoyo social es una medida terapéutica genérica que casi siempre puede estar indicada en los problemas de salud mental.

Casajuana nos propone implicar más a los profesionales de enfermería, siguiendo un determinado modelo de trabajo previamente acordado, distribuyéndose las actividades de forma mas razonada, en función de la disponibilidad de cada profesional, pudiendo participar activamente desde la atención de determinados tipos de problemas de salud (seguimiento de patologías crónicas, actividades preventivas, etc.); su implicación en las consultas telefónicas concertadas, y en la recogida de resultados, básicamente analítica, en consultas programadas de enfermería (*Casajuana J, 2003*). A partir de ahí la velocidad de desarrollo en cada UBA va a depender del interés de los implicados, siguiendo el concepto de **consulta única** y sala de espera única en la que los pacientes, que son compartidos, vienen a encontrar solución a sus problemas. Sharpe nos comenta que el tratamiento ideal, en el caso concreto de la somatización, es un **equipo con enfoque multidisciplinar** donde el paciente pueda recibir una atención global (*Sharpe M, 1995*).

En un estudio de médicos de familia con “heartsink”, una de las sugerencias del propio grupo fue “evitar culpabilizar al paciente de sus problemas y animar al desarrollo de estrategias alternativas de manejo” (*Mathers N, 1995*). Los pacientes HU, así como los que presentan problemas psicosociales y de mala evolución, se deben **compartir con los otros miembros del equipo** de atención primaria (enfermero/a, trabajador/a social, etc.) y los especialistas, huyendo de las actitudes de “furor terapéutico”. También los logros conseguidos con los pacientes HU o pacientes difíciles se deberían comentar con los compañeros y personas significativas, ya que este tipo de gratificación puede ser fundamental para la autoestima del profesional.

Merece la pena comentar la experiencia de Matalon en un estudio piloto para ver los efectos de una **intervención breve psicosocial** en HU, donde un médico de familia, un trabajador social y un psiquiatra consultor consiguen, a través del apoyo a la “narrativa vital”, modificar la conducta de enfermar, disminuir los gastos en exploraciones, derivaciones y hospitalizaciones (*Matalon A, 2002*). Como resumen, consideramos que las relaciones de colaboración del equipo de salud mental con el equipo de atención primaria



pueden influenciar positivamente sobre la capacidad de detección y manejo de los HU y los pacientes con problemática psicosocial de los médicos de familia (*Midgley S, 1996*).

## **VI) Qué resultados se han obtenido**

Hace ya bastantes años, O'Dowd propuso una intervención específica sobre los pacientes considerados "hearsink" (difíciles). El equipo de trabajo estuvo compuesto por 3 médicos de medicina general y ocasionalmente un psicólogo. Se plantearon reuniones donde se mostraba la información disponible del paciente, se definían los posibles problemas, se formulaba un plan de manejo e incluso se proporcionaba soporte al profesional que necesitaba negociar con cada paciente dicho plan individual. Concluyó que los hearsink son una gran fuente de estrés para los médicos y se beneficiarían si son abordados por sus médicos en **grupos de discusión** específicos de paciente difícil (*O'Dowd TC, 1988*).

En esa misma década, Corney planteó una investigación para los médicos de familia, donde se pretendió prepararlos en el manejo del paciente difícil. Los participantes fueron invitados a aportar detalles escritos de sus pacientes más difíciles. A partir de estas aportaciones se les impartió un taller de trabajo para la discusión de los casos. Entre los pacientes más difíciles estaban aquellos que repetidamente acudían con síntomas físicos crónicos no explicados y que eran denominados somatizadores por sus médicos. Al final del estudio algunas de sus conclusiones fueron, que puede ser útil incorporar diversos modelos de abordaje dentro de una forma **mas estructurada**, con un enmarque **práctico** que permita a los médicos de familia revisar y adoptar una **nueva forma de acercamiento** a sus pacientes difíciles. Concretamente el **revisar todas las anotaciones**, ordenándolas de forma cronológica, resaltando ciertos aspectos del caso y estructurando la información de una forma multidimensional. La información que era desconocida o ignorada previamente puede ser identificada. Posteriormente, en la **discusión del grupo de trabajo** sobre un paciente difícil llegó a ser evidente la necesidad de considerar las áreas social e interpersonal, partiendo de una implicación activa del paciente. Solo con la comprensión plena de todos los problemas del paciente el médico puede decidir, **junto con el paciente**, que aspectos pueden ser abordados con una razonable posibilidad de éxito (*Corney RH, 1988*).

Algo similar se detalla posteriormente en el estudio de O'Dowd sobre pacientes "heartsink", donde el equipo de trabajo se reunió para compartir la información y definir más claramente el problema de los profesionales y de sus pacientes considerados difíciles, diseñándose un plan específico de manejo. El seguimiento de 5 años más tarde, mostró que los índices de consulta de los pacientes difíciles individuales habían descendido (*O'Dowd T, 1992*).

Más recientemente, Steinmetz analiza las entrevistas de 15 médicos de familia a pacientes difíciles, ofreciéndoles una entrevista "larga", llega a valorar las características más frecuentes de este tipo de pacientes (problemas de comportamiento, con múltiples quejas y con trastornos de salud mental), y nos da una serie de recomendaciones concretas: **uso correcto de las habilidades de comunicación**, mejora de la relación medico-paciente, contención de las pruebas complementarias y derivaciones a otros especialistas, así como recomendar al profesional cuidarse mediante experiencias grupales (*Steinmetz. D, 2001*).

En el trabajo publicado por Vedsted, tanto los HU como los médicos de familia expresaron la necesidad de una **consulta especial** para HU; esta tenía una duración de media hora, y consistía en un repaso de los síntomas actuales, discusión sobre la atención recibida hasta el momento y un plan de futuro. El uso de estas consultas fue elevado, por lo que los médicos confían en el efecto positivo de este tipo de consulta sobre el estado de salud de los HU (sobre todo los que tenían niveles elevados de síntomas funcionales) y el descenso de su necesidad de consultar (*Vested P, 2002*).

La intervención **individualizada específica** de Matalon, ya comentada, donde cada paciente participaba de forma activa en el diseño del plan de intervención, teniendo en cuenta sus preferencias y creencias culturales. Esta incluía desde un simple counselling sobre conductas de salud desadaptativas, al tratamiento farmacológico para la ansiedad o la depresión. Además de esto, ofrecieron **psicoterapias de intervención breve** como la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación o guías de apoyo con imágenes. Llegaron incluso a derivar a otros especialistas psiquiatras o psicólogos de equipos de salud mental para seguir con la psicoterapia mas prolongada o cuando estaban presentes las ideas de suicidio (*Matalon A, 2002*).

En la línea de las psicoterapias breves se propone la denominada “de 15 minutos” donde sesiones muy cortas (8-15 minutos) y enmarcadas en la continuidad asistencial del seguimiento en atención primaria, pueden ser tan efectivas como sesiones mas largas y estructuradas. Esto es lo que se puede denominar, la integración natural de la psicoterapia en la realidad asistencial del médico de familia (*Bellón JA, 2003*).

**Escribir sobre el malestar** puede reducir la utilización de los servicios de salud por el efecto positivo sobre la inmunidad y/o el bienestar emocional. Existe un estudio en el que los pacientes con somatizaciones escribían durante 3-4 días acerca de algún suceso traumático personal, en el que se llegó a encontrar que reducían las visitas a los consultorios, mejoraban su sistema inmunológico (proliferación linfocitos T-células ayuda), y lo mas importante mejoraban de forma relevante los resultados en salud en los pacientes asmáticos y con artritis reumatoide (*Smyth JM, 1998*).

Esta propuesta ha sido desarrollada mas en profundidad por Gidron, mediante un “protocolo descubridor guiado” (GPD), derivado de los hallazgos de estudios clínicos y revisiones de la neurociencia cognitiva. El GPD, en el grupo de intervención, pretende favorecer al paciente aumentando su control sobre la memoria de su trauma psicológico, y con ello reducir los costes en salud. Pide a los pacientes que escriban acerca del trauma más importante que hayan vivido en los años pasados, durante unos 15 minutos y durante 3 días consecutivos. Los pacientes GDP mostraron una reducción del 58% de sus visitas clínicas comparadas con el 14% del control a los 3 meses siguientes al estudio comparados con lo registrado en los 3 meses anteriores (*Gidron Y, 2002*).

Y en un trabajo de Stewart, aunque solo trabajó con 3 de los 6 componentes que incorpora el **modelo de atención centrado en el paciente**: 1) explorar la enfermedad en si del paciente y sus cuatro dimensiones (los sentimientos de este, las ideas acerca de lo que no va bien, el impacto del problema en sus vivencias diarias y las expectativas sobre lo que se podría hacer); 2) comprensión de la persona completa y 3) búsqueda de acuerdos o un terreno común (implicación en la toma de decisiones) se demostró que con este tipo de comunicación se mejora el nivel de salud de los pacientes, aumenta la eficiencia de los cuidados al disminuir la necesidad de consultar, así como la reducción del uso de test

diagnósticos y de las derivaciones. Sin embargo, a pesar de registrar un menor número de visitas médicas, los resultados no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Stewart M, 2000).

## **Intervención 7H+E**

La intervención que hemos aplicado, denominada “7H+E” (7 Hipótesis más el Equipo), se puede enmarcar dentro de las denominadas “intervenciones complejas” (Cabezas MC, 2005), es decir, se trataría de una intervención con componentes múltiples, cada uno de los cuales puede ser esencial para el correcto funcionamiento de la intervención. La intervención propuesta sobre los HU (Bellón JA, 2003) se detalla en el **Anexo IV**. Consideramos que tiene ciertas características innovadoras ya que trata de integrar diversas estrategias y se divide en una serie de etapas:

### **I/ Análisis de la información disponible: Generación de Hipótesis**

Lo primero que se debe hacer es reservar un tiempo fuera de la consulta para analizar la información disponible, tanto desde la vertiente de los problemas del paciente como de los problemas del médico y la relación médico-paciente. El análisis de los problemas del paciente se hace a partir del estudio de la historia clínica. Los HU, por definición, suelen tener una historia larga y densa. Merece la pena revisar todas las anotaciones acerca del paciente con detalle. Indudablemente muchos de estos pacientes tienen serios problemas psiquiátricos, sociales y familiares, por ello al revisar los informes del paciente o la familia se pueden revelar áreas de necesidad específica de atención médica (O'Dowd T, 1992).

### **II/ Refutación de las Hipótesis**

Hasta ahora se dispone de un listado de posibles hipótesis que pudieran explicar la hiperutilización de un determinado paciente y algunos datos sobre la relación profesional-paciente. Esto no es poca cosa, ya que la reducción de la incertidumbre clínica y emocional es un factor que por sí mismo puede hacer cambiar una relación médico-paciente de difícil a tolerable (Schwenk TL, 1992).

Es posible que muchos de los HU, captados a través de la definición estadística del número de visitas, puedan dejar de serlo simplemente con distanciarles las visitas para entregar recetas de repetición y/o partes de confirmación de incapacidad temporal; puesto que sabemos que el 40% de las visitas que recibe el médico de familia obedece a estos motivos (Casajuana J, 2003).

Resumimos, las herramientas que se disponen para refutar las hipótesis son fundamentalmente tres: una entrevista programada con el paciente, las pruebas complementarias biológicas y psicosociales y consultar la opinión de otros profesionales (Bellón JA, 1996).

### III/ Plan de Actuación y Negociación con el HU

A veces, en la misma reunión del equipo de intervención donde se definen las hipótesis, no es necesaria ningún tipo de refutación para poder elaborar un plan de intervención. Otras veces habrá que esperar a la entrevista programada, y las eventuales pruebas complementarias, para que se esté en condiciones de definir o clasificar mejor el problema o los problemas, y así poder elaborar el plan. Éste se definirá y concretará en función del tipo de hipótesis confirmada y los recursos disponibles, se elaborará una estrategia de intervención consensuada en el equipo que más tarde se negociará con el propio paciente. Con el plan de actuación, el problema puede ser tan sencillo como tratar un hipotiroidismo descubierto a propósito, o gestionar mejor las recetas; otras veces los problemas son más numerosos y complejos, especialmente en la esfera psicosocial, para lo que se requieren las habilidades específicas de abordaje psicosocial (*Bellón JA, 2002*).

Se debe pretender conseguir profesionales con habilidades específicas en salud mental, donde la formación debe ser sobre aspectos generales de la comunicación, la adhesión terapéutica y de trabajo en equipo (*García-Campayo J, 2001*). Existen ciertas técnicas sencillas de manejo de las emociones del paciente (**anexo V**) que ayudan al profesional a dar un verdadero salto cualitativo hacia la psicoterapia. En casos leves de patología de salud mental, el simple hecho de saber escuchar, empatizar y manejar ciertas emociones puede ser suficiente.

Se recomienda la aplicación del **principio de parsimonia**: se puede conseguir el mismo resultado de salud con un menor coste. Así por ejemplo, ante un paciente que presenta un trastorno adaptativo por algún cambio en la homeostasis familiar, se puede intentar una serie de sesiones de intervención familiar con el grupo familiar (digamos 3 sesiones de 30-45 minutos), o se puede simplemente manifestar una actitud empática y mostrar cierta aprobación con algún tipo de cambio razonable que sugiera el mismo paciente (8 minutos). En ambos casos, siempre que se aplique la técnica con rigor, es posible que se consiga el mismo resultado de salud (adaptación del paciente al nuevo equilibrio familiar); pero en la segunda opción, el coste profesional es menor (*Bellón JA, 2003*).

### IV/ Intervención sobre el profesional y la relación profesional-paciente

Algunas veces, la gestión eficiente del HU pasa por compartir mejor la asistencia y las cargas de trabajo desde un punto de vista multiprofesional (médico/a, profesional de enfermería y trabajador/a social) y comunitario (recursos de la comunidad). El seguir los pasos de la intervención referida puede mejorar, casi sin querer, la relación profesional-paciente. Sin embargo en ciertas ocasiones, ya comentadas, en las que podríamos hablar de profesional patológico, este debería requerir ayuda especializada para él mismo. No obstante, algunos consejos para cuidar al médico de familia en las relaciones difíciles con sus HU se recogen en el **Anexo V** (*Casajuana J, 2003*).

Para finalizar este apartado, se han descrito algunas **técnicas específicas** para que los profesionales superen los encuentros difíciles. Entre ellas, recomendamos las técnicas de control emocional como el manejo de las ideas irracionales y la parada de pensamiento (*Davis M, 1985; Álava MJ, 2003*); los ejercicios de relajación (*Davis M, 1985*), y el enfoque de solución de problemas (*Hudson W, 1993*). Con otro enfoque, pueden ser útiles

los espacios de autoayuda, tipo grupos de reflexión (*Tizón JL, 1993*), los grupos Balint (*García-Campayo J, 1994*) o los grupos de soporte emocional (*Sánchez F, 2003*) donde los profesionales puedan compartir las emociones negativas que les producen sus pacientes y adecuar los niveles de expectativas que han desarrollado respecto a la profesión. A un nivel mas sencillo, el simple hecho de presentar en la reunión del equipo de intervención el caso, incluyendo lo que el profesional siente y piensa del paciente y su relación con él, puede servir para ventilar y drenar mucho malestar emocional (*García-Campayo J, 2001*).

## ***JUSTIFICACION***

La **utilización de los servicios** de atención primaria es una cuestión que interesa tanto a clínicos como a gestores. A los primeros, porque de ella depende la organización de la consulta y su eficiencia clínica (*Bellón JA, 1993*); a los segundos, porque es un elemento fundamental a la hora de la planificación y gestión de los recursos materiales y humanos (*Cook DG, 1990*); y a ambos, porque una utilización racional y organizada genera una atención de mayor calidad así como una mayor satisfacción para pacientes (*Alastrué JL, 1992*) y proveedores (*Howie JGR, 1992*).

Cuando se ha medido la calidad de la asistencia por medio de diferentes indicadores cuantitativos (satisfacción del usuario, cumplimentación de la historia clínica, realización de actividades preventivas, etc.), se ha comprobado una correlación negativa entre el número de consultas/día y la calidad asistencial (*Delgado A, 1994*). Por ello, en las últimas décadas, se ha centrado el interés en la utilización de los servicios sanitarios, focalizándose sobre el pequeño grupo de pacientes que consumen la mayoría de las visitas y los recursos que dispensa el médico, son los llamados hiperutilizadores (HU). En cuanto al consumo de recursos, se ha calculado que el 15% de los pacientes de atención primaria consumen el 64% de todos los costes de salud (*Von Korff M, 1992*).

Pero ¿cuáles serían los HU en los que merecería la pena intervenir? Para responder a esta cuestión **necesitamos acercarnos a la realidad de cada HU**. Los objetivos de pretender reducir las visitas deben ajustarse a las características de cada caso; a partir de aquí podremos diseñar un plan estratégico con el que intentaremos disminuir el número de sus visitas planteando un abordaje individualizado.

Se ha intentado reducir la utilización actuando sobre los problemas de **salud mental** de los HU con resultados generalmente positivos (*Katon W, 1990*). En una revisión de las publicaciones sobre la formación, capacidad de evaluación y tratamiento de estos problemas por parte de los médicos de familia, se subrayó la importancia de **fomentar las actitudes positivas** de los profesionales de atención primaria hacia la psiquiatría, los servicios de salud mental y la enfermedad mental en sí misma (*Hodges B, 2001*). En esta línea, un correcto diagnóstico de los problemas de salud mental puede reducir el elevado uso de los servicios de atención primaria (*Stefansson CG, 1994*). Las áreas más adecuadas incluyen: un manejo de las habilidades de comunicación y entrevista clínica, específicamente en la depresión y los trastornos relacionados con esta (*Dowrick CF, 2000*); una aproximación al manejo de psicofármacos; una psicoterapia eficaz y la derivación adecuada de los pacientes a los especialistas de salud mental (*Steinmetz D, 2001*). En esta línea, Katon propone mejorar este manejo desde un enfoque familiar que reduzca el elevado uso de los servicios sanitarios en atención primaria (*Katon W, 1992*). También se ha probado con éxito una intervención basada en el apoyo social a los HU (*Tudiver F, 1995*).

Sin embargo, algunos estudios de intervención sobre determinados aspectos puntuales de la HU no han tenido resultados positivos. Entre ellos, destacamos el estudio sobre una intervención individual con HU, aportando a los médicos de familia información procesada de sus pacientes, donde no se demostró la reducción de la utilización. Se considera que, el

suministrar exclusivamente dicha información, aunque sea pertinente, no es suficiente para reducir la hiperutilización (*Jiwa M, 2000*).

Algunas intervenciones basadas en la **educación sanitaria** de los HU han contado con reducciones significativas de la utilización (*Roberts CR, 1983*), incluso hay un trabajo en el que se ha medido la utilización de madres ansiosas y sus hijos durante los 3 años anteriores y posteriores a la psicoterapia de las primeras, y se ha demostrado el descenso en la utilización de ambos después de la intervención (*Blakey R, 1986*); sin embargo también ha habido algunos fracasos (*Usherwood TP, 1991*).

Trabajar con un **modelo biopsicosocial** de atención (*Dowrick C, 1992*) es esencial para entender y manejar la mayor parte de los casos de hiperfrecuentación a iniciativa propia de los pacientes. La intervención desde un punto de vista biopsicosocial, se acerca con más exactitud al tipo de problemas que prevalece en estos pacientes (*Butler CC, 1999; Bellón JA, 1999*); incluyendo al médico y la relación médico-paciente como parte del problema (*Mathers N, 1995*). El implementar de forma individual y con una orientación biopsicosocial los problemas del HU, puede reducir la presión asistencial (*Smucker DR, 2001*). Las intervenciones integradas sobre los múltiples condicionantes de la utilización apenas se han prologado, centrándose fundamentalmente en los denominados pacientes difíciles.

El esquema donde el médico de familia se situaría en el centro de una figura (**Anexo II**) de 4 lados, que sería influenciado por 4 grupos de orientaciones y habilidades (una en cada vértice): las habilidades de entrevista y comunicación, las habilidades de psicoterapia, la orientación sistémica y de intervención familiar y la orientación comunitaria e intervención social, mientras que la orientación clínica o biomédica sería el centro de la figura (*Bellón JA, 2003*), nos ayudaría a definir las necesidades competenciales del profesional que quiere acercarse al problema de la HU en profundidad.

El estudio de O'Dowd con **grupos de discusión**, donde proponía el reunirse en una consulta especial donde se pudiera valorar toda la información disponible del paciente difícil, repasando los síntomas, el tipo y la cantidad de consultas, discutiendo los tipos de atención recibida, para posteriormente diseñar un plan de manejo que, finalmente sería planteado y negociado con el propio paciente (*O'Dowd TC, 1988*). Vested refuerza este enfoque, ya que nos demuestra como con ese tipo de manejo, disminuye la necesidad de consultar por parte de los HU (*Vested P, 2002*), planteándose una nueva forma de acercamiento a este tipo de pacientes.

Varias publicaciones han demostrado cómo la **actividad compartida de trabajo** entre profesionales de distintas categorías dentro de un mismo equipo, ha producido un aumento de la eficiencia y una disminución en las cargas de trabajo (*Prichard P, 1994; Mathers N, 1995*). Concretamente en el caso de los pacientes con trastornos de somatización, el tratamiento ideal es un equipo de enfoque multidisciplinar donde el paciente pueda recibir una atención más integral (*Sharpe M, 1995*).

Aunque ha existido algún intento de intervención grupal con HU, teniendo un efecto paradójico, ya que partía de una opción poco racional, al considerar los problemas de los HU homogéneos en todos los individuos (*Turabian JL, 1989*); hasta la actualidad no se ha publicado ningún ensayo aleatorio que demuestre que un tipo de intervención, en la línea de la propuesta 7H+E, pueda reducir la utilización de las consultas de atención primaria.



Por todo ello, **proponemos una intervención de los médicos de familia sobre los pacientes hiperutilizadores**, aplicada individualmente, metódica, elaborada en equipo, biosicosocial, organizativa, sencilla de implementar, de bajo coste, y que tiene en cuenta la relación médico-paciente, ya que demostraremos que **reduce de forma significativa y relevante la utilización** de las consultas de atención primaria.

## ***OBJETIVOS***

Comprobar si una intervención del Médico de Familia sobre los pacientes HU, aplicada individualmente, metódica, elaborada en equipo, biosicosocial, organizativa, sencilla de implementar, de bajo coste, y que tiene en cuenta la relación médico paciente, consigue reducir de forma significativa y relevante la utilización de las consultas de Atención Primaria.

## ***MÉTODOS***

## **1.- DISEÑO DEL ESTUDIO.**

El diseño fue el de un ensayo aleatorio controlado, simple ciego, con asignación cruzada; sobre un entrenamiento del manejo de pacientes hiperutilizadores para médicos de familia y su impacto sobre los pacientes HU.

## **2.- ASENTAMIENTO DEL ESTUDIO.**

El asentamiento, correspondió al Centro de Salud de San José de Linares, provincia de Jaén. La Zona Básica de Salud de San José posee una población adscrita de 20.868 habitantes, contando con los consultorios de Vilches y Arquillos y el módulo central situado en la ciudad de Linares. La población de este último era de 15.015 siendo atendida por 9 médicos de familia, 2 pediatras, 8 profesionales de enfermería, 3 auxiliares de clínica, 3 auxiliares administrativos, 1 celador y 1 celador conductor a tiempo parcial.

El Equipo del Centro de Salud atendía a la población de referencia en jornada continua de 8-15 horas, los días laborables la atención continuada se prestaba de 15-8 horas, y los sábados y festivos de 8 a 8 horas, en el Centro de Salud Virgen de Linarejos (en Linares capital) y en el consultorio de Vilches. Se establecían turnos rotatorios entre todos los médicos de familia pertenecientes a las 3 Zonas Básicas de Salud de Linares.

## **3.- POBLACION.**

### **3.1.- Población de referencia**

La población de referencia del estudio pertenecía al módulo central de la Zona Básica de Salud de San José, que se encuadraba entonces dentro del Distrito de Linares y cuyos límites geográficos se detallan en el **Anexo VII**. El Centro de Salud se ubica en un barrio urbano, de clase social y nivel cultural medio, se dedica fundamentalmente al sector servicios, abarca la zona centro además de una barriada periférica, del noreste de la ciudad (Barriada de Santana), donde la mayoría de su población trabaja en el sector automovilístico. En el año 2000 y según el TASS, la población adscrita a este módulo central de la Zona Básica de Salud era de 15.015. La distribución por edad y sexo se recoge en la pirámide de población reflejada en el **Anexo VIII**.

### **3.2.- Población elegible**

La población mayor de 14 años adscrita a los 9 médicos de familia del módulo central de la Zona Básica de Salud de San José fue de 12.978. De estos médicos de familia, para

realizar nuestro estudio, se descartaron 2 porque no registraban con asiduidad en la historia clínica informatizada. Los 7 médicos de familia restantes manifestaron su interés en participar en el ensayo. Se rechazó uno por azar; eligiendo aleatoriamente 3 médicos de intervención y 3 médicos de control. La randomización se realizó usando una tabla de números aleatorios por una persona auxiliar ajena al grupo de investigación y los médicos.

La población mayor de 14 años adscrita a los 6 médicos de familia seleccionados fue de 8.652 pacientes. De esta población y aplicando los criterios de definición de HU que se detallan en el apartado 4, se obtuvieron 880 HU, que fue nuestra población elegible. La distribución por edad y sexo de los HU entre los 6 médicos elegidos se describe en la **Tabla 1**.

### **3.3.- Muestreo**

Como se puede apreciar en la **Figura 1**, de los 6 médicos de familia hubo un total de 880 HU. La selección y asignación de pacientes se realizó usando una tabla de números aleatorios, por personal auxiliar ajeno a la investigación. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado en 8 grupos (4 grupos de edad y 2 de sexo) por médico. De los 397 HU de los 3 médicos de intervención se eligieron 169 HU. De los 483 HU de los 3 médicos de control se eligieron 92 HU. Se eligieron más pacientes de los médicos de intervención porque de ellos derivarían un primer grupo de pacientes de intervención y un segundo grupo de control.

De los 261 HU seleccionados (169 HU+ 92 HU) se consiguieron entrevistar 229 (87,7%). De estos últimos, 147 HU estaban adscritos a los médicos de intervención, de los que de forma aleatoria se asignaron 71 al grupo de pacientes de intervención (GI) y 76 al grupo de pacientes de control 2 (GC2); mientras que los 82 HU restantes estaban adscritos a los 3 médicos de control y formaron el grupo de pacientes de control 1 (GC1).

De los 82 HU del GC1 se eligieron de forma aleatoria 24 pacientes por cada uno de los 3 médicos de control. Por tanto, de los 82 HU se descartaron 10 pacientes para el seguimiento.

De los 76 HU del GC2 también se eligieron de forma aleatoria 24 pacientes por médico. Un paciente de los 24 seleccionados del médico de intervención 1, hubo que excluirlo para el seguimiento. Luego, en total, de los 76 HU se descartaron para el seguimiento 5 pacientes.

De los 71 HU del GI se descartaron de forma aleatoria 5 pacientes para el seguimiento, que se usaron como pacientes HU componentes de una muestra piloto para la intervención. Estos 5 pacientes sirvieron de entrenamiento a los médicos de intervención y no se incluyeron en el GI.

## **4.- DEFINICIÓN DE HU.**

Acordamos definir al HU como aquel paciente que durante el año 2000 tuviera una utilización global de las consultas **superior al doble de la media** para su estrato de edad y sexo. Esta última estrategia se ha recomendado para no sesgar el grupo HU con ancianos y

mujeres (Segovia A, 1998; Bellón JA, 1999). La definición de HU que hemos adoptado también nos permite, por ejemplo, clasificar un joven como HU con 7 visitas, mientras que un mayor de 64 años lo haría con 28 visitas. Se persiguió con ello, aplicar intervenciones individualizadas de una forma más ajustada y pragmática (Dowrick C, 2000).

A partir de la utilización de los 12.978 pacientes mayores de 14 años de la Zona Básica de Salud de San José, estratificados por edad y sexo, se calcularon los puntos de corte de definición de HU, cuyos resultados se recogen en la **tabla 2**.

## **5.- SEGUIMIENTO DE LA MUESTRA.**

### **5.1.- Tipo de Seguimiento**

Desde el 3 de abril del 2001 al 28 de junio del 2001 se fue iniciando la intervención, por los médicos de familia de intervención, al grupo de pacientes HU del GI. Se consideró el tiempo cero, o de inicio del seguimiento de todos los pacientes HU (GI, GC1 y GC2) el 28 de junio del 2001. Durante el seguimiento no se hizo ninguna intervención especial en los grupos de pacientes de control (GC1 y GC2), considerando a estos pacientes como adscritos a los cuidados usuales “*usual care*” de sus médicos de familia.

### **5.2.- Duración del Seguimiento**

El periodo del seguimiento fue de un año (28 de junio 2001 a 27 de junio del 2002),

### **5.3.- Perdidas del Seguimiento**

Al finalizar el seguimiento, se intentó contactar por 2ª vez con todos los HU que entraron en el seguimiento, con el fin de comprobar los criterios de exclusión y definir de este modo las pérdidas y los pacientes válidos del seguimiento.

## **6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y PÉRDIDA.**

### **6.1.- Criterios de Paciente Excluido al inicio del Seguimiento.**

Los criterios para no incluir a un paciente en el estudio al inicio del seguimiento fueron:

- los pacientes que se hubieran cambiaron de médico al inicio del seguimiento,

- los impedidos para desplazarse al centro de salud,
- los que tuvieron una lesión sensorial o/y neurológica lo suficientemente grave para no poder responder a las entrevistas,
- los pacientes que previeron ausentarse más de 3 meses en el año de seguimiento,
- los que se negaron a cumplimentar la encuesta y
- los que se negaron a la intervención.

De los 261 pacientes seleccionados a 32 no se les realizó la entrevista de inicio del seguimiento: 1 había fallecido, 1 estaba impedido, 16 no se pudieron localizar y 14 se negaron a participar.

## **6.2.- Criterios de Paciente Perdido al final del Seguimiento.**

Los criterios para considerar a un paciente como pérdida al final del seguimiento fueron los siguientes:

- los pacientes que se cambiaron de médico, dentro de la zona básica, durante el seguimiento,
- los pacientes que se cambiaron de domicilio, fuera de la zona básica, durante el seguimiento,
- los que se ausentaron de su domicilio por más de 3 meses,
- los impedidos para desplazarse al centro de salud durante el seguimiento,
- los fallecidos durante el seguimiento,
- los que no se pudo contactar con ellos al final del seguimiento.

## **7.- MUESTRA FINAL.**

Al final del seguimiento se intentó contactar con todos los pacientes HU que lo iniciaron, para comprobar si cumplían o no los criterios que hemos citado en el apartado anterior, y así considerarlos como pacientes válidos o pérdidas del seguimiento.

De los 209 (66 del GI + 72 del GC1+ 71 del GC2) pacientes HU que iniciaron el seguimiento, una vez contactados con ellos al final del seguimiento, cumplieron criterios de pérdidas 43 HU (20.6%). De los 66 pacientes del GI fueron pérdidas 10 pacientes HU (15.1%). De los 72 pacientes del GC1 fueron pérdidas 18 pacientes HU (25.0%). De los 71 pacientes del GC2 fueron pérdidas 15 pacientes HU (21.1%). Las causas de las pérdidas, en función de los médicos, se detallan en la **tabla 3**.

La muestra final pudo estimar diferencias de medias de 4.5 visitas, considerándose a priori como el más pequeño efecto que sería relevante detectar, en el sentido de que un efecto menor no sería clínica ni organizativamente significativo, y todo ello con un error alfa de 0.05 y una potencia del 80% (*Borenstein M, 1997*).



## **8.- RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.**

### **8.1.-Variable Resultado.**

La variable resultado, considerada variable dependiente, fue la **utilización global** de los HU medida prospectivamente tanto en la consulta médica como en la de enfermería, en la de demanda y la programada, en consulta y en domicilio, así como las producidas con cita y sin cita. Se recogieron las visitas que se produjeron desde el 28 de junio de 2001 (tiempo cero del seguimiento) hasta el 27 de junio de 2002 (1 año del inicio del seguimiento). No se contabilizó las consultas telefónicas por falta de registro fiable, aunque fueron anecdóticas; tampoco contaron las del programa de la mujer para no sesgar el número de visitas por sexo, ni las atendidas en urgencias de atención continuada, ni las hospitalarias, por no disponer de registros fiables y accesibles.

Tres entrevistadores externos, ciegos a la asignación de grupos, realizaron la recogida de datos de las historias clínicas informatizadas a partir del programa TASS. El programa TASS se implantó en el Centro de Salud de San José en 1997, lo que supone que llevaba 3 años de funcionamiento antes de recoger la información de las historias clínicas informatizadas. Los entrevistadores recogieron esta información tanto de la utilización pre-intervención como de la post-intervención. Los avisos domiciliarios de los médicos se recogieron, además de las anotaciones de la historia clínica, del libro de registro de los avisos del centro de salud. Los datos de utilización global se recogieron a los 3 meses, 6 meses y 12 meses después del tiempo cero del seguimiento.

### **8.2.- Variables Independientes.**

Las variables independientes se recogieron de dos formas diferentes, a través de una entrevista a los pacientes HU y revisando las historias clínicas informatizadas.

En la primera semana de abril de 2001 se enviaron cartas (**Anexo IX**) a los pacientes seleccionados para el estudio y con la firma de su médico de familia. A los 3 días hábiles después de este envío se intentó contactar con ellos, por teléfono o en el domicilio (en el caso de no tener teléfono). Al paciente se le invitaba a participar en el estudio, eligiendo éste ser entrevistado en el centro de salud o en su domicilio. Todos los pacientes que decidieron participar dieron su consentimiento informado.

No se consideró a un paciente “*imposible de contactar*” hasta después de tres tentativas en días y horas diferentes y en al menos dos semanas distintas. A los pacientes “*imposibles de contactar*” y a los que rechazaron participar, solamente se les recogieron los datos de la historia clínica informatizada.

Los entrevistadores fueron 3 residentes de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria, de la Unidad Docente de Jaén. Estos fueron entrenados para la cumplimentación del cuestionario según el Manual de Normas que se recoge en el **Anexo X**. Los entrevistadores no

conocían a los pacientes entrevistados; pero si estaban familiarizados con el Centro de Salud de San José y su Zona Básica, ya que estaban adscritos desde la Unidad Docente a tal centro. Los encuestadores fueron ciegos a la pertenencia de los pacientes HU a los grupos de asignación.

A 39 pacientes HU (17%) se le cumplimentaron los cuestionarios de forma heteroadministrada. A 11 pacientes HU (5%) se le realizaron las entrevistas en sus domicilios.

Los mismos entrevistadores que hicieron las entrevistas recogieron la información de las variables independientes pertinentes de la historia clínica informatizada. Las variables de morbilidad, además de extraerse de la historia clínica informatizada, también se comprobaron con la historia clínica de papel. Esto se justifica en que, con cierta frecuencia, se encontraban datos de morbilidad en la historia clínica de papel que no estaban registrados en la historia clínica informática.

Las variables que se midieron fueron:

**Variables socio-demográficas:** edad (en años); sexo (1 = mujer, 2 = hombre); estado civil (1 = casado, 2 = soltero, 3 = viudo, 4 = separado-divorciado); nivel de estudios (1 = no sabe leer ni escribir, 2 = sabe leer y escribir un poco, 3 = ha ido 4 años o menos al colegio, 4 = ha conseguido el graduado escolar o FP1, 5 = ha conseguido COU o FP2, 6 = es diplomado o técnico, 7 = es licenciado); situación laboral (1 = está trabajando, 2 = está en paro, 3 = es pensionista, 4 = vive de rentas, 5 = estudia, 6 = labores del hogar, 7 = otra situación laboral); clase social según la clasificación de Domingo (*Domingo A, 1988*) atendiendo a la profesión del cabeza de familia; y tamaño familiar ("*contando con usted, ¿cuántas personas conviven en su hogar?*").

**Variables de la interfase usuario-proveedor:** médico adscrito (del 1 al 6), isocrona ("*cuando necesita ir al centro de salud desde su casa tarda...*" 1 = menos de 5 minutos, 2 = entre 5 y 10 minutos, 3 = más de 10 minutos pero menos de 20, 4 = más de 20 minutos); satisfacción con el proveedor ("*de la consulta del médico sale satisfecho...*" 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = algunas veces, 4 = casi siempre, 5 = siempre) **Anexo XI**. Mediante los registros de la Historia Clínica Informatizada TASS se recogieron la utilización global en el año previo a la intervención (visitas/año) y las derivaciones al especialista (**Anexo XII**)

**Variables de morbilidad:** de la lista de problemas se recogieron los problemas de salud que estaban en activo, clasificándolos según la CIAP (*Lamberts H, 1987*); y en la entrevista inicial también se le preguntó por la salud percibida ("*cómo diría usted que es su salud...*", 1 = fatal, 2 = regular, 3 = ni buena ni mala, 4 = aceptable, 5 = excelente).

**Variables psicosociales:**

***El cuestionario STAI*** (State-Trait Anxiety Inventory) (*Spielberger CD, 1988*) comprende escalas separadas de autoevaluación completadas en aproximadamente 15 minutos que miden conceptos independientes de ansiedad como estado (E) y rasgo (R). La ansiedad estado (E) se conceptualiza como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión así como por una actividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad rasgo (R) señala una relativamente estable

propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad estado.

La escala A/E consta de veinte frases con las que el sujeto puede verse cómo se siente en un momento particular; mientras que la escala A/R también con veinte frases puede mostrar cómo se siente el sujeto generalmente. En la parte A/E hay diez elementos de escala directa y otros diez de escala invertida. En la parte A/R hay trece elementos de escalas directas y 7 invertidas. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos (0= nada; 1= algo; 2= bastante y 3= muchas). La escala se confeccionó inicialmente para medir la ansiedad a poblaciones normales aunque posteriormente se ha usado en poblaciones clínicas. Desde su aparición en 1970, el test ha sido ampliamente utilizado en muchos países y en España también ha demostrado su fiabilidad y validez (*Bermúdez J, 1978*).

**La escala de depresión de Beck.** En la teoría que sustenta la construcción del BDI (Beck Depression Inventory), se da mas importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. No es un instrumento diagnostico, si no que arroja una puntuación que se estima como una medida de la profundidad de la depresión de pacientes con cualquier diagnostico. La versión corta de la escala de Beck consta de 13 ítems con cuatro respuestas posibles, la primera respuesta de cada ítem vale 0, la segunda 1 punto, la tercera 2 puntos y la cuarta 3 puntos. Los rangos cuantitativos de depresión del BDI son depresión ausente o mínima de 0 a 4 puntos, depresión leve de 5 a 7 puntos, depresión moderada de 8 a 15 puntos y depresión grave 16 o mas puntos (*Beck AT, 1974; Conde V, 1976*).

**La escala de hipocondría: índice GH y de Witheley del cuestionario IBQ (Illness Behavior Questionnaire).** El IBQ (*Pilowsky I, 1987*) es un cuestionario de 62 ítems que se agrupa en 7 dimensiones distintas: **hipocondría general** (GH), convicción de enfermedad, percepción psicológica versus percepción somática de la enfermedad, inhibición afectiva, negación de los problemas de la vida, irritabilidad e índice de **hipocondría de Witheley** (WI). En la validación española (*Nieto J, 1989*), las dimensiones de hipocondría general y el índice de hipocondría de Witheley se unen en un único factor de hipocondría general, preocupación corporal y preocupación por la salud y la enfermedad. Esta dimensión consta de 19 ítems y es la que hemos usado en nuestro estudio; las respuestas son del tipo si=1 y no=0.

El **apoyo social** se midió con la escala denominada "**DUKE-UNC-11**" (*Funcional Social Support Questionnaire*). Este cuestionario consta de 11 ítems en forma de afirmaciones sobre aspectos del apoyo social funcional; se dan 5 posibles respuestas en gradiente (mucho menos de lo que deseo, menos de lo que deseo, ni mucho ni poco, casi como deseo y tanto como deseo) a las que se les adjudica respectivamente las puntuaciones de 0 a 4. La escala ha demostrado su validez (de constructo, discriminante y concurrente) y fiabilidad (*Broadhead WE, 1988*). En nuestro país la primera validación se publicó hace 15 años (*De la Revilla L, 1991*) y posteriormente se complementó con una nueva (*Bellón JA, 1994*). En las tres validaciones citadas, el análisis factorial separó dos factores que se denominaron "**apoyo afectivo**" y "**apoyo confidencial**". Estos factores alcanzaron la suficiente homogeneidad y consistencia interna para ser empleados como subescalas ( $\alpha$  de 0.88 y 0.78). En nuestro estudio hemos empleado la separación de ítems obtenida con la última validación española, porque permite clasificar a los 11 ítems en los dos factores (apoyo afectivo los ítems 3,4,5 y 11, y apoyo confidencial los ítems 1,2,6,7,8,9 y 10). La puntuación global que se puede obtener varía desde 0 a 44, de tal forma que una puntuación más elevada quiere decir que el apoyo social funcional es mayor. Cuando la escala se utilice como variable dicotómica, el punto de

corte del déficit de apoyo social se hará en menos de 21 puntos. La validación se ha realizado con población del Centro de Salud Zaidín-Sur de Granada (Bellón JA, 1994).

Para medir la **función familiar** se eligieron dos escalas, la llamada "Family APGAR Index" (Bellón JA, 1996) y el cuestionario FES en sus escalas de expresividad, cohesión y conflicto (Moos RH, 1995). La "Family APGAR Index" o su acrónimo **APGAR** para recordar sus componentes de función familiar: adaptabilidad (*Adaptability*), cooperación (*Partnership*), desarrollo (*Growth*), afectividad (*Affection*) y capacidad resolutive (*Resolve*) (Smilkstein G, 1978). Algunos trabajos han demostraron la validez y fiabilidad de este test (Smilkstein G, 1982; Hilliard R, 1986) y, desde el punto de vista práctico, es uno de los instrumentos más empleados por los médicos de familia de Estados Unidos y Canadá (Mengel M, 1987; Crouch MA, 1993). En nuestro país se han utilizado algunas versiones en castellano (Casarrubios E, 1988; De La Revilla L, 1990). Las preguntas de este test se han diseñado para proporcionar una medición cuantitativa del grado de satisfacción del miembro de una familia con cada uno de los componentes del funcionalismo familiar. Cada componente de la función familiar está representado por una sola pregunta cerrada con tres posibles respuestas (casi nunca, a veces y casi siempre), que respectivamente se puntúan como 0, 1 y 2. Con los cinco ítems de que se compone la escala se puede obtener una puntuación global de 0 a 10 puntos. Si se obtiene 7 o más puntos se considera que se disfruta de buena función familiar, entre 4 y 6 la disfunción familiar es leve, y de 0 a 3 puntos la disfunción familiar es grave. En nuestro país se han publicado los datos de validez y fiabilidad con la población española (Bellón JA, 1994).

La **escala de clima social y familiar (FES, Family Environment Scale)** se compone de 10 dimensiones o subescalas (cada una de 9 ítems) referente al clima familiar. Hemos elegido solamente 3 dimensiones: la **expresividad** familiar que representa el grado de comunicación familiar; la **cohesión** familiar o el grado de unión familiar y el **grado de conflicto** o enfrentamiento familiar. Dentro de una misma dimensión hay afirmaciones en positivo e inversas. Las opciones de respuestas eran dos (verdadero=1 o falso=0). Los datos de su validación, tanto en España como en otros países, se pueden consultar en el manual de referencia de Moos (Moos RH, 1995). Todas las escalas de las variables psicosociales se recogen en el **Anexo XIII**.

## **9.-INTERVENCIÓN.**

### **9.1.- Intervención sobre los médicos.**

Los 3 médicos de familia del grupo de intervención recibieron un taller de Manejo del HU de 15 horas, impartido por JABS durante 3 días de la primera semana de Marzo de 2001. En él se desarrollaban de forma muy interactiva los siguientes temas: factores causales de la hiperutilización, diagnóstico del HU, manejo del HU, y la intervención "7H+E" (7 Hipótesis + Equipo) (**Anexo XIV**). Además del taller, se utilizaron 5 pacientes de la muestra de pacientes HU asignada al grupo de intervención, para realizar un entrenamiento de la intervención "7H+E". Estos 5 pacientes se descartaron del grupo de pacientes de intervención que iniciaron el seguimiento.

Los médicos del grupo de intervención fueron ciegos a la identidad del 2º grupo de pacientes de control (GC2) que pertenecían a sus cupos. Evidentemente, no pudieron implementar de forma explícita la intervención “7H+E” sobre ellos.

Los 3 médicos de familia del grupo control no asistieron al taller ni recibieron entrenamiento alguno. Estos 3 médicos fueron ciegos a la identidad de sus pacientes que se usaron como control. A diferencia de los médicos del grupo de intervención, la atención que dieron a todos sus pacientes (incluidos los de su grupo control, GC1) fue la intervención usual o de cuidados usuales “usual care”. Entendiendo como intervención usual, aquella que se les prestaba a sus pacientes por el simple hecho de pertenecer a su cupo.

## **9.2.- Intervención sobre los pacientes.**

Los pacientes fueron informados de la intervención a realizarles, dando aquellos su consentimiento informado. A los pacientes se les presentó la intervención como un modo de mejorar su salud, pero no se les detalló que se mediría la utilización de las consultas. Se perseguía con ello evitar el sesgo de *Hawthorne*, por el que los pacientes podrían haber cambiado su conducta utilizadora al sentirse observados. Los pacientes participantes en el estudio también fueron ciegos, no recibiendo indicación alguna, sobre si se encontraban en el grupo de intervención o en el de control. En realidad no supieron que existía un grupo control.

Como ya comentamos en la Introducción, en el **Anexo IV** se detalla ampliamente y con ejemplos la metodología de la intervención “7H+E” y se resume en el **Anexo XV**. Los posibles ingredientes activos de la intervención y sus interrelaciones se resumen en la **Figura 2**. La intervención constaba de una serie de pasos y componentes que se detallan a continuación (*Bellón JA, 2002; Casajuana J, 2003*).

### **9.2.1 Análisis de la información disponible: Generación de Hipótesis.**

Inicialmente se analizaban los datos de la historia clínica según un cuestionario diseñado a propósito (**Anexo XVI**), con el objetivo de procesar toda la información clínica y organizativa, de tal forma que facilitara un diagnóstico de la hiperutilización y sus posibles causas. Se recomendaba reservar un tiempo fuera de la consulta para analizar toda la información disponible, tanto desde la vertiente de los problemas del paciente como de los problemas del médico y la relación médico-paciente. Era muy probable que muchos de estos pacientes tuvieran serios problemas psiquiátricos, sociales y familiares, por ello al revisar los informes del paciente o la familia se podrían revelar áreas de necesidad específica de atención médica.

En primer lugar, había que contabilizar el **número y tipo de visitas** de forma exhaustiva y excluyente: administrativas exclusivas o mixtas (combinadas con cualquiera de las otras); seguimiento de patología crónica compensada o descompensada; clínica aguda; sin cita; visitas domiciliarias urgentes o programadas y visitas a urgencias de 1º o 2º nivel. Con este registro inicial ya se podía ir describiendo el tipo de HU que estábamos analizando (por ejemplo: de visitas administrativas o programas, etc.) así como el flujograma (número de visitas en función del tiempo) que podía ser de flujo constante, en pico, mixto o irregular.

En segundo lugar, se analizaban los antecedentes, la lista de problemas biopsicosociales actualizada, las emociones y los pensamientos que, en general y en casi todos los encuentros, determinado paciente provocaba en el médico. También, se investigó como solían acabar cada una de las visitas (proceso resolutivo general, número de recetas, petición de pruebas, planes de nueva cita e incluso si se había derivado a enfermería, trabajador/a social, salud mental o recursos de la comunidad). Seguidamente se trataba de encontrar factores comunes y se adscribía al HU a una o varias de las siguientes Hipótesis (seguimos con el **Anexo XVI**):

**Hipótesis clínica:** Con cierta frecuencia la revisión de los datos permite detectar un posible problema biológico que había pasado desapercibido (hipotiroidismo, tumor de ovario, etc.), o simplemente se trata de un paciente pluripatológico con mal control de sus enfermedades (*Karlsson H, 1997*).

**Hipótesis psicológica:** La probabilidad de que un HU presente un problema de salud mental es superior al 60% (*Dowrick C, 2000-a*). Los pacientes HU con problemas psicológicos suelen crear malestar en sus médicos porque la mayoría acuden a la consulta con quejas de tipo somático (*Weich S, 1995*).

**Hipótesis social:** La soledad, el déficit de apoyo social, la pobreza, el desarraigo, las ganancias secundarias del rol de enfermo, pueden ser algunos de los factores sociales que pueden contribuir al mantenimiento de la hiperutilización (*Bellón JA, 1999*).

**Hipótesis familiar:** La mala adaptación familiar a los cambios del ciclo vital, un cuidador familiar excesivamente sobrecargado o ansioso, una familia demasiado aglutinada, rígida o disgregada, y en general la disfunción familiar también es un condicionante muy prevalente en los HU (*De la Revilla L, 1994*).

**Hipótesis cultural:** Las creencias de salud, las experiencias previas con la enfermedad o con el sistema de cuidados, las expectativas afectivas o técnicas, son ejemplos de factores culturales ligados a la HU (*Radley A, 1994*).

**Hipótesis administrativa:** Con cierta frecuencia (35-40% de todas las consultas que recibe un médico de familia), detrás de un HU lo que fundamentalmente lo define es un continuo ir a la consulta por motivos burocráticos (recetas, partes de IT, etc.) (*Casajuana J, 2003*).

**Hipótesis de relación médico-paciente.** Se cumplimentó un cuestionario sobre emociones y pensamientos con los pacientes HU que ayudó a poner al descubierto este tipo de hipótesis (*Bellón JA, 2002*).

### 9.2.2 Refutación de las Hipótesis.

Hasta ahora los 3 médicos de intervención disponían de un listado de posibles hipótesis que pudieran explicar la hiperutilización de cada uno de sus HU de intervención. El análisis de la información y la generación de hipótesis permitía, por una parte, una primera clasificación del tipo de HU (habría tantos tipos como hipótesis y sus combinaciones) y por otra, obligaba, en el caso de que no quedara claro el diagnóstico, a utilizar las herramientas

de que se disponía en atención primaria para refutar las posibles hipótesis (la entrevista programada con el paciente, las pruebas complementarias biológicas y psicosociales y la consulta de opinión de otros profesionales).

### **9.2.3 Plan de Actuación con el HU.**

A veces, en la misma reunión del equipo de intervención donde se definieron las hipótesis, no fue necesaria ningún tipo de refutación. Otras veces hubo que esperar a la entrevista programada, y las eventuales pruebas complementarias, para que se estuviera en condiciones de definir o clasificar mejor el problema o los problemas del paciente. El plan de actuación se definió y concretó en función del tipo de hipótesis confirmada y los recursos disponibles, elaborándose una estrategia de intervención consensuada en el equipo que más tarde se negociaría con el propio paciente.

Sólo con la comprensión plena de todos los problemas del paciente, el médico de familia podía decidir, junto con el paciente, qué aspectos podían ser abordados con una razonable posibilidad de éxito. Sin embargo, en determinadas circunstancias, una alternativa terapéutica sensata, fue la de no hacer nada (no todos los problemas tienen solución, no todos los problemas necesitan solución o no todos los problemas los pacientes quieren solucionarlos). En otros casos, desde el punto de vista de la eficiencia, resultaba poco práctico plantear una intervención que generara todavía más visitas de las que ya hacía el HU, salvo que se produjera una resolución o mejoría de los problemas del paciente. Cabe reseñar, que el grupo también contribuyó a modular y relativizar las expectativas de intervención que cada médico presentaba en sus reuniones.

### **9.2.4 Intervención sobre el profesional y la relación profesional-paciente.**

El simple hecho de puntuar en los cuestionarios sobre las emociones y los pensamientos de los médicos respecto a sus pacientes HU, implicó en si mismo, un proceso de introspección y toma de conciencia sobre una posible relación disfuncional con un determinado paciente HU. Este proceso como tal ayudaría al profesional a disminuir su incertidumbre emocional, lo cual podría estar influyendo en el mantenimiento de la relación disfuncional.

Además, dentro del proceso grupal se contribuyó a dar apoyo emocional, se intentó la normalización de las emociones y pensamientos negativos y se generaron estrategias de afrontamiento, más adaptadas, para cada profesional y para cada paciente

### **9.2.5 Componente “E” de la Intervención.**

Podemos considerar al equipo de intervención (componente “E”) como el conjunto de los 3 médicos que recibieron el entrenamiento. Este equipo realizó una serie de reuniones en el centro de salud para compartir, reflexionar juntos y diseñar la intervención que se aplicaría a cada paciente.

Cada médico de familia presentaba al equipo la información del paciente HU sobre el que se iba a intervenir con el guión referido anteriormente. En alguna ocasión estuvieron presentes médicos residentes de Medicina de Familia de 3º año, que compartían las consultas del cupo de los médicos del equipo de intervención. También participaron profesionales de enfermería que formaban parte del equipo de profesionales que atendían los cupos. Por tanto, el equipo participaba en la reflexión, en la elaboración de las hipótesis, en la refutación de éstas y en la elaboración de planes de intervención a la medida de cada paciente.

En las reuniones del equipo de intervención se dedicaron para cada paciente intervenido unos 30 minutos, empleando unas 3-4 horas por cada reunión.

## **10.- ANALISIS DE DATOS.**

### **10.1.- Análisis exploratorio y transformaciones.**

Las variables cuantitativas, tanto las discretas como las continuas, se exploraron en cuanto a su simetría por medio de los valores del sesgo de simetría. Se intentó conseguir la simetrización de la distribución de los datos ya que, una vez lograda, es posible utilizar todas las pruebas estadísticas que exigen normalidad, al ser estas suficientemente robustas.

Se emplearon las transformaciones de "potencia" que son simples reexpresiones que conservan el orden de los datos en las series originales, preservan los valores letras, son funciones continuas y normalmente vienen especificadas por funciones elementales (*Freixa M, 1992*). Se usó la escala de transformaciones gradual que propone Tukey en función del sesgo de simetría (*Tukey JW, 1977*).

- Con la raíz cuadrada de " x " se transformó las variables de utilización en algunos casos y en otros, se empleó la transformación logarítmica  $\lg(x+1)$ . También se usó la raíz cuadrada en las escalas STAI/E, la subescala de conflicto familiar del FES, la escala DUKE-UNC-11 y sus dos subescalas (apoyo confidencial y afectivo).
- Con el logaritmo ( $\log x+1$ ) también se transformó el número de enfermedades crónicas, el número de convivientes, el número de derivaciones y la escala de depresión BDI.
- La transformación " $x^2$ " se realizó en la subescala de cohesión familiar.
- La transformación " $x^3$ " se usó en la escala APGAR-familiar cuando se usó como variable cuantitativa.



## **10.2.- Análisis bivariante.**

Se estudió la relación entre la variable resultado (utilización postintervención) y los grupos de asignación. Se realizó una comparación por parejas con la T de Student, contrastándose con el test de Welch la homogeneidad de la varianzas. Se usó la T de Student para muestras apareadas en las comparaciones de la utilización antes y después de la intervención entre los grupos de asignación; mientras que la T de Student para muestras independientes se empleó en las comparaciones de la utilización postintervención. También se estudiaron los ANOVA-1, comprobando la homogeneidad de las varianzas por el test de Levene y realizando los contrastes por parejas con la penalización de Bonferroni y la agrupación de Student-Newman-Keuls. Todos los intervalos de confianza se construyeron al 95% de confianza y se asumió la significación cuando la p fuera menor de 0.05.

Se estudió la relación de las variables independientes con la variable grupo de asignación. En el caso de que las primeras fueran cuantitativas se usó el ANOVA-1 tal como se ha descrito en el párrafo anterior. En el caso de que las variables independientes fueran cualitativas, se usó la Chi cuadrado. En los análisis bivariantes para estudiar las variables asociadas a los pacientes que se entrevistaron o no y los que finalizaron el seguimiento o no, también se usó la T de Student para las variables independientes cuantitativas y la Chi Cuadrado para las cualitativas. En este último caso se usó el test exacto de Fisher cuando fue necesario.

## **10.3.- Análisis multivariante.**

Con objeto de cubrir los objetivos del estudio se llevó a cabo un análisis estadístico multivariante en un doble sentido: por un lado considerando el diseño como un **modelo de efectos fijos** y por otro lado considerándolo como un **modelo de efectos aleatorios**.

Realmente el experimento llevado a cabo tiene un diseño multinivel en el que el primer nivel lo formarían las dos medidas de la utilización hechas en cada paciente (antes del tratamiento y después del tratamiento), el segundo nivel sería el paciente, y el tercer nivel el médico. Sin embargo el número de médicos es pequeño (sólo 6 médicos) por lo que ese factor podría tomarse como un factor de efectos fijos y controlar por él. Por tanto, el modelo de efectos aleatorios podría tratarse como uno de efectos fijos reducido en un nivel, como se expondrá con detalle.

Aún pudiendo tratarse el modelo como uno de efectos fijos, se hizo también un estudio multinivel. Con esta estrategia se puede poner de manifiesto, de manera muy detallada, la partición de la varianza global en la parte de la que es responsable el médico y el paciente. Esta es una cuestión crucial en nuestro estudio pues la intervención la aplica el médico; por tanto, sería esperable una responsabilidad importante de él sobre el resultado del estudio. Por estas razones se decidió hacer el doble análisis y de este modo poder reflejar las diferentes facetas del diseño.

### 10.3.1. Modelo de efectos fijos.

Para llevar a cabo el análisis del **modelo de efectos fijos** se empleó como variable de respuesta la variable del nivel de utilización tras el tratamiento, transformada convenientemente (raíz cuadrada), siendo controlada por la variable de utilización previa al tratamiento, transformada por el logaritmo. Evidentemente se incluyó en el modelo la variable grupo de asignación modelada a partir de dos variables auxiliares que establecían las comparaciones del grupo de intervención contra el grupo control 1 y 2 respectivamente. En una primera fase, se incluyó en el modelo la variable médico modelada a partir de 5 variables auxiliares. En ninguno de los análisis dio significativa la variable médico ( $p > 0.30$ ); seguramente porque al haber un anidamiento parcial de los tratamientos en el médico, el efecto del grupo incluía ya el efecto del médico. No obstante, al incluir la variable médico, se introducían problemas de colinealidad y desajuste del modelo, por lo que se decidió no incluirla. Se exploraron las interacciones de primer nivel de las covariables del modelo, sin que resultaran significativas o casi significativas ( $p < 0.20$ ).

Las demás covariables fueron introducidas al modelo teniendo como criterio el haber obtenido en los análisis bivariantes una  $p < 0.20$ . Todos los efectos de todos los elementos del modelo, fueran estos factores o covariantes, se calcularon de modo simultáneo, y por tanto, ajustados los unos a los otros. Una vez obtenido este modelo global, se fueron sacando del modelo las variables (una a una y comenzando por la de “p” mayor) que obtuvieron una  $p > 0.20$  hasta conseguir un modelo más parsimonioso o modelo final. Para este análisis se empleó la técnica de la **regresión lineal múltiple**, previa transformación de la variable de respuesta.

Con el modelo final obtenido, se estimaron las medias de la utilización post-intervención ajustadas por el resto de covariables, llevando a cabo las comparaciones por parejas por medio de la penalización de Bonferroni, pese a que los tamaños muestrales eran muy parecidos.

El ajuste de las ecuaciones de regresión se analizó mediante el test de *Durbin-Watson*, el histograma de los residuales estandarizados y el gráfico de la probabilidad normal y los residuales estandarizados.

Se hizo un diagnóstico de colinealidad por medio de la Tolerancia y el factor de inflación de varianza (VIF), así como con la comparación de los autovalores (“*eigenvalues*”), los índices condicionados y la proporción de las varianzas asociadas a cada autovalor,

### 10.3.2. Modelo de efectos aleatorios.

El **análisis multinivel** se llevó a cabo con la estructura antes citada por lo que la componente aleatoria del modelo venía representada por la variabilidad de los factores: ocasión o instante, paciente y médico. La variable de respuesta fue el nivel de utilización post-intervención del paciente. Se transformó por la raíz cuadrada porque se ajustaba mejor al modelo de efectos aleatorios.

La parte de efectos fijos del modelo ajustado tenía que incluir, forzosamente, el grupo de asignación y una variable auxiliar con valor 0 para la medida previa y con valor 1

para la medida tras tratamiento; además en el modelo se chequeó si la interacción entre ambos factores era o no significativa. Se obtuvo dicha significación, por lo que fue incluida en el modelo. Tras este ajuste, se llevaron a cabo las comparaciones entre grupos dentro de cada instante (antes-después) y entre instantes dentro de cada grupo, para poner de manifiesto dónde radicaban las diferencias entre los tratamientos.

Construido el modelo con los factores propios del diseño antes dicho, se añadieron al mismo todas las covariables que habían dado significativas en los análisis bivariantes de efectos fijos ( $p < 0.20$ ); obteniéndose de este modo un modelo conjunto. De ese modelo se eliminaron todas las variables que tuvieran un nivel de significación, frente a su hipótesis nula de no asociación con la variable de respuesta, superior al 20%, lo que aseguraba que ninguna variable que pudiera ser relevante fuera eliminada del modelo. Eliminadas del modelo las variables que no aportaban información adicional se ajustó el modelo final, con el que se llevaron a cabo dos análisis adicionales:

a) se ajustó la interacción de cada covariable con la variable instante, con objeto de ver si el efecto de la covariable sobre la variable de respuesta se veía afectado por la intervención. En ningún caso se obtuvo significación, manteniéndose el valor de  $P$ , obtenido a partir del test de razón de verosimilitudes, siempre por encima del 0,30.

b) se llevaron a cabo las comparaciones entre grupos instante a instante y entre instantes grupo a grupo para ver como eran tales diferencias ajustadas por variables que se sabía que influían en los resultados del experimento.

Para el ajuste de este modelo multinivel se empleó el método de máxima verosimilitud restringida y el de máxima verosimilitud, que dieron resultados prácticamente iguales. La comparación de un modelo con otro, manteniendo la estructura de anidamiento entre ellos, se hizo empleando el test de razón de verosimilitudes. En todos los casos se estudiaron los residuos, para detectar desajustes globales, o locales del modelo, lo cual no ocurrió en los modelos finales. También se estudió la desviación de la normalidad de los mismos, que tampoco ocurrió tras las transformaciones oportunas. En todos los casos de análisis de modelos de efectos aleatorios se empleó el paquete STATA 9.1 y el MIWin 2.0, dando ambos idénticos resultados.

#### **10.4.- Soporte informático.**

Los paquetes estadísticos que se emplearon fueron la versión 12 del SPSS/PC para Windows, el paquete STATA 9.1 y el MLWin 2.0.

### **11.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El estudio contó con la aprobación de la comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital de San Agustín de Linares y del Complejo Hospitalario de Jaén (**Anexos XVII y XVIII**). Los pacientes firmaron su consentimiento informado a la cumplimentación de la encuesta y, en el caso del grupo de intervención, a la intervención. Se comprobó que entendían

los términos, se fomentaron sus preguntas y se les garantizó que su negación al permiso no implicaba cambio ni deterioro alguno en su atención. Se les informó que podrían abandonar el estudio en cualquier momento, sin mediar explicaciones ni penalizaciones de ningún tipo por ello. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la encuesta, de tal forma que sólo se registraron códigos en las mismas. Únicamente los encuestadores cotejaron los códigos con los nombres de los pacientes cuando tuvieron que contactar con ellos o acceder a las historias clínicas.

## ***RESULTADOS***

## **1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.**

### **1.1. Perfil Demográfico.**

A partir de la selección de la población de estudio (12.978), se obtuvo la media de visitas por edad y sexo y seguidamente la determinación del doble de la media para definir la hiperutilización, obteniendo las cantidades detalladas en la **tabla 1**. Los valores de las frecuencias de hiperutilizadores, en función de edad y sexo, se reseñan en las **tablas 2 y 4**. De la muestra total de HU (229) destacamos que un 53% son mujeres, con una edad media de 49 años, el 74% casadas, 33% de pensionistas, un 29% con 4 años o menos de estudios, el 68% entre obreros cualificados y sin cualificar, solo un 75% satisfechos con sus médicos, con una media de 4.2 problemas crónicos que requerían seguimiento, un 50% referían tener una regular o mala salud subjetiva, con un número medio de visitas en el año anterior de 22, un 54% fueron derivados al especialista en el año anterior y un 36% refirieron haber visitado al médico privado al menos una vez en el año anterior (**Tabla 5**).

### **1.2. Morbilidad.**

En la **tabla 6**, tomando como referencia la Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP, llama la atención el elevado porcentaje registrado de los problemas del aparato locomotor (45%), circulatorio (44%), enfermedades endocrinas (41%) y problemas psicológicos (32%). En esta línea, la **tabla 7** nos detalla algunos diagnósticos específicos desde la HTA (29%) a la Artrosis-artritis (20%) pasando por la Ansiedad (14%), la Depresión (13%), EPOC (13%) o la Diabetes (13%).

### **1.3. Perfil Psicosocial.**

En la **tabla 8** podemos destacar que el Apgar familiar alcanzó una puntuación media de 8.33, detectándose un 16,7% de disfunción familiar. En la escala de apoyo social funcional DUKE-UNC-11 se verificó una puntuación media de 24,5. El 39% de los pacientes HU padecían un déficit de apoyo social funcional. Se analizaron las puntuaciones en el BDI para el diagnóstico de depresión y se obtuvo un 18.5% de depresión leve, un 20.7% moderada y un 6.3% grave, considerándose que un total de 45% de los HU padecían de depresión. También se recogen las puntuaciones en hipocondría, ansiedad y cohesión, expresividad y conflicto familiar.

### **1.4. Perfil de Utilización.**

En la **tabla 9** detallamos que el 100% y el 91% de los pacientes tuvieron al menos 1 visita al médico y a enfermería respectivamente. Sobre una utilización total media de 22 visitas/paciente/año, la del médico fue de 18 y la de enfermería 7. La mayoría de las visitas al médico fueron en la consulta a demanda.

## **2.- COMPARACION ENTRE PACIENTES ENTREVISTADOS Y PACIENTES NO ENTREVISTADOS.**

Analizando la **tabla 10**, la media de visitas totales al médico fue muy similar entre los pacientes entrevistados (18.4) y los no entrevistados (18.1); con una media del total de visitas al médico y al profesional de enfermería del 22.2 en el primer grupo y del 21.4 en el segundo. Tampoco hubo diferencias significativas entre HU entrevistados y no entrevistados respecto a la edad, número de convivientes, número de enfermedades crónicas y número de derivaciones al 2º nivel.

En relación al tipo de morbilidad entre ambos grupos no encontramos diferencias significativas en ninguna de las patologías detalladas en la **tabla 11**. Y tampoco hubo diferencias significativas en los diagnósticos específicos recogidos en la **tabla 12**.

## **3.- COMPARACION ENTRE GRUPOS DE ASIGNACION AL INICIO DEL SEGUIMIENTO.**

En la **tabla 13** se detallan las variables cuantitativas medidas antes de la intervención. El grupo de control 1 tuvo un número menor de morbilidad crónica y derivaciones respecto al grupo de control 2 y al de intervención. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los distintos tipos de utilización (**tabla 14**).

En la **tabla 15** se recoge que hubo diferencias significativas en cuanto que el grupo control 1 tuvo una mayor proporción de pacientes de clase social I-II-III.

En la **tabla 16** se aprecia que el grupo de intervención poseía una mayor prevalencia de problemas psicológicos y endocrinos; así como en cefaleas y dislipemias; mientras que en el grupo control 2 hubo mayor prevalencia de Epoc-Asma (**tabla 17**).

## **4.- COMPARACION ENTRE PACIENTES QUE FINALIZAN Y NO FINALIZAN EL SEGUIMIENTO**

En la **tabla 18** destaca que los pacientes que no finalizaron el seguimiento tuvieron una menor utilización, especialmente en las visitas totales del médico y enfermería en su conjunto, las totales del médico y las de la consulta a demanda del médico. También, en los pacientes que no finalizaron el seguimiento, se obtuvo una edad media menor, un menor número de

enfermedades crónicas y una puntuación menor en ansiedad de rasgo e hipocondría (**tabla 19**). Además, la percepción de buena salud (excelente, aceptable) fue mayor y hubo un mayor porcentaje de pacientes trabajando (**tabla 20**), una menor proporción de casados y una menor proporción de depresivos. En cuanto a la morbilidad, en este mismo grupo, hubo una menor prevalencia de problemas digestivos, del oído y urinarios; mientras que hubo una mayor proporción de problemas relacionados con el embarazo, parto y planificación familia (**tabla 21**); y de los diagnósticos específicos menor prevalencia de artrosis (**tabla 22**).

## 5.- DESCRIPCION DEL GRUPO DE INTERVENCION RESPECTO AL CUESTIONARIO “7H”

En la **tabla 23** se detalla el tipo de visitas realizadas por los HU intervenidos, donde destaca la media de visitas administrativas del médico como la más alta, seguida por las visitas clínicas agudas; lo cual concuerda con la proporción del tipo de hiperutilizador según el tipo de visitas, HU de visitas administrativas y clínicas agudas del médico (**tabla 24**).

Se pudo identificar un patrón de flujo de visitas en el 94% de los HU (**tabla 25**), donde el 39% fue de flujo constante y solo un 15% de flujo en pico.

En la **tabla 26** se detalla la distribución de las puntuaciones en las emociones y sentimientos de los médicos ante los HU intervenidos, destacó el sentirse “*profesionalmente bien*” seguido del sentimiento de *impotencia, ansiedad-nerviosismo y desánimo-tristeza*. En la **tabla 27** se describen las puntuaciones en los pensamientos de los médicos, donde destacan: “*otros pensamientos*” (**tabla 28**); *¡Dios mío, otra vez aquí!* y “*Creo que esta persona me necesita mucho*”.

La percepción de la capacidad resolutoria de los médicos ante los HU fue “*tendente a la cronificación o empeoramiento*” o como “*episodio imposible de mejorar*” casi en un 60% (**tabla 29**). En la mayoría de las visitas con los HU se suele acabar con algunas recetas o “un montón de recetas” en el 59% (**tabla 30**). Se percibió petición de pruebas complementarias en un 24% y de derivaciones en un 17% (**tabla 31**).

En la **tabla 32** sobre la percepción de concertación de citas de los facultativos, no se concertaba cita programada en el 67%. De los HU intervenidos, un 42.5 % fue derivado el año anterior a la consulta de enfermería, el 15% fue derivado a la trabajadora social, el 14% al equipo de salud mental y el 5% a algún recurso de la comunidad (**tabla 33**).

En los datos reflejados en la **tabla 34**, la hipótesis para mantener la hiperutilización que más indicaron los médicos de familia del grupo de intervención fue la clínica (88%) seguida de la administrativa (64%). La psicológica se consideró en un 56% y la dificultad en la relación médico-paciente sólo en un 18%. En menos de la mitad de las hipótesis clínicas los médicos de intervención percibieron la necesidad de su refutación (43%); mientras que el 68% de las psicológicas y el 83% de las sociales necesitaron refutación.



## **6.- COMPARACION DE LOS GRUPOS DE ASIGNACION AL FINAL DEL SEGUIMIENTO**

Considerando solo los pacientes que finalizaron el seguimiento, hubo diferencias significativas en cuanto a una puntuación en hipocondría menor en el grupo control 1 (GC1) respecto al grupo de intervención (GI), así como un menor número de morbilidad crónica y menor número de derivaciones (**tabla 33**). No hubo diferencias entre los grupos en ningún tipo de utilización (**tabla 34**).

En el grupo control 1 hubo una mayor proporción de clase social I-II-III (**tabla 35**), una menor prevalencia de problemas psicológicos, de oído y endocrinos (**tabla 36**) y una menor proporción de cefaleas. Tanto en el grupo control 1 como el grupo control 2 hubo una menor proporción de dislipemias (**tabla 37**).

## **7.- COMPARACION DE LA VARIABLE RESULTADO EN LOS GRUPOS DE ASIGNACION**

Al comparar la utilización global antes y después de la intervención en los HU, la utilización total ascendió de forma significativa durante el año de seguimiento en el grupo control 1 (GC1). Sin embargo, descendió, de forma no significativa en el grupo control 2 (GC2). Pero el descenso realmente significativo y relevante entre la pre- y post-intervención (37%), se produjo en el grupo de intervención (GI) (**tabla 40**).

La comparación de la utilización global post-intervención a los 3 y 6 meses entre los pacientes del GI y el GC1 mostró una tendencia de aumento de la diferencia de medias (**Figuras 3 y 4**), en la línea de una menor utilización en el GI respecto del GC1, que comenzó a ser significativa a partir de los 6 meses (**tabla 41**). La misma comparación entre el GI y el GC2 no mostró ninguna tendencia destacable en la diferencia de medias a los 3 y 6 meses (seguimos con la **tabla 41**).

Al final del seguimiento (**tabla 42**), en el GI la utilización media fue de 14.8 visitas, mientras que en el GC1 fue de 24.3 visitas. Esta diferencia de medias de casi 10 visitas, corresponde a un 39% menos respecto al GC1 ( $p < 0.001$ ). También hubo una diferencia negativa de 3.6 visitas entre el GI y el GC2, llegando también a ser significativa ( $p: 0.046$ ).

## **8.- ESTUDIOS MULTIVARIANTES**

### **8.1.- Modelos multivariantes de efectos fijos.**

En la **tabla 43** se recoge la ecuación de regresión lineal múltiple en la que se puede comprobar que después del ajuste por todas las covariables, la variable grupo de asignación fue significativa en sus dos variables auxiliares. La variable grupo\_1, que recoge el contraste

entre el grupo de intervención (GI) con el grupo de control 1 (GC1), lo hizo con un nivel de significación  $P < 0.001$  y un coeficiente de correlación parcial al cuadrado de 0.20. La variable grupo\_2, que recoge el contraste entre el GI y el GC2, también lo fue ( $P = 0.027$ ) y obtuvo un coeficiente de correlación parcial al cuadrado de 0.036.

En la **tabla 44** se muestra la comparación por parejas (con penalización de Bonferroni) de las estimaciones de medias de utilización post-intervención en los grupos de asignación, una vez ajustadas por las covariables del modelo de la tabla 43. El GI redujo la utilización respecto al GC1 en un promedio de 9.39 visitas/año ( $P < 0.001$ ), mientras que con el GC2 lo hizo en 6 visitas/año ( $P = 0.001$ ).

En la **tabla 45** se puede ver la ecuación de regresión lineal múltiple en la que se suprimió, una a una, aquellas variables que en el test de asociación con la variable dependiente obtuvo una  $p > 0.20$ . Este modelo, más parsimonioso, siguió mostrando una asociación significativa de la variable grupo\_1 ( $P < 0.001$ ) y grupo\_2 ( $P < 0.001$ ), incluso aumentó ligeramente su capacidad explicativa en la ecuación (coeficientes de correlación parcial al cuadrado respectivamente de 0.25 y 0.083).

En la **tabla 46** se expone la comparación por parejas (con penalización de Bonferroni) de las estimaciones de las medias de utilización post-intervención en los grupos de asignación, una vez ajustadas por las covariables del modelo de la **tabla 45**. Las estimaciones fueron muy parecidas a las de la **tabla 44**.

## 8.2.- Modelos multivariantes de efectos aleatorios.

El **modelo 1** fue aquél en el que sólo incluimos al médico como factor de efectos aleatorios para ver que así el modelo se ajustaba mejor que con unos efectos fijos. El test de razón de verosimilitudes del modelo con efectos fijos frente al modelo de efectos aleatorios, sólo con el médico, obtuvo una  $\chi^2_{\text{exp}} = 6.69$  (1 g.l.) con un nivel de  $P = 0.0048$ , lo que indicó que había que considerar al **médico como un factor de efectos aleatorios**.

### MODELO 1: El médico como factor de efectos aleatorios

Log restricted-likelihood = -542.26236		Prob > chi2		= 0.0000	
re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----	-----	-----	-----	-----	-----
_cons	4.389426	.1313504	33.42	0.000	4.131984 4.646868
-----+-----	-----	-----	-----	-----	-----
Random-effects Parameters		Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
-----+-----		-----	-----	-----	
médico: Identity	sd(_cons)	.272789	.1200923	.1151052	.6464853
-----+-----	-----	-----	-----	-----	-----
	sd(Residual)	1.210514	.0472612	1.121339	1.306781
-----+-----	-----	-----	-----	-----	-----
LR test vs. linear regression: chibar2(01) =		6.69		Prob >= chibar2 = 0.0048	

El **modelo 2** fue aquél en el que se incluyó **al médico como factor de efectos aleatorios y, anidado en él, el paciente**. Se trató de ver si así el modelo ajustaba mejor que con unos efectos fijos directamente y que ajustó mejor que el modelo 1. El test de razón de verosimilitudes del modelo con efectos fijos frente al modelo de efectos aleatorios, con el médico y con el paciente, dio una  $\chi^2_{\text{exp}} = 106.18$  con un nivel de  $P < 0.0001$ , lo que indicó que había que considerar al médico y al paciente como factores de efectos aleatorios. Hecha la comparación entre el modelo que sólo incluye al médico y el modelo que incluye además al paciente, se obtuvo una  $\chi^2_{\text{exp}} = 99.49$  (1g.l.)  $P < 0.0001$ , lo que indicó que había que añadir al modelo, el factor de efectos aleatorios que representa el paciente anidado en el médico

**MODELO 2: El médico como factor de efectos aleatorios y, anidado en él, el paciente**

Log restricted-likelihood = -492.51898		Prob > chi2 = 0.0001			
re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
-----+-----					
_cons	4.375969	.1295998	33.77	0.000	4.121958 4.62998
-----+-----					
Random-effects Parameters	Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]		
-----+-----					
médico: Identity					
sd(_cons)	.2303331	.138591	.0708255	.7490708	
-----+-----					
paciente: Identity					
sd(_cons)	.9978732	.070256	.8692523	1.145526	
-----+-----					
sd(Residual)	.6966487	.0381821	.6256925	.7756517	
-----+-----					
LR test vs. linear regression:	chi2(2) =	106.18	Prob > chi2 =	0.0000	

El **modelo 3** se confeccionó con objeto de medir el efecto de la intervención llevada a cabo en los pacientes, considerados todos en conjunto. Se ha llevado a cabo el ajuste del modelo multinivel de tres niveles (medidas-instante, paciente, médico) pero comparando las dos medidas (basal y al año) mediante una variable auxiliar que las identifica. Esa variable denominada **instante** ha sido introducida como covariable en el modelo. Los resultados de ese análisis bruto aparecen a continuación obteniéndose un coeficiente de -0.286 ( $P < 0.001$ ), que se puede interpretar como lo que descende, en promedio, la raíz cuadrada de la utilización al cabo del año. Este resultado nos indicó como los pacientes evolucionaron, en términos globales, en el sentido del descenso, Aunque como los pacientes forman parte de tres grupos no todos tienen que descender de la misma manera, como se verá inmediatamente. Este análisis se hace para ver que, en bruto, hay un efecto significativo de la intervención.

**MODELO 3: Médico y paciente como factores de efectos aleatorios y la covariable instante.**

```

Log restricted-likelihood = -486.87547          Prob > chi2          =    0.0001
-----
      re |      Coef.   Std. Err.    z    P>|z|    [95% Conf. Interval]
-----+-----
  _instante_1 |  -.2863663   .0733515   -3.90  0.000   - .4301326   - .1425999
    _cons     |   4.518499   .135417    33.37  0.000    4.253087    4.783912
-----
Random-effects Parameters |   Estimate   Std. Err.   [95% Conf. Interval]
-----+-----
médico: Identity
      sd(_cons) |   .2332068   .1384641    .0728365    .7466778
-----+-----
paciente: Identity
      sd(_cons) |   1.006583   .0693639    .8794136    1.152143
-----+-----
      sd(Residual) |   .6688622   .0367688    .6005432    .7449531
-----
LR test vs. linear regression:      chi2(2) =   115.12   Prob > chi2 = 0.0000

```

El siguiente modelo (tabla 47) se ajustó por el grupo de asignación, el instante y la interacción entre ambas variables. Se trató de medir el efecto del grupo, introduciendo la variable grupo como covariable en términos de dos variables auxiliares, una que compara el Grupo de Intervención (GI) contra el grupo de control 1 (GC1) y la siguiente que compara el GI contra el grupo de control 2 (GC2). De los resultados se pudo extraer las siguientes conclusiones:

1º) Entre el GI y el GC1 hubo diferencias significativas,  $P = 0,017$  y entre el GI y el GC2 no las hubo ( $P = 0.245$ ). Estos resultados han de ser tomados con precaución puesto que comparan en bloque las dos medidas (antes y después) entre los grupos, lo cual puede dar lugar a comparaciones que confunden observaciones.

2º) Este modelo aportó una información superior a la que aportaba el modelo con los efectos principales de las dos variables (grupo de asignación e instante),  $\chi^2_{exp} = 66,2(2g.l.) P < 0.0001$ . La interacción fue, por tanto, significativa y ello obligó a realizar las comparaciones entre grupos para la basal y para los 12 meses y las comparaciones entre la basal y los 12 meses dentro de cada uno de los grupos.

3º) La tercera cuestión es que, al introducir el grupo, hubo una fuerte reducción de la varianza (de 0.2332068 a 0.000436) debida al médico; atribuible, fundamentalmente, a que hay tres médicos que están englobados en dos tratamientos (en el GI y en el GC2).

En la **tabla 48** se exponen los resultados del modelo ajustado por los factores del ensayo y las covariables que en los análisis de efectos fijos obtuvieron una  $P < 0.20$ . En el se pudo comprobar que, después del ajuste global, la variable grupo de asignación siguió siendo significativa en cuanto la comparación del GI con el GC1 ( $P = 0.018$ ). También se produjo un aumento de la variabilidad del médico (de 0.000436 a 0.2106741) al introducirse las variables del paciente.

En la **tabla 49** se concluyó con el modelo ajustado por los factores del ensayo y las covariables del paciente que en el modelo anterior obtuvieron una  $P < 0.20$ . En este modelo multinivel se confirmó que la variabilidad del paciente explicó su utilización aproximadamente 3.5 veces más que la variabilidad del médico (0.7235537 frente 0.2060094). También confirmó la necesidad de ajustar por determinadas covariables del paciente: edad, número de enfermedades crónicas e hipocondría; del mismo modo que la variable grupo de asignación continuó siendo significativa en cuanto la comparación del GI con el GC1 ( $P = 0.010$ ).

Por último, en las **tablas 50, 51 y 52** se muestran (una vez se ajustó por las covariables del modelo multinivel) las comparaciones del grupo de intervención con los grupos de control 1 y 2 en función del instante (basal y al final del seguimiento), así como las comparaciones dentro de cada grupo de asignación en el instante basal y a los 12 meses.

**1) Al inicio del estudio** (instante basal), el GI fue comparable al GC1 ( $P = 0.641$ ), mientras que fue diferente al GC2 ( $P = 0.010$ ). En el GC2 hubo una menor utilización (por término medio, la raíz cuadrada de la utilización estuvo 0.79 unidades por debajo del GI). **Tabla 50.**

**2) Al final del seguimiento** (instante de los 12 meses), el GI tuvo una menor utilización que el GC1 ( $P < 0.001$ ), En promedio la raíz cuadrada de la utilización del GC1 fue 1.22 unidades superior al GI. También por término medio, la raíz cuadrada de la utilización del GC2 fue 0.53 unidades superior al GI ( $P < 0.003$ ). **Tabla 51.**

**3) Al comparar la utilización dentro de los grupos en el instante basal y a los 12 meses**, el GI experimentó un descenso relevante y significativo ( $P < 0.001$ ), el GC1 tuvo un leve ascenso pero significativo ( $P = 0.008$ ), mientras que el GC2 permaneció igual ( $P = 0.399$ ). **Tabla 52.**

## ***DISCUSSION***

## **1. DISCUSION DE LOS METODOS.**

### **1.1 El enmascaramiento.**

Los 3 médicos de familia de intervención no fueron ciegos a la asignación de los pacientes HU del grupo de intervención. Esto fue así porque para poder intervenir sobre ellos, lógicamente, tenían que saber su identidad. Por tanto, existió la posibilidad de que los médicos de intervención pudieran influir sobre la observación del efecto de la intervención.

Una opción alternativa hubiera sido elegir a los médicos de intervención externos al centro de salud donde realizamos el estudio. De este modo, el médico de familia adscrito al paciente HU del grupo de intervención, sí hubiera sido ciego a su asignación. Este tipo de diseño se ha usado, por ejemplo, para evaluar una intervención psicoterapéutica reglada en atención primaria (Dowrick C, 2000). Sin embargo, nos pareció irrenunciable el incluir al propio médico de familia del paciente, a pesar de los problemas de no ser ciego a los pacientes de intervención. Esta opción ofrece la ventaja de incluir en la intervención la propia relación previa médico-paciente y su conocimiento mutuo; además, este escenario sería totalmente real (“*performance*”), mientras que la opción de médicos de intervención externos se parecería más a una situación de laboratorio, permaneciendo la duda si sería aplicable al “mundo real” del centro de salud. Además, nuestro objetivo no fue probar un recurso o estructura externa de intervención, tal como puede ocurrir en la psicoterapia hecha por especialistas de segundo nivel, sino probar que los propios recursos de los médicos de familia pueden disminuir la frecuentación de sus HU. El estudio de intervención israelí (Matalon A, 2002), que se hizo sin grupo control, si intentaba probar una estructura externa a la atención habitual de los pacientes, una especie de clínica de segundo nivel especializada en pacientes HU. Nuestra estrategia partía de una opción en principio más eficiente, ya que crear estructuras y recursos paralelos; aunque fueran eficaces, aumentarían sensiblemente los costes.

El resto de factores de enmascaramientos se cumplieron. Todo el grupo de médicos de familia, del grupo de médicos de intervención o control, fueron ciegos a la asignación de los pacientes HU al grupo control 1 (GC1) o al grupo control 2 (GC2). Los tres entrevistadores que recogieron todas las variables, incluidas las que medían el efecto de la intervención, fueron externos y ciegos a la asignación de grupos. Incluso los pacientes participantes en el estudio también fueron ciegos, no recibiendo indicación alguna sobre si se encontraban en el grupo de intervención o en el de control. En realidad los pacientes del grupo de intervención no supieron de la existencia de un grupo control. Además, aquellos también fueron ciegos a la medida del efecto, ya que fueron informados que la intervención se hacía para mejorar su salud, pero no fueron informados que el efecto de la intervención se mediría por el número de las visitas a los profesionales de la salud.

### **1.2. Los sesgos de selección.**

Cuando se hizo la selección de la muestra, en el año 2001, el Centro de Salud llevaba 11 años de funcionamiento, lo cual puede ser tiempo suficiente para que casi el 100% la población de la Zona Básica de Salud hubiera pasado al menos una vez por el centro de salud y, por tanto, estuviera registrado en la base de datos TASS. Sin embargo, no se puede descartar, que una pequeña proporción de la población de la Zona Básica, presumiblemente muy pequeña (menor del 2.5%), no estuviera en la base de datos TASS. Este posible sesgo se daría con más probabilidad entre hombres que en mujeres (*Bellón JA, 1995*). Una de las razones podría ser la tendencia a no incluir en la base de datos TASS a los pacientes, generalmente varones, que utilizan las consultas muy poco (a veces de forma anecdótica). Esta tendencia podría incrementarse si, además, las consultas de estos pacientes se realizan sin cita previa o a través de terceras personas, normalmente un familiar. Por todo ello es muy improbable que un paciente HU no estuviera incluido en nuestra base de datos; puesto que por definición, acude muchas veces a las consultas del centro de salud.

La base de datos TASS nos permitió conocer con bastante exactitud nuestra población de referencia. También tuvimos una base de datos precisa de nuestra población elegible, los 880 pacientes HU, sobre la cual obtuvimos nuestra muestra. Decidimos hacer el muestreo aleatorio de pacientes estratificando por edad, sexo y profesional; ya que disponíamos de tales datos y de alguna forma nos aseguraba que, en esas variables, la distribución de la muestra sería proporcional. Además, necesitábamos más pacientes de los médicos de intervención ya que habíamos decidido que de ellos íbamos a elegir el grupo de pacientes de intervención (GI) y un grupo de pacientes de control (GC2). Asimismo, todos los muestreos se hicieron rigurosamente por tabla de números aleatorios y por personal auxiliar ajeno al equipo de investigación.

Al principio, de los 9 médicos del centro de salud descartamos 2 porque no registraban con asiduidad en las historias clínicas. Si no lo hubiéramos hecho así, hubiéramos tenido una alta probabilidad de introducir sesgos de información, tanto en la variable resultado, como en las variables independientes. Sin embargo, también debemos admitir que al descartar a estos dos médicos también hemos podido introducir un sesgo de selección. Después de esto, descartamos un médico más para que el número de médicos de control e intervención fueran el mismo. Este descarte, al igual que la asignación de médicos de control e intervención, si se hizo de forma rigurosamente aleatoria. El problema estaría en que al barajar sólo 6 médicos, la probabilidad de que el muestreo fuera desafortunado estaba presente. Por otra parte, sí sabemos que en ambos grupos de médicos las edades fueron muy parecidas. En el grupo de médicos de intervención se asignaron dos médicos de familia vía MIR (uno de ellos mujer) y uno vía no MIR, y en el de control uno vía MIR y dos vía no MIR (los 3 hombres). Estas variables por tanto, no se distribuyeron por igual; luego es posible que hubiera cierto sesgo de selección. No en cuanto al sexo del médico, que sabemos que no influye en la utilización de los pacientes (*Stoverinck MJM, 1996; Bellón JA, 1997*); pero si respecto la formación (*Eisenberg JM, 1985; Bellón JA 2004*). Es conocido que a los médicos de familia vía MIR se les asocia una menor frecuentación en sus consultas. Este posible sesgo, iría por tanto a favor de la hipótesis de nuestro estudio. En este sentido, podríamos haber optado por no asignar los médicos de forma aleatoria, tratando de distribuir la variable vía MIR de forma homogénea en ambos grupos; sin embargo, esto no fue posible porque entre los 7 médicos elegibles sólo habían 3 vía MIR, por lo que los grupos siempre hubieran estado desequilibrados en esta variable. Desde este punto de vista, tuvimos mucho interés en controlar la variabilidad de la utilización de los pacientes debida a los médicos. Esto lo hemos intentado abordar con los



análisis multivariantes multinivel, considerando la variable médico como de efectos aleatorios. Pudimos comprobar que el modelo con el médico como variable de efectos aleatorios aportó, de forma significativa, más varianza. Esta línea argumental también se constató cuando introducíamos en el modelo las variables del paciente, que iba produciendo sucesivos incrementos de la variabilidad del médico, al ajustar por las primeras.

Otro posible sesgo de selección también se podría haber introducido cuando de los 261 pacientes seleccionados, a 32 de ellos no se les pudo entrevistar. No obstante, podemos argumentar, que de las variables sobre las que teníamos datos (demográficas, de utilización y morbilidad), no hubo diferencias significativas. Sin embargo, ello no quiere decir que pudiera haber habido diferencias en otras variables sobre las que no teníamos información.

Otros posibles sesgos de selección se podrían haber introducido en los sucesivos descartes de pacientes antes del seguimiento y, por supuesto, tras las pérdidas al final del seguimiento. Los pacientes excluidos a este nivel tuvieron un perfil más joven, con menor carga de morbilidad y utilización. Este perfil coincide con la gente que tiene una mayor movilidad por motivos laborales y, además, se ajusta a que el 81% de estas pérdidas se pudieran atribuir a cambios de domicilio, ausencias durante el seguimiento mayor de 3 meses y pacientes no localizados.

### **1.3 Los sesgos de confusión.**

Una forma de comprobar si la asignación aleatoria de los grupos había conseguido distribuir homogéneamente las variables de confusión, fue el realizar en la línea de base los análisis estadísticos pertinentes, tomando como variable dependiente los grupos de asignación. Esto era necesario porque los pacientes pueden ser muy selectivos a la hora de inclinarse por adscribirse con un médico u otro y también, cuando se emplean muestras no muy grandes, el azar puede dar “malas muestras”. Con éstos análisis se pudo comprobar que ni en los distintos tipos de utilización, ni prácticamente en casi ninguna de las variables del estudio hubo diferencias. Si hubo algunas en cuanto a que el grupo de control 1 (GC1) tuvo menos morbilidad crónica, menos derivaciones al especialista y una mayor proporción de clases sociales más altas, respecto al grupo de intervención (GI). En cualquier caso, este posible sesgo iría en contra de la hipótesis de nuestro estudio, ya que las tres, según la evidencia disponible, estarían asociadas a una menor utilización (*Heywood PL, 1998; Rodríguez B, 1999; Poveda F, 2000*). También en el GI se halló una mayor prevalencia de problemas psicológicos y endocrinos; así como en cefaleas y dislipemias; lo cual también podría introducir un sesgo en dirección contraria a la hipótesis del estudio (*Karlsson H, 1995; Savageau J, 2006*) No obstante, estos posibles sesgos de confusión se intentaron controlar en el análisis multivariante ajustando por las variables independientes implicadas.

Al final del seguimiento, estos descartes y pérdidas podían haber producido nuevos desajustes en la distribución de las variables confusoras en los grupos de asignación. Por tanto, se volvió a realizar los análisis con los respectivos test estadísticos. Se comprobó que no hubo prácticamente modificaciones en cuanto a las encontradas al inicio del seguimiento. El signo del posible sesgo de confusión, se volvió a constatar que iba en

contra de la hipótesis de nuestro estudio. No obstante, tal como indicamos anteriormente, nos obligó a ajustar en los análisis multivariantes por todas estas variables; teniendo en cuenta además, el instante de las mediciones de las mismas, al inicio y al final del seguimiento.

Hemos medido y controlado por un conjunto de variables exhaustivo que, según la bibliografía, podrían relacionarse con nuestra variable de respuesta y distribuirse de forma desigual sobre los grupos de asignación: los **factores de necesidad**: la percepción de salud (Heywood PL, 1998; Mello MM, 2002), la morbilidad crónica (Báez K, 1998; Poveda F, 2002) y la salud mental (Stefansson CG, 1994; Dowrick CF, 2000; Vedsted P, 2001); los **factores facilitadores**: satisfacción con el médico (Ruiz R, 2004; Torio J, 2005), distancia al centro de salud (Scaife B, 2000; Mancera J, 2001); y los **factores predisponentes**: la disfunción familiar (Riley A 1996; Bellón JA, 1999), el apoyo social (Vedsted P, 2002), los factores socio-demográficos (Bellón JA, 1995-b; Karlsson H, 1997; Segovia A, 1998). La morbilidad es uno de los factores del usuario que mejor predicen la utilización de las consultas, y como era de esperar, es la morbilidad crónica la de mayor fuerza de asociación (Báez K, 1998; Poveda F, 2000) ya que, por definición, una enfermedad crónica no se cura, obligando al usuario a utilizar de forma continuada los servicios sanitarios. Nosotros la recogimos de las listas de problemas ordenándolas a través de la clasificación internacional de atención primaria (CIAP). No obstante, quisimos afinar por una serie de enfermedades, como la hipertensión, diabetes, dislipemias, epoc-asma, etc., porque se trata de enfermedades sobre las que existen programas y protocolos específicos de actuación en el centro de salud. Es decir, que añadiría al factor del usuario de la morbilidad un matiz importante desde los factores del profesional y la organización. La satisfacción con el médico sólo la medimos con una pregunta, por lo que presenta limitaciones en cuanto a lo que mide. Lógicamente no abordaría todas las dimensiones teóricas de la satisfacción. También queremos referir que una de las variables que mejor predice la utilización de un paciente HU es su utilización previa (Kapur N, 2005); por tanto fue una variable de obligado control en el análisis.

Por último, cómo ya hemos comentado, también intentamos controlar en el análisis la variabilidad de la utilización debida al médico. Los modelos multivariantes finales que obtuvimos demostraron su bondad de ajuste y garantizaron que los factores de confusión estuvieron controlados.

#### **1.4. Los sesgos de información.**

En primer lugar y como ya hemos comentado en los sesgos de selección, se descartaron dos médicos porque no registraban con asiduidad en la historia clínica. Lo contrario hubiera supuesto importantes sesgos de información sobre la variable resultado y las independientes.

Los datos de la variable resultado y de algunas de las variables independientes se obtuvieron de la historia clínica TASS. Este programa se implantó en el Centro de Salud dos años antes. Pensamos que es tiempo suficiente para que los profesionales estuvieran familiarizados con la historia y hubieran superado el periodo de adaptación.

La utilización de las consultas la obtuvimos de varias formas, lo que en muchos casos supuso una doble fuente de información. Las citas por profesional (médico y enfermera) y tipo de cita (a demanda, programada) se extrajeron del módulo específico de obtención de datos del TASS (éstas permanecen registradas aún en el caso de que el médico no anote nada de los seguimientos en la historia) y del repaso, uno a uno, de los registros de seguimientos de la historia clínica. Los avisos domiciliarios los sacamos de las historias clínicas y los cotejamos con el libro de avisos del centro de salud. Las visitas sin cita sólo se obtuvieron de la historia clínica, por lo que es posible que fuera un registro menos fiable en la dirección de un menor registro. Tanto de estas últimas visitas como de las demás, no tenemos información sobre si unos médicos las registraron mejor que otros. Esto último es lo que daría la dirección del sesgo, si los médicos de control registraron las visitas menos que los de intervención, el sesgo iría en contra de la hipótesis de nuestro estudio; en el caso contrario, el sesgo iría a favor.

Hubo dos tipos de visitas que no se pudieron recoger por falta de fuentes de información accesibles, las de atención continuada y las de urgencias al hospital. Exceptuando estas últimas, al incluir dentro de nuestra variable resultado todos estos tipos de utilización, descartábamos en gran medida el fenómeno de utilización en “off” (*Hankin JR, 1983*); es decir, que descendiera la utilización del médico a costa de aumentar la de la enfermera, o viceversa. También se intentó controlar la utilización en otros servicios de salud privados o alternativos preguntando al paciente por esta eventualidad; aunque esta forma de obtener la información presenta problemas de fiabilidad y validez (*Bellón JA, 2000, J*)

Algunas de las variables independientes también tuvieron una doble fuente de información. La morbilidad crónica se extrajo de las listas de problemas de la historia clínica informatizada y también se consultaron las historias clínicas de papel, por lo que pensamos que esto aumentó su fiabilidad.

En el caso de las variables de salud mental, la información se obtuvo desde los registros diagnósticos de sus médicos en las listas de problemas, y a través de las escalas que cumplimentaron los pacientes (ansiedad, depresión e hipocondría). Como era de esperar, los médicos tuvieron menos diagnósticos de salud mental anotados, de los que aportaron los cuestionarios. Al controlar estos diagnósticos de estas dos formas, tuvimos una mejor información que, además, era complementaria: por una parte, el diagnóstico a través del profesional, con lo que puede aportar el factor médico con sus habilidades diagnósticas y su orientación psicosocial o biomédica; y por otra parte la información exclusivamente a través del paciente mediante los cuestionarios. En el caso de las variables sociales (apoyo social) y familiares (disfunción familiar) no hubo ningún registro sobre ello en las historias clínicas por ninguno de los 6 médicos; lo cual demostró, por una parte la falta de orientación socio-familiar de los médicos y, por otra parte, el acierto de haberlo medido con los cuestionarios.

### **1.5. Los sesgos de contaminación de la intervención.**

Los seis médicos de familia del estudio compartían centro de salud, por lo que fue posible que las estrategias de intervención aplicadas a los pacientes “se contaminaran” de

los médicos de intervención a los médicos de control. Esto podría hacer que estos últimos pudieran aplicar, en mayor o menor grado, la intervención elegida exclusivamente para el grupo de HU de intervención. Este sesgo, en cualquier caso, iría en contra de la hipótesis del estudio.

Para tratar de evitar el sesgo de contaminación se podría haber recurrido a un diseño por conglomerados, donde en vez de elegir médicos, hubiéramos elegido centros de salud, considerando que en un mismo centro de salud sólo hubieran médicos de intervención o de control. Sin embargo, es conocido que este tipo de diseños introduce a su vez nuevos sesgos: los centros de salud de intervención y control, aún siendo seleccionados aleatoriamente, podrían ser claramente diferentes en variables conocidas, o lo que es peor, en variables desconocidas (*Donner A, 2004*). El diseño por conglomerados también obligaría a tener que aumentar considerablemente el tamaño muestral y a hacer un control exhaustivo de la variabilidad entre niveles en los análisis (*Medical Research Council, 2002*).

Otro posible sesgo de contaminación se podría haber dado entre los médicos de intervención que, además de tener un grupo de pacientes de intervención (GI), también tuvieron un grupo de pacientes de control (GC2). Sospechamos que en este caso el sesgo se dio claramente. El GC2 se debería haber comportado en su utilización de forma parecida al GC1; puesto que, en teoría, no se hizo ninguna intervención sobre ellos; es más, ninguno de los médicos sabía cuáles eran sus pacientes asignados al GC1 y GC2. No obstante, hemos podido comprobar que mientras el GC1 durante el seguimiento tuvo un comportamiento natural hacia el incremento del número de visitas, el GC2 tuvo una tendencia al descenso, aunque no de forma significativa. Es decir, el GC2 se comportó de forma más parecida al GI que al GC1. Pensamos que esto sucedió porque los médicos de intervención aprendieron a desarrollar la intervención “7H+E”, mientras que los médicos de control no. Este aprendizaje, lógicamente sirve para todos sus pacientes, no sólo para el GI; y debe ser difícil abstraerse y no aplicarlo, de alguna manera, a todos sus pacientes, a pesar de que no conocieran la identidad de sus pacientes del GC2. Como ya comentábamos, el sesgo de contaminación va en contra de la hipótesis de nuestro estudio y puede ser parte de la explicación de que, aunque el GI tuviera menos visitas que el GC2, estas diferencias no llegaron a ser significativas cuando se controló la confusión en el modelo de efectos aleatorios.

## **1.6. Sobre la definición de Hiperutilizador.**

Una revisión sistemática (*Vedsted O, 2005*) reciente indicó que los estudios sobre HU sufren de algunos problemas metodológicos. En la misma se habla de los problemas con los diseños transversales, el uso de la utilización como variable categórica y las diferentes definiciones de HU.

En cuanto a la utilización como variable categórica, ser HU o no, sin duda da problemas por el hecho de clasificar en si mismo. Se introducen errores de clasificación y, unido a las diferentes clasificaciones usadas, se dificulta la comparación entre los estudios. Nosotros pensamos que el hecho de clasificar en atención primaria a los pacientes HU puede aportar beneficios. Una variable como la presión arterial se puede y debe estudiar

como variable continua, con todas las ventajas que ello supone. Sin embargo, también desde el punto de visto práctico interesa definir a los pacientes como hipertensos o no; fundamentalmente, para tomar decisiones sobre la aplicación de tratamientos. Salvando las diferencias, con la utilización pudiera suceder algo parecido. Necesitaríamos saber cuáles son los HU para intervenir sobre ellos o no.

Otro problema diferente sería el que se dispusiera de estudios que argumentaran la necesidad y utilidad de la intervención sobre los HU (*Neal R, 1996*). En este sentido pensamos que nuestro estudio ha comenzado a aportar resultados sobre ello. También sería necesario disponer de estudios que definieran el umbral más adecuado para tratar a los HU; lo cual, hasta ahora, no ha sido abordado.

Sigue sin haber una definición objetiva de aceptación universal para definir a los pacientes HU (*Vedsted O, 2005*). De la revisión de la literatura se desprende que, hasta el momento, el único criterio pertinente sería el estadístico, convergiendo todas las definiciones en que los pacientes HU serían aquellos pocos que consumen una gran proporción de todas las visitas que recibe su médico de familia (*Svab I, 1993*).

El concepto utilizado en nuestro estudio ha sido definir al HU como aquel paciente que durante el año 2000 tuviera una utilización global de las consultas superior al doble de la media para su estrato de edad y sexo (**Tabla 2**). Esto supuso, en la práctica, clasificar como HU un 10% de nuestra población; aunque, por otra parte, esto no coincide con el uso del percentil 90 de la variable utilización, puesto que al estratificar por edad y sexo, los HU se distribuyeron de forma más homogénea entre estas dos variables. En algunos estudios han usado nuestros mismos criterios (*Sánchez FJ, 1993; Segovia A, 1998; Dowrick C, 2000*), pero en otros fueron diferentes (*Heywood PL, 1998; Vedsted P, 2001; Vedsted P, 2002; Szydlowski JW, 2002; Ortega MA, 2004*). En la definición que hemos empleado también subyace un interés pragmático y de intervención. Por ejemplo, un adolescente con 8-10 visitas al año, además de ser HU para su estrato de edad, tiene una alta probabilidad de padecer un problema de salud mental asociado a su hiperutilización (*Zachrisson HD, 2006*). Sin embargo, si no hubiéramos estratificado por edad, no se hubiera catalogado como HU. Nuestro interés radicaría en que el hecho de etiquetarlo como HU por su médico de familia, podría ponerlo en alerta para realizarle, en este caso, un *screening* sobre trastornos mentales. Es decir, la etiqueta de paciente HU se podría usar como marcador de riesgo de determinados problemas de salud, especialmente los psicosociales, ya que estos suelen estar infra-diagnosticados por los médicos de familia (*Stefansson CG, 1994*).

La definición de HU también implica acotar el tiempo de utilización sobre el que se considerará a un paciente HU. La mayoría de los estudios emplean un año (*Dowrick CF, 2000; Smith R, 2005*), puesto que es tiempo suficiente para solventar los sesgos estacionales de la morbilidad. Sin embargo, se conoce menos sobre la historia natural de los pacientes HU a largo plazo. Por ejemplo, si empleáramos dos años (*Roos NP, 1981; Smucker D, 2000*) algunos pacientes que serían HU en el primer año, podrían dejar de serlo en el segundo; entre otras cosas, porque se puede haber resuelto las causas que provocaron la hiperutilización. Luego esta decisión sobre el tiempo, condicionará el tipo de HU; de tal forma que cuanto más amplio sea el intervalo de tiempo considerado, se tenderá a incluir a pacientes con más problemas crónicos de salud. Este aspecto también plantea una cuestión de orden práctico: si supiéramos el perfil de HU que dejará de serlo al año siguiente, aún sin hacer intervenciones especiales sobre él, estaríamos definiendo mejor sobre cual HU intervenir y sobre cual no; no obstante, todavía no tenemos estudios que nos orienten convenientemente sobre esto.

## **1.7. Sobre la intervención aplicada.**

La intervención que hemos aplicado se puede enmarcar dentro de las denominadas “**intervenciones complejas**” (Cabezas MC, 2006), es decir, se trataría de una intervención con componentes múltiples, cada uno de los cuales puede ser esencial para el correcto funcionamiento de la intervención. Muchas veces es difícil determinar cuál o cuáles de estos elementos son los ingredientes activos que hacen que la intervención sea efectiva (Eldridge S, 2005). Nuestro marco teórico ha sido expuesto en la introducción y sus posibles ingredientes activos se pueden resumir en la **Figura 2**.

Tenemos ciertas dificultades para encontrar argumentos que definan los verdaderos **ingredientes activos de la intervención**. Por ejemplo, ¿Hasta que punto la gestación de la intervención en equipo fue fundamental? Otra discusión estuvo ligada al componente psico-social de la intervención comparado con el administrativo. ¿Hasta que punto el primero fue un factor decisivo?, ¿fue un componente más trascendente que el organizacional-administrativo? Sobre este último tema se sabe que, por una parte, el 40% de las consultas de los médicos de familia españoles obedecen a motivos administrativos previsibles, por lo que puede ser un factor muy vulnerable y de gran impacto sobre la hiperutilización (Casajuana J, 2003). En nuestro estudio además, se confirmó en el análisis que las visitas administrativas fueron las más importantes en volumen; mientras que, por otra parte, no está claro que las intervenciones psicosociales en atención primaria, realizadas por médicos de familia, sean efectivas (Huibers MJ, 2003). Otra pregunta sobre los ingredientes activos de la intervención pudiera ser ¿Hasta que punto el componente de relación médico-paciente contribuyó a la efectividad de la intervención?

Las respuestas a todas estas preguntas no las tenemos con los datos de nuestro estudio, pero podríamos discutir algunas pistas que podrían ayudar en futuros estudios. En primer lugar, si hubiéramos medido al final del seguimiento algunas variables de resultado secundarias, podríamos haber tenido algunas respuestas. Por ejemplo, si en el GI (calibrando por el grupo control) además de descender la utilización, hubieran descendido de forma significativa y relevante las puntuaciones en ansiedad, depresión, hipocondría y disfunción familiar, y hubiera aumentado las de apoyo social; podríamos, al menos, plantear la hipótesis de que la utilización podría disminuir por haber intervenido exitosamente sobre el conjunto o alguno de los componentes psicosociales de la intervención. También si hubieran descendido las puntuaciones en emociones y pensamientos negativos con los pacientes, cabría plantearse el componente relacional como posible variable intermedia entre la intervención y su efecto. No obstante, todas éstas no dejarían de ser unas hipótesis que necesitarían un desarrollo empírico para refutarlas o aceptarlas. Por tanto, las respuestas más definitivas sólo las encontraríamos en futuros ensayos donde, en diferentes brazos del mismo, se aplicara la intervención con unos componentes si y otros no.

Tuvimos información sobre el contenido y la forma de cumplimentar los cuestionarios de intervención de los pacientes HU por los 3 médicos de intervención (**tablas 22 a 32**). Eso garantizó que al menos el análisis previo de la información se llevó a cabo, al igual que tenemos constancia que se produjeron las reuniones del equipo de

intervención para todos los pacientes intervenidos. Sin embargo, no tenemos datos sobre el desarrollo e implementación de la intervención con los pacientes HU durante el seguimiento. Sobre este aspecto, quizás nos hubiera ayudado conocer como se modificaron algunas variables del proceso asistencial sobre los HU durante el seguimiento y la intervención; por ejemplo, sabiendo cómo se modificó la derivación a salud mental o a la trabajadora social, o los posibles cambios en la prescripción de psicofármacos, o en la tasa de diagnósticos de salud mental conocidos por los médicos. En cualquier caso, un detallado plan de monitorización y **control de la calidad** de la intervención se debería aplicar en futuros ensayos sobre este tema.

Otras cuestiones oportunas tendrían que ver con **el grado y la intensidad de la intervención sobre los médicos**: ¿sería más efectiva una intervención en los médicos con un taller y entrenamiento más intenso y largo?, o todo lo contrario, ¿sería igual de efectiva una intervención en los médicos con un curso y entrenamiento menos intenso? Las respuestas serían las mismas que venimos dando en este apartado, sólo con un ensayo a propósito, podríamos obtener las respuestas más pertinentes. Más concretamente, podríamos aplicar diferentes grados-intensidad de la intervención en diferentes brazos del ensayo.

Hasta aquí, hemos ido proponiendo nuevos ensayos con múltiples brazos. Lógicamente, todas las propuestas no se podrían llevar a cabo en un solo ensayo, puesto que necesitaríamos un tamaño muestral y unos recursos inmensos. Otra opción sería hacer varios ensayos diferentes con menos brazos. Algunos autores proponen la estrategia de realizar primero un estudio exploratorio de la intervención para que, con menos esfuerzo, oriente sobre los ingredientes activos y sus interrelaciones y los diferentes gradientes e intensidad de la intervención (Rogers S, 2000).

Dentro del mismo apartado, pero con un matiz diferente, podríamos preguntarnos **¿qué fue más determinante para reducir la utilización de los pacientes HU, la intervención sobre los médicos o sobre los pacientes?** La respuesta tampoco sería sencilla. Las ecuaciones multinivel siempre mostraron que el componente de la varianza del nivel paciente fue sensiblemente mayor al componente médico. Desde este punto de vista podemos encontrar alguna orientación sobre la primacía del factor paciente. No obstante, tampoco introducimos en la ecuación variables del médico que pudieran aumentar su capacidad explicativa; por ejemplo, alguna que definiera el grado de intensidad de la aplicación de la intervención por el médico. Sobre este último aspecto, podríamos haber usado algún tipo de cuestionario de actitudes (que fuera válido, fiable y sensible al cambio) que nos diera, de alguna manera, información sobre el impacto de la intervención sobre el médico, para luego poder relacionarlo con la disminución de la utilización, y su desigual descenso a través de los diferentes profesionales. Una estrategia parecida se usó en un ensayo donde se pretendía que los médicos de familia aprendieran y aplicaran una intervención psicosocial sobre pacientes depresivos (King M, 2002). En definitiva, esto nos habría ayudado a conocer más profundamente como se relacionaba los cambios que la intervención producía en los médicos y su correspondencia sobre la utilización de los pacientes HU.

## **1.8. Sobre la validez externa del estudio.**

Otra limitación del estudio relacionada con la intervención sería la dificultad para generalizar los resultados, **la validez externa**. Evidentemente con sólo 6 médicos y un centro de salud no se puede concluir que los resultados sean muy generalizables. La muestra de pacientes si fue mayor, pero se requieren muestras aun mayores y heterogéneas para ganar en validez externa. Los médicos de intervención mostraron más o menos motivación en la intervención, pero en realidad no la medimos de forma objetiva. ¿Cómo respondería una muestra de médicos y centros de salud más grande y heterogénea? En realidad, cuando diseñamos el ensayo tuvimos en mente que teníamos que probarlo en una muestra pequeña, ya que no podíamos correr el riesgo de invertir mucho esfuerzo y recursos en una intervención sobre la que no teníamos aún ningún indicio objetivo sobre su eficacia.

## **2. DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

### **2.1. Discusión de los resultados principales.**

La intervención “7H+E” al ser aplicada sobre los pacientes HU produjo una reducción significativa y relevante de la utilización de las consultas de atención primaria. Después del ajuste por las variables de confusión se produjo un descenso de 9-10 visitas/paciente/año frente a la utilización media del grupo control 1(GC1) y de 5-6 visitas/paciente/año frente al grupo control 2 (GC2). Hasta el día de hoy y según nuestro conocimiento, es el primer ensayo controlado que, actuando de forma global sobre los pacientes HU de las consultas de atención primaria, ha obtenido unos resultados significativos y con cierto impacto.

Se han publicado ensayos con intervenciones parciales en los pacientes HU. Algunos de ellos se refieren a intervenciones **sobre aspectos psicosociales ligados a la hiperutilización**, y sus resultados han tenido diferentes signos:

En un ensayo, sin asignación aleatoria y con grandes lagunas metodológicas, los pacientes que recibieron psicoterapia por **trastornos afectivos** descendieron su utilización y la de sus familias frente al grupo control (*Blakey R, 1986*). En un ensayo controlado que persiguió comprobar los efectos de un entrenamiento a los médicos de familia para que intervinieran sobre pacientes HU **depresivos**, no se obtuvieron beneficios perceptibles, ni en cuanto a la mejora de los síntomas depresivos, ni en la disminución de las visitas (*Katon W, 1992*). En otro estudio de intervención sobre pacientes HU **depresivos**, el programa de intervención produjo una mejora en los síntomas depresivos, pero la utilización en el grupo intervención incluso fue significativamente superior al grupo control (*Katzelnick DJ, 2000*). En un ensayo controlado sobre pacientes con **trastornos de somatización**, la intervención del psiquiatra y sus médicos de familia logró reducir los costes sanitarios totales y la utilización hospitalaria, mientras que la utilización de atención primaria no se modificó (*Smith GR, 1986*). Sin embargo con otro tipo de intervención en **pacientes con síntomas físicos médicamente inexplicados** se consiguió reducir la utilización de atención primaria (*Kolk AM, 2004*). En otro ensayo controlado cuya intervención consistió en que los pacientes hiperutilizadores escribieran sus reflexiones sobre sus **eventos estresantes**, se comprobó una disminución significativa frente al grupo control, incluso tratándose de una muestra bastante pequeña (*Gidron Y, 2002*). Otra intervención sobre



mujeres viudas consistente en aumentar su **apoyo social** mediante grupos de autoayuda, resultó eficaz en la reducción de la utilización. (*Tudiver F, 1995*). Se está acabando un ensayo controlado en Holanda que pretende valorar la intervención “*problem solving*” realizada por enfermeras sobre pacientes HU con problemas afectivos (*Schreuders B, 2005*). Las intervenciones psicosociales en los pacientes HU se justifican en su elevada frecuencia; puesto que en la mayoría de las investigaciones, como muy poco, se supera el 50-60% de prevalencia. Otro aspecto importante reside en que hasta la mitad de estos problemas no están diagnosticados por sus médicos de familia. Por lo que hoy en día, se empieza a hablar de la recomendación del cribado de problemas psicosociales en los pacientes HU.

En otro orden de cosas, se han realizado ensayos con pacientes que padecían de **enfermedades crónicas físicas**, tratando de controlarlas y de este modo reducir su utilización, tanto de atención primaria como hospitalaria. Los resultados también presentan diferentes signos:

En una intervención educativa sobre niños y adolescentes asmáticos no se demostraron ni buenos resultados de salud, ni disminución de la utilización (*Finkelstein JA, 2005*). En otra intervención educativa sobre autocuidados en pacientes con EPOC se consiguió reducir tanto la utilización de atención primaria como la hospitalaria, asociándose a su vez a una mejoría funcional de la salud y de la calidad de vida (*Bourbeau J, 2003*). La mejoría de la hemoglobina glicosilada de los diabéticos también se la relacionó con una menor utilización de atención primaria y hospitalaria (*Wagner EH, 2001*). El argumento subyacente a estos estudios es que uno de los mejores predictores de la hiperutilización es padecer una enfermedad física crónica. Las enfermedades crónicas, por definición, no se curan, por lo que la necesidad de utilizar permanece indefinidamente, siendo esta mayor cuanto mayor sea el descontrol y descompensación de la enfermedad. Por tanto, la mejoría de la salud de los pacientes, disminuiría su necesidad de utilizar las consultas. Lógicamente, dependiendo del tipo de intervención se conseguiría la reducción de la utilización o no.

En las **intervenciones** que se podrían denominar genéricamente **globales**, en la que podríamos incluir nuestra intervención “7H+E”, los resultados también encuentran diferentes grados de éxito, con tendencia más bien hacia el fracaso. Sin embargo, en muchos de estos estudios se detectan problemas metodológicos serios que pueden impedir la comparación de sus resultados e incluso poner en duda los mismos.

En UK, la intervención que O’Dowd (*O’Dowd TC, 1988*) realizó sobre un grupo de 28 pacientes “*heartsink*” tiene algunos puntos en común con la nuestra: un grupo de 3 médicos se reúne para el análisis de los pacientes y el desarrollo de planes de intervención individuales, y también se analizaron los datos de la historia desde una orientación bio-psico-social. No obstante, hubo algunas diferencias: no se abordó de forma explícita la relación médico-paciente, ni los problemas de seguimiento burocrático, y tampoco el análisis de los datos del paciente se realizó de forma estandarizada. Entre los problemas metodológicos, dos esenciales, que los pacientes fueron “pacientes difíciles”, aunque la mayoría de ellos también eran HU, y que la selección de los mismos no fue aleatoria; pero quizás el problema más notable fue la ausencia grupo control. Por tanto, se trató más bien de la descripción de una experiencia con una serie de casos. Siguió a los pacientes 5 años y se encontraron que disminuyó de forma relevante su utilización de las consultas, aunque el autor reconoció que no lo iba buscando de forma explícita.

En España, Turabian y colaboradores (Turabian JL, 1989) diseñaron una intervención sobre pacientes HU que no fue la misma para todos, unos se enviaron al equipo de salud mental o la trabajadora social, a otros se les propuso una reunión donde hablaban sobre la hiperutilización, y/o a otros se les hizo una nueva historia clínica detallada. Se diseñaron dos grupos sin asignación aleatoria, 50 pacientes HU del grupo de intervención y 40 del grupo control. En el grupo de intervención en la línea de base hubo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que tampoco se tuvo en cuenta en el análisis de la utilización final. El resultado fue que, después de 20 meses, el grupo de intervención tuvo una mayor utilización que el grupo control; no obstante, los problemas metodológicos hacen que este estudio no ofrezca unas mínimas garantías para su comparación.

En USA, en un ensayo aleatorio controlado sobre pacientes ancianos (80 pacientes en el grupo de intervención y 80 en el control) la intervención consistió en una valoración global de los ancianos, funcional y bio-psico-social, de la que derivaba un plan de cuidados. Se mejoró la satisfacción de los pacientes, pero no hubo una clara mejoría de la salud física-psíquica. Por otra parte disminuyeron los ingresos y las urgencias hospitalarias, pero no lo hizo la utilización de atención primaria. El estudio realmente no se diseñó sobre la elección de pacientes HU, aunque si tuvieron un gran interés en saber como se comportaba la utilización con este tipo de intervención global (*Engelhardt JB, 1996*). Sin embargo, en otro ensayo bien diseñado, también en USA, se evaluó el trabajo de atención primaria en equipo multiprofesional (médico-enfermera-trabajadora social) sobre pacientes mayores de 65 años. Se encontró que descendió significativamente la utilización de las consultas de atención primaria así como la utilización y los ingresos hospitalarios (*Sommers LS, 2000*).

En Dinamarca, en un ensayo aleatorio controlado bien diseñado, se trató de reducir la utilización de los hiperutilizadores de las visitas a urgencias. Se aplicó una intervención multicomponente que consistió en informar a sus médicos de familia del número de visitas de cada paciente así como su estatus de HU, tuvieron reuniones con los médicos sobre este tema y sobre como conseguir reducir las visitas de sus pacientes y por último se incentivó económicamente a los médicos si conseguían reducirlas. La intervención también incluyó un envío de cartas a los pacientes HU informándoles de su perfil utilizador y se les sugería que acudieran a la consulta de su médico de familia para hablar de ello (*Christiansen MB, 2004*). Esta intervención consiguió reducir la utilización de urgencias, sin modificar las visitas a sus médicos de familia. Curiosamente los resultados no se hicieron notar hasta los 12 meses post-intervención. La intervención en este caso se basó sobre todo en el *feed-back* sobre el estatus de paciente HU, dado al médico de familia y al paciente, y la novedad sería las reuniones a propósito y el incentivo económico hacia los médicos para reducir la hiperutilización de sus pacientes. Esto último no es una idea descabellada, ya que una inversión de este tipo podría reducir de forma rentable los costes que producen los pacientes HU de urgencias, siempre que los niveles de salud de estos pacientes se mantuvieran o incluso mejoraran. Sin embargo, en comparación con nuestro estudio, abordaron la utilización de las urgencias que, aunque fueron urgencias en el mismo ámbito de la atención primaria, se trataría de problemas diferentes a la utilización de las consultas de atención primaria.

En Israel, Matalon (*Matalon A, 2002*) describió una intervención en una “Clínica especializada” en tratar pacientes HU. Los médicos de familia enviaron a sus pacientes HU a la clínica que era atendida por un médico de familia (experto en psicoterapia), una trabajadora social y un psiquiatra que hacía sólo de consultor (no entrevistaba a los pacientes). Los pacientes HU tenían una larga entrevista de 2-3 horas donde cumplimentaban una serie de tests bio-psico-sociales, y era dirigida con especial interés sobre los eventos estresantes y la

descripción de sus síntomas; se les cumplimentaba el genograma y finalmente se les hacía una exploración física. Después de un descanso, se reunían el médico, el paciente y la trabajadora social y se le sugería su diagnóstico bio-psico-social así como un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico según sus padecimientos; tratando de adaptarlo a las circunstancias y creencias de cada paciente. Se empleó una técnica narrativa de orientación psicodinámica para la descripción e interpretación de los síntomas del paciente en su historia personal, poniendo especial énfasis en la relación entre el sufrimiento del paciente, los eventos estresantes y los síntomas. Normalmente se les propuso un seguimiento que ellos llamaron breve: 10 visitas de una hora cada una, cada dos semanas, pero que en nuestra atención primaria supondría unos recursos en tiempo que no se podría generalizar. En un análisis del año antes y después de la intervención, la media de visitas a sus médicos de familia se redujo en 6 visitas/año/paciente. Los autores concluyen que, además de reducir la utilización, disminuyeron los costes y dieron un “respiro” a sus médicos de familia. Metodológicamente el estudio presenta muchas limitaciones. Entre otras, no hay grupo control de comparación, los pacientes no son seleccionados de forma aleatoria entre los HU, y no contabilizan en el número de visitas que reducen a sus médicos de familia las que se producen en la clínica especializada (sesgo de la utilización en “off”). Si se hubiera hecho esto último, los pacientes intervenidos habrían aumentado sus visitas sobre el año anterior en aproximadamente 4 visitas. La intervención que se realizó en este estudio tiene algunas semejanzas con la intervención “7H+E”, fundamentalmente la orientación bio-psico-social integradora, con un importante enfoque familiar. Sin embargo, también tiene diferencias notables: se trata de una estructura especializada frente a la habitual de atención primaria, no se elaboran en grupo (sólo hay un médico), no se aborda los aspectos burocráticos de las visitas, y tampoco el problema relacional con su médico de familia.

En UK, en el ensayo de Jiwa (*Jiwa M, 2000*), la intervención sobre los HU consistió en una revisión de la historia clínica por el equipo de investigación que se plasmó en un sumario sobre una hoja A4 que incluyó datos sobre: edad, factores de riesgo, alergias, antecedentes personales, listado de síntomas que presentaron con su fecha, resumen de los hallazgos de signos clínicos y de los resultados de las pruebas, así como de los informes de los especialistas. También cumplimentaron un apartado sobre síntomas depresivos y problemas sociales. Sólo se recogieron los datos presentes en las historias. Esta hoja resumen se incluyó de forma bien visible y con llamada (pegatina amarilla) en las historias de los pacientes HU del grupo de intervención. El autor partía de la hipótesis que una buena integración de la información de la historia podría mejorar la atención a estos pacientes HU. El resultado fue que no se produjo diferencias en el número de visitas al médico familia en los grupos de intervención y control después de los 5 meses post-intervención. Esta intervención comparte con la nuestra un solo componente, el aspecto de revisar la historia clínica desde una orientación bio-psico-social; sin embargo, esta revisión no la hace el propio médico de familia del paciente. Por tanto, tiene un inconveniente en si misma: que el médico disponga de la información escrita, resumida y elaborada no quiere decir que se la lea (se leyeron en menos del 50%) y, aún en el caso de que se la lea, tampoco quiere decir que la asimile, ya que el mismo no la ha confeccionado. Quizás la revisión de sólo 5 meses de la utilización pudo ser un periodo demasiado breve para percibir los cambios, tal como lo hemos comprobado en nuestro estudio o en algún otro (*Christiansen MB, 2004*).

El que los resultados de descenso de la utilización entre los grupos de intervención y control no sean definitivos hasta los 12 meses es un hallazgo que puede estar relacionado con el tipo de intervención que desarrollamos. Es posible que los efectos de la intervención relacionados con mejoras de la organización administrativa (recetas repetidas o entregas de

partes de confirmación) puedan notarse incluso a los 6 meses. En este sentido, en nuestro trabajo ya existió cierta evidencia significativa al respecto, aunque no podemos saber con seguridad si se debió a este componente de la intervención o a otros. En cualquier caso, si parece más razonable que otros componentes de nuestra intervención necesiten más meses para notar su efectividad. Este es el caso de los cambios que se podrían haber producido en las relaciones médico-paciente o los derivados de las intervenciones psicosociales y el control de las enfermedades físicas crónicas. Por ejemplo, en el caso de los pacientes a los que se les programaron pruebas, visitas a especialistas, derivaciones a grupos de la comunidad o en los que se esperaban resultados de un tratamiento para la depresión. Desde un punto de vista práctico, este tiempo de latencia sin resultados tangibles debe hacernos ajustar nuestras expectativas de resultados a tiempos realistas. Desde el punto de vista científico, los estudios que pretendan evaluar intervenciones sobre HU deberían de tener un tiempo de seguimiento de al menos un año. Estas consideraciones coincidieron con el estudio de Christiansen (*Christiansen MB, 2004*) sobre pacientes HU de las urgencias y puede ser parte de la explicación de la ausencia de resultados en el estudio de Jiwa (*Jiwa M, 2000*), puesto que sólo valoraron la utilización de los 5 meses siguientes.

## **2.2. Discusión de los resultados en las variables independientes.**

La **utilización global** de nuestra población de referencia fue de 8 visitas/año, este dato es un poco más elevado que algunos referentes, como por ejemplo los del Insalud, entorno a 7 (*Rodríguez B, 1999*); Navarra con 5,2 (*Agreda J, 1995*); Cataluña con 7 (*Arroyo E, 1998*) o Andalucía con 6,4 (*Memoria del SAS, 2001*). Sin embargo, lo que hemos considerado nosotros como utilización global incluye más tipos de utilización (visitas de enfermería, visitas domiciliarias, etc.) que las que consideraron muchas de esas regiones o autonomías. Se acostumbra a medir la utilización global, sin tener en cuenta, que se está evaluando al mismo tiempo la utilización clínica aguda, influida fundamentalmente por el paciente, y la utilización programada, inducida por el proveedor (*Rossiter LF, 1983; Bellón JA, 1998*), aunque esta consideración presenta dificultades metodológicas sobre como medirlas. En relación a otros países, Inglaterra con una tasa de frecuentación 5 (*O'Dowd T, 1988*); Francia de 4,7; en Italia de 8,1; en USA de 4,8 y en Polonia de 4.64 (*Sztydlowski JM, 2002*). Sobre estas comparaciones volvemos a insistir en la dificultad de cotejarlas por las diferencias en las definiciones. Otro ejemplo sería en Estados Unidos, donde además de las diferencias de sistemas de salud y organización, no se incluye las visitas a enfermería, ni las visitas preventivas, aportando una tasa de utilización en mayores de 65 años de 5,02 y de 3,24 en menores de 50 años (*Hibbard JH, 1986*).

Recordemos, que la definición de paciente hiperutilizador que hemos adoptado, nos permite, por ejemplo, clasificar un joven como HU con 7 visitas, mientras que un mayor de 64 años lo haría con 28 visitas. Hemos intentado con ello, aplicar intervenciones individualizadas de una forma más ajustada y pragmática como recomiendan otros autores (*Dowrick C, 2000*). La media de visitas el año anterior al estudio, en nuestros pacientes HU, fue de 22 visitas/año. Estas cifras varían a las publicadas en otros trabajos con pacientes HU, donde refieren unas medias de 13 visitas/año (*Dowrick C, 2000*); 15 visitas/año (*Heywood PL, 1998; Mancera J, 2001; Ortega MA, 2004*), o incluso 25 visitas/año (*Turabian JL, 1989*).

En relación a la **edad**, ésta sigue considerándose uno de los determinantes principales del número y tipo de servicio utilizado (*Ortega MA, 2004*). En nuestro trabajo la **edad media** de los

HU ha sido de **49 años**, muy similar a varios trabajos recientes (*Matalon A, 2002; Ortega MA, 2004*). En una investigación (*Llorente S, 1996*), la edad media de los hiperutilizadores se encontró en los intervalos por encima de los 50 años, o una media de 57 años (*Mancera J, 2001*); incluso en el grupo de 75-84 años (*Mello MM, 2002*). En nuestro estudio para definir a los HU hemos estratificado por edad, por lo tanto no son comparables con aquellos que no lo hacen. En nuestra investigación se encontró que la edad fue una de las variables predictoras de la hiperutilización, a mayor edad mayor utilización, resistiendo el control por el resto de variables. Hay que tener en cuenta que nosotros sólo estudiamos la parte alta de la curva de la utilización, la hiperutilización; por tanto es esperable que la variable edad se comporte de forma diferente que cuando se estudia todo el espectro de la utilización. Nuestros resultados son concordantes con la mayoría de los trabajos (*Llorente S, 1996; Báez K, 1998*).

Respecto al **sexo**, la mayoría de los trabajos encuentran que las mujeres prevalecen sobre los hombres en el estatus de HU, llegando a ser del 62% (*Kouzis AC, 1998*); del 77% (*Matalon A, 2002*) o incluso del 85% (*Heywood PL, 1998*). Sin embargo, nosotros estratificamos también por sexo en la definición de HU, por lo que hubo un primer ajuste en este sentido, de tal forma que en nuestro estudio sólo un **53%** de los HU fueron **mujeres**. Posteriormente, en el análisis multivariante tampoco fue una variable determinante. Las mujeres tienen una peor percepción subjetiva de su salud, lo que puede conllevar un mayor número de consultas; y sobre todo hacen un mayor uso de los servicios sanitarios entre los 35 y los 75 años (*Ortega MA, 2004*). La mujer también tendría una actitud más proteccionista de la salud, no solo porque utiliza con mayor frecuencia los recursos preventivos, sino también porque ante determinados problemas de salud adopta una mayor actitud de "cuidarse" (*Kandrack MA, 1991*). Además, en nuestro país, la mujer tendría un rol de cuidadora de toda la familia, produciéndose una mayor utilización de la mujer delegada del resto de su familia. Sin embargo, en la mayoría de los estudios cuando se ajustan los modelos multivariantes, el sexo pierde su significación (*Savageau J, 2006*).

Si seguimos por el **estado civil** de nuestros HU, el **74%** de ellas están **casados**, bastante más que otros estudios de referencia como el de Heywood cuyo porcentaje esta en torno al 59,8% (*Heywood PL, 1998*) o el de Dowrick con el 63% (*Dowrick CF, 2000*). Estas diferencias probablemente se deban a factores culturales y sociales entre países. En nuestro estudio el estado civil no fue una variable trascendente respecto a la utilización. En algunos estudios el ser viudo o divorciado se relacionó con ser HU (*Scaife B, 2000*); incluso en un estudio (*Tudiver F, 1995*) se encontró que el mejorar el apoyo social a viudos descendió significativamente el porcentaje de visitas a su médico de familia. Es posible que la variable estado civil, una vez que se corrige por el efecto de la edad o/y el apoyo social, deje de asociarse con ser HU.

En cuanto al **nivel de estudios**, se encontró que hasta el **29%** de nuestros HU tenían **4 o menos años de estudios**; lo que puede reflejar el nivel cultural de nuestra zona básica de salud, pero también cierta proporción pueda ser atribuible a la selección de HU, ya que en nuestro país el nivel de estudios tiene una relación negativa con la utilización (*Báez K, 1998; Poveda F, 2000*). Sin embargo, esta variable suele dejar de asociarse a la utilización cuando se controla por la confusión de otras variables (*Bellón JA, 1999*).

La **situación laboral** en nuestro grupo de HU se distribuyó de modo que el 24% estaba trabajando, en las labores del hogar un 27.5% y **los jubilados un 33%**. Esta cifra de jubilados es alta si se la compara con la de la zona básica de salud de nuestro estudio que fue del 22%. Hay estudios donde el porcentaje de pensionistas entre los HU es francamente elevado, llegando a suponer el 58% del total (*Llorente S, 1995; Mancera J, 2001*); estas diferencias se pueden explicar

en que nosotros, a diferencia de ellos, sí hemos estratificado por edad en la definición de HU. Los pensionistas y las personas dedicadas a sus labores se han relacionado con una mayor probabilidad de ser HU; sin embargo, cuando se ajustó por el resto de variables (especialmente por edad y morbilidad), la asociación desapareció (Bellón JA, 1995-a). Al intentar explicar estos datos, se han apuntado razones como que la hiperutilización de estos grupos podría estar relacionada con una mayor morbilidad crónica (Báez K, 1998) y el posible efecto que pudiera tener el mayor tiempo libre (de los pensionistas) sobre la conducta utilizadora (Boaz RF, 1989). En nuestro estudio tampoco fue una variable que resistiera el ajuste multivariante.

Se han publicado algunos trabajos donde se relacionaba la hiperutilización con el **desempleo** (Scaife B, 2000; Vedsted P, 2001). También en España, se encontró que la utilización fue superior en los desempleados después de controlar por edad, sexo, nivel educativo y morbilidad (Benavides FG, 1994). En nuestro estudio, los HU **en paro** han supuesto un **10%** del total de la muestra. La situación laboral tampoco fue una variable significativa.

Los factores socio-económicos son potentes predictores de la utilización en sistemas de salud donde se paga directamente por el servicio, pero son datos difíciles de obtener a nivel individual (Carr-Hill RA, 1996). En nuestro estudio las clases sociales inferiores fueron preponderantes (clases IV-V) y muy similares a la muestra española de un estudio donde se compara con una muestra del norte de Inglaterra (Dowrick CF, 2000-a). En países con sistemas nacionales de salud sin pago directo por utilizar las consultas, la frecuentación es mayor en provincias de **nivel socioeconómico** bajo (Heywood PL, 1998; Rodríguez B, 1999). En otro estudio también se asoció la hipertuilitización con la reprivación social y la salud pobre (Scaife B, 2000). En otro estudio no se encontró asociación lineal entre clase social y utilización (Arroyo E, 1998). Probablemente, estas diferencias se deban a problemas de definición y medición de la variable clase social y a que la mayor morbilidad de las clases bajas está confundiendo su asociación con la utilización. En nuestro estudio tampoco resistió el ajuste por morbilidad.

Hemos tratado de controlar por el **tamaño familiar** porque es un factor ligado al HU. Las familias extensas consultan menos que las familias nucleares (Jiménez-Martín S, 2002) y las monoparentales también se relacionan con una mayor utilización de los servicios sanitarios (Muñoz-Pérez MA, 2000). Es decir, a menor tamaño familiar mayor utilización. No obstante, es posible que esta variable esté muy relacionada con el apoyo social y los aspectos familiares funcionales. Concretamente en un estudio español con un control exhaustivo de estas variables de confusión, la disfunción familiar fue la segunda variable más predictiva de la hiperutilización, después de la salud mental (Bellón JA, 1999). En nuestro estudio, el tamaño familiar no supuso ninguna varianza explicada a la utilización.

En nuestro estudio el **65%** de los HU tenían una **isocróna** menor de 5 minutos o entre 5 y 10 minutos, mientras que sólo un 11% fue mayor de 20 minutos. Por tanto, se trataría de una zona básica de salud con buena accesibilidad espacial. Existen pruebas de la relación entre la menor distancia al centro de salud y la mayor utilización (Scaife B, 2000; Mancera J, 2001). Sin embargo, en nuestro estudio tampoco aportó variabilidad explicada de la hiperutilización; quizás porque en nuestra zona básica de salud, estructuralmente y para la mayoría de los pacientes, no se apreciarían barreras de distancia.

Un **75% de nuestros HU estaban satisfechos con su médico**. En un estudio donde se valoró la satisfacción de los pacientes HU con sus médicos con el cuestionario PSQ no se encontraron diferencias entre HU y normo-utilizadores (Heywood PL, 1998); sin embargo en otro estudio con el cuestionario EUROPEP los HU estuvieron más satisfechos con sus médicos

(Kersnik J, 2001). En nuestro estudio la satisfacción se evaluó usando una sola pregunta (“de la consulta de su médico sale satisfecho...”), por lo que se trata de una limitación que nos obliga a interpretarlo con cuidado. En cualquier caso, tampoco fue una variable que aportara variabilidad explicada a la utilización.

La mayor **morbilidad** de los pacientes HU frente a los no HU es probablemente una de las características más contrastadas en la literatura (Berg H, 2003; Savageau JA, 2006). En el estudio de Kersnik (Kersnik J, 2001) el 70% de los pacientes HU tuvieron patología crónica. En el más reciente estudio, a propósito de este tema, se encontró que fueron más frecuentes los problemas de salud mental, circulatorios, endocrinos, digestivos y hematológicos (Foster A, 2006). En el estudio de Berg (Berg H, 2003) se añadió también los problemas del aparato locomotor. En la recogida de la morbilidad de nuestros HU entrevistados y su clasificación según la CIAP (**tabla 4**), encontramos que en el porcentaje de los problemas referidos destaca un **45% del aparato locomotor**, un 44% del circulatorio, un 41% de enfermedades endocrinas y problemas psicológicos (32%). Estos resultados son muy parecidos al de un estudio sueco reciente (Ahmad AW, 2004), donde los problemas músculo esqueléticos fueron los más prevalentes en su población. En nuestro estudio hemos obtenido una media de **4.2 problemas crónicos** que requerían seguimiento, cifra un poco más alta a la de un estudio de pacientes HU en Toledo (Turabian JL, 1989), que fue de 3.01. En un estudio donde se comparaban pacientes HU del norte de Inglaterra con los de España (Granada), se obtuvo respectivamente 2.7 y 5.6 problemas crónicos por paciente (Dowrick C, 2000). Estas diferencias pueden atribuirse a las diferentes características socio-demográficas de los pacientes en los distintos lugares, pero también pueden influir las características de los profesionales y la organización (formas diferentes de registrar en la historia clínica, protocolos de diagnóstico y seguimiento diferentes, etc.). En las ecuaciones multivariantes el número de problemas crónicos de los pacientes fue una de las variables que mantuvo la significación y que, por tanto, es de obligado cumplimiento como variable a controlar.

En relación a los valores de diagnósticos específicos (**tabla 5**), destaca la hipertensión (29%) a la Artrosis-artritis (20%) pasando por la Depresión (13%), EPOC (13%) o la Diabetes (13%). En relación a la prevalencia de la hipertensión en población adulta y en mayores de 65 años (30 y 50% respectivamente), nuestros resultados concuerdan con ella (29%), no sin embargo en relación a la Diabetes, ya que su prevalencia en población adulta es del 6%, mientras que en nuestra muestra de HU llega a ser del 13%. Nuestros resultados, en conjunto, son parecidos al estudio de pacientes HU del país vasco (Báez K, 1998), donde las enfermedades físicas crónicas más frecuentes fueron la artrosis generalizada-artritis (22%) y la hipertensión (21%).

Hasta ahora hemos constatado la morbilidad objetiva o diagnosticada por sus médicos. Uno de los problemas sobre esta forma de medir el “factor necesidad” es que depende de la habilidad del médico para el diagnóstico, sus gustos y actitudes clínicas, y de la persistencia de aquél en registrarlo en la historia clínica. Otra forma de abordarlo sería midiendo la morbilidad sentida por el paciente, acudiendo generalmente a listados de problemas de salud o síntomas para que sean los propios pacientes los que decidan si los padecen o no. Esto último también tiene sus inconvenientes y uno de ellos sería la tendencia que tienen los pacientes HU a sobreestimar sus padecimientos, lo cual puede apreciar en exceso el peso que la morbilidad tiene en predecir la hiperutilización (Connely JE, 1991). Otra forma de abordar el factor necesidad sería obtener una apreciación, por parte del paciente, de cómo valora el mismo su propia salud. La percepción de salud se suele valorar con una sola pregunta muy directa, dándole al paciente una escala ordinal de respuesta. El 63% de los pacientes HU de nuestro estudio valoraron su salud

como mala, regular o ni buena ni mala; mientras que cuando se hace la pregunta en población general, el 70-80% expresa su salud como buena o muy buena (*Encuesta Nacional de Salud, 1999*). Estos resultados son coherentes y concordantes con la mayoría de los estudios sobre pacientes HU (*Mello MM, 2002*). En la práctica, para reflejar mejor el “factor necesidad” de la utilización, se recomienda usar medidas diferentes y complementarias. Es decir, combinar medidas objetivas con subjetivas e incluso medidas funcionales de salud y de calidad de vida (*Kersnik J, 2001*). En nuestro caso obtuvo un mayor peso en la ecuación el número de morbilidad crónica como medida objetiva, de tal forma que el controlar por esta variable supuso que la percepción subjetiva de la salud o el diagnóstico de algunos problemas concretos perdieran su significación.

En nuestro estudio hemos comprobado que el **54% de todos los HU** fue **derivado al especialista** en el año anterior a nuestra intervención, este resultado se parece al estudio de Heywood (*Heywood PL, 1998*), donde el 63,6% de los pacientes HU fueron derivados a las consultas del hospital, frente al 12,7% de los normoutilizadores; incluso el 18,9% de HU frente al 2% de normoutilizadores fueron derivados a dos o más especialistas del hospital. Esta variable debe estar muy relacionada con la prevalencia de problemas de salud, ya que cuando ésta se introducía en la ecuación, el número de derivaciones perdía la significación. El aumento de las derivaciones también puede asociarse a la mala relación médico-paciente que con tanta frecuencia se da con los pacientes HU (*Schwenk T, 1992; Smith S, 1995*). Incluso se ha llegado a relacionar la emoción “ausencia de control”, que perciben los médicos en las entrevistas con los pacientes HU, con las mayores tasas de derivación y petición de pruebas complementarias (*Bellón JA, 2002*). Este tipo de emoción suele estar presente en los pacientes que presentan múltiples síntomas físicos que los médicos no pueden explicar objetivamente; lo cual, además de ser muy frecuente en los pacientes HU, representa una salida lógica pero ineficaz en el afrontamiento de este tipo de problemas (*Salmon P, 2005*).

La asociación entre **problemas de salud mental** y la hipertuilitización ha sido documentada para la mayoría de los trastornos psiquiátricos (*Tweed DL, 1998; Báez K, 1998; Bijl RV, 2000; Kapur N, 2004*): depresión (*Dowrick C, 2000*), trastornos de ansiedad (*Jones GN, 2001*), trastornos de somatización (*Jyvasjarvi S, 2001*), trastornos de personalidad (*Moran P, 2001*), especialmente para los trastornos afectivos (*Ten Have M, 2005*)

En nuestra muestra, según las puntuaciones en el cuestionario de Beck (BDI), se consideró **diagnostico de depresión** positivo en el 45% de los pacientes HU. En otras investigaciones se han obtenido cifras incluso más altas, el 52% (*Heywood PL, 1998*), el 59% (*Dowrick C, 2000*) usando el BDI, o el 62% (*Matalon A, 2002*); aunque en este último estudio se usó la escala PRIME-MD y no fue una muestra aleatoria de pacientes HU. En otra muestra española de HU se obtuvo el 58% de depresión usando la escala EADG (*Arroyo E, 1998*). La depresión es probablemente el trastorno psiquiátrico más frecuente entre pacientes HU (*Katzelnick DJ, 2000*). A diferencia de lo que ocurre en el segundo nivel, la depresión en atención primaria se presenta con mucha frecuencia de forma somatizada, asociándose a cuadros clínicos menos graves y ocultos al diagnóstico de los médicos de familia (*Cerecedo MJ, 2005; Aragones E, 2005*).

La escala de **hipocondría** del IBQ mostró una asociación significativa con la utilización en los análisis multivariantes; lo cual indicó que en nuestra muestra de pacientes HU fue un factor más predictivo de la HU que la depresión y la ansiedad. En un estudio donde se empleó también la subescala de hipocondría del IBQ también fue una variable determinante de la



utilización, aún ajustando por el distrés psicológico (SLC) (*Vedsted P, 2001*). En otro estudio con pacientes HU la prevalencia de hipocondría (20%) fue menor que la de depresión mayor (47%) y trastornos de ansiedad (70%) cuando se midieron con el PRIME-MD (*Matalon A, 2002*).

Las medias de la **ansiedad** de estado y rasgo que hemos obtenido en nuestra muestra de pacientes HU son sólo ligeramente más elevadas que las que se obtienen en población general (*Spielberg CD; 1988*); sin embargo, contrasta con las obtenidas con madres hiperutilizadoras que son mucho más altas (*Sánchez FJ, 1993*). No encontramos explicación del porqué en nuestro estudio las puntuaciones en ansiedad no fueron más altas.

La existencia de familias hiperutilizadoras y las altas correlaciones entre la utilización de los miembros familiares, es un hallazgo que orienta hacia patrones de aprendizaje social de las conductas utilizadoras en el seno familiar (*Stewart P, 2002*). En un estudio donde emplearon las mismas escalas de **función familiar** que en el nuestro (FES), se encontró que la menor expresividad y cohesión y el mayor conflicto familiar se asoció a mayores tasas de utilización (*Gomez E, 1996*). En otro estudio (*Fiscella K, 1997*) la mayor percepción de crítica familiar se asoció al aumento de las visitas somáticas y psicosociales. Empleando el APGAR-familiar, en nuestro trabajo hemos encontrado un 17% de disfunción familiar entre los pacientes HU. En otro estudio se encontró un 16% en los pacientes HU frente al 11% de los pacientes normoutilizadores (*Segovia A, 1998*); mientras que en otro fueron respectivamente 26% sobre el 10% (*Bellón JA, 1999*).

La disminución del **apoyo social** está asociada a mayor utilización (*Vedsted P, 2002*); (*Penning MJ, 1995*). El distrés psicológico, el apoyo social y la función familiar son factores que se interrelacionan entre sí y se solapan cuando se intenta explicar la utilización. Un estudio mostró que el bajo apoyo social interactuó con el distrés psicológico sobre el aumento de la utilización (*Kouzis AC, 1998*). Otro estudio encontró que la disfunción familiar fue más importante que el apoyo social y la salud mental sobre las conductas de salud (*Franks P, 1992*). En uno de los pocos estudios de cohortes donde se abordan en conjunto el apoyo social, la salud mental y la disfunción familiar como predictores de la utilización, la salud mental fue la variable de mayor asociación, seguida de la disfunción familiar, mientras que el apoyo social perdió su significación en el análisis multivariante (*Bellón JA, 2006*).

De la visión de la tabla 9 sobre el **perfil de utilización** de nuestra muestra de pacientes HU, se puede deducir que el principal peso de la utilización de las consultas de atención primaria de estos pacientes es atribuible a la utilización de la consulta médica. Sin embargo, también es notable que el 92% de ellos tuvieron al menos una visita con la enfermera. Esto último podría estar relacionado con la elevada prevalencia de morbilidad crónica de los pacientes HU y con que en la organización de nuestra atención primaria, la enfermera juega un papel importante en el control de estos pacientes. Es sorprendente que hasta un 70% de los pacientes HU tengan al menos una visita sin cita con sus médicos y que incluso la media de estas visitas al año de este tipo de utilizador sea de 3. No se puede descartar la influencia de aspectos organizacionales del Centro de Salud de nuestro estudio, que de alguna manera pudieran limitar la accesibilidad de estos pacientes HU a las consultas en horario normal; aunque hoy en día se tiende a pensar que los pacientes HU fuera de hora tienen unos patrones de utilización muy especiales e independientes de la accesibilidad, entre los que se encontraría ser hiperutilizadores de todo tipo de visitas (*Christensen MB, 2004*).

### **2.3. Discusión de los cuestionarios de análisis de la intervención sobre los pacientes HU intervenidos.**

#### **2.3.1 tipo de visitas y tipo de hiperutilizador.**

Según el **tipo de visitas** (tabla 23) la mediana de visitas administrativas de los pacientes HU (8 visitas/paciente/año) duplica a la mediana de visitas clínicas (4 visitas/paciente/año), la mediana de las visitas programadas al médico fue 2 y del resto de visitas cero. Estas cifras dibujan claramente lo que estaba ocurriendo con estos pacientes, acudían repetidamente por motivos administrativos sin que su médico se plantease que eran visitas prescindibles, ya que no producen (por definición) mejoría de la salud de los pacientes. Este fue un hallazgo relevante en cuanto a la orientación de por donde comenzar a intervenir para reducir la utilización de forma sencilla y eficiente (*Casajuana J, 2003; Willis DR, 2005*). Esta situación quizás sea muy específica de nuestro país, ya que el formato vigente de nuestra receta y parte de confirmación de IT nada tiene que ver con el que existe en el resto de países europeos (*De Smet PA, 2004*). Este perfil de utilización de visitas administrativas también se observó en un estudio realizado en la comunidad Valenciana (*Orozco D, 2004*).

En la tabla 24, insistiendo en lo dicho en el párrafo anterior, se le pedía al médico que contemplara los datos de la tabla 23 y, según su opinión, anotara que tipo hiperutilizador le parecía que era cada uno de los pacientes. Los médicos respondieron de forma coherente, el 67% lo consideraron HU administrativos y el 27% HU clínicos. En este caso, la clasificación de un determinado tipo de HU se podía dar simultáneamente con otros tipos.

Después de esto (tabla 25), al médico se le pedía que dibujara el flujo de visitas del paciente y que definiera de forma excluyente si era un HU de flujo constante, parecido número de visitas todos los meses, o de flujo en pico (acumulación de la mayoría de visitas en pocos meses). En un estudio se intentó algo parecido a lo que proponíamos pero de forma más compleja (*Smucker DR, 2001*). Los resultados definieron el perfil de que la mayoría de los pacientes HU lo eran de flujo constante o mixto. Probablemente este perfil también este diciendo que se tratan de pacientes con enfermedades crónicas (físicas y/o mentales) que realizan muchos seguimientos de contenido administrativo, clínico o de ambos. El 15% de pacientes HU podría reflejar el perfil de un HU que lo es en una situación aguda y que por lo tanto, si las causas que la han desencadenado desaparecieran, también dejaría de ser HU. Este análisis que propusimos podría dar respuesta, al menos en parte, al debate abierto en la comunidad científica sobre la estabilidad de los HU en el tiempo y la idoneidad de intervenir o no sobre ellos (*Kapur N, 2001*).

#### **2.3.2. Emociones y Pensamientos.-**

Ronald Epstein, profesor de atención primaria de la Universidad de Rochester (New York) tuvo la oportunidad de estudiar de cerca el tipo de entrevista médico-paciente que se producía en las consultas de atención primaria españolas. El afirmaba que los médicos de familia españoles parecían tener dificultades a la hora de expresar sus emociones a los pacientes, pues frecuentemente suprimían las expresiones emocionales (especialmente la empatía) mediante preguntas dirigidas del tipo de “*tranquilícese*”, “*no se preocupe*” o “*no pasa nada*” (*Epstein R, 2001*). Otro autor postula (*Verhaak P, 1998*) que la falta de interés por las

emociones del propio médico en la consulta podría explicar que éstos no suelen explorar los miedos y preocupaciones de sus pacientes.

El estudio de las emociones del médico cuando entrevista a sus pacientes se ha polarizado hacia la categoría de malestar o frustración, si acaso con algún tipo de escala ordinal de intensidad de la emoción (Jackson JL, 1999). En otro estudio (Schafer S, 1998) se ampliaron los matices emocionales de los médicos cuando entrevistan (agresividad, ira, dependencia, manipulación, etc. No obstante, sólo hay publicado un estudio específico sobre las emociones y pensamientos de los médicos cuando entrevistan a pacientes HU (Bellón JA, 2002); en este estudio se analizan y validan un amplio espectro de emociones y pensamientos que hemos tomado para nuestro estudio.

En relación a la distribución de las puntuaciones en las emociones y sentimientos de los médicos de nuestro estudio ante los HU intervenidos (**tabla 26**), destacamos al igual que en el trabajo de Bellón, que las dos emociones negativas más predominantes han sido la *impotencia* (41%) y *no saber que hacer* (32%) (Bellón JA, 2002). También la *ansiedad-nerviosismo* (33%) y el *desánimo-tristeza* (29%) han sido muy prevalentes en nuestros resultados; lo cual concuerda con un estudio que detecta niveles de ansiedad-depresión muy elevados entre los médicos (Chambers R, 1996).

En nuestro trabajo, la emoción “*profesionalmente bien*” es la que destaca, al haber sido puntuada con al menos 1 punto en un 56.5%. En el estudio de Bellón este sentimiento positivo ocupó el 6º en frecuencia (Bellón JA, 2002). La diferencia está en que en este último estudio la muestra de HU no fue aleatoria, sino que eran escogidos a propósito por sus médicos; por lo que parece que la probabilidad de elegir pacientes difíciles en lo relacional fue mayor. Por el contrario, en nuestro estudio la muestra fue totalmente aleatoria, lo cual explicaría que con la mayoría de los pacientes HU tengamos sentimientos positivos. Si analizamos más detenidamente las relaciones entre las emociones registradas en los cuestionarios, lógicamente tal emoción aparece frecuentemente asociada a la emoción positiva de *alegría-placer*. Sin embargo, también aparece asociada a otras emociones negativas como la de *impotencia*, el *exceso de responsabilidad* y el *desánimo-tristeza*; ya a más distancia con el *sentimiento de no saber* y la *rabia-ira*. Esta ambivalencia emocional en la que se comparte emociones positivas y negativas puede ser una pista importante en el estudio de este tema y debería abordarse en futuros estudios.

En la **tabla 27** se detalla la distribución de las puntuaciones en los pensamientos de los médicos de nuestro estudio ante los HU intervenidos. No es una sorpresa que el pensamiento predominante fuera “*¡Dios mío, otra vez aquí!*” Esto apoyaría la tesis de que, independientemente de lo que ocurra en el encuentro médico-paciente, el hecho de que los pacientes acudan muchas veces a la consulta es un estresor en sí mismo. Al igual que en el estudio de Bellón (Bellón JA, 2002), resulta curioso que el segundo pensamiento en frecuencia fuera “*creo que esta persona me necesita mucho*”, lo cual vuelve a mostrar la ambivalencia antes citada y podría destapar el lado más humano del médico desde un profundo y sincero deseo de ayuda; pero también plantearía interrogantes sobre los sentimientos de protección y el paternalismo médico. El *sentimiento de querer proteger al paciente* lo podríamos situar dentro de las emociones positivas y es probable que forme parte del intento del médico de elaborar y dar una salida digna a una situación emocional difícil (Bellón JA, 2002).

Una excesiva o disfuncional respuesta de protección al paciente puede caer en el paternalismo o/y una relación médico-paciente demasiado estrecha (Rourke JT, 1993)

umentando incluso la probabilidad de mantener la hiperutilización por el sostenimiento de una, más o menos aceptada por el médico, relación médico-paciente de dependencia. Parece también lógico que los pensamientos a priori más disfuncionales sean los menos frecuentes: dudas sobre la competencia profesional (“*creo que no sirvo para esta profesión*”), o pensamientos paranoides (“*creo que se quiere aprovechar de mí*”), de hostilidad (“*tengo que echarle una bronca*”) o evasivos (“*tengo que derivarlo al especialista como sea*”).

Los médicos de intervención, solamente en 12 pacientes admitieron la hipótesis relacional como mantenedora de la hiperutilización. Esto contrastó con la gran cantidad de emociones negativas puntuadas en los cuestionarios. Esto fue motivo de discusión en las reuniones de médicos de intervención y probablemente esté relacionado con la poca conciencia y/o interés de los médicos hacia sus emociones.

Los pensamientos *¡Dios mío, otra vez aquí!, este paciente realmente es insoportable* y el de *creo que se quiere aprovechar de mí* se asociaron con cierta frecuencia; o la asociación de las emociones positivas con algún pensamiento hostil (“*tengo que echarle una bronca*”), pueden hacer sospechar que detrás se puede esconder una ambivalente aceptación-rechazo de la situación o del paciente; pero que con nuestros datos no alcanzamos a saber sus implicaciones. En nuestro grupo de estudio, existe el caso de un HU que acude en 41 ocasiones y sin embargo el profesional no registra más que 1 emoción (*sentimiento de no saber que hacer*) y solo un pensamiento (*¡Dios mío, otra vez aquí!*). Es posible que los profesionales tengan una variabilidad de rango intra-profesional a la hora de puntuar sus emociones y pensamientos. Es decir, puede que haya médicos que puntúen muy bajo en todas las emociones (“médicos emocionalmente planos”) y otros médicos que tiendan a puntuar muy alto en todas las emociones (“médicos muy emotivos”). No obstante, con sólo 3 médicos, aunque tengamos 66 pacientes HU puntuados, quizás no permite recoger bien toda esta variabilidad.

La abundancia de puntuaciones en “otros pensamientos” (**tabla 28**) probablemente pone al descubierto la abundancia de matices y pensamientos en los encuentros con los pacientes HU. Pensamos que este ejercicio de introspección y conciencia emocional-cognitiva de las relaciones con los pacientes HU ha podido contribuir a mejorarlas; aunque desconocemos hasta que punto esto ha podido contribuir a disminuir la hiperutilización.

### **2.3.3. Capacidad Resolutiva del profesional.-**

En los ítems de percepción de capacidad resolutiva (**tabla 29**), nos llama la atención el gran porcentaje (60%) referido a “*posible resolución incompleta del episodio, tendente a la cronificación o empeoramiento*” o “*episodio imposible de mejorar*”. Sin duda esto orienta sobre la valoración de cada profesional referente a sus recursos enfocados hacia la solución de los problemas de sus pacientes HU y, por otra lado, a la complejidad percibida de los problemas de los pacientes. Es decir, que la percepción de auto-eficacia de los profesionales era más bien baja. No sabemos como se modificó este aspecto después de la reunión del equipo de intervención, pero planteamos la hipótesis de que tuvo que mejorar como paso previo a los resultados positivos de la intervención. En futuros estudios, se podría monitorizar alguna medida de estos aspectos para comprobarlo.

Un 60% de los encuentros con pacientes HU son percibidos como entrevistas que finalizan con “*algunas recetas o un montón de recetas*” (**tabla 30**) y en un 24% se percibe la

petición de pruebas complementarias (**tabla 31**). Integrando estos datos podemos atribuirlos a un determinado tipo de HU prevalente, con abundante morbilidad crónica, que precisa medicación de largo tratamiento y que suele necesitar alguna prueba de forma regular (procesos asistenciales de patologías crónicas frecuentes).

En un 33% de los encuentros con pacientes HU se percibe que se concierta una cita programada, un 24% para seguimiento clínico y un 20% para seguimiento administrativo (**tabla 32**). Estos porcentajes pueden confundir ya que se puede dar varias situaciones a la vez; por ejemplo, que el seguimiento concertado sea a la vez por motivo clínico y administrativo. No obstante, también puede reflejar situaciones que son frecuentes en la mayoría de las consultas de atención primaria de nuestro país. Por un lado, se sabe de la existencia de un 40% de visitas administrativas previsibles y, por otro lado, un 20-30% de seguimientos clínicos previsibles (*Casajuana J, 2003*). Desde un punto de vista práctico, se trata de casi un 70% de visitas potencialmente reducibles con alguna intervención que mejore la eficiencia y la frecuentación de los pacientes (*Keeler EB, 1995*). En el caso más sencillo, la organización de las recetas repetidas y partes de confirmación de IT de los pacientes crónicos en plazos más largos; mientras que sería un poco más complejo, pero no imposible, la reorganización de las visitas de seguimiento clínico.

Las derivaciones psicosociales en el último año (**tabla 33**) fueron a la trabajadora social (14.5%), al equipo de salud mental (14%) y algún recurso de la comunidad (3,2%). Dada la alta prevalencia de problemas psicosociales que tenían nuestros pacientes HU, nos orientó hacia un uso insuficiente de estos recursos en el año anterior a la intervención. Precisamente éste era uno de los objetivos de la intervención, ser consciente de ello para que cambiara en la línea de una mayor y mejor utilización de estos servicios. No llegamos a medir si al final del seguimiento aumentaron estas derivaciones, aunque la impresión del equipo de médicos de intervención es que fue así. Es posible, que si esto hubiera sucedido de ese modo, se podría haber dado un sesgo de utilización en “off”, especialmente en el caso del equipo de salud mental. No obstante, pensamos que si se hubiera dado, sería poco relevante. La derivación a enfermería del 13% puede estar reflejando que se trata de un recurso del propio centro de salud que está infrautilizado y, junto al poco uso de la trabajadora social, generaría poca eficiencia en la atención a los pacientes HU. Además, existen pruebas que puede reducir la utilización (*Sommers LS, 2000*).

#### **2.3.4. Hipótesis.-**

Analizando los resultados de los cuestionarios de los HU de la intervención, y en relación al **registro de las hipótesis**, se pueden comprobar los porcentajes en la tabla 34;. En esta clasificación de hipótesis lógicamente varía sus frecuencias en relación a la clasificación del tipo de visitas que hemos vistos en las primeras tablas y análisis. Cuando se llega a esta parte final de la cumplimentación del cuestionario de análisis del paciente HU, ya se ha elaborado y reflexionado sobre mucha información y aspectos (tipo de visitas, flujo de visitas, antecedentes, datos clínicos, etc.). Sin embargo, la hipótesis clínica (88%) y administrativa (64%) sigue estando en la punta de lanza de la hiperutilización, sin menoscabo de la hipótesis psicológica (56%). Contrasta el 18% de la hipótesis relacional, lo cual puede reflejar el escaso impacto que lo médicos dieron a este tema a pesar de haber tomado conciencia de sus emociones y pensamientos. En la misma tabla se indican los valores absolutos de **refutación de hipótesis**, donde destacamos la social (23 hipótesis con 19 refutaciones, esto representa un

83%), la administrativa (42 hipótesis con 31 refutaciones, representando un 74%) y la psicológica (37 hipótesis con 25 refutaciones representando un 68%). Mientras que la hipótesis clínica requirió escasa refutación, las psicosociales necesitaron en su gran mayoría. Lo cual puede mostrar la realidad de la atención primaria, que el modelo biopsicosocial es más una entelequia que una realidad asumida. Lo que resultó más paradójico, sin que le encontremos una explicación razonable, es que se necesitara tanta refutación sobre la hipótesis administrativa. Pensamos que los datos sobre el tipo de visitas podrían ser autoexplicativos, no obstante algunos médicos de intervención hacían disquisiciones sobre si debajo de la hipótesis administrativa no se escondía realmente la hipótesis clínica o psicosocial, de tal forma que el venir por recetas se usara en realidad de “ticket de entrada” al sistema. (*Radley A, 1994*)

Hemos seguido analizando los resultados de la tabla 35 y se puede comprobar que apenas encontramos hipótesis únicas, ya que al no ser excluyentes entre sí, suelen coincidir varias en un mismo paciente. Si además, valoramos las asociaciones entre dos hipótesis, podemos destacar la asociación entre la psicológica con la familiar (70%); la social con la clínica (91%) y con la psicológica (74%); la familiar con la clínica (94%) y con la psicológica (76%); la cultural con la clínica (94%), psicológica (94%), social (94%) y familiar (94%); la administrativa con la clínica (95%) y finalmente la relacional con la clínica (92%), psicológica (92%) y familiar (92%). Podemos por tanto concluir que la hiperutilización puede tener de forma abrumadora muchas explicaciones no excluyentes. Desde el punto de vista práctico, esto no quiere decir que haya que intervenir sobre todas las posibles causas; es más, la recomendación sería abordar sólo las más vulnerables y de forma parsimoniosa (*Gillam S, 1998*).

## ***CONCLUSIONES***

- 1) La intervención “7H+E” produjo un descenso, significativo y relevante, sobre la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores a los que se les aplicó.
- 2) Este descenso se evidenció claramente a los 12 meses de la intervención, aunque a los 6 meses ya comenzó a diferenciarse, especialmente frente al grupo de control 1.
- 3) La intervención “7H+E” además de eficaz, podría ser eficiente, ya que el coste que supone el entrenamiento y su aplicación, serían aparentemente razonables. No obstante, se necesitarían nuevos estudios sobre la intervención que identifiquen más claramente sus ingredientes activos, sus interrelaciones y el grado de intensidad de su aplicación más pertinente.
- 4) El análisis de las exclusiones, pérdidas y del sesgo de contaminación, no supusieron un gran contratiempo y, en todo caso, apuntaron hacia sesgos que se dirigieron en contra de la hipótesis del estudio.
- 5) La valoración exhaustiva y minuciosa de las variables de confusión y el análisis multivariante multinivel, aportaron un buen control de los sesgos de confusión.
- 6) A día de hoy y según nuestro conocimiento, hemos llevado a cabo el primer ensayo controlado de una intervención exitosa sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria.
- 7) Se necesitan nuevos ensayos, con muestras de médicos y pacientes más grandes y heterogéneas, que aporten nuevas evidencias e incrementen la validez externa de los resultados.



## ***BIBLIOGRAFIA***

AGREDA J, DIEZ J, EXTRAMIANA E, EXTREMERA, INDURAIN S, LOAYSSA JR. Demanda de consultas médicas de atención primaria en Navarra. *Aten Primaria* 1995;16:125-30.

AHMAD AW, DAG E, KURT S. The influence of sociodemographic characteristics on health care utilization in a Swedish municipality. *Ups Med Sci* 2004 ;109:33-42.

AIARZAGUENA JM. Manejo de pacientes con malestar psicosocial en atención primaria. Intervención DEPENAS. Servicio Vasco de Salud. Vitoria 2003.

ALASTRUE JI, GINER M, BONET JA, MERELLES A, NUÑEZ AJ, SUBERVIOLA VJ. Evaluación del programa de cita previa en atención primaria a través de una encuesta de opinión a usuarios. *Aten Primaria* 1992; 9:299-304.

ÁLAVA MJ. La inutilidad del sufrimiento. Claves para aprender a vivir de manera positiva. La esfera de los libros, S.L. Madrid. 2003

ALONSO J, PEREZ P, SAEZ M, MURILLO C. Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General. *Gac Sanit* 1997;11:205-13.

ALVAREZ E, FERNANDEZ L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional II: Estudio Empírico de los profesionales gallegos. *Rev. Esp Neuropsiquiatría* 1991; 11(39):257-265.

ÁLVARO E, FERNANDEZ L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional I: Revisión de estudios. *Rev. Esp Neuropsiquiatría* 1991;11(39):257-265.

ANDERSEN R, LEWIS SZ, GIACHELLO AL, ADAY LA, CHIN G. Access to medical care among the hispanic population of the southwestern United States. *J Health Soc Behav* 1981; 22:78.

ANDERSEN R, NEWMAN JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fun Quarterly* 1973;51:95-124.

ANDERSSON SO, LYNOE N, HALLGREN CG, NILSSON M. Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? Repeat studies of attendance pattern at the family practitioners. *Scand J of Primary Health Care* 2004;22(2):91-4.

ANTOÑANZAS F. La hipótesis de la inducción de demandad de cuidados sanitarios: comentarios referentes al sistema sanitario Español. En: Planificación, gestión y formación de recursos humanos en el sector sanitario. VII Jornadas de economía de la salud. Sevilla. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 1988:273-84.

ARAGONES E, LABAD A, PINOL JL, LUCENA C, ALONSO Y. Somatized depression in primary care attenders. *J Psychosom Res* 2005;58:145-51.

AREAN PA, MIRANDA J. Do primary care patients accept psychological treatments? *Gen Hosp. Psychiatry* 1996;18(1):22-7.

ARILLO A, VILCHES C, MAYOR M, GURPEGUI JR, ARROYO C, ESTREMEIRA V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿Cómo se sienten tratados por sus médicos/as? *Rev. ANALES .Sistema Sanitario de Navarra* 2005;29(1).

ARMSTRONG D. Types of health care. En: Armstrong D. *An outline of sociology applied to medicine*. 1989:78-86.

ARMSTRONG D, GLANVILLE T, BAILEY E, O'KEEFE G. Doctor-initiated consultations: a study of communication between general practitioners and patients about the need for reattendance. *Br J Gen Pract* 1990;40:241-2.

ARROYO E, AUQUER F, BUÑUEL JC, RUBIO ML, ADALID C, CORDON F, SOLANAS P, ET AL. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*. 1998;22:627-30.

ASENGUINOLAZA L, GARCIA-CAMPAYO J, TAZÓN P. *Relación y Comunicación. Enfermería*. Madrid: Difusión Avances Enfermería, 2000.

AVIS NE, BRAMBILLA J, VASS K, MCKINLAY JB. The effect of widowhood on health: a prospective analysis from the Massachusetts women's health study. *Soc Sci Med* 1991;33:1063-70.

BACA BE, SÁIZ RJ, AGÜERA LF, CABALLERO ML, FERNÁNDEZ-LIRIA A, RAMOS JA, ET AL. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria*. 1999;23:275-9.

BAEZ K, AIARZAGUENA J, GRANDES G, PEDRERO E, ARANGUREN J, RETOLAZA A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study 1998;48:1824-27

BAIN J. Relationship between new and return consultations and work-load in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1855.

BALINT M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires. Ed. Libros Básicos. 1961.

BARRON A. Un ejemplo de intervención con grupos de apoyo. *JANO* 1990;38:87-91.

BARSKY AJ, BORUS JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA* 1995; 274:1931-34.

BASS C. Somatization: Physical Symptoms and Psychological Illness. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1990.

BASS C, BOND A, GILL D, SHARPE M. Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic. Patient characteristics and health care use. *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 30-38.

BECK AT, RIAL WY, RICKELS K. Short form of depression inventory (cross-validation). *Psychological Reports* 1974;34:1184-6.

BELLÓN JA. La consulta del Médico de Familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid. I.M & C. 1993;275-86.

BELLÓN JA. La consulta del médico de familia: Cómo organizar el trabajo (2). Consulta programada y otras actividades. En: Gallo FJ. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid. I.M & C. 1993;287-94.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, PANADERO A, COSTAS T, SÁNCHEZ F. Perfil del paciente utilizador de avisos domiciliarios urgentes. VI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Cadiz. 1994:167.

BELLÓN JA. (a) Modelo explicativo de la Hiperutilización en Atención Primaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 1995.

BELLÓN JA, DELGADO A, DE DIOS J, LARDELLI P. (b) Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995;9:343-53.

BELLÓN JA, MOLINA F, PANADERO A. (c) El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:439-44.

BELLÓN JA, MARTÍNEZ B, ROSALES E. Evaluación de una consulta programada de salud mental en atención primaria: cinco años de experiencia. VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Granada. 1996:371.

BELLÓN JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria. *Cuadernos de Gestión para el profesional de atención primaria*. 1997;3:108-29.

BELLÓN JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento. Estrategias relacionadas con el usuario (I). C@P-sesiones clínicas. 1998 (<http://www.cap-semfyc.com>)

BELLÓN JA. Como reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento: (II) estrategias con el profesional y la organización. *Revista c@p*. 1998 (<http://www.cap-semfyc.com>).

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Psychosocial and health belief variable associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999;29:1347-57.

BELLÓN JA, LARDELLI P, LUNA JD, DELGADO A. Validity of self-reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Com Health* 2000;54:544-652.

BELLÓN JA. Habilidades de Comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales Sis San Navarra* 2001;24 (Supl.2):7-13.

BELLÓN JA, FERNANDEZ-ASENSIO ME (a). Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns* 2002;48(1):33-41.

BELLÓN JA. Problemas Psicosociales (b). En: SEMFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. (2ª edición). Barcelona. 2002.

BELLÓN JA. Abordaje Psicosocial en la Medicina de Familia: Presente y Futuro. Documentos de apoyo bibliográfico del Curso Gestión de la Demanda en Atención Primaria. 2003.

BELLÓN JA. Pacientes difíciles, médicos difíciles, encuentros difíciles. XXVI Congreso de Medicina de Familia y Comunitaria. *Aten Primaria* 2004;34(extra):17-71.

BELLÓN JA, MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, DELGADO A, LUNA JD, LÓPEZ LA, LARDELLI P. Validity and reliability of a questionnaire of demand induced by GP. 11th Conference of the European Society of General Practice / Family Medicine. WONCA Europe. Kos Island, Greece. 2005. *Book of Abstracts*;257-258.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2006, (in press).

BENAVIDES FG, GARCIA AM, SAEZ-LLORET I, LIBRERO J. Unemployment and health in Spain. The influence of socio-economic environment. *Public Health* 1994;4:103-7.

BENTZEN N, CHRISTIANSEN T, PEDERSEN KM. Self-care within a model for demand for medical care. *Soc Sci Med* 1989;29:185-93.

BERG H, MARKLUND B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary Health care. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:171-7.

BERK ML, TAYLOR AK. Women and divorce: health insurance coverage, utilization, and health care expenditures. *Am J Publ Health* 1984;74:1276-8.

BERMÚDEZ J. Ansiedad y rendimiento. *Rev Psicología Gral y Apl* 1978;151:183-207

BERRA S, WLORZA JM, BARTOMEU N, HUSMANN S, SERRA-SUTTON V, RAJMIL L. Necesidades de salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Barcelona: Agencia d'evaluació de tecnologia i recerca mèdiques. Departament de Sanitat i Seguretat social. Generalitat de Catalunya; 2004. <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0401es.pdf>

BIJL RV, RAVELLI A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Public Health*. 2000;90:602-7

BIRTHWHISTLE R, GODWIN MS, DELVA MD, CASSON RI, LAM M, MACDONALD SE, ET AL. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ Publishing Group Ltd* 2004;328:204-6.

BLAKEY R. Psychological treatment in general practice: its effect on patients and their families. *J R Coll Gen Pract*. 1986;36:209-11.

BOAZ RF, MULLER CF. Does having more time after retirement changes the demand for physician services? *Med Care* 1989;27:1-15.

BONAL P. Factores influenciadores del médico. En: *Monografías clínicas en atención primaria nº 7. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Barcelona. Doyma, 1991;29-37.

BORENSTEIN M, ROTHSTEIN H, COHEN J. *Sample Power 1.0*. Chicago. SPSS Inc. 1997.

BORRAS JM. La utilización de los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1994;8:30-49.

BORRELL I CARRIÓ F. *Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas*. Barcelona. SEMFYC ediciones Doyma, 2004.

BORRELL I CARRIÓ F. *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona. Doyma, 1989.

BORRELL I CARRIÓ F. Recetar sin recetas. *Cuadernos de gestión* 1996;2:95-100.

BOSCH JM, CEBRIÀ J, CASALS R, CABRÉ M. Taller de Formación de Formadores en Entrevista Motivacional. XII Taller Nacional de Entrevista Clínica. Mallorca 2001.

BOURBEAU J, JULIEN M, MALTAIS F, ROULEAU M, BEAUPRE A, BEGIN R, ET AL. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease specific self management intervention. *Arch Intern Med*. 2003;163:585-91.

BOWLING A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. *Family Practice* 1991;8:68-83.

BRETT KM, BURT CW. Utilization of ambulatory medical care by women: United States, 1997-1998. *Vital Health Stat* 13 2001;149:1-46.

BRITTEN N. Patient demand for prescriptions: a view from the other side. *Family Practice* 1994;11:62-6.

BROADHEAD WE, GEHLBACH SH, DEGRUY FV, KAPLAN BH. The DUKE-UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in family patients. *Med Care* 1988;26:709-23.

BROUSSEAU DC ET ALL. Asociación entre continuidad de la asistencia pediátrica y utilización del servicio de urgencias de pediatría. *Pediatrics (Ed esp)* 2004;57(4):203-206

BROYLES RW, MANGA P, BINDER DA, ANGUS DE, CHARETTE A. The use of physician services under a National Health Insurance Scheme. An examination of the Canada Health Survey. *Medical Care* 1983; 21:1.037.

BRUGOS A, GUILLÉN F, MALLOR F, FERNÁNDEZ C. ¿Es posible predecir la carga asistencial que genera la población de nuestros centros de salud? *Aten Primaria* 2001; 28 (supl.1): 97.

BRUSGAARD D, HORNES SA, NILSSON D. Health service consumption and parent reported episodes of illness in children 0-3 years. *Scan J Prim Health Care* 1993;11:147-50.

BULBENA A. Epidemiología psiquiátrica descriptiva: contribuciones a la asistencia primaria. En: Aparicio D. *Salud Mental. Monografías Clínicas en Atención Primaria* (11). Barcelona. Ed. Doyma, 1992:3-12.

BUTLER CC, EVANS M. The “heartsink” patient revised. *J Gen Pract* 1999;49:230-33.

BUTLER CC, REES M, KINNERSLEY P, ROLLNICK S, HOOD K. A case study of nurse management of upper respiratory tract infections in general practice. *J Adv Nurs* 2001;33:328-33.

CABALLERO MA, BERMEJO F, NIETO R, CABALLERO F. Prevalencia de factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27(5):313-17.

CABEZAS C. La Calidad de la vida de los profesionales. *FMC* 2000;7(7):53-68.

CABEZAS MC. Las intervenciones complejas. *Estudios Multicentricos en Atención Primaria*. fundación Jordi Gol i Gurina. Barcelona 2005.

- CALNAN M, BUTLER JR. The economy of time in general practice: assessment of the influence of list size. *Soc Sci Med* 1988;26:435-41.
- CAMPBELL SM, ROLAND MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract* 1996;13:75-83.
- CAMPBELL TL. Medical interviewing and the biopsychosocial model. *J Fam Pract* 1998;47:339-40.
- CAPE J, BARKER C, BUSZEWICZ M, PISTRANG N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): definitions and literature review. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 313-318.
- CARLSEN F, GRYTTE J. More physicians: improve availability or induced demand? *Health Econ* 1998;7:495-508.
- CARNEY T, GUY S, JEFFREY G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-year follow-up study. *British Journal of General Practice* 2001;51:567-69.
- CARNEY T. Ethnic population and general practitioner workload. *Br Med J* 1989;299:930-1.
- CARR-HILL RA, RICE N, ROLAND M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on the fourth national morbidity survey of general practices. *Br Med J* 1996;312:1008-13.
- CARROLI G, VILLAR J, PIAGGIO G, KHAN-NEELOFUR D, GULMEZOGLU M, MUGFORD M ET AL. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357:1565-70.
- CARSON J, NORRIS G, HAWORTH R. The difficult patient. *The Practitioner* 1993;237:313-17.
- CASAJUANA J, BELLÓN JA. La Gestión de la Consulta en atención primaria. En Martín Zurro. *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Practica Clínica*. Vol. I, 5edición. Barcelona. Doyma. 2003;84-109.
- CASAJUANA J. El trabajo médico-enfermera. *Aten Primaria* 1998; 22 (Supl 1): 49-57.
- CASAJUANA J. Gestionar la actividad. Una práctica efectiva y eficiente. *Aten Primaria*. 2005;36(supl 1):17-60
- CASAJUANA J. La consulta 10. *Jano* 2001; LX (extra de abril):18-19.



- CASARRUBIOS E, LAREO J, ARRIBAS JM, FRIEYRO JE. Uso del índice APGAR familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por el alcohol. Experiencia inicial en 201 pacientes. *Med Clin* 1988;91:732-5.
- CEBRIÀ J, SEGURA J, CORBELLA S, SOS P, COMAS O, GARCIA M ET AL. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;27:459-68
- CEBRIÁN H. Trabajando en los EAP. ¿Con enfermería o sin enfermería? *Aten Primaria* 2001; 28 (supl 1): 45-6.
- CERECEDO MJ, GOMES M, BOTIJA MP. “Doctora, estoy deprimida”. Abordaje de las alteraciones del estado de ánimo por el médico de familia. *El Médico* 2005;37-48.
- CHAMBERS R, CAMPBELL I. Anxiety and depression in general practitioners: associations with type of practice, fundholding, gender and other personal characteristics. *Fam Pract* 1996;13:170-6.
- CHRISTIANSEN MB, CHRISTIANSEN B, MORTENSEN JT, OLESEN F. Intervention among frequent attenders of an out-of hours service: a stratified cluster randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:180-6.
- CLAUSSEN B. A clinical follow-up of unemployed I: life-style, diagnosis, treatment and re-employment. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:211-8.
- CLUA JL, PUIG J, QUERALT ML, PALAU A. Análisis de coste-efectividad de la auto-monitorización de la glucosa en sangre en diabéticos tipo II. *Gac Sanit* 2000;14:442-8.
- COE RM. La respuesta a la enfermedad. En: Coe RM. *Sociología de la medicina*. Madrid. Ed. Alianza Universidad. 1984:111-41.
- COHEN S, SYME I. *Social support and health*. New York. Academic Press. 1985.
- COLL BENEJAM JM, MUÑOZ SECO E, LINARES POU L, TORRENT QUETGLAS M, SOLANA SAURA P. Influye el clima organizacional en la calidad de vida profesional? XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2003
- CONDE V, ESTEBAN T, USEROS E. Estudio crítico de la fiabilidad y validez de la EEC para la medida de la depresión de Beck. *Archivos de Neurobiología* 1976;39:313-38.
- CONEY JC, FECHNER-BATES S, SCHWENK TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:267-76
- CONNELY JE, SMITH GR, PHILBRICK JT, KAISE DL. Healthy patients who perceive poor health and their use of primary care services. *J Gen Intern* 1991;6:47-51.

CONSENSUS STATEMENT FROM THE WORKSHOP ON THE TEACHING AND ASSESSMENT OF COMMUNICATION SKILLS IN CANADIAN MEDICAL SCHOOLS. *Can Med Assoc J* 1992;147:1149-52.

COOK DG, MORRIS JK, WALKER M, SHAPER AG. Consultation rates among middle aged men in general practice over three years. *Br Med J* 1990;301:647-50.

CORNEY RH, STRATHDEE G, HIGGS R, KING M, WILLIAMS P, SHARP ET COL. Managing the difficult patient: practical suggestions from a study day. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:349-52.

CORTES J, MARTIN J, MORENTE M, CABOBLANCO M, GARIJO J, RODRÍGUEZ A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003;32(5):288-95.

CORTES JA, COSTA P, RAMOS R, FERNANDEZ I, BATLLE C. ¿Es posible la desmasificación de las consultas? impacto de la transformación de una consulta de cupo en consulta de atención primaria. *Centros de Salud* 1994;2:555-7.

COUNTE MA, GLANDON GL. A panel study of life stress, social support and the health services utilisation of older persons. *Med Care* 1991;29:348-61.

COURTENAY MJF, CURWEN MP, DAWE D, ROBINSON J, STERN MJ. Frequent attendance in family practice. *J R Coll Gen Pract* 1974;24:251-61.

CRABTREE BF, MILLER WL. A qualitative approach to primary care research: the long interview. *Fam Med* 1991;23:145-51.

CRAIG TKJ, BOARDMAN AP, MILLS K, DALY-JONES O, DRAKE H. The South London somatization study: I. Longitudinal course and the influence of early life experiences. *Br J Psychiatry* 1993;163:570-78.

CRAVEN MA, ALLEN CJ, KATES N. Community resources for psychiatric and psychosocial problems. Family physicians' referral patterns in urban Ontario. *Can Fam Physician* 1995;41:1325-34.

CROUCH MA, WILIAMSON DS. Family Dynamics. En: Rakel RE. *Essentials of family practice*. Philadelphia. WB Saunders Company. 1993:24-31.

D'ARACY C, SIDDIGE C. Unemployment and health: an analysis of 'Canada Health Survey' data. *Int J Health Serv* 1985;15:609-35.

DAVIS M, ESHELMAN ER. Técnicas de Autocontrol Emocional. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Ed.Martinez Roca. Barcelona.1985.

- DE BOER A, WIJKER W, DE HAES H. Predictor of health care utilisation in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy* 1997;42:101-15.
- DE LA REVILLA L, ARANDA JM, LUNA JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de las consultas médicas. *Aten Primaria* 1987;4:472-80.
- DE LA REVILLA L, FLEITAS L, CAVAILLE E, CUBILLO J. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* 1990;7:710-12.
- DE LA REVILLA L. Monografías clínicas en atención primaria. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Barcelona. Doyma. 1991.
- DE LA REVILLA. Disfunción familiar. *Aten Primaria* 1992;10:582-3.
- DE LA REVILLA L, DE LOS RIOS AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13:40-73.
- DE LA REVILLA L, DE LOS RIOS AM, LUNA DEL CASTILLO JD. Utilización del Cuestionario General de Salud Golberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 2004;33(8):417-23.
- DE SMET PA, DAUTZENBERG M. Repeat prescribing. Scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs* 2004;64:1779-800.
- DELGADO A, LOPEZ LA, LUNA JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800.
- DELGADO A, MARIN I, REYES MC, HERRERO C, HAZAÑA MP. El perfil del médico y la calidad asistencial. IX Jornadas de salud pública y administración sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 1994:48.
- DELGADO A. La satisfacción de los usuarios en los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1990.
- DEVEUGELE M, DERESE A, VAN DEN BRINK-MUINEN A, BENSING J, DE MAESENEER J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002 ;325(7362):472.
- DOMINGO A. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1988;10:320-6.
- DONNER A, FLAR N. Pitfalls of and controversias in cluster randomization trials. *Am J Public Health* 2004;94:416-22

DOWRICK C. Why do the O'Sheas consult so often? An exploration of complex family illness behaviour. *Soc Sci Med* 1992;34:491-7.

DOWRICK C. Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? *Fam Pract* 1995;12:41-5.

DOWRICK C, MAY C, RICHARDSON M, BUNDRED P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric or reality? *Br J Gen Pract* 1996;46:105-7.

DOWRICK C, BELLÓN JA, GOMEZ MJ. (a) Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50:361-5.

DOWRICK C, DUNN G, AYUSO-MATEOS JL, DALGARD OS, PAGE H, LEHTINEN V, CASEY P, WILKINSON C, VAZQUEZ-BARQUERO JL, WILKINSON G. (b) Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ* 2000;321:1450.

DOWRICK C, RING A, HUMPHRIS GM, SALMON P. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *British Journal of General Practice* 2004;54:165-70.

DUPUY J, KARSENTY R. Las conductas de enfermar. En: Dupuy J, Karsenty R. *La invasión farmacéutica*. Madrid. Ed. Euros. 1974:31-43.

EDWARDS N, KORMACKI J, SILVERSIN J. Unhappy doctors: What are the causes and can be done? *Br Med J* 2002;324(7341):835-39.

EISENBERG JM. Physician utilization. the state of research about physicians' practice patterns. *Med Care* 1985;23:461-83.

EISENBERG, J. Physician Utilization: The State of Research about Physicians' Practice Patterns. *Med Care* 2002;40(11):1016-35.

ELDRIDGE S, SPENCER A, CREER C, PARSONS S, UNDERWOOD M, FEDER G. Why modelling a complex intervention is an important precursor to trial design: lessons from studying an intervention to reduce falls-related injuries in older people. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:133-42

ELLAWAY A, WOOD S, MACINTYRE S. Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *Br J Gen Pract* 1999;49:363-7.

ELLIS CG. Making dysphoria a happy experience. *Br Med J* 1986;293:317-8.

- ENGELHARDT JB, TOSELAND RW, O'DONNELL JC, RICHIE JT, JUE D, BANKS S. The effectiveness and efficiency of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:847-56.
- EPSTEIN RM, CAMPBELL TL, COHEN-COLE SA, MCWHINNEY IR, SMILKSTEIN G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-88.
- EPSTEIN RM. (a) Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas: *Aten Primaria* 2001;27(7):511-13.
- EPSTEIN RM, BORRELL F. (b) Pudor, honor and autoridad: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Pat Educ Couns* 2001;45:51-57
- EVASHWICK C, ROWE G, DIEHR P, BRANCH L. Factors explaining the use of health care services by elderly. *Health Serv Res* 1984;19:357-82.
- EZPELETA E, ARAUJO E, ARILLO A, RUIZ DEL CASTILLO T. Investigación exploratoria sobre patología mental en Atención Primaria 1991;8:265-66.
- FARAGHER EB, CASS M, COOPER CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *J Occup Environ Med* 2005;62(2):105-12.
- FERNANDEZ JA, RUIZ R, PERULA LA, CAMPOS L, LORA N, MARTINEZ DE LA IGLESIA J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(3):146-55.
- FERNANDEZ J, TORRES F, SORIA M, CUADROS C. Distribución de los trastornos mentales en un área de salud mental de Granada según niveles de asistencia. *Apysam* 1999;2:2-8.
- FERRIMAN A. Doctors explain their unhappiness. *Br Med J* 2001;322:1197-8.
- FIKELTEIN MM. Do factor other than need determine utilization of physician services in Ontario. *CMAJ* 2001;165(5):565-70.
- FINKELSTEIN JA, LOZANO P, FUHLBRIGGE AL, CAREY VJ, INUI TS, SOUMERAI SB, ET AL. Practice-level effects of interventions to improve asthma care in primary care settings: the Pediatric Asthma Care Patient Outcomes Research Team. *Health Serv Res.* 2005;40:1737-57.
- FISCELLA K, FRANKS P, SHIELDS CG. Perceived family criticism and primary care utilization: psychosocial and biomedical pathways. *Fam Process* 1997;36:25-41.
- FORD MJ. Temas difíciles. Hablando con pacientes. Claves de una buena comunicación. Barcelona. Ediciones Mayo 1996.

FOSTER A, JORDAN K, CROF P. Is frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract* 2006;1-9.

FRANKS P, CAMPBELL TL, SHIELDS CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Me* 1992;34:779-88.

FREEBORN DK, POPE CR, MULLOOLY JF, MCFARLAN BH. Consistently high users of medical care among the elderly. *Med Care* 1990;28:527-40.

FREIXA M, SALAFRANCA L, GUARIDIA J, FERRER R, TURBANY J. Análisis exploratorio de datos: nuevas técnicas estadísticas. Barcelona. PPU. 1992.

FUENTES-GOÑI MC, ÁLVAREZ E. GARCIA DE LA NOCEDA MD, FERNANDEZ-VELILLA M, ECHARTE E, ABAD J. Características del hiperutilizador de las consultas a demanda del medico general de atención primaria. *Aten Primaria* 1994;14:809-14.

GARCÍA-CAMPAYO J, ASENGUINOLAZA L, TAZÓN P, LASA G. Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador. *Aten Primaria* 1994;14:1088-91.

GARCÍA-CAMPAYO J, CAMPOS R, MARCOS G, PÉREZ-ECHEVERRÍA MJ, LOBO A. Somatization in primary care in Spain. II. Differences between somatisers and psychologisers. *Br J Psychiatry* 1996;168:348-53.

GARCÍA-CAMPAYO J, SANZ-CARRILLO C, YOLDI A, LOPEZ-AYLON R. Management of somatizers in primary care: are family doctors motivated? *Austr NZ J Psychiatry* 1998;32:528-33.

GARCÍA-CAMPAYO J, CANZ-CARRILLO C. A review of the differences between somatizing and psychologizing patients in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1999;29:337-45.

GARCÍA-CAMPAYO J, CLARACO LM, OROZCO F, LOU S, BORRELL F, AREVALO E ET AL. Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria: el modelo Zaragoza. *Aten Primaria* 2001;27:667-72.

GARCÍA-CAMPAYO J. Ansiedad: epidemiología, definición y clasificación de los distintos trastornos de ansiedad. Manifestaciones clínicas. Diagnostico diferencial. FMC Curso 2003;10(Extraordin 1):11-20.

GARCÍA-CAMPAYO J. VI Jornadas Internacionales de Actualización en Salud Mental (ponencia). Palmas de Gran Canaria 2004. [www.saludmentaldrnegrin.org](http://www.saludmentaldrnegrin.org)

GARCIA-OLMOS L, ABRAIRA V, GERVA S, OTERO A, PÉREZ FERNÁNDEZ M. Variability in GPs' referral rates in Spain. *Family Practice* 1995;12:159-62.

GARCIA-OLMOS L, ABRAIRA V, GERVA S J, OTERO A, PÉREZ FERNÁNDEZ M. Variability in GPs' referral rates in Spain. *Family Practice* 1995; 12:159-162.

GENÉ J, PLANES A, BERRAONDO I, GORROÑOGOITIA A, PALACIOS JJ, SEVILLA E, SAEZ M (Grupo de Trabajo SEMFYC-Copago). Copago y accesibilidad a los servicios sanitarios. Documentos SEMFYC nº 14. 2000.

GENÉ J. Tómese esto, le irá muy bien. *Jano* 2005;LXVIII:1192.

GIDRON Y, DUNCAN E, LAZAR A, BIDERMAN A, TANDETER H, SHVARTZMAN P. Effects of guided written disclosure of stressful experiences on clinic visits and symptoms in frequent clinic attenders. *Family Practice* 2002;19:161-6.

GILL D, SHARPE M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999;47:115-30.

GILLAM S, PENCHEON D. Managing demand in general practice. *BMJ* 1998;316:1895-8.

GOLDBERG D & HUXLEY P. *Common Mental Disorders: A Bio-Social Model*. Routledge, London 1992.

GOLDBERG D, JEMKINS L, MILLAR T, FARAGHER B. The ability of general practitioners to identify emotional distress among their patients. *J Psychol Med*. 1993;23:185-93.

GOMEZ E, MORENO P, HERNANDEZ M, GERVA S J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996;13:382-5.

GÓMEZ-CALCERRADA D. Análisis de la utilización de la consulta médica en un centro de salud urbano. [Tesis doctoral]. Universidad de Murcia, 1994.

GÓMEZ-CALCERRADA D, HERNÁNDEZ DEL POZO F, GOMEZ BERROCAL M. La Investigación en la Utilización de Servicios Sanitarios. *FMC* 1996;3(4):229-42.

GONZALES JJ. Psychiatric problems in primary care: what are the problems, how will we recognize them, and how can we treat them? *Psychosom Med* 1994;56:94-6.

GREENLICK MR, BAILEY JW, WILD J, CROVER J. Characteristics of men most likely to respond to an invitation to be screened. *Am J Public Health* 1979;69:1011-15.

GROENEWEGEN P, HUTTEN JBF. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. *Soc Sci Med* 1995;40:349-58.

GROSCH WN, OLSEN DC. Clergy burnout: an integrative approach. *J Clin Psychol* 2000;56:616-32.

- GROVES JE. Taking care of the hateful patient. *New Engl J Med* 1986;298: 883-7.
- GRYTTE J, SORENSEN R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *J Health Econ* 2001;20(3):379-393
- GUIJARRO-EGUSKIZAGA A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual 2002;8(2):74-84
- GULBRANDSEN P, FUGELLI P, SANDVICK L, HJORTADAHN P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1998;317:28-32
- HADLEY J, MITCHELL JM. The growth of Managed Care and Changes in physician's incomes, autonomy, and satisfaction, 1991-1997. *Int J Health Care Fiance Econ.* 2002;2:37-50.
- HAHN SR, KROENKE K, SPILTZER RL, ET AL. The difficult patient, prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* 1996;11:1-8
- HALL JA, BARKER LR, ROCCA RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress-a randomised clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-1884.
- HANKIN JR, KESSLER LG, GOLDBERG ID, STEINWACHS DM, STARFIELD BH. A longitudinal study of offset in the use of nonpsychiatric services following specialized mental Health care. *Med Care* 1983;21:1099-1110.
- HANSON JA, BENEDICT JA. Use of the Health Belief Model to examine older adults' food-handling behaviours. *J Nutr Educ Behav* 2002;34(1):25-30.
- HARRIS CM, DAJDA R. The scale of repeat prescribing. *Br J Gen Pract* 1996;46:649-53.
- HARRISON JA, MULLEN PD, GREEN LW. A meta-analisis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res* 1992;7:107-16.
- HEADACHE STUDY GROUP OF THE UNIVERSITY OF WESTERN ONTARIO. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians: a one-year prospective study. *Headache* 1986; 26: 285-294.
- HEANEY D, WYKE S, WILSON P, ELTON R, RUTLEDGE P. Assessment of impact of information booklets on use of healthcare services: randomised controlled trial. *Br Med J* 2001;322:1218-22.
- HENDERSON JT, WEISMAN CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care* 2001; 2001;39:1281-92.



- HERRAN A, VAZQUEZ-BARQUERO JL, ARTAL J, GARCIA J, IGLESIAS C, MONTEJO J. El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:87-95.
- HEYWOOD PL, CAMERON G, CAMERON IH, DOWELL AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Practice* 1998;15:198-204.
- HIBBARD JH, POPE CR. Age differences in the use of medical care in an HMO. An application of the Behavioral Model. *Med Care* 1986;24:52-66.
- HILLIARD R, GJERDE C, PARKER L. Validity of two psychological screening measures in family practice: Personal Inventory and Family APGAR. *J Fam Pract* 1986;23:345-9.
- HJORTDAHL P, LAERUM E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1992;304:1287-90.
- HODGES B, INCH C, SILVER I. Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1579-86
- HORDER J, MOORE GT. The consultation and health outcomes. *Br J Gen Pract* 1990;40:442-43.
- HORWITZ N, FLORENZANO R, RINGELING I. Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98:144-54.
- HOWIE JGR, HOPTON JL, HEANEY DJ, PORTER AM. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992;42:181-85.
- HUDSON W, WEINER-DAVIS M. En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. *Paidos Terapia Familiar*. Barcelona, 1993.
- HUESTON WJ, MAINOUS AG, SCHILLING R. Patients with personality disorders: functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract*. 1996;42:55-60.
- HUIBERS MJ, BEURSKENS AJ, BLEIJENBERG G. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;2:CD003494.
- HURLEY J, WOODWARD C, BROWN J. Changing patterns of physician services utilization in Ontario, Canada, and their relation to physician, practice, and market-area characteristics. *Med Care Res Rev* 1996;53:179-206.

IGUAL ROSADO R, CASTRO NICOLAU E, ALONSO MARTÍNEZ I, TERRADAS COROMINAS M, DE FRUTOS GALLEGO E, CEBRIÁ ANDREU J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? *An Esp Pediatr*. 2003;58:29-33.

INSTITUTO DE INFORMACION SANITARIA. Principales cifras del Sistema Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo 2004. Disponible en: [http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/datosIndicadoresBasicos/pdf/Datos\\_basicos\\_salud.pdf](http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/datosIndicadoresBasicos/pdf/Datos_basicos_salud.pdf)

JACKSON JL, KROENKE K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999;159:1069-75.

JAEGHER K, JEGERS M. A model of physician behaviour with demand inducement. *J Health Econ* 2000; 19(2):231-258.

JANSA JM, VILLABI JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:320-7.

JAYASURIYA P, ROACH S, BAILEY L, SHAW E. Self management for chronic disease. An introduction. *Aust Fam Physician* 2001;30:913-6.

JENKINS R, GOLDBERG D, KIIMA D, MAYEYA J, MAYEYA P, MBATIA J, ET AL. Classification in primary care: experience with current diagnostic systems. *Psychopathology*. 2002;35:127-31.

JIMÉNEZ- MARTIN S, LABEAGA JM, MARTINEZ-GRANADO M. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. *Health Economics* 2002;11:301-21.

JIWA M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Family Practice* 2000;17:248-51.

JONES GN, AMES SC, JEFFRIES SK, SCARINCI IC, BRANTLEY PJ. Utilization of medical services and quality of life among low-income patients with generalized anxiety disorder attending primary care clinics. *Int J Psychiatry Med* 2001;31:183-98.

JORDAN K, ONG BN, CROFT P. Previous consultation and self reported health status as predictors of future demand for primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57(2):109-14.

JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE SALUD. Gestión por Procesos Asistenciales Integrados. Mapa I. Sevilla 2002. ISBN: 84-8486-072-8.

JYVASJARVI S, JOUKAMAA M, VAISANEN E, LARIVAARA P, KIVELA S, KEINANEN-KIUKAANNIEMI S. Somatizing frequent attenders in primary health care. *J Psychosom Res* 2001;50:185-92.

KAPLAN SH, GRENNFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:110-127.

KAPUR N. Frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:756) (Carney TA, Guy S, Jeffrey G. Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-years follow up study. *Br J Gen Pract* 2001;51:567-9.

KAPUR N, HUNT I, LUNT M, MCBETH J, CREED F, MACFARLANE G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care--a cohort study. *Psychol Med*. 2004;34:719-28.

KAPUR N, HUNT I, LUNT M, MCBETH J, CREED F, MACFARLANE G. Primary care consultation predictors in men and women: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2005;55:108-13.

KARLSSON H, LEHTINEN V, JOUKAMAA M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Fam Pract* 1994;11:424-30.

KARLSSON H, LEHTINEN V, JOUKAMAA M. Psychiatric morbidity among frequent attenders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:19-25

KARLSSON H, JOUKAMAA M, LAHTI I, LEHTINEN V, KOKKI-SAARINEN T. Frequent attenders profiles: different clinical subgroups among frequent attenders patients in primary care. *Journal of Psychosomatic Research* 1997;42:157-66.

KATON W, VON KORFF M, LIN E, LIPSCOMB P, RUSSO J, WAGNER E, POLK E. Distressed high utilizers of medical care DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:355-62.

KATON W, VON KORFF M, LIN E, BUSH T, RUSSO J, LIPSCOMB P, WAGNER E. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:86-98.

KATZELNICK DJ, SIMON GE, PEARSON SD, MANNING WG, HELSTAD CP, HENK HJ ET AL. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9:345-351.

KEELER EB. A model of demand for effective care. *J Health Econ* 1995;14: 231-238.

- KERSE N, BUETOW S, MAINOUS AG III, YOUNG G, COSTER G, ARROLL B. The doctor-patient relationship and compliance with medication: a primary care investigation. *Ann Fam Med*. 2004;2:455-61.
- KERSNIK J, SVAB I, VEGNUTI M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-7.
- KING M, DAVIDSON O, TAYLOR F, HAINES A, SHARP D, TURNER R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324:947-50
- KOLK AM, SCHAGEN S, HANEWALD GJ. Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization: outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res*. 2004;57:379-89.
- KOUZIS AC, EATON WW. Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychological Medicine* 1998;28:1301-10.
- KRAKAU I. Trends in use of health care services in Swedish primary care district. A Ten year perspective. *Scand J Prim Health Care* 1992;10:66-71.
- KRAVITZ RL, CALLAHAN EJ, PATERNITI D, ANTONIUS D, DURHAM M, LEWIS CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996; 125:730-37.
- KRAVITZ RL, EPSTEIN RM, FELDMAN MD, FRANZ CE, CAROL E, RAHMAN A. Influence of Patients' Requests for Direct-to-Consumer Advertised Antidepressants: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2005;293(16).
- KRAVITZ RL, GREENFIELD S. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *Annu Rev Public Health* 1995;16:431-45.
- KRONENFELD JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behav* 1978;19:68-76.
- LAMBERTS H, WOOD M. CIAP, clasificación internacional en atención primaria, clasificación de razones de consulta. Ed. Masson. Barcelona, 1987.
- LANG F, FLOYD MR, BEINE KL. Clues to Patients' Explanations and Concerns about their Illnesses. A call for Active Listening. *Arch of Fam Med* 2000;9(3):222-27.
- LAW SAT, BRITTEN N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract* 1995;45:520-524.

- LEMELIN J, HOTZ S, SWENSEN R, ELMSLIE T. Depression in primary care. Why do we miss the diagnosis? *Can Fam Physician* 1994;40:104-8.
- LEVINSON W, ROTER D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:375-79.
- LEVINSON W, STILES W, INUI T, ENGLE R. Physician Frustration in Communicating with Patients. *Med Care* 1993;31(4):285-95.
- LIEBERMAN JA. Medical education and patient's psychosocial needs. *J Fam Pract* 1999;48:675-6.
- LINN M, SANDIFER R, STEIN S. Effects of unemployment on mental and physical health. *Am J Publ Health* 1985;75:502-6.
- LITTLE P, EVERITT H, WILLIAMSON I, MORE M, GOULD C, FERRIER K. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-11.
- LITTLE P, EVERITT H, WILLIAMSON I, WARNER G, MOORE M, GOULD C ET AL. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;22:468-72.
- LLORENTE S, LÓPEZ-RUIZ T, GARCIA-LAVANDERA W, ALONSA M, ALONSO P, MUÑOZ-BARAGAÑO P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;17:20-6.
- LOPEZ EA. Necesidades básicas insatisfechas. *Aten Primaria* 2005;35(5):258-9.
- LOPEZ LA. Factores de la organización en la utilización de los servicios de atención primaria. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. *Monografías Clínicas en atención primaria (7)*. Barcelona. Editorial Doyma. 1991; 39-47.
- LORIG KR, SOBEL DS, STEWART AL, BROWN BW, BANDURA A, RITTER P ET AL. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
- MAINOUS AG, GOODWIN MA, STANGE KC. Patient-physician shared experiences and value patients place on continuity of care. *Ann Fam Med*.2004;2:452-454
- MANCERA J, MUÑOZ F, PANIAGUA F, FERNANDEZ C, FERNANDEZ ML, BLANCA J. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2001;27:658-662.

MANZANERA R, BERENGUER J, PICAS JM, VILALTA J. Análisis comparativo de los de los consumos sanitarios en una mutua de filiación obligatoria (PAMEN). Gac Sanit 1988;2:135-43.

MARCEL MK, DOHERTY WJ, WEINER E. Medical interviewing by exemplary family physicians. J Fam Pract 1998;47:343-8.

MARSET P, MORENO E, SÁNCHEZ V, GÓMEZ-CALCERRADA D, GÓMEZ J, PANIAGUA P ET AL. Desigualdad socioeconómica en el uso de los servicios sanitarios del primer nivel en la región de Murcia. IV Congreso Español de Sociología. Madrid, 1992.

MARTIN A, CANO JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y practica clínica. Barcelona, Doyma, 1997.

MARTÍN J, OTERO JA. La demanda asistencia en un centro de salud según el sistema de información regional. Aten Primaria 1992;10:554-6.

MARTIN P, LEON A, BENITEZ EE, GOMEZ JM, MANGAS A. Comparación de dos modelos de educación para pacientes asmáticos. Med Clin (Barc) 2001;116:408-12.

MARTÍNEZ DE LA IGLESIA J, MATEOS C, PÉRULA LA, RODRÍGUEZ A, CRIADO A, JIMÉNEZ C ET AL. Los factores socioeconómicos ¿influyen en la demanda asistencial y el grado de satisfacción en atención primaria? Aten Primaria 1990;7:106-10.

MARTINEZ JM, MARIJUAN L, RETOLAZA A, DUQUE A, CASCAN JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el centro de salud de Basauri. Aten Primaria 1993;11:127-32.

MARTÍNEZ-CAÑAVATE T, BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA J, LOPEZ L, LARDELLI P. Modelo multinivel explicativo de la utilización de las consultas de atención primaria a partir de los factores del profesional y de la organización. Aten Primaria 2004;34(extra1):119-55.

MASLACH C, JACKSON SE. The Maslach Burnout Inventory. 2nd ed. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.

MATA M, CASAS J, AMAT J, AVILA F, LOPEZ MA, ROVIRA A. Intervención de mejora de la calidad de la prescripción farmacológica continuada en un centro de atención primaria. Aten Primaria 1991;8:947-52.

MATALON A, NAHMANI T, RABIN S, ET AL. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. Fam Pract 2002;19:251-6.

- MATALON A, NAHMANI T, RABIN S, MAOZ B. The narrative approach as an effective single intervention in functional somatic symptoms in a multi-disciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract* 2005;22:114-7.
- MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-6.
- McCUE JD. The effects of stress on physician and their medical practices. *N Engl J Med* 1982;306:458-63.
- McDANIEL S, CAMPHELL T, SEABURN D. Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Springer. Barcelona. 1998.
- MCKINSTRY B. Do the patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *Br Med J* 2000;321:867-71.
- McPAKE B, KUMARANAYAKE L, NORMAND CH. Health Economics an International Perspective. London. Routledge 2002:48-63.
- MCWHINNEY IR. La enfermedad en la comunidad. En: Mcwhinney IR. Medicina de Familia. Barcelona. Editorial Doyma. 1995:27-35.
- MEAD N, BOWER P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- MECHANIC D. Health and illness behaviour and patient-practitioner relationships. *Soc Sci Med* 1992;34:1345-50.
- MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Cluster randomized trials: methodological and ethical considerations. MRC clinical trials series. London: Medical Research Council; 2002.
- MELLO MM, STEARNS SC, NORTON EC. Do Medicare HMOs still reduce health services use alter controlling for selection bias? *Health Economics* 2002;11:323-40.
- MEMORIA ESTADÍSTICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD (SAS), 2001.
- MENENDEZ E. El modelo medico hegemónico. Estructura, función y crisis. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México, DF: Alianza 1992:83-118.
- MENGEL M. The use of the Family APGAR in screening for family disfunction in a Family Center. *J Fam Pract* 1987;24:394-98.

MIDGLEY S, BURNS T, GARLAND C. What do general practitioners and community mental health teams talk about? Descriptive analysis of liaison meetings in general practice. *Br J Gen Practice* 1996;46:69-71.

MINGOTE JC. Síndrome Burnout o Síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998;85:493-514.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía para la elaboración del programa de salud mental en Atención Primaria, 6ª ed. Madrid, 1991.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Encuesta Nacional de Salud de Madrid. 2004.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Encuesta Nacional de Salud de 1987. Madrid. 1989.

MIRA JJ, VITALLER J, BUIL JA, RODRÍGUEZ-MARIN J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1999;14:67-74.

MIRA JJ. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas de sistema publico de salud. *Aten Primar* 1994; 14(10): 1135-1140.

MOOS RH, MOOS EJ, TRICKETT EJ. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES). TEA ediciones. Madrid. 1995.

MORAN P, RENDU A, JENKINS R, TYLEE A, MANN A. The impact of personality disorder in UK primary care: a 1-year follow-up of attenders. *Psychol Med* 2001;31:1447-54.

MORREL D. The characteristics of general practice. En: Morrell D. The art of general practice. Oxford. Oxford Medical Publications. 1991:12-25.

MUNDINGER MO, KANE RL, LENZ ER, TOTTEN AM, TSAI W, CLEARY PD ET AL. Primary Care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *JAMA* 2000; 283: 59-68.

MUÑOZ ALAMO M, RUIZ MORAL R, PÉRULA DE TORRES L. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48:23-31.

MUÑOZ SECO E, COLL BENEJAM T. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *El Medico*.2005;9-12.

MURPHY M. Somatization, embodying the problem. *Br Med J* 1989; 298: 1331–1332.



MUSTARD C, KAUFERT P, KOZYRKY A, MAYER T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998;338:1678-83.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. London: NICE,2004 [www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf](http://www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf).

NAVARRO A, SERNA JM, GUILLÉN C, MARTÍNEZ MN, GÓMEZ P, SAURA J. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación. *Aten Primaria* 1992;10:1025-7.

NEAL RD, DOWELL A, HEYWOOD P, MORLEY S. Frequent attenders. Who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996;46:131-132.

NEAL RD, HEYWOOD P, MORLEY S, CLAYDEN AD, DOWELL AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-8.

NEAL RD, HEYWOOD PL.(a) Freygt trains and supernovas: the use of a sorting task to determine patterns within long-term frequent attendance to general practitioners. *Primary Health Care Research and Development* 2000;1(1):39-50.

NEAL RD, HEYWOOD P, MORLEY S.(b) Frequent attenders' consulting patterns with general practitioners. *Br J Gen Pract* 2000;50(461):972-6.

NEAL RD, WICKENDEN G, COTTRELL D, MASON J, RUGIANO J, CLARKSON P ET AL. The use of primary, secondary, community and social care by families who frequently consult their general practitioner. *Health & Social Care in the Community* 2001;9(6):375-82.

NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISEMINATION. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care* 2002;7:1-12.

NIETO J, ABAD MA, GARCÍA C, LÓPEZ C, MORALES JM. Factorización del cuestionario de conducta de enfermedad IBQ de Pilowsky en población clínica española. *An Psiquiatría* 1989;5:104-7.

O'DOWD T. Heartsink patients-optimising care. *The Practitioner* 1992;236: 941-2.

OAKLEY A, RIGBY AS, HICKEY D. Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *Eur J Publ Hlth* 1994;4:81-91.

O'DOWD T. Five years of heartsink patients in general practice. *Br Med J* 1988;297:528-30.

OLLOQUI J, ROS RI, PASCUAL P, BOTIJA MP. Trastornos somatomorfos en Atención Primaria. *El Médico* 2005;25:44.

ONG LML, DE HAES JCJM, HOOS AM, LAMMES FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-918.

OROZCO D, PEDRERA V, GIL V, PRIETO I, RIVERA MC, MARTÍNEZ P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Aten Primaria* 2004;33:69-77.

ORTEGA MA, ROCA G, IGLESIAS M, JURADO JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características socio-demográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004;33:78-85.

ORUETA R, VIGUERAS F, ORGAZ P, TORRES C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12:92-4.

ORUETA JF, LOPEZ DE MUNAIN J, BAEZ K, AIARZAGUENA JM, ARANGUREN JI, PEDRERO E. Application of the ambulatory care groups in the primary care of a European National Health Care System. Does it work? *Med Care* 1999;37:238-48.

ORUETA JF LOPEZ-DE-MUNAIN J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. *Gac Sanit* 2000;14:195-202.

PALACIO F, MARQUET R, OLIVER A, CASTRO P, BEL M, AND PIÑOL JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Aten Primaria* 2003;32(3):135-143.

PAULY MV. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994;13:369-72.

PEDRERA V, GIL V, OROZCO D, PRIETO I, SCHWARZ G, MOYA I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 2005;35:82-8.

PEIRÓ JM, *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Endema.1992.

PENNING MJ. Health, social support, and the utilization of health services among older adults. *J Gerontol* 1995;50B:S330-9.

PETERS S, STANLEY I, ROSE M, SALMON P. Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science & Medicine* 1998;46:559-65.

PETERSEN LA, BURSTIN HR, O'NEIL AC, ORAV EJ, BRENNAN TA. Nourgent emergency department visits. The effect of having a regular doctor. *Med Care* 1998;36:1249-55.

PHILLIPS KA, MORRISON KR, ANDERSEN R, ADAY LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioral Model of Utilization. *Health Services Research* 1998;33:571-96.

PICHOT P. DSM-IV Atención Primaria. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson 1997.

PILOWSKY I, SPENCE ND. Manual for the Illness Behaviour Questionnaire. University of Adelaide. Department of Psychiatry. Second edition. 1983.

PINEAULT R, DAVELUY C. La planificación sanitaria: conceptos, estrategias. Barcelona. Masson. Salud y Gestión, 1987.

PLATT FW, GORDON GH. Field Guide to the Difficult Patient Interview. Lippincott Williams&Wilkins. (second ed.) 2004.

POLO MARTÍN P, REYES DÍAZ E, SERRANO GRANELL C, MATEU MAHIQUES J, CASANOVA MATUTANO C. Factores familiares y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. *Rev Esp Pediatr.* 1998; 54:497-505.

POVEDA F, ROYO A, ALDEMUNDE C, FUENTES R, MONTESINOS C, JUAN C, ET AL. Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicopatología de los consultantes. *Aten Primaria* 2000;26:446-52.

PRADOS JA. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1992;16:209-16.

PRIETO A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención primaria? *Rev Sanid Hig Pública (Madrid)* 1990;64:314-29.

PRITCHARD P, LOW K, WHELER M. El rol del médico general en la gestión. En: Pritchard P, Low K, Wheeler M. Gestión en atención primaria. INSALUD. Madrid. 1990:129-53.

PRITCHARD P, PRITCHARD J. Teamwork for primary and shared care: a practical workbook. Practical Guides for General Practice (17). Oxford University Press (second ed.). 1994.

QUILL TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med* 1989;111:51-7.

RADLEY A. Making sense of illness: the social psychology of health and disease. London. SAGE. 1994.

RAINE R, LEWIS L, SENSKY T, HUTCHING A, HIRSCH S, BLACK N. Patient determinants of mental health interventions in primary care. *Br J Gen Pract* 2000;50:620-5.

REID S, WHOOLEY D, CRAYFORD T, HOTOPF M. Medically unexplained symptoms: general practitioners' attitudes towards their cause and management. *Family Practice* 2001;18:519-23.

RICHARDS DA, GODFREY L, TAWFIK J, RYAN M, MEAKINS J, DUTTON E, ET AL. NHS Direct versus general practice based triage for same day appointments in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:774-8.

RIDSDALE L, MANDALIA S, EVANS A, JERRET W, OSLER K. Tiredness as a ticket of entry. The role of patients' beliefs and psychological symptoms in explaining frequent attendance. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:72-4.

RILEY A, FINNEY JW, MELLITIS ED, STARFIELD B, KIDWELL S, QUARSKEY S. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care* 1996;31:767-83.

RIVERA-CASARES F, HERNÁNDEZ I, MARTÍ E, CHAUME A, MARTÍNEZ C, RICART MJ. Estrategias organizativas en los centros de salud. *Cuadernos de Gestión* 1998;3-16.

ROBERTS CR, IMREY PB, TURNER JD, HOSOKAWA MC, ALSTER JM. Reducing physician visits for colds through consumer education. *JAMA* 1983;250:1986-9.

ROBINSON JW, ROTER DL. Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *J Fam Pract* 1999;48:698-705.

RODRIGUEZ B, MARTIN MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;23:110-15.

RODRIGUEZ E, GEA A, GOMEZ A, GARCIA JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Familiar* 1996;17(5):338-41.

RODRIGUEZ JJ. Presión asistencial y Docencia de Calidad en AP ¿cómo afrontarlo? *El Médico* 2005;11-14.

ROGERS S, HUMPHREY C, NAZARETH I, LISTER S, TOMLIN Z, HAINES A. Designing trials of interventions to change professional practice in primary care: lessons from a exploratory study of two strategies. *BMJ* 2000;320:1580-3

- ROOS NP, SHAPIRO E. The Manitoba longitudinal study on aging. Preliminary findings on health care utilization by the elderly. *Med Care* 1981;19:644-57.
- ROSENSTOCK IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974;2: 328-35.
- ROSNER TT, NAMAZI KH, WYKLE ML. Physician use among the old-old. Factors affecting variability. *Med Care* 1989;26:982-91.
- ROSSITER LF, WILENSKY GR. A re-examination of the use of physician services: the role of physician-initiated demand. *Inquiry* 1983;20: 162-72 ;
- ROTTER DL, STEWART M, PUTNAM SM, LIPKIN M, STILES W, INUI TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997;227:350-6.
- ROTTER JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966;80:1-28.
- ROURKE JT, SMITH LF, BROWN JB. Patients, friends and relationship boundaries. *Can Fam Physician* 1993;39:2557-64.
- ROVINSON JW, ROTER DL. Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *J Fam Pract* 1999;48:698-705.
- ROYO M, ARTO A. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. *Aten Primaria* 1995;16:211-214
- RUIZ R, RODRÍGUEZ SALVADOR JJ, PÉRULA DE TORRES L, PRADOS CASTILLEJO JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002;29:132-44.
- RUIZ R, RODRÍGUEZ JJ, EPSTEIN R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32:594-602.
- RUIZ R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: SEMFYC ediciones, 2004.
- RUIZ-TÉLLEZ A. La demanda y la agenda de calidad. Ed. Instituto @pCOM. Barcelona. 2001.
- SÁEZ M. Condicionantes en la utilización de servicios de Atención Primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003;17(5):412-419

SALMON P, DOWRICK CF, RING A., HUMPHRIS GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *British Journal of General Practice* 2004;54:171-6.

SALMON P, RING A, DOWRICK CF, HUMPHRIS GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res.* 2005;59:255-60.

SÁNCHEZ F. La formación y las emociones: cómo ayudar a los médicos a trabajar con las emociones de los pacientes y con las propias. *Tribuna Docente* 2003;3:25-32.

SÁNCHEZ FJ, BELLON JA, CASTILLO R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1993;38:423-7.

SANCHEZ JL. Utilidad de los cuestionarios en la detección de problemas psicosociales en la consulta de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2004;33(8):423-25.

SANZ J. El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos. *Med Clin* 1991;96:377-8.

SAÑUDO P, BELLÓN JA, LEÓN FJ, POYATO AR. El grupo de autoayuda como reductor de la utilización de las consultas de atención primaria. VI Congreso Internacional del Centro Internacional para la Medicina Familiar. Granada, 1996:411-412.

SARTORIUS N, USTUN TB, LECRUBIER Y, WITTCHEN HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 1996;30(Suppl):38-43.

SAULTZ J, ALBEDAIWI W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med* 2004;2:445-51.

SAVAGEAU J, MCLOUGHLIN M, URSAN A, BAI Y, COLLINS M, CASHMAN S. Characteristics of Frequent Attenders at a Community Health Center. *J Am Board Fam Med* 2006;19:265-75.

SCAIFE B, GILL PS, HEYWOOD PL AND NEAL RD. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Family Practice* 2000;17(4):298-304.

SCHAFFER S, NOWLIS D. Personality Disorders among Difficult Patient. *Arch Fam Med* 1998;7:126-9.

SCHERS H, VAN DE VEN C, VAN DEN HOOGEN H, GROL R, VAN DEN BOSCH W. Patients' needs for contact with their GP at the time of hospital admission and other life events. A quantitative and qualitative exploration. *Ann Fam Med.* 2004;2:462-8.

SCHREUDERS B, VAN OPPEN P, VAN MARWIJK HW, SMIT JH, STALMAN WA. Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses BMC Fam Pract. 2005 Oct 12;6:42.

SCHWENK TL, ROMANO SE. Managing the difficult physician-patient relationship. Am Fam Physician 1992;46:1503-9.

SCOTT A, SHIELL A. Analysing the effect of competition on general practitioners behaviour using a multilevel modelling framework. Health Econ 1997;6:577-88.

SEGOVIA A, PÉREZ C, TORÍO J, GARCÍA MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22(9):562-69.

SEGUI M. Propuestas practicas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión 2002;8(3):115-132.

SHARPE M, BASS C, MAYOU R. An overview of the treatment of functional somatic symptoms. In Mayou R, Bass C, Sharpe M (eds). Treatment of Functional Somatic Symptoms. Oxford: Oxford University Press, 1995:66-86.

SHEEHAN B, BASS C, BRIGGS R, JACOBY R. Do general practitioners believe that their older patients physical symptoms are somatized? J Psychosom Research 2004;56(3):313-6.

SHERBOURNE CT, STEWART AL. The MOS (Medical Outcome Study) social support survey. Soc Sci Med 1991;32:705-14.

SHUM C, HUMPHREYS A, WHEELER D, COCHRANE M, SKODA S, CLEMENT S. Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre randomised controlled trial. BMJ 2000;320:1038-43.

SHUMAKER S, BROWNELL A. Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. J Soc Issues 1984;4:11-36.

SIHVONEN M, KEKKI P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. Scan J Prim Health Care 1990;8:233-9.

SIMON G, GATER R, KISELY S, PICCINELLI M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. Psychosom Med 1996;58:481-8.

SIMON GE, VONKORKORFF M, PICCINELLI M, FULLERTON C, ORMEL J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;341:1329-35.

SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M, MAGUIRE P, LIPKIN M, NOVACK D ET AL. Comunicación médico-paciente: el informe del Consenso de Toronto. *BMJ* 1993;8:40-5.

SMILKSTEIN G, ASHWORTH C, MONTANO D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982;15:303-11.

SMILKSTEIN G. The family APGAR: a proposal or a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-9

SMITH GR, MONSON RA, RAY DC. Psychiatric consultation in somatisation disorder: A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986;314:1407-13.

SMITH JRG, ROST K, CÁNCER M. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:238-243

SMITH R, GARDINER JC, LYLES JS, SIRBU C, DJAMENA C, HODGES A, ET AL. Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients with Medically Unexplained Symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2005;67:123-9.

SMITH R. Why are doctors so unhappy? *Br Med J* 2001;332:1073-4.

SMITH R. Why so unhappy? *Br Med J* 2002;324:7341.

SMITH RC. A clinical approach to the somatizing patient. *J Fam Pract* 1985;21:294-301.

SMITH S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J*, 1995;71:653-7.

SMUCKER DR, ZINK T, SUSMAN JL, CRABTREE BF. A Framework for Understanding Visits by Frequent Attenders in Family Practice. *J Fam Pract* 2001;50:847-52.

SMYTH JM. Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:174-84.

SOBREQUES J, CEBRIA J, SEGURA J, RODRIGUEZ C, GARCIA M, JUNCOSA S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(4):227-33.

SOMMERS LS, MARTON KI, BARBACCIA JC, RANDOLPH J. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch Intern Med* 2000;160:1825-33.



- SORIANO FAURA J, LÁZARO ARMENGOL C, ROIG ORTS A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de pediatría. *Aten Primaria*. 1997;20:385-8.
- SPIELBERG CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual 3ª edición. TEA ediciones. Madrid. 1988.
- SPITZER RL, WILLIAMS JB, KROENKE K ET AL. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD study. *J Am Med Assoc* 1994;272:1749-56.
- STANLEY IM, PETERS S, SALMON, P. A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2002;32:125-40.
- STEFANSSON CG, SVENSSON C. Identified and unidentified mental illness in primary health care: social characteristics, medical measures and total care utilization during one year. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:24-31.
- STEINMETZ D, TABENKIN H. The “difficult patient” as perceived by family physicians. *Family Practice* 2001;18:495-500.
- STEWART M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
- STEWART M, ET AL. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3:25-30.
- STEWART M, BROWN JB, DONNER A, MCWHINNEY IR, OATES J, WESTON WW, JORDAN J. The impact of patient-centered care of outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
- STEWART P, O'DOWD T. Clinically inexplicable frequent attenders in general practice. *British Journal of General Practice* 2002;52:1000-1.
- STOCKWELL F. *The Unpopular Patient*. London: Croom Helm, 1984.
- STOVERINCK MJM, LAGRO-JANSSEN ALM, VAN WEEL C. Sex differences in Health problems, diagnostic testing, and referral in primary care. *J Fam Pract* 1996;43:567-576.
- SUCHMAN EA. Stages of illness and medical care. *J Health Hum Behav* 1965;6:114-28.
- SVAB I, ZALETEL-KRAGELJ L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:38-43.

- SZYDLOWSKI JW. Patients who initiate frequent attendance in family practice. *Wiadomosci Lekarskie* 2002;55:506-11.
- TAMBLYN R, LAPRISE R, HANLEY JA. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001;285(4):421-9.
- TANNENBAUM D, MCGILLIVRAY M. Modelling for assessing psychosocial problems. *Can Fam Physician* 1996;42:291-6.
- TAPIA C, GIL V, OROZCO D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria* 2005;36(2):64-70.
- TARLER T, NAMAZI KH, WYKLE ML. Physician use among the old-old. Factors affecting variability. *Medical Care* 1988;26:982.
- TATE P. Doctors' style. En: Pendleton D, Scholfield T, Tate P, Havelok P, eds. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984;5:85
- TÉLLEZ JM. Actualización en Psicofarmacología. *Aten Primaria* 2005;36(Supl 1):61-79.
- TEN HAVE M, OLDEHINKEL A, VOLLEBERGH W, ORMEL J. Does neuroticism explain variations in care service use for mental health problems in the general population? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:425-31.
- THOMAS JW, PENCHANSKY R. Relating satisfaction with access to utilization of services. *Med Care* 1984;22:553-68.
- TIZON JL, BUITRAGO R, CIURANA L, CHOCRON C, FERNANDEZ J, GARCIA-CAMPAYO J. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2003;32(supl 2):77-113.
- TIZÓN JL. ¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria* 2004;33(6):320-330.
- TIZÓN JL. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.
- TIZÓN JL. *Componentes Psicológicos de la Práctica Médica*. Barcelona: Doyma, 1988.
- TORIO J, GARCÍA MC. Relación medico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:44-60.

- TORIO J. Valoración de la competencia médica y la orientación hacia el paciente en las consultas de los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria. [Tesis doctoral]. Universidad de Jaén. 2005.
- TOWNSEND P, DAVIDSON N. Inequalities in health: the black report. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1982.
- TUDIVER F, PELMAUL-WOODS JA, HILDITCH J, HARMINA J, SAINI S. Do widowers use the health care system differently? Does intervention make a difference? *Can Fam Physician* 1995;41:392-400.
- TUKEY JW. *Exploratory Data Analysis*. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley. 1977.
- TURABIAN JL, CASADO P, POZO A, ORUETA P, CORDERO B. Estudio de una cohorte de consultantes frecuentes con patología crónica: resultado de las medidas sanitarias correctoras. *Aten Primaria* 1989;6:287-90.
- TURABIAN JL, GONZALEZ-MORALES MA, LOPEZ DE CASTRO F, GALLEGO JG, GONZALEZ-PALACIOS P, MOYA A. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Púb* 1988;62:1645-54.
- TWEED DL, GOERING P, LIN E, WILLIAMS JI. Psychiatric morbidity and physician visits. Lessons from Ontario. *Med Care* 1998;36:473-85.
- TYLEE A. Counselling in primary care. *Br J Gen Pract* 1998;48(437):1874.
- USERWOOD TP. Development and randomised controlled trial of a booklet of advice for parents. *Br J Gen Pract* 1991;41:58-62.
- VAN DER STUYFT P, DE MUYNCK A, SCHILLEMANS L, TIMMERMAN C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1989;29:53-60.
- VARELA FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Medicina de Familia* 2000;2:141-4.
- VEDSTED O, CHRISTERSEN MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119(2):118-37.
- VEDSTED O, SORENSEN HT, MORTENSEN JT. Drug prescription for adult frequent attenders in Danish general practice: a population-based study. *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*. 2004;13(10):717-24.

VEDSTED P, CHRISTENSEN MB, SORENSEN HT, FINK P, OLESEN F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *J Public Health Med* 2002;24(1):53-59.

VEDSTED P, FINK P, OLESEN F, MUNK-JORGENSEN P. Psychological distress as a predictor of frequent attendance in family practice: a cohort study. *Psychosomatics*. 2001;42(5):416-22.

VEGA E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general.[Tesis doctoral] Salamanca 1995.Servicio de publicaciones Universidad de Salamanca.

VERHAAK PF, WENNINK HJ. What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *Int J Psychiatry Med* 1990;20:151-162

VIRTANEN P. Unemployment, re-employment and the use of primary health care services. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:228-33.

VON KORFF M, ORMEN J, KATON W. Disability and depression among high utilizer of health care. A longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*. 1992;49:91-100.

WAGNER EH, SANDHU N, NEWTON KM, MCCULLOCH DK, RAMSEY SD, GROTHAUS LC. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *JAMA* 2001; 285:182-9.

WALLACE LS. Osteoporosis prevention in college women: application of expanded Health Belief Model. *Am J Health Behav* 2002;26(3):163-72

WALLSTON KA, WALLSTON BS. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978;6:160-70.

WASSON J, GAUDETTE C, WHALEY F, SAUVIGNE A, BARIBEAU P, WELCH G. Asistencia telefónica como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento. *JAMA* (ed.esp.) 1992;1:43-53.

WEICH S, LEWIS G, DONMALL R, MANN A. Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *Br J Gen Pract* 1995;45:143-147

WEIJDEN VAN DER T, VELSEN VAN M, DINANT GJ. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behaviour. *Medical Decision Making* 2003;23:226-31.

WELLINGTON M. Stanford Health Partners: rationale and early experiences in establishing physician group visits and chronic disease self-management workshops. *J Ambulatory Care Manage* 2001;24:6-10.

WESTHEAD JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.

WILKIN D, METCALFE DH. List size and patient contact in general medical practice. *Br Med J* 1984;289:1501-05.

WILLIAMS JJ. Is this patient clinically depressed? *JAMA*. 2002;287:1160-70.

WILLIS DR. Making every minute count: to improve office efficiency. *Family Practice Management*, April 2005. <http://www.aafp.org/fpm/20050400/61maki.html>).

WILSON A, MCDONALD P, HAYES L, COONEY J. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors' stress and arousal. *Br J Gen Pract* 1991;41:184-7.

WINKENS RAG, GROU RPTM, BEUSMANS GHMI, KESTER ADM, KNOTTNERUS JA, POP P. Does a reduction in general practitioners' use of diagnostic tests lead to more hospital referrals? *Br J Gen Pract* 1995;45:289-92.

WONCA. Clasificación internacional de atención primaria CIAPS2. Barcelona: Masson S.A 1993.

WOODWELL DA. National ambulatory medical care survey: 1996 summary. *Adv Data* 1997;17:1-25.

YUEN P, BALAJARAN R. Unemployment and patterns of consultations with general practitioner. *Br Med J* 1989;298:1012-4.

ZACHRISSON HD, RODJE K, MYKLETUN A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 2006;16(6):34

ZELLARS J, KELLY D, LEE C. Vulnerable to job burnout. The influence of personality, social support, role stressors, and moods. *Humanities and Social Sciences* 1999;59:2611.

ZYZANSKI SJ, STANGE KC, LANGA D, FLOCKE SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract* 1998;46:397-402.

***ANEXOS***

***ANEXO I***

## **Los 10 puntos claves para reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento.**

1°. Antes de iniciar cualquier medida hay que realizar un diagnóstico, en nuestro centro o consulta, en cuanto a los factores del usuario, el profesional y la organización que están incidiendo sobre la hiperutilización.

2°. Es preferible emprender un "paquete de medidas" a intervenciones aisladas.

3°. El "paquete de medidas" debe contener elementos de intervención sobre el usuario, el profesional y la organización.

4°. Las estrategias con el usuario deben contener elementos de intervención sobre los factores de necesidad, predisponentes y facilitadores.

5°. Las estrategias con el profesional pretenden disminuir la demanda inducida por el mismo con medidas de formación, corrección de estilos de práctica clínica, control de calidad y aumento de la satisfacción profesional.

6°. El manejo del hiperutilizador y el paciente problema debe ser individualizado y metódico.

7°. Las estrategias con la organización conviene dividir las en un paquete con responsabilidades en los niveles de gestión y otro con responsabilidad del médico de familia o de organización de la consulta.

8°. Los resultados de las medidas de "organización de la consulta" pueden ser patentes en pocos meses, las intervenciones sobre el profesional y el usuario tardarían más.

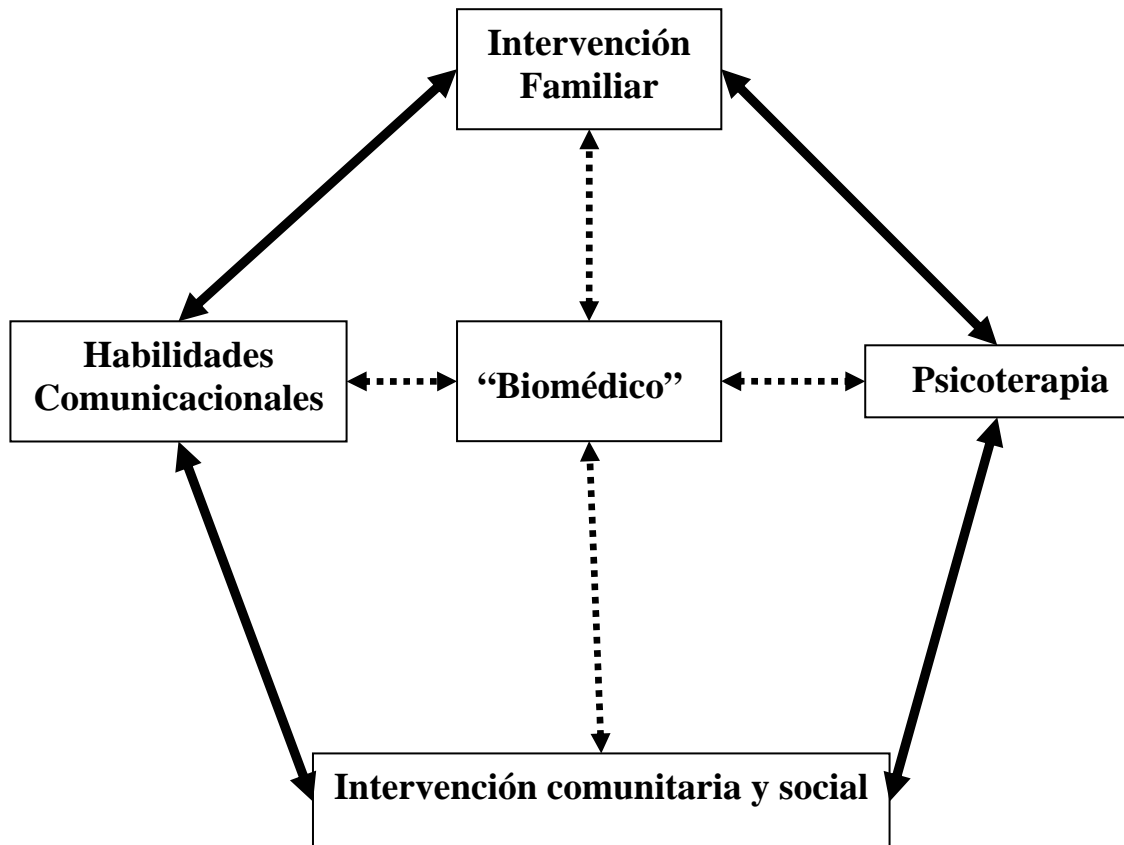
9°. Para priorizar unas medidas sobre otras puede ser útil emplear una técnica de consenso sobre dos dimensiones: la eficacia y la factibilidad.

10°. No resulta práctico plantear muchas estrategias que dependan de otros (gestores, otros profesionales del equipo, etc.), especialmente si se prevé que la colaboración va a ser difícil.



## ***ANEXO II***

**Marco teórico en el abordaje de los problemas psicosociales por los médicos de familia.**



***ANEXO III***

## Esquema básico ("diez minutos") de Psicoterapia en Atención Primaria \*

Esquema básico	Modelo subyacente
➤ Hábleme de lo ocurrido desde la última visita.	➤ "yo estoy aquí para escucharle", "recoger sólo la información esencial para actuar".
➤ ¿Cómo se siente a cerca de ello?	➤ "pongamos los sentimientos encima de la mesa, sumario emocional".
➤ Debe ser difícil para usted.	➤ "empatizar".
➤ En sus circunstancias es normal que se sienta y reaccione de esa forma.	➤ "dar permiso para sentir lo que sienten, validar-normalizar a la persona"
➤ ¿Qué es lo que más le preocupa de lo que le ha ocurrido?	➤ "nuestro tiempo es corto, debemos priorizar".
➤ ¿Cómo ha intentado resolverlo?	➤ Lo importante aquí es enfrentarse al problema.
➤ Para la próxima cita me gustaría ... (1)	➤ "los deberes para casa", "usted puede manejar la situación".

\* Modificado de Stuart & Lieberman.

(1) Por ejemplo: lista escrita, según el caso, de pensamientos o cosas que le preocupen, sentimientos que le invadan, posibles opciones o soluciones, objetivos-metas que quiera alcanzar, o ventajas y desventajas de la opción que quiere tomar.

***ANEXO IV***

Manejo del paciente hiperutilizador y paciente  
problema: metodología y consideraciones  
prácticas.

Por: Juan Ángel Bellón Saameño.

Grupo Comunicación y Salud.

Centro de Salud El Palo. Málaga.

## MANEJO DEL PACIENTE HIPERUTILIZADOR Y DEL PACIENTE PROBLEMA

Para el manejo del paciente hiperutilizador (HU) y del paciente problema (PP) se proponen una serie de estrategias que se fundamentan en la experiencia y la literatura (O'Dowd TC, 1988; Mathers NJ, 1995 y 1996; Schwenk TL, 1992; Blay C, 1996; Dowrick C, 1996, Bellón JA, 1998) y cuyos objetivos son dos: 1) reducir la incertidumbre clínica desde un encuadre biopsicosocial y 2) plantearse la hipótesis relacional: puede que el problema esté en el médico (médico problema) o/y en la relación médico-paciente (relación médico-paciente problema). Esta propuesta de intervención se divide en 3 etapas consecutivas:

### *Manejo del paciente problema*

- 1. Análisis de la información disponible: generación de hipótesis.*
- 2. Clasificación del "paciente-médico-relación" problema: refutación de hipótesis.*
- 3. Plan de actuación y negociación con el paciente e intervención sobre el médico o/y la relación médico-paciente.*

#### **1. ANÁLISIS DE LA INFORMACION DISPONIBLE: GENERACION DE HIPOTESIS.**

Lo primero que se debe hacer es reservar un tiempo para **analizar tranquilamente toda la información disponible** tanto desde la óptica del paciente (historia clínica, lista de problemas, diagrama de flujos, genograma, etc.) como desde el profesional o la relación médico-paciente (análisis cualitativo de las emociones del profesional, análisis cuantitativo del estrés profesional, prevalencia de ideas irracionales, monitorización cognitiva del estrés profesional, estudio de las videograbaciones, grupo Balint, etc.).

##### **1.1 Análisis del paciente hiperutilizador o del paciente problema.**

## *Análisis de los problemas del paciente*

1. *Hipótesis clínica.*
2. *Hipótesis psicológica.*
3. *Hipótesis social.*
4. *Hipótesis familiar.*
5. *Hipótesis cultural.*
6. *Hipótesis administrativa.*

El análisis del paciente hiperutilizador o del paciente problema, o mejor sería decir de los problemas del paciente, resultaría más eficiente si se hace con cierto método. El método que se propone pasa por estudiar de forma exhaustiva 6 posibles hipótesis, aunque éstas no son excluyentes entre sí; es decir, que pueden coincidir varias en un mismo paciente:

1.- **hipótesis clínica**, que debe ser siempre la primera en descartar. Con cierta frecuencia, la revisión de los datos permite detectar un problema biológico que había pasado desapercibido (hipotiroidismo, tumoración ovárica, artritis reumatoide, etc.).

*"Una paciente hiperutilizadora con un cuadro depresivo más o menos expresado, con múltiples síntomas y cierto "aspecto físico" que desagradaba a su médico no terminaba de mejorar a pesar de varios intentos de tratamiento antidepressivo y múltiples derivaciones a los especialistas incluyendo salud mental. Una revisión de la historia clínica puso de manifiesto un conjunto de motivos de consulta a los que se les intentó dar respuesta de forma separada a lo largo del tiempo: estreñimiento, hinchazón y ganancia de peso, piel seca, trastornos de la regla, dislipemia, depresión, astenia, etc. Cuando se dispuso de la oportunidad de releer la historia clínica tomando los síntomas en conjunto surgió la hipótesis del hipotiroidismo, que curiosamente no se la había planteado ninguno de los 7 u 8 especialistas distintos que la atendieron. Las pruebas tiroideas confirmaron el diagnóstico y el tratamiento con levotiroxina mejoró espectacularmente los múltiples síntomas de la paciente incluyendo su depresión. Esta señora redujo sustancialmente sus visitas al médico, y aunque sigue teniendo el mismo "aspecto físico" desagradable para su médico, ya ha dejado de ser un paciente problema.*

2.- **hipótesis psicológica**. Se aconseja realizar una entrevista de salud mental o un test de cribado de problemas psicológicos en todos los HU o PP, ya que la probabilidad



de que tengan un trastorno psíquico es bastante alta (Whitenack DD, 1984). Los HU y los PP con problemas de salud mental suelen crear malestar a sus médicos porque la mayoría de ellos acuden a la consulta con quejas de tipo somático (cefaleas, disnea, dolores múltiples, mareos, taquicardias, astenia, etc.) que en muchos casos no corresponde con un cuadro clínico "esperable" (*"lo que le pasa a esta señora no viene en mi libro"*). A esto habría que añadir que estos pacientes, en general, suelen rechazar cualquier sugerencia a "los nervios" que les haga su médico. Los médicos que se sienten incómodos ante este tipo de pacientes suelen tener déficit en habilidades de entrevista para pacientes con trastornos de salud mental y tampoco acostumbran a estar preparados en las técnicas de psicoterapia de atención primaria (Mathers N, 1995). Aunque a veces ocurre, es poco frecuente que un paciente acuda a la consulta y nos diga *"Doctor tengo un cuadro ansioso-depresivo porque tengo problemas en casa y en el trabajo"*. Si así fuera, es posible que nos sintiéramos un poco mejor ya que en el caso de que nuestro diagnóstico coincida con las creencias del paciente, sólo tendríamos que negociar el tratamiento.

Los problemas de salud mental de los HU y de los PP coinciden con los más prevalentes en las consultas de atención primaria: trastornos depresivos (distimia y depresión mayor), trastornos de ansiedad (crisis de angustia y trastorno de ansiedad generalizada), trastornos adaptativos (ansiosos y/o depresivos) y trastornos psicósomáticos. En algunos casos más raros los HU o los PP padecen de rasgos acentuados o verdaderos trastornos de personalidad, especialmente en el grupo de las personalidades ansiógenas: obsesivo-compulsiva (los rígidos, intolerantes, perfeccionistas, que traen listas a las consultas, etc.), histriónica (los seductores, inmaduros, manipulativos, con cambios de humor repentinos y opuestos, etc.) y dependiente (tienen miedo a quedarse solos, sienten necesidad de que otros asuman sus responsabilidades, realizan entrevistas que no hay forma de acabar, etc.). Otros tipos de personalidad son menos frecuentes en los PP: paranoica (desconfían de todo y por supuesto de su médico), borderline (pueden ser muy agresivos de forma impulsiva), etc.

Conviene recordar que los tests psicológicos más usados en atención primaria (GHQ-28, EADG, etc.), aunque tienen una buena validez y fiabilidad, suelen dar falsos negativos en los trastornos de personalidad y de somatización sin ansiedad ni depresión.

3.- **hipótesis social.** La soledad, la viudedad, las ganancias secundarias del rol de enfermo, el déficit en habilidades sociales o en apoyo social, la pobreza, pueden ser

algunas de las razones para que consideremos a un paciente como PP. Muchos pacientes buscan en la atención médica algo más que un simple diagnóstico, pretenden un "ratito" de comunicación e incluso de afecto. Sus expectativas del encuentro médico son exigentes en cuanto a la solicitud de una auténtica entrega afectiva y humana por parte del profesional. Algunos de estos pacientes, sólo encuentran en su médico o enfermero ese "calor humano" que no hallan en su red social. Este tipo de expectativas afectivas frente a las expectativas técnicas suelen coincidir en pacientes hiperutilizadores y con bajo apoyo social (Bellón JA, 1998-b). También es frecuente que estos pacientes tengan ante sus médicos una actitud ambigua, dudando entre la confianza más ciega y la desconfianza más radical. Esta actitud exige el dominio del médico y lo rehúsa al mismo tiempo y no es de extrañar que sean pacientes malos cumplidores del tratamiento (Dupuy J, 1974). Otras veces, se trata de pacientes que dada su situación social o familiar, les interesa hacerse "el remolón" en el rol de enfermo. Mientras sean etiquetados de enfermos por sus médicos es posible que reciban más atenciones familiares o se libren de algunas obligaciones o roles: cuidar de la suegra, atender a los hijos, librarse de un trabajo poco gratificante (obtener una baja laboral), etc. Estas son las denominadas ganancias secundarias de la enfermedad (Coe RM, 1984). Pero la enfermedad adjudicada tiene que estar bien vista desde el punto de vista social y cultural. No es lo mismo padecer de depresión, que tiene mala prensa ("*padecer de los nervios es como querer engañar*"), que hacerlo de "mala circulación" o de "artrosis cervical" (Radley A, 1994). Estos últimos diagnósticos muchas veces no se los cree ni el propio médico, pero le puede resultar más cómodo una etiqueta de enfermedad física que tener que negociar un diagnóstico psicosocial; incluso él tener que "tomar unas gotas para toda la vida" legitima esa pseudo-enfermedad física y favorece ese estado de remolón dentro del rol de enfermo que, lejos de solucionar los problemas del paciente, lo que hace es perpetuarlos de forma indefinida. Entre las herramientas que pueden servir para un buen diagnóstico social se citarán, la identificación de los recursos económicos, el genograma, la investigación de la red social, los tests de apoyo social (DUKE-UNC-11) y los círculos familiares.

*Una paciente problema tenía "quemado" a su médico, en el último año acudió 35 veces por la consulta. El profesional no sabía que hacer, el ver su nombre en la lista de citas le provocaba náuseas. La comunicación por parte del médico mostraba con frecuencia cierta hostilidad (¡usted otra vez por aquí!, ¡mire si usted no mejora es porque no hace bien los tratamientos!). Este profesional comentó este caso en una sesión clínica y un compañero le dio la solución. En la historia constaba que era una señora viuda, sin hijos y que vivía*

*sola. Se realizó una visita programada y el genograma, la investigación de su red social en cuanto a tamaño, proximidad e intensidad y el test de apoyo social confirmaron la hipótesis: esta mujer no tenía donde ir a buscar un poco de comunicación y había aprendido que con el lenguaje de los síntomas físicos conseguía que al menos su médico le hiciera un poco de caso. Con la ayuda de la trabajadora social se logró que acudiera a unos talleres ocupacionales que además le permitió hacerse de algunas amistades. Después de esto, en el siguiente año solo ha ido a la consulta 5 veces. Ahora el médico "la hecha de menos".*

4.- **hipótesis familiar**, como por ejemplo un cuidador principal "pro-cuidados médicos", la mala adaptación familiar a los cambios del ciclo vital familiar, un familiar con demencia, o una familia demasiado aglutinada o disgregada. Muchas veces, sólo resulta posible entender los problemas del paciente cuando hacemos algún tipo de aproximación familiar.

*Una chica de 19 años en las últimas 3 semanas ha acudido más de 10 veces a la consulta con muchos síntomas inespecíficos y con pruebas complementarias normales. Esto irritaba considerablemente a su médico. Una simple aproximación para determinar su etapa del ciclo vital descubrió que acababa de tener su primer hijo. Su marido trabajaba todo el día y su madre se tenía que ir al pueblo dentro de 3 semanas. El médico durante la última entrevista mantuvo una actitud más solidaria y le dijo: ¿Cómo te va con tu hijo?. La paciente emocionalmente alterada le contó la ansiedad que le producía el que su madre se tuviera que ir, ya que ella se sentía poco capacitada para cuidar de su hijo. El médico le ofreció una frase empática y normalizó la situación: - comprendo que estés agobiada pero eso es muy normal cuando se tiene el primer hijo -. Después le interrogó sobre los aspectos que pensaba ella que tenía menos habilidades para cuidar de su hijo. La intervención continuó en una nueva visita con la madre y el marido, fomentando la empatía, la normalización, la verbalización de los sentimientos, el apoyo familiar y el estímulo de la percepción de autoeficacia en los cuidados de su bebé.*

Otras veces existen verdaderas disfunciones familiares que provocan o mantienen una serie de síntomas en alguno de los familiares. A veces, los problemas familiares tienen tal envergadura que desborda la capacidad y las habilidades del médico de familia (abusos sexuales, malos tratos, cuadros psicóticos, anorexia nerviosa,...). No obstante, puede resultar útil una aproximación metódica desde el punto de vista familiar: etapa del ciclo vital,

genograma, diagrama de flujos, test de función familiar (APGAR familiar) y los círculos familiares. La entrevista familiar requiere cierto entrenamiento pero entrevistas familiares simples (Bellón JA, 1995) e intervenciones familiares adaptadas a la atención primaria pueden resultar muy eficientes (Asen KE, 1997).

5.- **hipótesis cultural:** las creencias de salud, el desconocimiento del pronóstico y manejo de los problemas de salud, las experiencias previas con la enfermedad o con el sistema de cuidados, las expectativas afectivas o técnicas, o las influencias étnicas. Una técnica relativamente sencilla para descubrir el bagaje cultural que se esconde detrás de la demanda de atención médica de un HU o de un PP es interrogar por las creencias y las expectativas:

*"Y esto que a usted le pasa ¿a qué lo atribuye?, - usted sabrá que para eso es el médico - si, yo ya me he hecho una idea y se lo diré después, pero me gustaría conocer su opinión".* A veces no hay respuesta, pero en otras ocasiones puede ser la clave de la entrevista, especialmente si existe un clima empático: *"Yo creo que tengo que tener un cáncer, es que mi hermana ha muerto hace un mes de cáncer de mama", "eso será del colesterol o del azúcar", "es que estoy muy nerviosa", "yo creo que me han echado un mal de ojo", etc.* Las creencias de salud son limitadas y se pueden definir en una lista más o menos corta. Las creencias de salud van ligadas al nivel cultural, a la biografía personal y a los acontecimientos vitales estresantes. Un error frecuente que puede hacer que un paciente se nos presente como un "problema" es el desconocimiento y el entendimiento de sus atribuciones e interpretaciones desde su cultura. Primero hay que conocer las creencias y después manifestar que las entendemos. No obstante, esto no quiere decir que le demos la razón al paciente. *"Entiendo que estés preocupada con lo del cáncer de tu hermana pero después de examinarte no encuentro ninguna razón para pensar que tú también lo tengas".* Las creencias que tenga el paciente sobre el motivo de consulta están muy ligadas a lo que espera que nosotros, como profesionales, hagamos.

*"Ya me he enterado de su problema, ¿Ha pensado usted en algo que podríamos hacer para ayudar a resolverlo? - pues quería una mamografía -, - yo había pensado en unos análisis - , - quizá si usted me manda alguna medicina -.* El conocimiento de las expectativas del paciente suele librarnos de muchas tensiones cuando en nuestra historia con el paciente hemos intentado algunas intervenciones con las que el paciente se ha mostrado

receloso o con cierta hostilidad - (*con tono altivo*) *¿y usted cree que con estas pastillas se me va a quitar?* - . A veces las expectativas del paciente coinciden con las nuestras. En este caso no hay ningún problema. Cuando no es así, se imponen las técnicas de negociación que se pueden encontrar en la bibliografía (Borrell F, 1989).

En ocasiones las tensiones que nos provoca el PP proviene de las expectativas en cuanto al pronóstico. Algunos pacientes todavía siguen esperando el medicamento o el médico que les cure definitivamente de su padecimiento crónico, por ejemplo de la artrosis o del asma crónica. Esto contribuye a que estos pacientes vengan repetidamente por la consulta y nos provoquen cierta desesperación. Las expectativas excesivas o inapropiadas pueden provenir que no hayamos informado adecuadamente sobre el pronóstico de la enfermedad. También puede que si hayamos informado con rigor y pertinencia, e incluso varias veces; entonces hay que sospechar un problema de rol de enfermo disfuncional, ganancias secundarias de la enfermedad, un déficit de apoyo social, un cuadro depresivo o una disfunción familiar, y por tanto habría que investigarlos. Una buena forma para indagar este tipo de expectativas podría ser la siguiente: "*¿El problema que usted tiene es de los que se resuelven fácilmente o lo ve usted más difícil?*" Si la contestación se inclina del lado del "problema difícil" pero nuestra valoración clínica no lo confirma (por ejemplo una simple artrosis grado I con un cuadro doloroso "aparentemente" exagerado), nos debe hacer sospechar de los problemas psicosociales y culturales ya mencionados.

**6.- hipótesis administrativa.** De vez en cuando detrás de un HU o un PP lo único que se esconde es un continuo ir al médico por motivos burocráticos (recetas, partes,...) y "ya que está allí...". Para algunos pacientes la idea de ir al médico por un motivo burocrático les desencadena un deseo irreprimible de consultar por otro asunto aunque sea totalmente banal. Esto suele exasperar a sus médicos. Si sospechamos este tipo de problemas podemos intentar una solución relativamente sencilla: hacer recetas hasta el próximo control programado, dar los impresos de pruebas complementarias para el siguiente control protocolizado, dar los partes de ILT de larga duración con los administrativos del centro, etc. (Bellón JA, 1997).

## **1.2 Análisis del médico problema o/y de la relación médico-paciente disfuncional.**

En muchas ocasiones la mala relación médico-paciente es el factor que más contribuye a mantener la percepción de PP. El considerar que podemos ser "un médico problema" exige una actitud de humildad que no siempre estamos dispuestos a asumir. Algunos indicios que pueden evidenciar la hipótesis del médico problema son los siguientes: ¿Cómo andamos de reclamaciones? ¿Cuántas y de que tipo? ¿Se nos cambian muchos pacientes del cupo? ¿Disponemos de alguna encuesta de satisfacción que nos delate? ¿Cómo es nuestra satisfacción profesional? ¿Cuál nuestro estilo de práctica clínica? ¿Qué pensamos y sentimos cuando sospechamos que detrás de la demanda de un paciente se esconde un problema psicosocial? Los investigadores que estudian al médico como problema no dudan en someterlos a pruebas de salud mental, incluyendo los tests de personalidad. Cabe la posibilidad de que estemos en un mal momento en nuestro ciclo vital o que nuestras relaciones familiares estén en crisis. También podría resultar útil el medir nuestra satisfacción laboral (Maslach C, 1981; Alvarez E, 1991), el clima social laboral (Insel PM, 1981; Fernández R, 1982) o el índice de reactividad al estrés (González JL, 1993) con estos cuestionarios ya validados en nuestro país. De este modo podemos tener un perfil general de nosotros mismos como médicos problema.

Otro ejercicio más sofisticado pero que se está imponiendo, es disponer de material videograbado de nosotros mismos pasando consulta. Estas grabaciones sistemáticas nos pueden aproximar a nuestro perfil de entrevistador desde el punto de vista cualitativo, fundamentalmente en cuanto a nuestros déficits; pero también de forma cuantitativa a través de los cuestionarios de habilidades de entrevista (Grupo Comunicación y Salud, cuestionario GATHA, 1996).

También se han empleado hojas de monitorización del estrés profesional. Algunas de ellas van más allá e incluso identifican el tipo de emociones negativas, su intensidad, los pensamientos irracionales asociadas a ellas y sus consecuencias personales y profesionales.

Este diagnóstico enfocado sobre el médico y la relación médico-paciente puede ser genérico o bien se puede referir a un PP concreto. Desde la primera aproximación se pretende una mejora global del profesional y sus relaciones médico-pacientes. En la segunda, se intenta resolver un problema muy determinado con un paciente concreto.

## **2. CLASIFICACION DEL PACIENTE-MÉDICO-RELACION PROBLEMA: REFUTACION DE LAS HIPOTESIS.**

El análisis de la información y la generación de hipótesis permitirá una **primera clasificación del tipo de HU o PP (EJE I) según los problemas del paciente (biopsicosocial)** a través de las 6 primeras hipótesis (habría tantos tipos como hipótesis y sus combinaciones). El análisis del factor profesional y su interfase con el paciente conducirá a una **segunda clasificación (EJE II), en este caso, del tipo de relación médico-paciente "problema"**.

Una vez que disponemos de la información catalogada en los dos ejes, el problema ya es menos problema ya que hemos conseguido definirlo. Se ha demostrado que uno de los factores subyacentes que mejor predice la percepción del PP es el nivel de incertidumbre clínica y emocional (Schwenk TL, 1989).

Una de las herramientas más eficaces para tratar de confirmar-refutar las hipótesis generadas es la **entrevista programada**. La cita programada propuesta por el profesional y con un tiempo razonablemente apropiado (de 20 a 45 minutos) permitirá una entrevista semiestructurada biosicosocial, la realización de algunos tests y la exploración física. Cuando coexisten problemas psicosociales se debe procurar que en esta entrevista se consiga al menos un primer "enganche" terapéutico, fundamentalmente basado en la verbalización de las emociones del paciente y la empatía del profesional. Si está indicado, en sucesivas visitas se puede completar esta estructura de entrevista con un encuadre de psicoterapia básica de atención primaria (Stuart MR, 1993).

Las **pruebas complementarias en el abordaje psicosocial**, como en el estudio de las enfermedades físicas, son una ayuda útil para emitir un diagnóstico, pero también tienen sus limitaciones en cuanto a sus características de validez y fiabilidad (sensibilidad-especificidad, falsos positivos-negativos, valores predictivos del test, reproducibilidad, aplicabilidad, estabilidad temporal y precisión). No obstante, si se saben aplicar e interpretar suelen ofrecer una información complementaria inestimable. Sólo se citaran las más útiles desde el punto de vista psicosocial y en el marco de la atención primaria. Para una valoración con detenimiento recomendamos la bibliografía señalada en cada técnica o prueba.

- **De salud mental:** el cuestionario de Goldberg (GHQ-28) predice el padecimiento de un problema de salud mental y orienta en cuanto al predominio ansioso, depresivo, su repercusión social y en menor grado en la esfera psicosomática (Goldberg DP, 1979; Lobo A, 1986). La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) discrimina entre estos dos procesos (Lobo A, 1996). Estos dos cuestionarios están validados en nuestro país. Otros cuestionarios de ansiedad y depresión que no fueron diseñados para la atención primaria podrían servir para hacer diagnósticos más certeros y precisos o para monitorizar la efectividad del tratamiento (STAI, Hamilton, Beck, etc.). En cuanto a los cuestionarios de hipocondría recomendamos el índice de Whiteley (WI) y la escala de hipocondría general (GH) del IBQ de Pilowsky (Pilowsky I, 1983; Nieto J, 1989; Nieto J, 1991).
- **De abordaje familiar:** El test de función familiar más indicado en la atención primaria es el APGAR familiar, por su brevedad y porque está validado en nuestro país (Bellón JA, 1996). Un cuestionario especializado y también validado en España es el FES, aunque tiene 90 ítems (Moos RH, 1981; Fernández R, 1984). El genograma es una herramienta que aporta información sobre la estructura familiar y en menor grado sobre las relaciones familiares (Morera J, 1992). El flujograma no es más que un listado de motivos de consulta de toda la familia en su secuencia temporal y sirve para hacer hipótesis familiares (Medalie JH, 1987). Los círculos familiares es una técnica proyectiva que representa las relaciones personales y sociales a través de círculos, se cumplimenta en 3 minutos y ofrece una información que muchas veces no aparece en el genograma (Asen KE, 1997).
- **De apoyo social:** La escala DUKE-UNC-11 con solo 11 ítems predice el apoyo social afectivo e instrumental (Bellón JA, 1996-b). Aunque en algunos libros se cita el cuestionario MOS (Sherbourne CD, 1991), en la actualidad no se conoce ninguna validación en nuestro país. Para investigar la red social puede bastar una serie de preguntas elementales: ¿quiénes viven en su casa? ¿con que frecuencia le visitan o visita sus parientes, sus amigos, sus vecinos? ¿con quién comparte su tiempo libre y qué hacen?, etc. En determinados casos también podría ser útil conocer algunos datos de los recursos laborales (tipo de trabajo, paro, satisfacción



laboral, etc.), económicos (ingresos familiares, pagas, etc.), de apoyo externo (ayudas domiciliarias oficiales, de otros organismos y ONGs, de vecinos, etc.) y algunas características de la vivienda (hacinamiento, salubridad, ascensores, electrodomésticos, etc.).

Todas estas herramientas no sustituyen a una entrevista semiestructurada bien hecha, sólo la complementa. La técnica de **la entrevista psicosocial** con un mínimo enfoque terapéutico es en sí el instrumento más válido e importante. Realizar este tipo de entrevistas requiere cierto entrenamiento y más que disponer de los conocimientos, que son necesarios, lo que se precisa es un aprendizaje de las habilidades a través de técnicas más interactivas (rol-playing, análisis de videograbaciones, revisión por parejas, etc.).

Cuando se tenga el listado de hipótesis confirmadas-refutadas se debe negociar-informar los diagnósticos con el paciente. Si el diagnóstico es claro, se pasa a informar con asertividad, sin tecnicismos, con ejemplificaciones, etc. Suele ser útil disponer de **folletos explicativos** de aquellas enfermedades-diagnósticos con los que los pacientes se encuentran poco familiarizados: sobre la depresión, las crisis de angustia, el trastorno de ansiedad generalizado, la enfermedad de Alzheimer, las disfunciones sexuales, etc. Se ha podido demostrar que a los pacientes que se les facilita este tipo de folletos cursan con mejor pronóstico en cuanto a su curación (King M, 1994). A veces las hipótesis ni se confirman, ni se refutan; entonces puede estar indicado compartir nuestra incertidumbre con el paciente por si él lo tuviera más claro: - *Hemos estudiado su caso despacio, e incluso hemos estado reunido los médicos para discutirlo. Creemos que usted puede padecer una enfermedad que se llama artritis reumatoide y vamos a comenzar enseguida con el tratamiento; pero lo que ya no tengo claro es si usted está un poco deprimido porque está enfermo de los huesos o también le ocurre por los problemas que me ha contado de su familia. ¿Qué le parece a usted?* Con esta actuación, en realidad no se está buscando una hipótesis explicativa, sino que se está sondeando al paciente sobre sus ganas o deseos de que se intervenga sobre su posible disfunción familiar. Por supuesto, si la incertidumbre clínica sigue sin disiparse, estaría indicado todas las consultas que fueran precisas: al equipo de salud mental, al trabajador social, al especialista, etc.

### **3. PLAN DE ACTUACION Y NEGOCIACION CON EL PACIENTE**

#### **E INTERVENCION SOBRE EL MEDICO O/Y LA RELACION MEDICO-PACIENTE.**

##### **3.1. Plan de actuación y negociación con el paciente.**

Una vez confirmadas-refutadas las hipótesis pasaríamos a elaborar el plan de actuación. Algunas veces, el problema es relativamente sencillo, por ejemplo el caso de un hipotiroidismo. La actuación sería tan fácil como prescribir levotiroxina y pautar el seguimiento. Otras veces, se dispone de varios diagnósticos en la esfera biosicosocial pero se tienen dudas sobre cuál sería la mejor estrategia. En estos casos puede estar indicado discutir el plan de actuación con el equipo multiprofesional al completo: el médico, el enfermero y el trabajador social. En ocasiones, deberíamos contar con la opinión de algunos de los especialistas del equipo de salud mental o de algún miembro de la red social y de los grupos y recursos no sanitarios de nuestra Zona Básica.

Cuando tengamos un poco más claro el posible plan de actuación con nuestro HU o PP tendremos que negociarlo con él. Podemos elaborar un bonito plan, no obstante, a nuestro PP le puede parecer absurdo, nada realista, poco práctico o intolerable y hasta puede llevar razón. En los casos en que se necesite una atención programada biosicosocial más o menos intensa, conviene ponerse de acuerdo con el resto de profesionales que interviene en los cuidados para repartir y compartir el trabajo. Por ejemplo, si nuestro PP es un cuidador de un familiar con Alzheimer, que está muy ansioso, desbordado, somatizando por todo el mapa corporal, con un cuadro depresivo más o menos instaurado y que nos saca de quicio cada vez que viene a la consulta, el plan podría ser más o menos así:

*El enfermero hará una visita domiciliaria al mes con un objetivo educativo sobre los cuidados al paciente con Alzheimer pero también de apoyo emocional o de auténtica psicoterapia hacia el cuidador (si se dispone de las habilidades); además le facilitará un ejemplar del folleto-libro "Hablemos de la enfermedad de Alzheimer". Se derivará al trabajador social para conseguirle algún tipo de ayuda en los cuidados (ayuda a domicilio) y facilitarle el contacto con el grupo de autoayuda para familiares de enfermos con Alzheimer. Mientras que el médico (el*

*enfermero o el trabajador social) programará una reunión familiar para informar y apoyar a los familiares que puedan colaborar en los cuidados. Y si estuviera indicado, el médico podría pautar un tratamiento antidepresivo o/y psicoterapéutico a este familiar-cuidador desbordado o/y neurolépticos al paciente demente.*

A veces, a pesar de todo, seguimos sin tener claro la estrategia que deberíamos seguir con nuestro HU o PP. En estos casos estaría indicado presentar el caso en sesión clínica o en algún tipo de reunión con los compañeros del centro de salud: grupos Balint, taller de entrevista, PBI, etc.

Los planes que hagamos serán mas o menos eficientes en función de nuestra habilidad para hacer diagnósticos biosicosociales certeros (esto se puede aprender), del tipo de problemas (hay algunos, por ejemplo la pobreza, con los que prácticamente no se puede hacer nada con nuestros medios), de la disponibilidad de recursos (como las habilidades de psicoterapia de los profesionales, la colaboración de la red social del paciente o la implicación del trabajador social y otros agentes sociales) y, por supuesto, de la actitud y las habilidades del propio paciente (hay pacientes que en realidad no desean o están francamente incapacitados para arreglar nada). Pongamos un ejemplo:

*Una paciente de 26 años acudió a la consulta hace ya 18 meses con un proceso respiratorio que se etiquetó de bronquitis aguda pero que la paciente vivió, según opinión de su médico, de una forma exagerada. Lo visitaba cada dos o tres días para exigirle que hiciera algo diferente porque no mejoraba. En casi todas las visitas, venía acompañada de su madre que todavía parecía más exigente que ella y con la que mostraba una evidente sintonía. El clima se enrareció aún más con una baja laboral que se prolongó durante dos meses a pesar de que la exploración objetiva y las pruebas complementarias no demostraban su gravedad. Durante los dos meses que duró el episodio fue una auténtica pesadilla para su médico. Afortunadamente, no apareció por la consulta hasta 18 meses después. El siguiente episodio comenzó con un cuadro catarral sin complicaciones, la paciente mostraba un miedo exagerado a volver a padecer algo parecido a su experiencia anterior. Se sucedió una nueva visita con un cuadro disneico agudo, molestia retroesternal (como un nudo), sudoración, temblores, hormigueos y gran ansiedad. Llegado este momento y tras ser consciente el médico de que se trataba de un PP se empleó la metodología propuesta. Citando a la paciente a una consulta programada dos días después.*

*En primer lugar y antes de la entrevista, se hizo un repaso a la historia clínica analizando todos los motivos de consulta desde hacía 8 años. El último motivo de consulta sugería un trastorno de ansiedad, ataques de pánico; y curiosamente, en todas las visitas se descubrió un factor común que incluso el médico anotó con cierta frecuencia: la ansiedad y el miedo con la que la paciente vivía todos los episodios de enfermedad que fueron motivo de consulta. También la larga duración de la baja laboral anterior hizo sospechar una hipótesis social: probablemente no jugaba un rol importante en su trabajo o al menos no se debía sentir muy satisfecha; además, la vivencia exagerada de la subjetividad de los síntomas también hacía pensar en algún tipo de hipótesis relacionada con el significado social y cultural de los síntomas y la enfermedad. Repasando la historia clínica se puso de manifiesto que era casada y con dos hijos. En los últimos 8 años su marido no consultó ninguna vez. El hijo mayor no tenía ningún padecimiento especial; pero en la historia clínica del hijo menor el pediatra anotó que tenía problemas en el colegio (fracaso escolar, niño hiperactivo). Curiosamente coincidiendo con el episodio de 2 meses de bronquitis de hace 18 meses, este niño acumuló con el pediatra 12 visitas por motivos muy diversos (catarros, dolor abdominal, cefaleas, etc.). Esto último hizo sospechar algún tipo de repercusión familiar, en el que el niño pequeño podía estar actuando como "diana sintomática" ante un problema familiar. La hipótesis administrativa no tenía ningún argumento.*

*Nótese que simplemente con releer la historia se abrió el campo de los posibles problemas que podía tener esta paciente:*

- ✓ *Hipótesis física: arritmias, patología respiratoria, hipertiroidismo, feocromocitoma.*
- ✓ *Hipótesis de salud mental: trastorno de ansiedad (ataques de pánico)*
- ✓ *Hipótesis social: rol laboral bajo, ganancias secundarias de la enfermedad.*
- ✓ *Hipótesis familiar: disfunción familiar.*
- ✓ *Hipótesis cultural: interpretación somática de un posible problema de ansiedad.*
- ✓ *Hipótesis administrativa: no hubo argumentos.*

*En cuanto a un simple análisis introspectivo sobre las emociones que esta paciente producía a su médico, éste hizo consciente las manifestaciones de su ansiedad (los encuentros con la paciente le producían palpitaciones, aumento de la frecuencia*

respiratoria, sudoración, sensación de nudo epigástrico, nerviosismo y tensión interior). Todo ello le provocaba un rechazo y un deseo irrefrenable de derivarla donde sea o de que se cambiara de cupo, una hostilidad manifiesta hacia la madre con una imagen de "madre súper protectora" y una imagen de ella como persona inmadura y "cara dura". Este médico también se notó la falta de asertividad, de empatía y una elevada reactividad, así como un grado elevado de incertidumbre clínica.

En segundo lugar, el planteamiento consistió en tratar de **refutar las hipótesis** que surgieron de la lectura atenta de la historia clínica. Aquí enlazamos con **la cita programada**. La entrevista siguió un curso cordial, cálido y empático. Se le hizo un interrogatorio dirigido a confirmar los criterios DSM-IV de ataques de pánico. Se le preguntó por su familia - ¿cómo van las cosas por casa? - y contó con lágrimas en los ojos que su marido era ludópata, que ahora mismo está en el paro (lo habían despedido) y que es un problema muy "gordo" para ella. Hace dos años intentó librarse de su adicción mediante un grupo de autoayuda pero la engañó. También habló de que tenía dificultades con su hijo pequeño, - "no lo soporto, este niño me puede y estoy harta de que me llame la señorita para que vaya al colegio". Al preguntarle por su trabajo contestó que ella tenía un trabajo de limpiadora pero que estaba contenta y que tenía muy buenos compañeros y jefes. A continuación se cumplimentó el genograma que señaló un problema de salud mental más o menos grave en la madre a la que ella consideraba muy dominante y "pegajosa" y que la hermana pequeña, que todavía vivía con los padres, había comenzado a tener problemas de ansiedad que le hizo acudir al médico. Se cumplimentó el test de APGAR familiar con 3 puntos (disfunción familiar grave). La entrevista se siguió de una exploración física que no reveló alteraciones.

**La intervención**, como tal, comenzó desde la fase resolutive de la primera entrevista programada. El médico se atrevió a emitir un diagnóstico con asertividad: - Encarnación, yo creo que tienes un problema de ansiedad que se llama ataques de pánico, ¿Tu sabes lo que es eso? - Le explicó de que se trataba y aplicó la estructura de psicoterapia de atención primaria que había aprendido: empatía, normalización, priorización de problemas y búsqueda de soluciones. Le dio un folleto que explicaba lo que eran las crisis de pánico, le pidió una analítica que incluía pruebas tiroideas y catecolaminas en orina, una Rx de torax y un ECG. Le dejó tratamiento con alprazolam retard de 2mg en dosis nocturna y la citó a los 10 días para seguimiento y análisis de los resultados de las pruebas complementarias. Le explicó que le podían seguir dando las crisis, que cuando le ocurra que procure relajarse y

que pensara "mi médico me ha dicho que aunque me sienta morir nadie de se ha muerto de un ataque de pánico".

Es decir, en la entrevista programada se confirmaron-refutaron algunas de las hipótesis:

- ✓ Hipótesis física: pendiente de pruebas complementarias, aunque la exploración física fue normal.
- ✓ Hipótesis psicológica: se reunían los criterios DSM-IV de ataques de pánico.
- ✓ Hipótesis social: no parece que tuviera un rol laboral bajo.
- ✓ Hipótesis familiar: se confirma la disfunción familiar con la ludopatía del marido y los problemas del hijo pequeño como "diana sintomática".
- ✓ Hipótesis cultural: la paciente parece dispuesta a aceptar la etiología psicógena de sus problemas físicos. Esta nueva interpretación de sus síntomas le resulta nueva pero se muestra claramente favorable al diagnóstico.

Las pruebas tiroideas, de catecolaminas, la Rx y el ECG fueron normales. La paciente mejoró en pocas semanas y se retiró gradualmente la medicación. Se comentó con el pediatra el problema familiar y la trabajadora social se puso en contacto con el maestro del niño pequeño. Aunque, implícitamente la paciente deseaba que se ayudara a su marido a superar la ludopatía, se decidió esperar el nuevo equilibrio familiar a partir de las intervenciones ya señaladas. La percepción del médico que tenía de su paciente como PP cambió prácticamente desde la primera entrevista programada; e incluso las emociones hacia la paciente invirtieron su signo. Es evidente que esta señora dejó de ser una PP.

### **3.2. Intervención sobre el médico o/y la relación médico-paciente.**

Muchas veces, como en el ejemplo anterior, la reducción de la incertidumbre clínica tiene una repercusión indirecta pero positiva sobre la percepción del HU o del PP. Otras veces, el simple análisis introspectivo de las emociones, pensamientos y conductas que nos produce el PP puede ayudar a mejorar la relación. No obstante, en otras ocasiones hay que intervenir directamente sobre el profesional o/y la relación médico-paciente.

***ANEXO V***

## Técnicas de Manejo de las Emociones en Atención Primaria.

Técnica	Ejemplo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Preguntar por sentimientos</li><li>• Silencios funcionales</li><li>• Sumario emocional</li><li>• Señalamiento emocional</li><li>• Empatía no verbal</li><li>• Empatía verbal</li><li>• Normalización-Legalización de las emociones del paciente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo se siente a cerca de ello?</li><li>• "Un paciente llora en la consulta, mientras su médico le deja 7 segundos de silencio en una actitud empática"</li><li>• ¿Dice usted que se siente rabiosa e irritable?</li><li>• La veo "como triste"</li><li>• Postura en espejo, aproximación física, etc.</li><li>• Debe ser difícil para usted</li><li>• Cualquier persona en sus circunstancias se sentiría como usted.</li></ul>

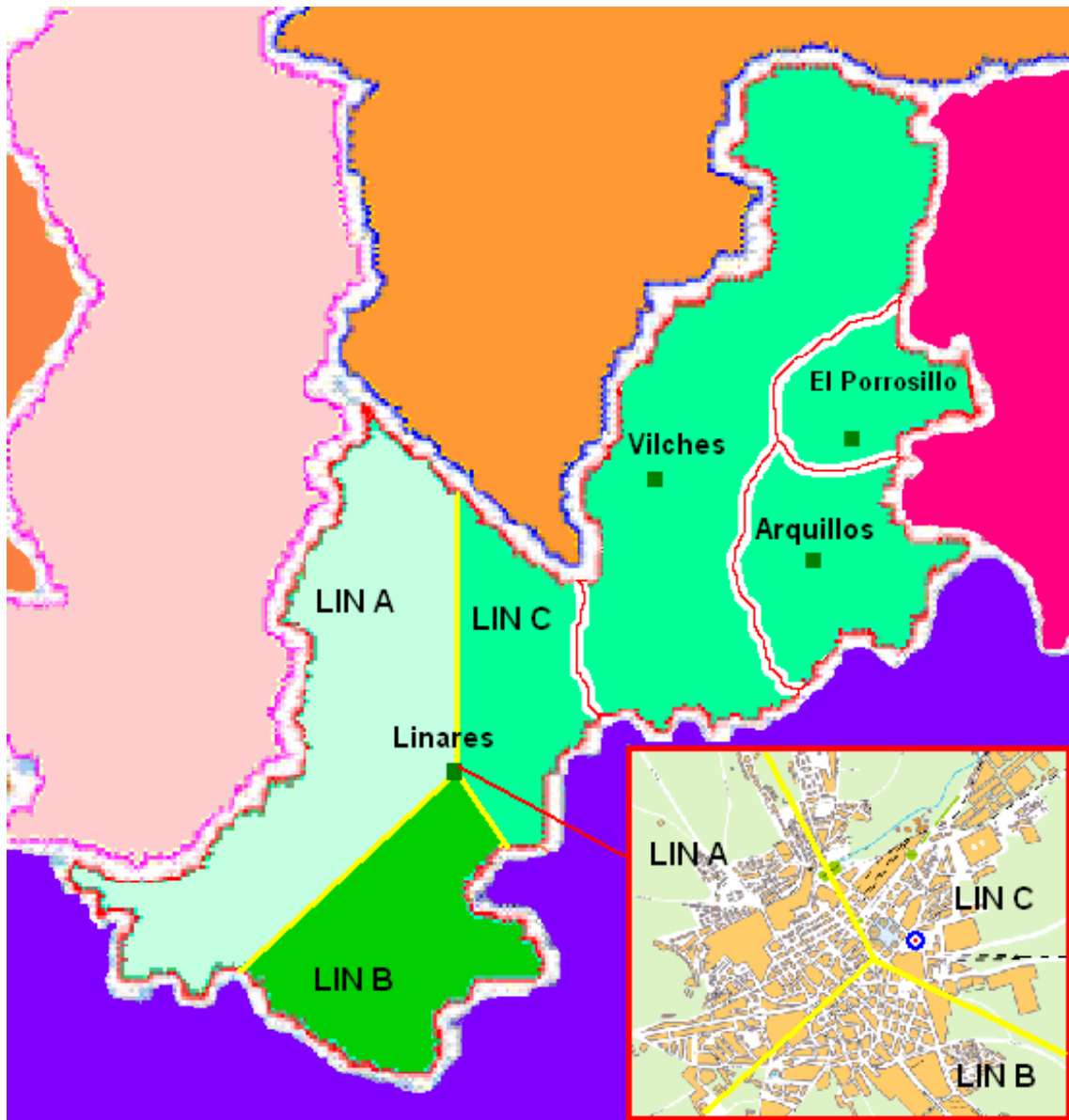


***ANEXO VI***

## **Cuidando al profesional que atiende a pacientes hiperutilizadores y difíciles.**

- Aprender a desconectarse de los problemas del paciente cuando acaba la jornada laboral.
- Plantearse actividades extralaborales gratificantes.
- Realizar sesiones clínicas de pacientes HU que provoquen desgaste emocional.
- Huir del "furor terapéutico": compartir los pacientes HU con otros miembros del equipo (enfermera, trabajadora social) y especialistas.
- Huir de las "actitudes profesionales heroicas": es importante que el profesional sepa lo que puede ofrecerle al paciente y lo que no, así como ser capaz de comunicárselo.
- Ante determinados HU pensar mas en "cuidar" que en "curar".
- Es poco realista el pretender tener una relación excelente con todos los pacientes.
- El que un paciente no este de acuerdo con nosotros no quiere decir que nos rechace como persona o profesional.
- Los logros conseguidos con los pacientes HU se deben comunicar a los compañeros de trabajo y personas significativas. Este tipo de gratificación puede ser fundamental para mantener la autoestima profesional.

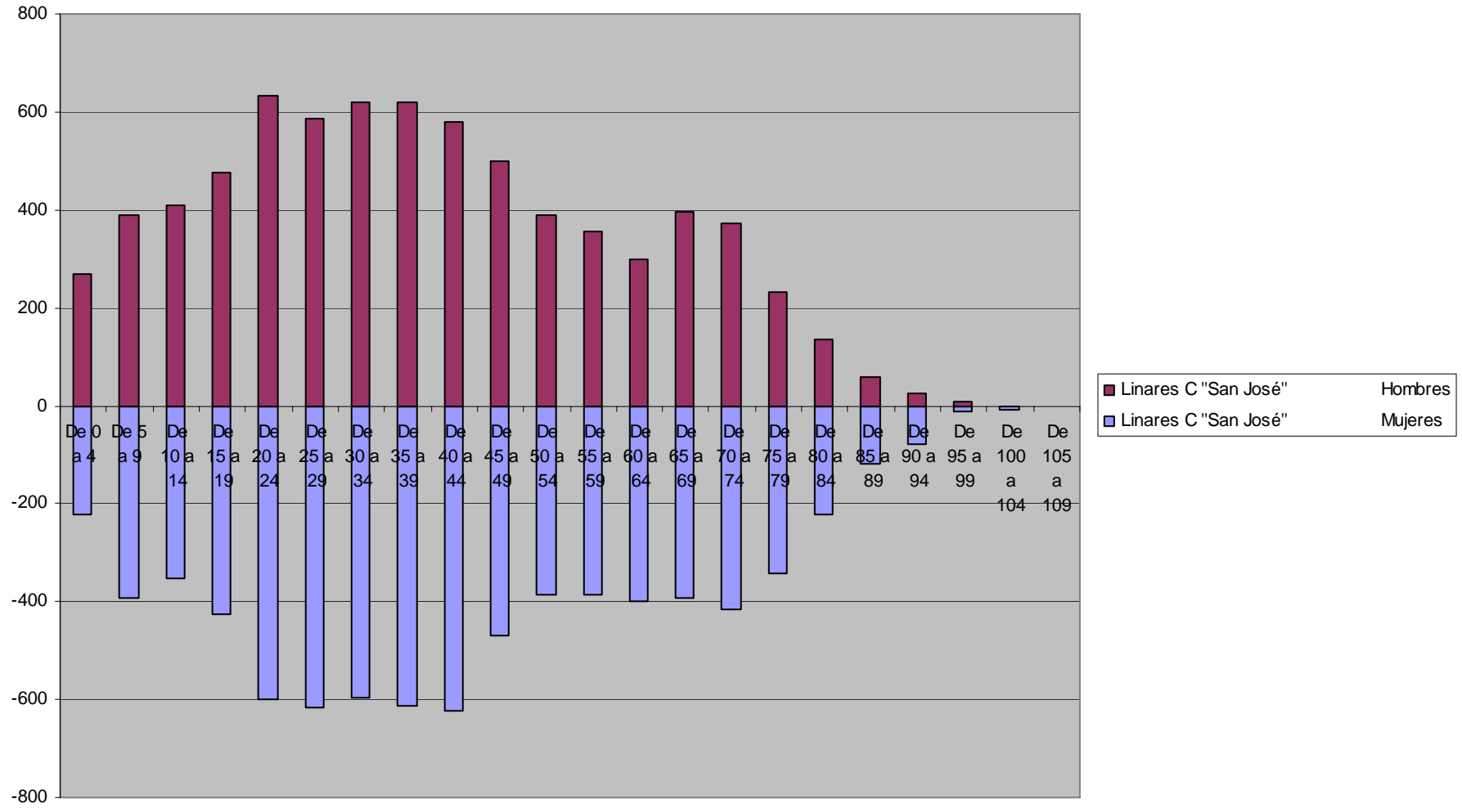
***ANEXO VII***





***ANEXO VIII***

***Pirámide de Población del Centro de Salud de San José***



***ANEXO IX***



## **CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ**

Linares, Abril del 2001.

Estimado Señor / Señora:

Como médico de cabecera de usted y de toda su familia, estoy interesado en vuestra salud y me satisface ponerme en comunicación con usted para solicitar su colaboración en un proyecto de investigación. En los próximos días o semanas se pondrá en contacto con usted una persona adjunta al centro de salud San José que la citará para hablar de este tema en el mismo centro.

Esperando su colaboración quedo a su entera disposición y le saludo atentamente.

Dr. Rafael Castillo Castillo.

## ***ANEXO X***

## **MANUAL DE NORMAS DEL PROYECTO HU-LINARES**

### **1. ¿Cómo captar a los pacientes que se encuestarán?**

En la primera semana de Abril del 2001 se enviarán cartas con el nombre del paciente seleccionado para el estudio. A éste paciente se le llamará por teléfono o se le visitará en el domicilio (si no tiene teléfono) una vez transcurrido el periodo de 3 días hábiles tras haber mandado la carta. En esta llamada o visita se le invitará a venir al centro de salud en un día y a una hora convenida para que participen en el estudio. Si el paciente elegido indicara que no puede ir al centro de salud, se le ofrecerá la entrevista en su domicilio, dándoles facilidades e intentando no demorarla demasiado.

### **2. ¿Qué ocurre si no se puede contactar con el paciente elegido?**

Para dar a un paciente como "imposible de contactar" se deben de cumplir las siguientes condiciones:

Tanto si el contacto es telefónico como domiciliario, se deben hacer al menos 3 tentativas en días diferentes y a horas diferentes y en al menos 2 semanas distintas. Por ejemplo si el primer intento es un lunes a las 10 de la mañana, el segundo puede ser el martes a las 4 de la tarde y el tercero el miércoles a las 10 de la noche de la semana siguiente. Es importante la llamada de la hora de comer (3-4 de la tarde) o por la noche, ya que si trabajaran, ésta podría ser una hora localizable.

Si el contacto es domiciliario, puede ser útil preguntar al vecino por el paciente a encuestar ya que puede facilitar su descarte (por ejemplo; "no, esa señora ya no vive aquí"). Si después de esto no nos queda más remedio que darlo como "imposible de contactar, se le rellena la causa en la hoja correspondiente y se le cumplimentará las hojas de la historia clínica y el primer folio de ítems de control también con los datos de la historia clínica.

### **3. ¿Qué ocurre cuando, una vez establecido el contacto, un paciente no quiere participar?**

En primer lugar hay que intentar recoger unos datos mínimos que permitan estimar si existen diferencias entre el grupo que acepta y el que no acepta participar. Estos datos son: la causa de la exclusión en su recuadro correspondiente, los datos de la historia clínica (códigos de entrada y filiación, lista de problemas, interconsultas y perfil de utilización) y los ítems de control que se puedan rellenar con la historia clínica (edad, sexo, etc.). Después de esto, de la lista de sustitutos se escogerá uno siguiendo el orden establecido.

### **4. ¿Cómo se hace la reunión inicial?**

La reunión inicial se hará en el lugar determinado del centro de salud y a la hora prefijada. Se citara un número máximo de pacientes y tras identificarse y explicar el objetivo de la reunión ("*se trata de una investigación para averiguar como es la salud física-social-psicológica de la gente*"). Se les facilitará a todos los que deseen participar un cuestionario y un bolígrafo que escriba. Se les informará que este cuestionario es

completamente confidencial y que nadie, incluyendo sus médicos, conocerá quien responde y cómo. Se les garantizarán a los que decidan no participar en el estudio, que su relación con su médico y con el centro de salud no cambiará en lo más mínimo. Para que elija el paciente hay que ofrecerle la reunión con una opción de mañana y una opción de tarde, teniendo preparado varios días de posibles reuniones.

## **5. ¿Cómo se cumplimenta el cuestionario?**

Antes de iniciar la cumplimentación del cuestionario se les debe preguntar por causas de exclusión (¿ha cambiado de médico?, ¿el próximo año se ausentará de su domicilio más de 3 meses, contando las vacaciones?); si es así, se anota la causa de exclusión en el recuadro correspondiente y se rellenan los datos de la HC y de los ítems de control tal como hemos indicado en el apartado 3. Preferiblemente deben rellener el cuestionario en la misma reunión estando presente el entrevistador. Se debe vigilar y comprobar que responden a todas las preguntas y no se saltan involuntariamente alguna hoja o pregunta. Conviene que reine un ambiente relajado, sin el marido-esposa u otros familiares presentes. Se debe facilitar el lápiz o bolígrafo, que estén sentados, cómodos y que los otros pacientes no estén tan próximos que pudieran ver sus respuestas.

Los entrevistadores deben estar familiarizados con los cuestionarios para poder resolver las dudas que surjan. No hay que olvidarse anotar los datos de filiación de la primera página. En esta página se debe rellener el nombre del entrevistador, que a todos los efectos será el entrevistador de contacto definitivo, con su código (código E), así como el código del paciente (código P) y la fecha en que rellena el cuestionario.

En la primera página que cumplimentan los pacientes se les pide que pongan la **profesión del cabeza de familia**. Entendiendo por cabeza de familia aquella persona que aporta al hogar la mayor cuantía económica (es evidente que el cabeza de familia puede ser una mujer si aporta más dinero que su marido). Se les debe decir a todos los pacientes que la profesión hay que anotarla con detalles; por ejemplo, si es albañil hay que poner peón de albañil o maestro albañil o encofrador, etc.; si se dedica al comercio no es lo mismo ser empleado que propietario del comercio; si trabaja en una cadena de una fábrica no es lo mismo ser peón de la cadena que encargado de la misma; si dice que es funcionario hay que concretar si es administrativo, celador, profesor, etc; si es mecánico hay que decir si es mecánico de aviones o de coches o si es empleado o propietario. Si la persona que más aporta dinero es pensionista, hay que poner la profesión que tenía el pensionista antes de retirarse y si la pensionista es una viuda que nunca trabajó, se pone la profesión del marido de la viuda. Si está todo el mundo en paro en la casa, el cabeza de familia será quien cobre más cantidad del paro. Si todos están en paro y nadie cobra paro, de algún familiar tendrán que sacar el dinero para vivir, ese sería el cabeza de familia. Si únicamente reciben ingresos de "la caridad, vecinos compasivos, ONGs, etc.", anotarlo así. El código de clase social lo rellenará el entrevistador después de que el paciente termine todos los cuestionarios y teniendo en cuenta la clasificación adjunta.

## **6. ¿Cómo se cumplimentan las hojas de la historia clínica?**

Estas hojas se cumplimentan con los datos de la historia clínica (HC). Se debe usar tanto la HC informática como la de papel, ya que algunos datos pueden estar en una pero no en otra. Lo primero que hay que hacer es cumplimentar sin dilación los códigos de entrada (código de paciente, número de historia, número SS, código del médico adscrito, nombre del paciente, dirección y teléfonos de contacto). La fecha cero en la que hay que mirar lo que ocurre en el año anterior, es la fecha en la que el paciente cumplimenta el cuestionario.

La lista de problemas se escribirá literalmente en la columna correspondiente leyendo en primer lugar la HC informática y luego se complementará con la HC de papel. Los códigos de la lista problema se cumplimentarán con la clasificación CIAP.

Las interconsultas del año anterior se registrarán en la columna correspondiente poniendo el profesional al que se deriva lo más detalladamente posible (cirujano general, cirujano vascular, traumatólogo, salud mental, etc.). También se considera una interconsulta si el paciente es enviado al trabajador social y está registrado. Buscar la información en la HC informática y de papel. Los códigos de las interconsultas se os darán a posteriori.

La hoja de las fechas y el tipo de visita se recogerán realizando un "histórico" del paciente desde la fecha de la entrevista hasta un año atrás. Se hará con la HC informática registrando en la hoja de vaciado la fecha de cada visita; teniendo en cuenta que hay que intercalar las fechas de los avisos domiciliarios urgentes del médico. Para esto último, se buscará en el libro de avisos, los de cada paciente anotando sus fechas e intercalándolas en orden en la hoja de vaciado. El número de visitas según el tipo de visita se registrará en la cuadrícula correspondiente. El apartado de hiperutilizador constante, de pico alto y pico bajo no lo tenéis que rellenar y el perfil de utilización e interconsulta del año posterior a la entrevista tampoco.

***ANEXO XI***

*A continuación conteste las siguientes preguntas que le hacemos sobre usted. En las opciones numeradas, escoja solamente un único número, el que corresponda con su opción elegida, y escríbalo en la columna de la derecha, en la línea de puntos.*

1. <b>Cuando necesita ir al centro de salud desde su casa, tarda aproximadamente</b> [1] menos de 5 minutos; [2] entre 5 y 10 minutos; [3] entre 10 y 20 minutos; [4] más de 20 minutos; [5] no puedo ir.	1.[.....]
2. <b>De la consulta de su médico sale satisfecha/o...</b> [1] nunca; [2] casi nunca; [3] algunas veces; [4] casi siempre; [5] siempre.	2.[.....]
3. <b>Actualmente, su estado civil es...</b> [1] casada/o; [2] soltera/o; [3] viuda/o; [4] separada/o – divorciada/o.	3.[.....]
4. <b>Actualmente, su edad es....</b> (en años)	4.[.....]
5. <b>¿Hasta donde ha llegado en sus estudios?</b> [1] no sabe leer ni escribir; [2] sabe leer y escribir un poco; [3] ha ido 4 años o menos al colegio; [4] ha conseguido el graduado o FP1; [5] ha conseguido COU o FP2; [6] es diplomada o técnica; [7] es licenciada.	5.[.....]
6. <b>Actualmente, su situación laboral es...</b> [1] está trabajando; [2] está en paro; [3] es pensionista; [4] vive de rentas; [5] estudia; [6] se dedica a las labores del hogar; [7] está en otra situación.	6.[.....]
7. <b>Actualmente, ¿Cuál es la profesión del “cabeza” de su familia?</b> Es decir, de su marido cuando exista, o de la persona que lleve el mayor aporte económico a su casa si su marido no existe. Por favor, indique la profesión, categoría y especialidad en su ramo y anótela en la siguiente línea de puntos.....	7.[.....]
8. <b>Actualmente, ¿Cómo diría que es su estado de salud?</b> [1] malo; [2] regular; [3] ni bueno ni malo; [4] aceptable; [5] excelente.	8.[.....]
9. <b>Actualmente, y contando con usted ¿Cuántas personas conviven en su hogar?</b>	9.[.....]
10. <b>En el último año, ¿Cuántas veces ha ido al médico de cabecera para usted?</b>	10.[.....]
11. <b>En el último año, ¿Alguna vez ha ido al médico privado para usted?</b> [1] no [2] sí	11.[.....]
12. <b>En el último año, ¿Alguna vez ha ido a algún curandero para usted?</b> [1] no [2] si	12.[.....]
13. <b>En el último año, ¿Alguna vez ha ido a algún médico naturista para usted?</b> [1] no [2] si	13.[.....]

***ANEXO XII***







***ANEXO XIII***

## S T A I (A-E)

*A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.*

Nada	Algo	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

1. Me siento calmado.....	0	1	2	3
2. Me siento seguro.....	0	1	2	3
3. Estoy tenso.....	0	1	2	3
4. Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6. Me siento alterado.....	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.....	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado.....	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.....	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

**Ahora, pase a la siguiente hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.**

<b>A-E = 30 + -</b>	<b>A-E =</b>
---------------------	--------------

## S T A I (A-R)

*A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente usted generalmente.*

Nada	Algo	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

21. Me siento bien.....	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.....	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.....	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.....	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.....	0	1	2	3
26. Me siento descansado.....	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.....	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	0	1	2	3
30. Soy feliz.....	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.....	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mi mismo.....	0	1	2	3
33. Me siento seguro.....	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades.....	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).....	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.....	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.....	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos.....	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.....	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.....	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

A-R = 21 +                      -	A-R =
-----------------------------------	-------

Escala de Depresión de Beck (BDI).-

*Por favor, lea íntegros el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el “cuadradito” de la afirmación que haya escogido.*

**I. - [.....]**

- No me encuentro triste.**
- Me siento triste o melancólico.**
- Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo.**
- Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo.**

**II. - [.....]**

- No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.**
- Me siento desanimado respecto al futuro.**
- No tengo nada que esperar del futuro.**
- No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.**

**III. - [.....]**

- No me siento fracasado.**
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.**
- Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.**
- Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa, hijo).**

**IV. - [.....]**

- No estoy particularmente descontento.**
- No disfruto de las cosas como antes.**
- No encuentro satisfacción en nada.**
- Me siento descontento de todo.**

**V. - [.....]**

- No me siento particularmente culpable.**
- Me siento malo o indigno muchas veces.**
- Me siento culpable.**
- Pienso que soy muy malo e indigno.**

**VI. - [.....]**

- No me siento decepcionado conmigo mismo.**
- Estoy decepcionado conmigo mismo.**
- Estoy disgustado conmigo mismo.**
- Me odio.**

**VII. - [.....]**

- No tengo pensamientos de dañarme.**
- Creo que estaría mejor muerto.**
- Tengo planes precisos para suicidarme.**
- Me mataría si tuviese ocasión.**

**VIII. - [.....]**

- No he perdido el interés por los demás.**
- Estoy menos interesado en los demás que antes.**
- He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos.**
- He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto.**

**IX. - [.....]**

- Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes.**
- Trato de no tener que tomar decisiones.**
- Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.**
- Ya no puedo tomar decisiones.**

**X. - [.....]**

- No creo que mi aspecto haya empeorado.**
- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo.**
- Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo.**
- Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.**

**XI. - [.....]**

- Puedo trabajar igual de bien que antes.**
- Me cuesta un esfuerzo especial el comenzar a hacer algo.**
- Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.**
- No puedo realizar ningún trabajo.**

**XII. - [.....]**

- No me canso más que antes.**
- Me canso más fácilmente que antes.**
- Me canso por cualquier cosa.**
- Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.**

**XIII. - [.....]**

- Mi apetito no es peor de lo normal.**
- Mi apetito no es tan bueno como antes.**
- Mi apetito es ahora mucho peor.**
- He perdido apetito.**

**PUNTUACION TOTAL:.....**

## I B Q (WI-GH)

En este cuestionario encontrará una serie de preguntas acerca de usted mismo y de su enfermedad. Es importante que conteste a todas las preguntas, aunque haya algunas que no sean directamente aplicables a usted. Conteste SI o NO a cada pregunta rodeándola con un círculo.

1. ¿Se preocupa mucho de su salud?..... SI NO
2. ¿Cree que algo no marcha bien en su cuerpo?..... SI NO
3. ¿Le resulta difícil olvidarse de sí mismo y pensar en otra serie de cosas?..... SI NO
4. Si se siente enfermo y alguien le dice que encuentra que ha mejorado ¿se enfada?  
.....SI NO
5. ¿Cree usted que frecuentemente está pendiente de lo sucede en su cuerpo?..... SI NO
6. ¿Sufre muchos dolores o ataques?..... SI NO
7. ¿Es usted más sensible al dolor que las demás personas?..... SI NO
8. ¿Teme a la enfermedad?.....SI NO
9. ¿Cree que se preocupa por su salud más de la cuenta?..... SI NO
10. ¿Siente envidia de la salud de los demás?..... SI NO
11. ¿Ha pensado alguna vez tonterías acerca de su salud que luego no ha podido quitarse de la cabeza, por más que lo ha intentado?.....SI NO
12. ¿Le molesta la forma en que la gente toma su enfermedad?..... SI NO
13. ¿Le cuesta mucho creer al médico cuando le dice que no hay nada por lo que usted deba preocuparse?..... SI NO
14. ¿Frecuentemente se preocupa por la posibilidad de haber cogido una enfermedad grave?..... SI NO
15. ¿Piensa con frecuencia que pueda caer enfermo repentinamente?..... SI NO
16. Si en algún sitio se comenta algo acerca de una enfermedad ¿piensa que la va a coger?..... SI NO



17. ¿Tiene la sensación de que la gente no está tomando su enfermedad lo suficientemente en serio?..... SI NO
18. ¿Se encuentra aquejado por muchos síntomas diferentes?..... SI NO
19. ¿Con frecuencia tiene síntomas de una enfermedad muy grave?..... SI NO

## Escala Apoyo Social: "DUKE-UNC-11"

<i>Lea atentamente las siguientes afirmaciones y elija una opción de las numeradas del 1 al 5 rodeándola con un círculo.</i>	Tanto como deseo	Casi como deseo	Ni mucho ni poco	Menos de lo que deseo	Mucho menos de lo que deseo
1. recibo visitas de mis amigos y familiares.	1	2	3	4	5
2. recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.	1	2	3	4	5
3. recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4. cuento con personas que se preocupan de lo que sucede.	1	2	3	4	5
5. recibo amor y afecto.	1	2	3	4	5
6. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.	1	2	3	4	5
7. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.	1	2	3	4	5
8. tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.	1	2	3	4	5
9. recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.	1	2	3	4	5
10. recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.	1	2	3	4	5
11. recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.	1	2	3	4	5

## **Escala de Clima Social y Familiar (FES).**

*A continuación lea las siguientes frases: Usted tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia. Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es **verdadera o casi siempre verdadera**, marcará con un círculo sobre la letra V (Verdadero); si cree que es **falsa o casi siempre falsa**, marque con un círculo sobre la letra F (Falso).*

*Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros es falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.*

*Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.*

1. *En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros..... V F \_\_\_*
2. *Los miembros de mi familia guardan, a menudo,  
sus sentimientos para sí mismo..... V F \_\_\_*
3. *En nuestra familia reñimos mucho..... V F \_\_\_*
4. *Muchas veces da la impresión de que en casa  
sólo estamos "pasando el rato"..... V F \_\_\_*
5. *En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.... V F \_\_\_*
6. *En mi familia casi nunca mostramos  
abiertamente nuestros enfados..... V F \_\_\_*
7. *Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa..... V F \_\_\_*
8. *En mi familia es difícil "desahogarse"  
sin molestar a todo el mundo..... V F \_\_\_*
9. *En casa a veces nos enfadamos tanto  
que golpeamos o rompemos algo..... V F \_\_\_*
10. *En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión..... V F \_\_\_*
11. *En mi casa comentamos nuestros problemas personales..... V F \_\_\_*
12. *Los miembros de mi familia casi nunca  
mostramos nuestros enfados..... V F \_\_\_*
13. *Cuando hay que hacer algo en casa,  
es raro que se ofrezca algún voluntario..... V F \_\_\_*
14. *En casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo,  
lo hace sin pensarlo más..... V F \_\_\_*
15. *Las personas de nuestra familia nos criticamos  
frecuentemente unas a otras..... V F \_\_\_*

16. *Las personas de nuestra familia nos apoyamos de verdad unas a otras..... V F \_\_\_*
17. *En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado..... V F \_\_\_*
18. *En mi familia aveces nos peleamos a golpes..... V F \_\_\_*
19. *En mi familia hay poco espíritu de grupo..... V F \_\_\_*
20. *En mi familia los temas de pago y dinero se tratan abiertamente.....V F \_\_\_*
21. *Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz..... V F \_\_\_*
22. *Realmente nos llevamos bien unos con otros..... V F \_\_\_*
23. *Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos..... V F \_\_\_*
24. *Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros. V F \_\_\_*
25. *En mi familia se concede mucho tiempo y atención a cada uno.... V F \_\_\_*
26. *En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo..... V F \_\_\_*
27. *En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz. V F \_\_\_*

Las siguientes preguntas también se refieren a su familia; pero ahora las opciones se asignan a un número: casi **nunca** [ 1 ] , a **veces** [ 2 ] y casi **siempre** [ 3 ]. Rodee con un círculo el número de la opción de respuesta que elija.

	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?.....	1	2	3
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?.....	1	2	3
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?.....	1	2	3
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	1	2	3
5. ¿Siente que su familia le quiere?.....	1	2	3

***ANEXO XIV***

## **Guión del Curso Manejo del Paciente HU (JABS)**

### **Introducción.**

Sin duda, uno de los problemas más sentidos por los médicos de atención primaria de nuestro país es el exceso de presión asistencial. Además, ésta se relaciona estrechamente con la mala calidad de la asistencia y el estrés laboral. Los factores y mecanismos que determinan el exceso de presión asistencial se conocen de forma incompleta; pero, desde el centro de salud, ¿Se puede hacer algo para reducirla? Este curso pretende responder a esta cuestión.

### **Objetivos Generales.**

- Conocer y entender las causas determinantes de la hiperfrecuentación de las consultas de atención primaria.
- Ser capaz de realizar un diagnóstico de los factores del usuario, del profesional y de la organización que están incidiendo en el exceso de visitas a una consulta, un centro de salud, o un área de atención primaria concreto.
- Introducir los conocimientos y habilidades necesarias para el manejo adecuado de los pacientes hiperutilizadores.
- Ser capaz de elaborar un plan integrado, estratégico y operativo para reducir la presión asistencial de la consulta o el centro de salud.
- Debatir sobre las funciones, roles e implicaciones prácticas de los directivos de Atención Primaria en la gestión de la demanda

### **Metodología general del curso.**

Este curso se estructura en forma de taller, por lo que se exige del alumno una amplia participación. Dentro de las técnicas docentes se incluye el trabajo de grupo (técnicas de generación de ideas y de consenso), el rol-play y el comentario de videograbaciones de la consulta reales o/ escenificadas.

Se impartirá con una duración de 15 horas.

### **Docente.**

- Juan Ángel Bellón Saameño. Doctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud El Palo. Servicio Andaluz de Salud. Málaga.

### **Comentario general.**

Este curso está específicamente indicado para aquellos profesionales de la Atención Primaria (AP), profesionales asistenciales o/y directivos que padecen un exceso de presión asistencial y que están decididos y motivados para emprender algún tipo de medidas que les permita reducir la utilización de sus pacientes. También caben aquellos profesionales que están interesados en el estudio y la investigación de la hiperutilización de la AP y el manejo de sus hiperutilizadores. La metodología del curso es decididamente participativa empleando técnicas grupales, role-playing y videograbaciones.



- **1ª parte: Entendiendo los factores determinantes de la utilización.**

- **Objetivos:**

- ❑ Conocer y entender los factores del usuario, del profesional y la organización que inciden en la hiperutilización de las consultas de atención primaria.
- ❑ Integrar los modelos explicativos globales de la utilización de las consultas de atención primaria.

- **Contenidos:**

- ❑ Aclarando conceptos: utilización, hiperutilización, utilización adecuada, hiperutilizador y paciente problema.
- ❑ La decisión de ir al médico: la conducta ante la enfermedad de Mechanic ("illness behaviour") y el rol de enfermo de Parker.
- ❑ Factores que inciden en la hiperfrecuentación (1). Factores del usuario: factores de necesidad, facilitadores y predisponentes. Factores modificables desde la atención primaria.
- ❑ Factores que inciden en la hiperfrecuentación (2). Factores del profesional: demanda inducida, formación, estilos de práctica clínica y satisfacción profesional.
- ❑ Factores que inciden en la hiperfrecuentación (3). Factores de la organización: factores que dependen en mayor grado de los niveles de gestión y factores de la organización de la consulta.
- ❑ Modelos explicativos de la utilización de las consultas: Modelo conductual de Andersen & Newman, Modelo de creencias Becker, modelo epidemiológico de Hulka, modelo sociológico de Suchman y modelo integrado.

- **Metodología:**

- ❑ Presentación y expectativas de los participantes.
- ❑ Introducción sobre el curso: objetivos, contenidos y metodología.
- ❑ Introducción de conceptos.
- ❑ Trabajo en grupos ("grupo nominal"). Discusión.
- ❑ Cierre de conclusiones teóricas y prácticas.

- **2ª parte: Manejo del paciente hiperutilizador - paciente problema.**

- **Objetivos:**

- ❑ Aprender el manejo individual, bio-psico-social-organizativo y metódico del paciente hiperutilizador.
- ❑ Manejar la relación disfuncional médico-paciente hiperutilizador.
- ❑ Aprender el manejo de algunos "pacientes difíciles".

➤ **Contenidos:**

- ❑ Análisis de la información disponible: generación de hipótesis (clínica, psicológica, social, familiar, cultural y administrativa-organizativa).
- ❑ Hiperutilizador de flujo constante o en pico. Hiperutilizador según el tipo de utilización y el tipo de consumo de visitas.
- ❑ Análisis del médico problema o/y de la relación médico-paciente disfuncional.
- ❑ Clasificación del paciente-médico-relación problema: refutación de hipótesis.
- ❑ Plan de actuación y negociación con el paciente e intervención sobre el médico o/y la relación médico-paciente.

➤ **Metodología:**

- ❑ Presentación de casos reales: historia clínica y vídeo.
- ❑ Trabajo de un caso en grupo.
- ❑ Presentación del diagnóstico, el plan de refutación de hipótesis y rol-play de intervención.
- ❑ Presentación de casos reales de los alumnos en función del cuestionario.
- ❑ Debate sobre los diagnósticos bio-psico-sociales-organizativos-relacional y las opciones de intervención.
- ❑ Cierre de conclusiones teóricas y prácticas.

**Documentación.**

1. Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento (I y II). Revista electrónica [C@P](http://C@P); nº2;1998. [www/semfyc.es](http://www/semfyc.es).
2. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de Gestión 1997;3:108-129.
3. Bellón JA. Manejo del hiperutilizador y del paciente problema (Mimeografía).
4. Bellón JA. Abordaje de los problemas psicosociales en la consulta de atención primaria. Guía de actuación en Atención Primaria (2ª edición). SEMFYC, 2002: 267-271.
5. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psychol Med 1999;29:1347-1357.
6. Dowrick C, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. Br J Gen Pract 2000;50:361-365.
7. Bellón JA. Los1500 pacientes por médico y los diez minutos por paciente. El Médico. 2000;765:12-15.
8. Bellón JA, Lardelli P, Luna JD, Delgado A. Validity of self reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. Journal of Epidemiology & Community Health 2000;54:544-551.
9. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. Gac Sanit 1995;9:343-353.
10. Bellón JA. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. Patient Education & Counseling 2002;48:33-41.
11. Casajuana J, Bellón JA. Gestión de la Consulta en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier España SA. (5ª Edición), 2003: 84-109.

***ANEXO XV***

## **Intervención individual y metódica sobre el paciente hiperfrecuentador.**

### **1. Análisis de la información disponible: generación de Hipótesis.**

- Análisis de la cantidad y tipo de visitas.
- Análisis de los problemas del paciente.
  - a. Hipótesis clínica.
  - b. Hipótesis psicológica.
  - c. Hipótesis social.
  - d. Hipótesis familiar.
  - e. Hipótesis cultural.
  - f. Hipótesis administrativa.
- Análisis del profesional problema o/y de la relación profesional-paciente disfuncional.
  - a. Análisis del profesional en general (reclamaciones, cambios de medico, tests de salud mental y burnout)
  - b. Análisis del encuentro profesional-paciente concreto (registro de emociones, video grabación, grupo Balint)

### **2. Refutación de las Hipótesis.**

- Hecha en grupo.
- Entrevista programada.
- Pruebas biológicas y psicosociales.
- Opinión de especialistas.

### **3. Plan de actuación y negociación con el hiperfrecuentador.**

### **4. Intervención sobre el profesional y la relación profesional-paciente.**

***ANEXO XVI***

## **PACIENTE HIPERUTILIZADOR**

**código: ... ..**

El trabajo consiste en elegir un paciente hiperutilizador de nuestra consulta. El único criterio que se requiere para poder elegirlo es que en el año anterior tenga una utilización superior al doble del número medio de visitas por año y paciente de tu consulta. Tenemos que leer la historia clínica y responder a las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuál es el número de visitas global que este paciente ha tenido en el año anterior?  
..... visitas / año
2. ¿Qué tipo de visitas y en que número y proporción? Estos apartados son mutuamente excluyentes, es decir, que si incluimos unas visitas en un apartado, no podemos incluirlas a la vez en otro apartado.
  - a) Visitas clínicas agudas (proceso agudo) o reagudización de un proceso crónico a la consulta del médico o enfermero, por iniciativa exclusiva del paciente.
  - b) Visitas clínicas programadas por el médico o enfermero (de peticiones de pruebas diagnósticas o de seguimiento clínico, preventivo o educativo). En este apartado también se incluyen las visitas para cumplimentar los protocolos y programas, pero no se incluyen las visitas exclusivamente administrativas. Este apartado conviene dividirlo en visitas al médico y al enfermero.
  - c) Visitas exclusivamente administrativas (sólo recetas, partes, informes, etc.). Si viene por un motivo administrativo y añade un motivo clínico agudo, se incluirá en el apartado a). Las visitas administrativas también se dividirán en visitas al médico y al enfermero.
  - d) Visitas sin cita o fuera de horas de consulta pero dentro de la jornada laboral de 7 horas y por el motivo que sea (pueden ser urgentes o no, clínicas o administrativas).
  - e) Visitas urgentes al centro de salud pero fuera del turno de 7 horas.
  - f) Visitas urgentes a otros servicios (hospital, O61, servicios especiales de urgencias, etc.).
  - g) Visitas domiciliarias urgentes en el turno de 7 horas.
  - h) Visitas domiciliarias urgentes fuera del turno de 7 horas.
  - i) Consultas telefónicas.
  - j) Visitas totales o la suma de todas las anteriores

<b>TIPO DE VISITA</b>	<b>VISITAS/AÑO</b>
a) <i>Clínica aguda</i> .....	.....
b) <i>Programadas</i>	
b-1) <i>médico</i> .....	.....
b-2) <i>enfermero</i> .....	.....
c) <i>Administrativas.</i>	
c-1) <i>médico</i> .....	.....
c-2) <i>enfermero</i> .....	.....
d) <i>Fuera de hora</i> .....	.....
e) <i>Urgentes al C. Salud</i> .....	.....
f) <i>Urgentes a otros servicios</i> .....	.....
g) <i>Domiciliaria urgente en turno</i> .....	.....
h) <i>Domiciliaria urgente fuera de turno</i> ....	.....
i) <i>Telefónica</i> .....	.....
j) <b>TOTAL</b> .....	.....

3. Según los datos del número de visitas de acuerdo con su tipo, se trata de un hiperutilizador del tipo <sup>2</sup> (puede haber varios tipos a la vez)

a) b-1) b-2) c-1) c-2) c-3) d) e) f) g) h) i) j)

4. Después de analizar el flujograma (número de visitas en función del tiempo) se puede decir que es un hiperutilizador:

- a. De flujo constante (mantiene un número de visitas/mes más o menos constante)
- b. De flujo en pico (en pocos meses agrupa la mayoría de las visitas de todo un año)
- c. De flujo mixto (mantiene características del tipo a y b)
- d. De flujo irregular (inclasificable en los apartados a, b y c)

(2) En sentido estricto, para clasificar al hiperutilizador según el tipo de visita se tendría que conocer la distribución del número de visitas y tipo de una muestra o todos los pacientes. Si esto no es posible, se usará tu apreciación subjetiva.

5. Los antecedentes familiares de interés son:

.....  
.....

Nº convivientes en el domicilio contando al paciente: .....

6. Los antecedentes personales de interés son:

.....  
.....

Edad..... Sexo: H/M

Nivel de estudios: analfabeto; primarios; secundarios; diplomado; licenciado.

7. La lista de problemas (bio-psico-sociales) actualizada de este paciente es:

8. Según se desprende de la historia clínica y en tu opinión, después de analizar uno a uno los motivos de consulta de este paciente, se pueden obtener los siguientes factores en común:



9. La mayoría de las visitas-entrevistas con este paciente me produce las siguientes emociones (puntué intensidad de 0=ninguno 4=máximo)

**Intensidad**

- a. Ansiedad-nerviosismo.....0-1-2-3-4
- b. Desánimo- Tristeza.....0-1-2-3-4
- c. Rabia- Ira.....0-1-2-3-4
- d. Impotencia.....0-1-2-3-4
- e. Sentimiento de falta de control emocional.....0-1-2-3-4
- f. Sentimiento de “no saber que hacer” .....0-1-2-3-4
- g. Culpabilidad.....0-1-2-3-4
- h. Indiferencia.....0-1-2-3-4
- i. Exceso de responsabilidad.....0-1-2-3-4
- j. Profesionalmente “bien.....0-1-2-3-4
- k. Alegría-placer (estar “a gusto”).....0-1-2-3-4
- l. sentimiento de “querer protegerlo”.....0-1-2-3-4
- m. Otros sentimientos.....0-1-2-3-4

10. Los pensamientos que más me vienen a la cabeza en la mayoría de las visitas-entrevistas con este paciente, son (se pueden elegir varias opciones):

- a. Tengo que derivarlo al especialista como sea.
- b. Este paciente realmente es insoportable.
- c. ¡Dios mío, otra vez aquí!
- d. Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible.
- e. No pienso acceder a nada de lo que me pida.
- f. Le voy a dar todo lo que me pida.
- g. Tengo que echarle una bronca.
- h. Creo que no sirvo para esta profesión.
- i. Creo que se quiere aprovechar de mí.
- j. Creo que esta persona me necesita mucho.
- k. Otros pensamientos:.....

11. La mayoría de las visitas-entrevistas con este paciente suelen acabar:

a) Capacidad resolutive (elegir una sola opción):

a-0. Posible resolución "completa" del episodio.

a-1. Posible resolución "incompleta" del episodio, tendente a mejoría.

a-2. Posible resolución "incompleta" del episodio, tendente a la cronificación o empeoramiento.

a-3. Episodio "imposible" de mejorar o resolver.

b) Proceso resolutive (dentro de cada subapartado elegir 1 sola opción). La mayoría de las visitas-entrevistas con este paciente suelen acabar con:

r-0. Ninguna receta.

r-1. Una receta.

r-2. Algunas recetas

r-3. Un "montón" de recetas.

pc-0. Sin petición de pruebas complementarias.

pc-1. Petición de 1 prueba complementaria.

pc-2. Petición de 2 pruebas complementarias.

pc-3. Petición de 3 o más pruebas complementarias.

cp-0. Sin cita programada

cp-1. Nueva cita programada para verlo "más despacio" (diagnóstico más certero).

cp-2. Nueva cita programada de seguimiento clínico (ver evolución).

cp-3. Nueva cita programada de seguimiento administrativo (partes, recetas, etc.).

v-0. Ningún volante para especialista.

v-1. Volante para 1 especialista.

v-2. Volante para 2 especialistas.

v-3. Volante para 3 o más especialistas.

En el último año, en el proceso asistencial con este paciente se ha producido alguno de los siguientes hechos:

otros-0. Derivación a enfermería..... si / no

otros-1. Derivación al trabajador social..... si / no

otros-2. Derivación al equipo de salud mental..... si / no

otros-3. Derivación a algún recurso de la comunidad..... si / no

otros-4. Algún otro proceso.....

12. Después del análisis cuantitativo y cualitativo de los datos de este paciente y mi relación con él, las hipótesis que pueden explicar la hiperutilización y que deberían contrastar son las siguientes (concretar lo más posible):

- a) hipótesis clínica:
- b) hipótesis psicológica:
- c) hipótesis social:
- d) hipótesis familiar:
- e) hipótesis cultural:
- f) hipótesis administrativa:
- g) hipótesis de relación médico paciente:

13. Para contrastar las hipótesis anteriores existen una serie de instrumentos y pruebas complementarias que cubren los 7 tipos (por ejemplo: entrevista programada, tests de salud mental, de apoyo social, de función familiar, genograma, analítica, pruebas de imagen, etc.). Detalla en este apartado aquellas que sería conveniente aplicar a este paciente en concreto para tratar de refutar las hipótesis que has formulado en el anterior apartado (concretar lo más posible):

- a) clínicas:
- b) psicológicas:
- c) sociales:
- d) familiares:
- e) culturales:
- f) administrativas:
- g) de relación médico-paciente:

14. Si se trata de un caso resuelto, explicar en este apartado el tipo de intervención implementada, su proceso, su resultado y el número de visitas globales en el año posterior a la intervención. Si se trata de un caso sin resolver, añadir en este apartado los comentarios que desees.

***ANEXO XVII***

**INFORME DE LA COMISIÓN DE  
INVESTIGACION Y DOCENCIA**

**D.ANTONIO RESOLA GARCIA**, Director Médico del Hospital San Agustín de Linares (Jaén) y Presidente de la Comisión de Investigación del Centro.

HACE CONSTAR QUE: El proyecto de investigación: **"INTERVENCION SOBRE LOS PACIENTES HIPERUTILIZADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA. ENSAYO ALEATORIO CONTROLADO"**, y presentado por **Dña. Antonina Rodríguez Bayón** como investigador principal, ha sido revisado por esta comisión, la cual ha determinado informar favorablemente.

Lo que hago constar para conocimiento de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.



Linares a 11 de Abril de 2000.

***ANEXO XVIII***

D. Jaime Guirao Escrivá, Director Gerente del Complejo Hospitalario de Jaén

**EXPONE:**

Que una vez estudiado el protocolo del proyecto de investigación "**Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de atención primaria**", así como la capacidad de la investigadora principal (**D<sup>a</sup>. Antonina Rodríguez Bayón del Centro de Salud San José de Linares**) y su equipo investigador, la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria lo considera de gran interés y acepta su realización.

En Jaén, a 11 de mayo de 2004.

El Presidente,



Fdo.: D. Jaime Guirao Escrivá



## ***TABLAS***

**Tabla 1: Frecuencia absoluta de hiperutilizadores por edad, sexo y cupo médico.**

<b>Edad</b>	<b>MI-1 Mujer</b>	<b>MI-1 Hombre</b>	<b>MI-2 Mujer</b>	<b>MI-2 Hombre</b>	<b>MI-3 Mujer</b>	<b>MI-3 Hombre</b>	<b>MC-1 Mujer</b>	<b>MC-1 Hombre</b>	<b>MC-2 Mujer</b>	<b>MC-2 Hombre</b>	<b>MC-3 Mujer</b>	<b>MC-3 Hombre</b>
<b>15-34</b>	24	24	19	19	31	26	25	22	24	16	33	15
<b>35-44</b>	15	12	18	15	15	17	7	7	11	9	15	13
<b>45-64</b>	18	19	21	25	36	28	35	15	24	15	8	19
<b>&gt;64</b>	19	12	24	9	22	23	14	10	17	13	15	7
<b>Totales</b>	76	67	82	68	104	94	84	54	76	53	71	54

*MI: Médico de intervención; MC: Médico de Control.*

**Tabla 2: Puntos de corte para definir a los pacientes Hipertutilizadores (HU);  
N = 12.978.**

<b>EDAD</b>	<b>N mujeres</b>	<b>Ut. media Mujer*</b>	<b>Punto de corte Mujer HU**</b>	<b>N hombre</b>	<b>Ut. media Hombre*</b>	<b>Punto de corte Hombre HU**</b>
<b>15-34</b>	<b>2.234</b>	<b>4.37</b>	<b>9</b>	<b>2.315</b>	<b>3.51</b>	<b>7</b>
<b>35-44</b>	<b>1.235</b>	<b>5.78</b>	<b>12</b>	<b>1.202</b>	<b>4.65</b>	<b>9</b>
<b>45-64</b>	<b>1.642</b>	<b>10.71</b>	<b>21</b>	<b>1.539</b>	<b>8.73</b>	<b>17</b>
<b>&gt; 64</b>	<b>1.584</b>	<b>14.66</b>	<b>29</b>	<b>1.227</b>	<b>13.78</b>	<b>28</b>
<b>Totales</b>	<b>6.695</b>			<b>6.283</b>		

*Ut.: utilización*

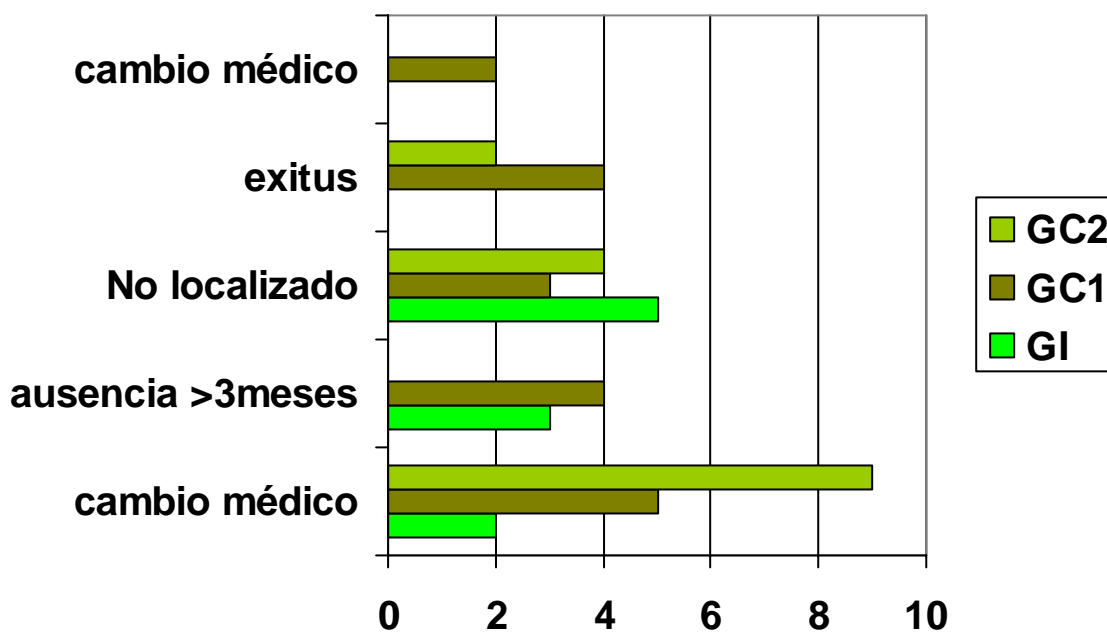
*\* N° medio de visitas durante el año 2000 para su estrato de edad y sexo*

*\*\* Punto de corte de visitas globales/año a partir del cual se le considera a un paciente HU*

**Tabla 3: Motivos de exclusión al final del seguimiento.**

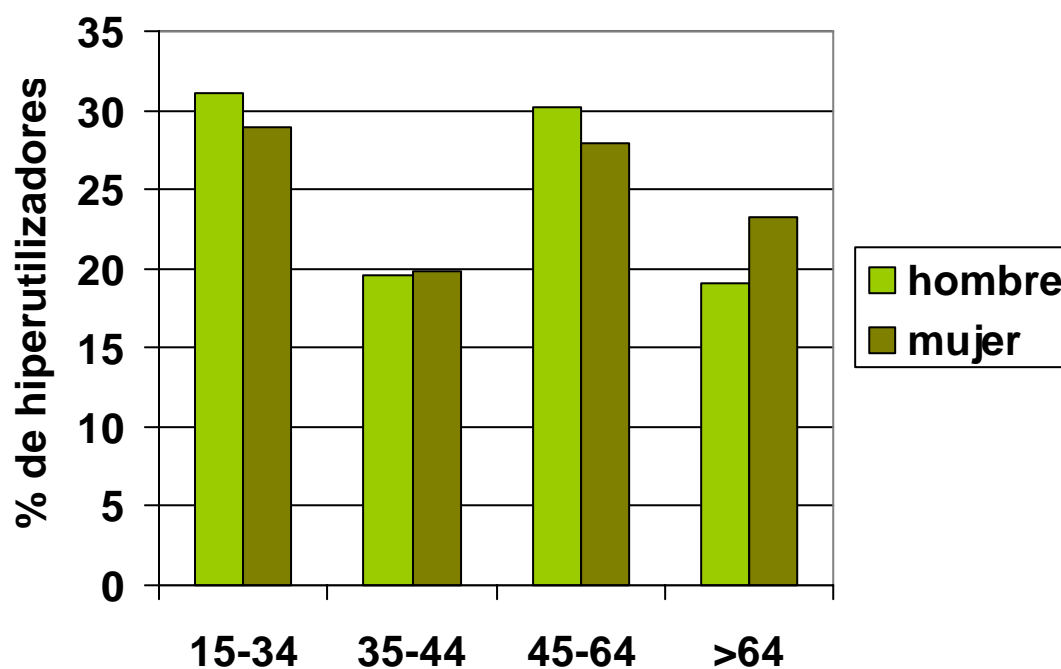
Grupo - Médicos	Cambio Médico	Cambio Domicilio	Ausencia >3 meses	Exitus	No localizado	Total
GI-M1					3	3
GI-M2		1	1			2
GI-M3		1	2		2	5
GC1-M4	1	3		2	2	8
GC1-M5	1			2	1	4
GC1-M6		2	4			6
GC2-M1		2			3	5
GC2-M2		2		2	1	5
GC2-M3		5				5
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>43</b>

GI: Grupo de Intervención; GC1: Grupo de Control 1; GC2: Grupo de Control 2  
M1 ....M6: Médico1 ....Médico6



**Tabla 4: Frecuencia de hiperutilizadores según edad y sexo del Centro de Salud San José, N =12.978.**

<b>Edad</b>	<b>Mujer (%)</b>	<b>Hombre (%)</b>
15 – 34	192 (28.9)	160 (31.1)
35 – 44	132 (19.9)	101 (19.6)
45 – 64	185 (27.9)	155 (30.2)
> 64	155 (23.3)	98 (19.1)
<b>Total</b>	<b>664 (100)</b>	<b>514 (100)</b>



**TABLA 5: Características de los pacientes hiperutilizadores entrevistados;  
N = 229.**

VARIABLES	VALORES
Mujeres (%)	122 (53.3)
Edad media (d.e.)	49.4 (18.2)
Estado civil (%)	
Casado	170 (74.2)
Soltero	42 (18.3)
Viudo	12 ( 5.2)
Separado-divorciado	4 (1.8)
Situación laboral (%)	
Trabaja	54 (23.6)
En paro	23 (10.0)
Pensionista	75 (32.7)
Estudia	9 (3.9)
Labores del hogar	63 (27.5)
Otra	4 (1.8)
Estudios (%)	
4 años o menos	67 (29.3)
graduado escolar o FP1	97 (42.4)
COU-FP2 o superior	63 (27.5)
Clase social (%)	
I-II-III	67 (29.3)
IV (obrero cualificado)	132 (57.6)
V (obrero no cualificado)	24 (10.5)
Número medio de convivientes en el hogar (sd)	3.5 (1.5)
Isocrona (%)	
< 5 minutos	49 (21.4)
entre 5 y 10 minutos	99 (43.2)
entre 11 y 20 minutos	54 (23.6)
> 20 minutos o no puede ir	26 (11.3)
Salud subjetiva (%)	
Mala	23 (10.0)
Regular	91 (39.7)
Ni buena ni mala	30 (13.1)
Aceptable	67 (29.3)
Excelente	15 (6.5)
Satisfacción con su médico	
Nunca, casi nunca o algunas veces	53 (23.1)
Casi siempre	78 (34.1)
Siempre	94 (41.1)
Número medio de problemas crónicos (d.e.)	4.2 (2.6)
Derivación al especialista en el año anterior (%)	123 (53.7)
Número medio de vistas en el año anterior (d.e.)	22.2 (11.1)
Visita al médico privado en el año anterior (%)	83 (36.2)

*d.e. = desviación estándar*

**TABLA 6: Grupos de morbilidad (Clasificación Internacional de Atención primaria, CIAP) recogidos en la lista de problemas de los pacientes hiperutilizadores entrevistados; N = 229.**

<b>Morbilidad (CIAP)</b>	<b>Frecuencias (%)</b>
<b>(A) Problemas generales</b>	<b>27 (11.8)</b>
<b>(B) Sangre</b>	<b>10 (4.4)</b>
<b>(D) Aparato Digestivo</b>	<b>60 (26.2)</b>
<b>(F) Ojo</b>	<b>29 (12.9)</b>
<b>(H) Oído</b>	<b>20 (8.7)</b>
<b>(K) Circulatorio</b>	<b>102 (44.5)</b>
<b>(L) Locomotor</b>	<b>104 (45.4)</b>
<b>(N) Sistema nervioso</b>	<b>23 (10.0)</b>
<b>(P) Problemas psicológicos</b>	<b>73 (31.9)</b>
<b>(R) Respiratorio</b>	<b>66 (28.8)</b>
<b>(S) Piel</b>	<b>29 (12.7)</b>
<b>(T) Enfermedades endocrinas</b>	<b>95 (41.5)</b>
<b>(U) Urinario</b>	<b>23 (10.0)</b>
<b>(W) Embarazo, parto y planificación familiar</b>	<b>18 (14.7)*</b>
<b>(X) Aparato genital femenino</b>	<b>15 (12.3)*</b>
<b>(Y) Aparato genital masculino</b>	<b>19 (17.8)**</b>
<b>(Z) Problemas sociales</b>	<b>0 (0.0)</b>

*\* porcentaje sobre las 122 mujeres; \*\* porcentaje sobre los 107 hombres*

**TABLA 7: Algunos diagnósticos específicos (Clasificación Internacional de Atención primaria, CIAP) recogidos en la lista de problemas de los pacientes hiperutilizadores entrevistados; N = 229.**

<b>Morbilidad (CIAP)</b>	<b>VALORES (%)</b>
<b>Hipertensión arterial (K86, K87)</b>	<b>66 (28.8)</b>
<b>Diabetes mellitus (T90)</b>	<b>29 (12.7)</b>
<b>Dislipemia (T93)</b>	<b>26 (11.3)</b>
<b>EPOC-asma (R91, R95, R96)</b>	<b>30 (13.1)</b>
<b>Artrosis- artritis (L84, L89, L90, L91)</b>	<b>46 (20.1)</b>
<b>Ansiedad (P74)</b>	<b>33 (14.4)</b>
<b>Depresión (P76)</b>	<b>30 (13.1)</b>
<b>Cardiopatía isquémica (K74, K75, K76)</b>	<b>11 (4.8)</b>
<b>Accidente vascular-cerebral (K89, K90)</b>	<b>2 (0.9)</b>
<b>Cefaleas (N01, N02)</b>	<b>14 (6.1)</b>



**Tabla 8: Perfil psicosocial de los pacientes hiperutilizadores entrevistados;  
N = 229.**

<b>Variab</b> les	<b>Media</b>	<b>I.C. 95%</b>	<b>Rango</b>
<b>Apgar familiar</b> <sup>1</sup>	8.33	8.05 – 8.60	0 - 10
<b>Cohesión familiar (FES)</b>	7.16	6.87 – 7.43	0 – 9
<b>Expresividad familiar (FES)</b>	5.86	5.64 – 6.08	0 – 9
<b>Conflicto familiar (FES)</b>	2.05	4.83 – 2.27	0 - 9
<b>Apoyo social (Duke-UNC-11)</b> <sup>2</sup>	24.5	23.3 – 25.6	11 - 55
<b>Depresión (BDI)</b> <sup>3</sup>	5.47	4.71 – 6.23	0 - 32
<b>Ansiedad estado (STAI-E)</b>	18.9	17.2 – 20.7	0 - 60
<b>Ansiedad rasgo (STAI-R)</b>	24.4	22.8 – 25.9	0 - 60
<b>Hipocondría (WI + HG)</b>	6.70	6.15 – 7.25	0 - 18

<sup>1</sup> *Apgar familiar disfuncional (< 7) en 37 pacientes (16.7%)*

<sup>2</sup> *El 38,6% fueron pacientes con déficit de apoyo social funcional*

<sup>3</sup> *Depresión leve en 41 pacientes (18.5%), moderada en 46 (20.7%), grave en 14 (6.3%), y sin depresión en 121 (54.5).*

**Tabla 9: Perfil de utilización de los pacientes hiperutilizadores entrevistados; N = 229.**

<b>Tipo de visitas</b>	<b>N (%) *</b>	<b>Media</b>	<b>I.C.95%</b>	<b>Rango</b>
A demanda en consulta del médico	229 (100)	15.8	14.7 – 16.8	1 - 45
Programada en consulta del médico	56 (24.5)	2.00	1.50 – 2.50	1 - 14
“Sin cita” en consulta del médico	160 (69.9)	2.80	2.51 – 3.09	1 - 11
Domiciliaria urgente del médico	27 (11.8)	1.78	0.88 – 2.66	1 - 13
<b>Total de visitas del médico</b>	<b>229 (100)</b>	<b>18.4</b>	<b>17.4 – 19.5</b>	<b>4 - 55</b>
Programada de enfermería en consulta	113 (49.3)	6.31	5.51 – 7.11	1 - 30
Programada de enfermería en domicilio	19 (8.3)	6.74	1.53 – 11.9	1 - 50
<b>Total de visitas de enfermería</b>	<b>209 (91.3)</b>	<b>7.19</b>	<b>6.07 – 8.31</b>	<b>1 - 53</b>
<b>Total de visitas de ambos profesionales</b>	<b>229 (100)</b>	<b>22.2</b>	<b>20.7 – 23.6</b>	<b>7 - 75</b>

*\* Número de pacientes con al menos una visita en cada categoría, entre paréntesis el porcentaje sobre el total de la muestra de hiperutilizadores entrevistados.*

**Tabla 10: Diferencias entre los pacientes entrevistados (N=229) y no entrevistados (N=32)**

Variables	Entrevistados			No entrevistados			P
	N	Media	I.C.95%	N	Media	I.C.95%	
<b>Edad</b>	229	49.4	47.1 – 52.0	32	48.9	42.2 – 55.6	0.880
<b>Nº convivientes</b>	229	3.50	3.30 -3.70	32	2.95	2.34 – 3.6	0.111
<b>Nº enfermedades crónicas</b>	229	4.18	3.84 – 4.52	32	3.85	2.87 – 4.83	0.504
<b>Nº de derivaciones</b>	229	0.82	0.69 – 1.51	32	0.73	0.42 – 1.04	0.609
<b>A demanda consulta médico</b>	229	15.8	14.7 – 16.8	32	16.8	13.4 – 18.9	0.779
<b>Programada consulta médico</b>	56	2.0	1.50 – 2.50	7	1.71	1.00 – 2.41	0.705
<b>Sin cita consulta médico</b>	160	2.80	2.51 – 3.09	21	2.14	1.55 – 2.73	0.137
<b>Urgente domicilio médico</b>	27	1.78	0.88 – 2.66	6	1.33	0.92 – 1.74	0.660
<b>Total visitas médico</b>	229	18.4	17.4 – 19.5	32	18.1	15.5 – 20.8	0.846
<b>Programada consulta enfermería</b>	113	6.31	5.51 – 7.11	16	6.00	4.57 – 7.43	0.783
<b>Programada domicilio enfermería</b>	19	6.74	1.53 – 11.9	3	3.67	1.31 – 6.02	0.659
<b>Total visitas enfermería</b>	118	7.19	6.07 – 8.31	17	6.29	5.13 – 7.45	0.554
<b>Total visitas ambos profesionales</b>	229	22.2	20.7 – 23.6	32	21.4	18.2 – 24.6	0.697

**TABLA 11: Grupos de morbilidad (Clasificación Internacional de Atención primaria, CIAP) recogidos en la lista de problemas de los pacientes hiperutilizadores entrevistados (N = 229) y no entrevistados (N=32).**

<b>Morbilidad (CIAP)</b>	<b>Entrevistados (%)</b>	<b>No entrevistados (%)</b>	<b>P(#)</b>
<b>(A) Problemas generales</b>	<b>27 (11.8)</b>	<b>2 (6.2)</b>	<b>0.551®</b>
<b>(B) Sangre</b>	<b>10 (4.4)</b>	<b>3 (9.4)</b>	<b>0.397®</b>
<b>(D) Aparato Digestivo</b>	<b>60 (26.2)</b>	<b>7 (21.9)</b>	<b>0.530</b>
<b>(F) Ojo</b>	<b>29 (12.7)</b>	<b>4 (12.5)</b>	<b>1.000®</b>
<b>(H) Oído</b>	<b>20 (8.7)</b>	<b>3 (9.4)</b>	<b>1.000®</b>
<b>(K) Circulatorio</b>	<b>102 (44.5)</b>	<b>12 (37.5)</b>	<b>0.365</b>
<b>(L) Locomotor</b>	<b>104 (45.4)</b>	<b>13 (40.6)</b>	<b>0.502</b>
<b>(N) Sistema nervioso</b>	<b>23 (10.0)</b>	<b>5 (15.6)</b>	<b>0.380</b>
<b>(P) Problemas psicológicos</b>	<b>73 (31.9)</b>	<b>12 (37.5)</b>	<b>0.619</b>
<b>(R) Respiratorio</b>	<b>66 (28.8)</b>	<b>6 (18.7)</b>	<b>0.196</b>
<b>(S) Piel</b>	<b>29 (12.7)</b>	<b>4 (12.5)</b>	<b>0.923</b>
<b>(T) Enfermedades endocrinas</b>	<b>95 (41.5)</b>	<b>15 (46.9)</b>	<b>0.680</b>
<b>(U) Urinario</b>	<b>23 (10.0)</b>	<b>4 (12.5)</b>	<b>0.720</b>
<b>(W) Embarazo, parto y planificación familiar</b>	<b>18 (14.7)*</b>	<b>1 (5.9)</b>	<b>0.483®</b>
<b>(X) Aparato genital femenino</b>	<b>15 (12.3)*</b>	<b>3 (17.6)</b>	<b>0.595</b>
<b>(Y) Aparato genital masculino</b>	<b>19 (17.8)**</b>	<b>2 (12.5)</b>	<b>1.000®</b>
<b>(Z) Problemas sociales</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>-----</b>

\* porcentaje sobre las 122(entrevistadas) / 17 (no entrevistadas) mujeres

\*\* porcentaje sobre los 107 (entrevistados) / 16 (no entrevistados) hombres

(#) nivel de significación de la Chi cuadrado; ® nivel de significación del test exacto de Fisher

**TABLA 12: Sexo y algunos diagnósticos específicos (Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP) recogidos en la lista de problemas de los pacientes hiperutilizadores entrevistados (N = 229) y no entrevistados (N= 32).**

Morbilidad (CIAP)	Entrevistados (%)	No entrevistados (%)	P*
Sexo (mujer)	122 (53.3)	17 (53.1)	0.967
Hipertensión arterial (K86, K87)	66 (28.8)	8 (25.0)	0.575
Diabetes mellitus (T90)	29 (12.7)	7 (21.9)	0.186
Dislipemia (T93)	26 (11.3)	6 (18.7)	0.267
EPOC-asma (R91, R95, R96)	30 (13.1)	4 (12.5)	0.869
Artrosis- artritis (L84, L89, L90, L91)	46 (20.1)	5 (15.6)	0.666
Ansiedad (P74)	33 (14.4)	7 (21.9)	0.315
Depresión (P76)	30 (13.1)	2 (6.2)	0.393**
Cardiopatía isquémica (K74, K75, K76)	11 (4.8)	1 (3.1)	1.000**
Accidente vasculo-cerebral (K89, K90)	2 (0.9)	0 (0.0)	1.000**
Cefaleas (N01, N02)	14 (6.1)	2 (6.2)	1.000**

\* nivel de significación de la Chi cuadrado

\*\* nivel de significación del test exacto de Fisher.

**TABLA 13: Comparación de los grupos de asignación en cuanto a las variables cuantitativas medidas antes de la intervención. Grupo de intervención, n = 71; grupo de control 1, n = 82; grupo de control 2, n = 76.**

Variables	Grupo de Intervención		Grupo de control 1		Grupo de control 2		P
	Media	I.C. 95%	Media	I.C. 95%	Media	I.C. 95%	
<b>Edad</b>	47.8	43.5 – 52.1	49.1	45.3 – 52.9	51.3	46.9 – 55.7	0.500
<b>Número de convivientes</b>	3.60	3.23 – 3.97	3.59	3.30 – 3.70	3.30	3.01 – 3.59	0.395
<b>Ansiedad de Estado (STAI-E)</b>	19.2	15.9 – 22.3	18.5	15.8 – 21.1	19.2	16.4 – 22.1	0.926
<b>Ansiedad de Rasgo (STAI-R)</b>	25.2	22.0 – 28.5	23.2	21.0 – 25.3	24.7	22.0 – 27.4	0.535
<b>Depresión (BDI)</b>	6.10	4.40 – 7.80	4.7	3.62 – 5.80	5.7	4.43 – 6.89	0.332
<b>Hipocondría (IBQ, WI+GH)</b>	7.39	6.27 – 8.51	6.28	5.39 – 7.17	6.47	5.62 – 7.32	0.227
<b>Apoyo social (DUKE-UNC-11)</b>	25.3	23.1 – 27.5	25.4	23.5 – 27.2	22.9	20.9 – 24.9	0.142
<b>Cohesión familiar (FES-Ch)</b>	7.12	6.59 – 7.64	7.32	6.88 – 7.55	7.04	6.56 – 7.52	0.697
<b>Expresividad familiar (FES-E)</b>	5.70	5.26 – 6.13	5.89	5.56 – 6.23	5.97	5.61 – 6.34	0.579
<b>Conflicto familiar (FES-Cf)</b>	1.84	1.44 – 2.24	2.17	1.79 – 2.55	2.13	1.79 – 2.48	0.412
<b>Apgar familiar</b>	8.36	7.88 – 8.84	8.37	7.89 – 8.84	8.25	7.72 – 8.78	0.930
<b>Número de morbilidad crónica</b>	4.81	4.25 – 5.38	3.21	2.72 – 3.70	4.63	3.98 – 5.28	<0.001*
<b>Nº de derivaciones</b>	1.01	0.83 – 1.20	0.59	0.39 – 0.78	0.89	0.62 – 1.17	0.019*

\*Comparaciones por parejas (T.Bonferroni y agrupación de Student-Newman-Keuls) < 0.05 del GI y GC2 respecto al GCI.

**TABLA 14: Comparación de los grupos de asignación en cuanto a las variables de utilización de las consultas, medidas antes de la intervención.**

Tipo de visitas	Grupo de Intervención			Grupo de control 1			Grupo de control 2			P <sup>1</sup>
	N	Media	I.C. 95%	N	Media	I.C. 95%	N	Media	I.C. 95%	
<b>Totales (médico y enfermería)</b>	71	22.6	19.9 – 25.3	82	21.6	19.4 – 23.9	76	22.4	19.7 – 25.1	0.857
<b>Totales del médico</b>	71	19.5	17.2 – 21.8	82	17.9	16.3 – 19.6	76	18.0	16.2 – 19.8	0.432
<b>Totales de enfermería</b>	34	6.29	4.89 – 7.70	40	7.60	6.01 – 9.19	44	7.52	5.02 – 10.02	0.604
<b>A demanda del médico</b>	71	16.27	14.1 – 18.4	82	15.82	14.1 – 17.5	76	15.22	13.4 – 17.0	0.736
<b>Programada de enfermería en consulta</b>	34	5.76	4.43 – 7.10	39	7.41	5.80 – 9.03	40	5.70	4.44 – 6.96	0.147
<b>Sin cita en consulta médico</b>	51	3.02	2.43 – 3.61	52	2.67	2.15 – 3.20	57	2.72	2.22 – 3.22	0.620
<b>Domiciliaria urgente médico</b>	14	2.29	0.40 – 4.17	7	1.43	0.7 – 2.16	6	1.00	1.00 – 1.00	0.515
<b>Domiciliaria programada de enfermería</b>	5	3.60	- 3.62 – 10.8	3	1.67	0.23 – 3.10	11	9.55	- 0.13 – 19.2	0.479

<sup>1</sup> Nivel de significación de F (ANOVA-1)

**TABLA 15: Comparación de los grupos de asignación en cuanto a las variables cualitativas medidas antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 71</b>	<b>Grupo de control 1 N = 82</b>	<b>Grupo de control 2 N = 76</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Sexo (mujer)</b>	39 (54.9%)	44 (53.7%)	39 (51.3%)	0.867
<b>Estudios (=&gt;COU-FP2)</b>	20 (28.2%)	25 (30.9%)	18 (23.7%)	0.690
<b>Clase social (I-II-II)</b>	15 (21.1%)	36 (46.3%)	15 (20.3%)	0.003
<b>Estado civil (casado)</b>	50 (70.4%)	66 (80.5%)	54 (71.1)	0.323
<b>Trabajando</b>	16 (22.5%)	23 (28.0%)	15 (19.7%)	0.627
<b>Isocrona (&gt;20 minutos)</b>	9 (12.7%)	9 (11.0%)	8 (10.5%)	0.887
<b>Satisfacción con su médico (nunca, casi nunca, a veces)</b>	13 (18.3%)	25 (31.6%)	15 (19.7%)	0.058
<b>Percepción de salud (excelente, aceptable)</b>	26 (36.6%)	28 (35.5%)	28 (36.8%)	0.956
<b>Visita médico privado</b>	28 (39.4%)	35 (43.2%)	20 (26.3)	0.069
<b>Visita médico naturista</b>	2 (2.8%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	0.319
<b>Apgar disfuncional</b>	10 (14.1%)	11 (14.5%)	16 (21.1%)	0.462
<b>Depresión positiva (BDI)</b>	31 (43.7%)	29 (38.2%)	40 (52.6%)	0.200

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.



**TABLA 16: Comparación de los grupos de asignación en cuanto a los grupos de morbilidad (CIAP) medidos antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 71</b>	<b>Grupo de control 1 N = 82</b>	<b>Grupo de control 2 N = 76</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>(A) Problemas Generales</b>	11 (15.5%)	5 (6.1%)	11 (14.5%)	0.129
<b>(B) Sangre</b>	5 (7.0%)	2 (2.4%)	4 (5.3%)	0.393
<b>(D) Digestivo</b>	21 (29.6%)	17 (20.7%)	22 (28.9%)	0.353
<b>(F) Ojo</b>	14 (19.7%)	9 (11.0%)	8 (10.5%)	0.171
<b>(H) Oído</b>	7 (9.9%)	2 (2.4%)	11 (14.5%)	0.026
<b>(K) Circulatorio</b>	26 (36.6%)	37 (45.1%)	39 (51.3%)	0.227
<b>(L) Locomotor</b>	31 (44.7%)	42 (51.2%)	31 (40.8%)	0.406
<b>(N) S. Nervioso</b>	11 (15.5%)	4 (4.9%)	8 (10.5%)	0.086
<b>(P) P. Psicológicos</b>	30 (42.2%)	18 (22.0%)	25 (32.9%)	0.022
<b>(R) Respiratorio</b>	22 (31.0%)	18 (22.0%)	26 (34.2%)	0.203
<b>(S) Piel</b>	11 (15.5%)	7 (8.5%)	11 (14.5%)	0.355
<b>(T) Endocrino</b>	37 (52.1%)	23 (28.0%)	35 (46.1%)	0.005
<b>(U) Urinario</b>	7 (9.9%)	5 (6.1%)	11 (14.5%)	0.217
<b>(W) Embarazo, parto y planificación familiar</b>	7 (10.0%)	6 (7.3%)	5 (6.6%)	0.724
<b>(X) Aparato genital femenino</b>	6 (8.6%)	6 (7.3%)	3 (3.9%)	0.501
<b>(Y) Aparato genital masculino</b>	4 (5.7%)	5 (6.1%)	10 (13.2%)	0.175
<b>(Z) Problemas sociales</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-----

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**TABLA 17: Comparación de los grupos de asignación y algunos diagnósticos específicos (Clasificación Internacional de Atención primaria, CIAP) medidos antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 71</b>	<b>Grupo de control 1 N = 82</b>	<b>Grupo de control 2 N = 76</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Hipertensión</b>	13 (18.3%)	28 (34.1%)	25 (32.9%)	0.070
<b>Cardiopatía isquémica</b>	2 (2.8%)	6 (7.9%)	3 (3.7%)	0.302
<b>Accidente vasculo-cerebral</b>	2 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.103
<b>Artrosis</b>	15 (21.1%)	14 (17.1%)	17 (22.4%)	0.675
<b>Cefaleas</b>	9 (12.7%)	2 (3.9%)	3 (2.4%)	0.018
<b>Ansiedad</b>	10 (14.1%)	10 (12.2%)	13 (17.1%)	0.680
<b>Depresión</b>	13 (18.3%)	8 (9.8%)	9 (11.8%)	0.254
<b>EPOC- Asma</b>	8 (11.3%)	6 (7.3%)	16 (21.1%)	0.034
<b>Diabetes mellitus</b>	10 (14.1%)	8 (9.8%)	11 (14.5%)	0.602
<b>Dislipemias</b>	14 (19.7%)	5 (6.1%)	7 (9.2%)	0.021

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**TABLA 18: Comparación entre los pacientes asignados a los grupos que finalizan el seguimiento y los asignados (y no asignados) a los grupos que no finalizan el seguimiento, en cuanto a las variables de utilización medidas antes de la intervención.**

Variables	Finalizan			No Finalizan			P <sup>1</sup>
	N	Media	I.C. 95%	N	Media	I.C. 95%	
<b>Totales (médico y enfermera)<sup>2</sup></b>	166	23.3	21.6 – 24.9	63	19.3	16.2 – 22.3	0.015
<b>Totales del médico<sup>2</sup></b>	166	19.5	18.2 – 20.8	63	15.6	13.7 – 17.4	0.001
<b>Totales de la enfermera<sup>2</sup></b>	90	6.86	5.94 – 7.77	28	8.29	4.38 – 12.2	0.286
<b>A demanda del médico<sup>3</sup></b>	166	16.8	15.6 – 18.0	63	13.0	11.1 – 15.0	0.001
<b>Sin cita del médico<sup>2</sup></b>	115	2.77	2.40 – 3.15	46	2.83	2.30 – 3.35	0.879
<b>Programada del médico<sup>2</sup></b>	44	2.05	1.40 – 2.68	12	1.83	1.94 – 2.73	0.741
<b>Domicilio urgente del médico<sup>2</sup></b>	22	1.95	0.78 – 3.13	5	1.00	1.00 – 1.00	0.434
<b>Programada de la enfermera en consulta<sup>2</sup></b>	86	6.55	5.63 – 7.47	27	5.56	3.79 – 7.32	0.303
<b>Programada de la enfermera en domicilio<sup>2</sup></b>	12	3.83	0.93 – 6.74	7	11.7	- 4.83 – 28.3	0.159

<sup>1</sup> Nivel de significación de la T de Student; <sup>2</sup> transformación logarítmica; <sup>3</sup> transformación de raíz cuadrada.

**TABLA 19: Comparación de los pacientes asignados a los grupos que finalizan el seguimiento y los asignados (y no asignados) a los grupos que no finalizan el seguimiento, en cuanto a las variables cuantitativas medidas antes de la intervención.**

Variables	Finalizan (N = 166)		No finalizan (N = 63)		P <sup>1</sup>
	Media	I.C. 95%	Media	I.C. 95%	
<b>Edad</b>	52.1	49.6 – 54.6	42.4	37.2 – 47.5	<0.001
<b>Número de convivientes</b> <sup>2</sup>	3.44	3.22 – 3.66	3.66	3.22 – 4.11	0.330
<b>Ansiedad de Estado (STAI-E)</b> <sup>3</sup>	19.5	17.4 – 21.4	17.5	14.2 – 20.7	0.300
<b>Ansiedad de Rasgo (STAI-R)</b>	25.4	23.6 – 27.2	21.4	18.4 – 24.4	0.024
<b>Depresión (BDI)</b> <sup>2</sup>	5.83	4.96 – 6.70	4.45	2.83 – 6.06	0.121
<b>Hipocondría (IBQ, WI+GH)</b>	9.02	6.41 – 7.62	5.66	4.46 – 6.86	0.032
<b>Apoyo social (DUKE-UNC-11)</b> <sup>3</sup>	24.6	23.2 – 25.9	24.1	21.9 – 26.2	0.704
<b>Cohesión familiar (FES-Ch)</b> <sup>4</sup>	7.19	6.89 – 7.48	7.07	6.41 – 7.73	0.717
<b>Expresividad familiar (FES-E)</b>	5.85	5.60 – 6.10	5.93	5.50 – 6.35	0.755
<b>Conflicto familiar (FES-Cf)</b> <sup>3</sup>	1.96	1.72 – 2.21	2.36	1.90 – 2.81	0.115
<b>Apgar familiar</b> <sup>5</sup>	8.40	8.08 – 8.73	8.09	7.49 – 8.69	0.342
<b>Número de morbilidad crónica</b> <sup>2</sup>	4.58	4.18 – 4.99	3.14	2.58 – 3.69	<0.001
<b>Nº de derivaciones</b> <sup>2</sup>	0.93	0.77 – 1.08	0.54	0.73 – 0.75	0.007

<sup>1</sup> Nivel de significación de la T de Student; <sup>2</sup> transformación logarítmica; <sup>3</sup> transformación de raíz cuadrada; <sup>4</sup> transformación  $\chi^2$ ; <sup>5</sup> transformación  $\chi^3$ .

**TABLA 20: Comparación de los pacientes asignados a los grupos que finalizan el seguimiento y los asignados (y no asignados) a los grupos que no finalizan el seguimiento, en cuanto a las variables cualitativas medidas antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Finalizan N = 166</b>	<b>No finalizan N = 63</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Sexo (mujer)</b>	87 (52.4%)	35 (55.6%)	0.670
<b>Estudios (=&gt;COU-FP2)</b>	45 (27.1%)	19 (30.2%)	0.230
<b>Clase social (I-II-II)</b>	50 (30.1%)	18 (28.6%)	0.962
<b>Estado civil (casado)</b>	130(78.3%)	41 (65.1%)	0.005
<b>Trabajando</b>	33 (19.9%)	22 (34.9%)	0.003
<b>Isocrona (&gt;20 minutos)</b>	19(11.4%)	7 (11.1%)	0.500
<b>Satisfacción con su médico (nunca, casi nunca, a veces)</b>	38 (22.9%)	15 (23.8%)	0.465
<b>Percepción de salud (excelente, aceptable)</b>	51 (30.7%)	32 (50.8%)	0.003
<b>Visita médico privado</b>	65 (39.2%)	19 (30.2%)	0.236
<b>Visita médico naturista</b>	3 (1.8%)	0 (0.0%)	0.564
<b>Apgar disfuncional</b>	27 (16.3%)	10 (15.9%)	0.782
<b>Depresión positiva (BDI)</b>	83 (50.0%)	18 (28.6%)	0.020

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**TABLA 21: Comparación de los pacientes asignados a los grupos que finalizan el seguimiento y los asignados (y no asignados) a los grupos que no finalizan el seguimiento, en cuanto a los grupos de morbilidad (CIAP) medidos antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Finalizan N = 166</b>	<b>No finalizan N = 63</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>(A) Problemas Generales</b>	20 (12.0%)	7 (11.1%)	0.844
<b>(B) Sangre</b>	7 (4.2%)	4 (6.3%)	0.500
<b>(D) Digestivo</b>	52 (31.3%)	9 (14.3%)	0.009
<b>(F) Ojo</b>	26 (15.7%)	5 (7.9%)	0.127
<b>(H) Oído</b>	19 (11.4%)	1 (1.6%)	0.018
<b>(K) Circulatorio</b>	81 (48.8%)	21(33.3%)	0.036
<b>(L) Locomotor</b>	81 (48.8%)	24 (38.1%)	0.147
<b>(N) S. Nervioso</b>	19 (11.4%)	4 (6.3%)	0.252
<b>(P) P. Psicológicos</b>	54 (32.5%)	20 (31.7%)	0.910
<b>(R) Respiratorio</b>	52 (31.3%)	15 (23.8%)	0.264
<b>(S) Piel</b>	23 (13.9%)	6 (9.5%)	0.379
<b>(T) Endocrino</b>	76 (45.8%)	19 (30.2%)	0.032
<b>(U) Urinario</b>	22 (13.3%)	2 (3.2%)	0.026
<b>(W) Embarazo, parto y planificación familiar</b>	6 (3.6%)	12 (19.0%)	<0.001
<b>(X) Aparato genital femenino</b>	13 (7.8%)	2 (3.2%)	0.203
<b>(Y) Aparato genital masculino</b>	15 (9.0%)	5 (7.9%)	0.792
<b>(Z) Problemas sociales</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-----

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado

**TABLA 22: Comparación de los pacientes asignados a los grupos que finalizan el seguimiento y los asignados (y no asignados) a los grupos que no finalizan el seguimiento, en cuanto a algunas variables de morbilidad (CIAP) medidas antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Finalizan N = 166</b>	<b>No finalizan N = 63</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Hipertensión</b>	51 (30.7%)	15 (23.8%)	0.302
<b>Cardiopatía isquémica</b>	8 (4.8%)	3 (4.8%)	0.986
<b>Accidente vasculo-cerebral</b>	2 (1.2%)	0 (0.0%)	1.000
<b>Artrosis</b>	43 (25.9%)	3 (4.8%)	<0.001
<b>Cefaleas</b>	11 (6.6%)	3 (4.8%)	0.599
<b>Ansiedad</b>	24 (14.4%)	10 (15.9%)	0.788
<b>Depresión</b>	24 (14.5%)	6 (9.5%)	0.323
<b>EPOC- Asma</b>	26 (15.7%)	5 (7.9%)	0.127
<b>Diabetes mellitus</b>	24 (14.5%)	5 (7.9%)	0.185
<b>Dislipemias</b>	22 (13.3%)	4 (6.3%)	0.141

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**Tabla 23: Tipo de visitas en los pacientes hiperutilizadores intervenidos; (N=66)**

<b>Tipo de visitas</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango</b>	<b>Intervalo confianza 95%</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Clínica Aguda</b>	<b>4.60</b>	<b>4</b>	<b>0 - 20</b>	<b>3.73 – 5.47</b>	<b>3.50</b>
<b>Programada del médico</b>	<b>2.76</b>	<b>2</b>	<b>0 – 16</b>	<b>2.03 – 3.49</b>	<b>2.94</b>
<b>Programada de la enfermera</b>	<b>2.92</b>	<b>0</b>	<b>0 – 14</b>	<b>1.99 – 3.85</b>	<b>3.74</b>
<b>Administrativa del médico</b>	<b>9.71</b>	<b>8</b>	<b>0 – 41</b>	<b>7.67 – 11.74</b>	<b>8.19</b>
<b>Administrativa de la enfermera</b>	<b>0.10</b>	<b>0</b>	<b>0 – 6</b>	<b>- 0.09 – 0.29</b>	<b>0.76</b>
<b>Sin cita del médico</b>	<b>0.82</b>	<b>0</b>	<b>0 – 8</b>	<b>0.40 – 1.24</b>	<b>1.67</b>
<b>Urgente en el centro de salud</b>	<b>0.77</b>	<b>0</b>	<b>0 – 6</b>	<b>0.40 – 1.14</b>	<b>1.47</b>
<b>Urgente de otros servicios</b>	<b>0.11</b>	<b>0</b>	<b>0 – 5</b>	<b>- 0.05 – 0.27</b>	<b>0.65</b>
<b>Domiciliaria urgente del médico en turno</b>	<b>0.15</b>	<b>0</b>	<b>0 – 7</b>	<b>- 0.07 – 0.37</b>	<b>0.90</b>
<b>Telefónica</b>	<b>0.02</b>	<b>0</b>	<b>0 – 1</b>	<b>- 0.01 – 0.05</b>	<b>0.13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>21.9</b>	<b>21.5</b>	<b>7 - 45</b>	<b>19.4 – 24.5</b>	<b>10.3</b>



**Tabla 24: Tipo de hiperutilizadores según el tipo de visitas en los pacientes hiperutilizadores intervenidos; (N=66).**

Tipo de hiperutilizador según tipo de visitas	N*	%
Administrativas del médico	44	66.6
Clínica aguda del médico	17	25.7
Programada de enfermería	13	19.6
Programada del médico	9	13.6
Sin cita del médico	3	4.5
Urgencias al Centro de Salud	1	1.5

\* Las categorías no son mutuamente excluyentes

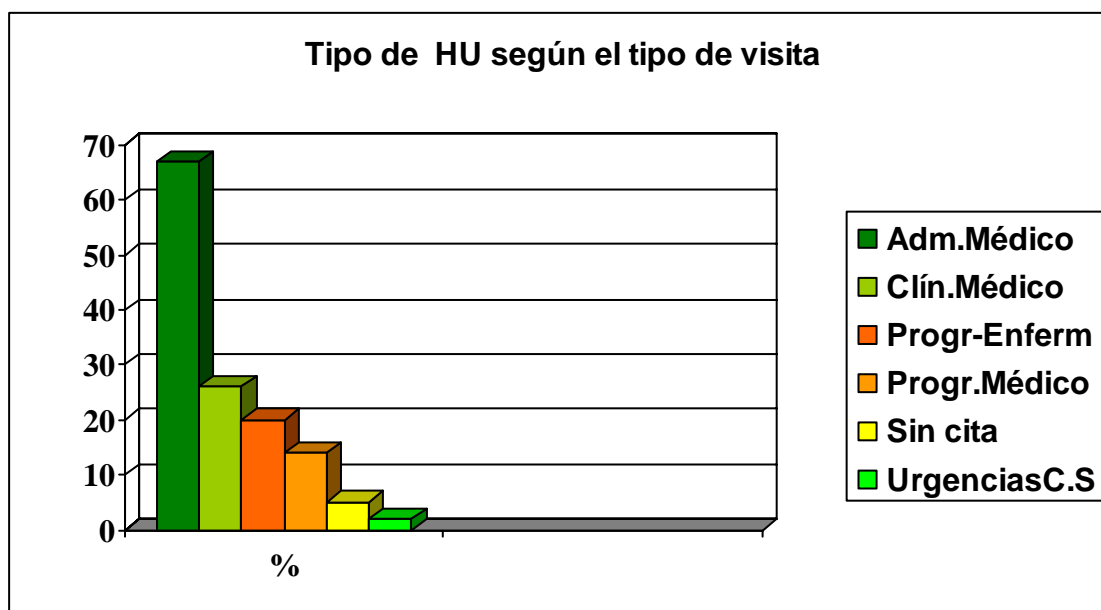


Tabla 25: Tipo de hiperutilizadores según el flujo de visitas <sup>1</sup> en los pacientes hiperutilizadores intervenidos; (N=66).

Tipo de Hiperutilizador según flujo de visitas	N	%
Flujo constante	26	39.4
Flujo mixto	26	39.4
Flujo en pico	10	15.1
Flujo irregular	4	6.1

<sup>1</sup> **Flujo constante:** parecido número de visitas en el tiempo de forma homogénea (p.e, 2-3 vistas al mes); **flujo en pico:** acumulo de visitas en poco tiempo, con pocas o ninguna visita en el resto del tiempo (p.e., 25 visitas en 3 meses y el resto del año 2 o 3 visitas; **flujo mixto:** mezcla de los dos anteriores; y **flujo irregular:** no clasificable en los anteriores.

**Tabla 26: Distribución de las puntuaciones en las emociones y sentimientos (0 = ninguna emoción; 4 = máxima emoción) de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

<b>Tipo de emoción-sentimiento</b>	<b>Media</b>	<b>Rango</b>	<b>Intervalo confianza 95%</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Al menos 1 punto (%)</b>
<b>Ansiedad – nerviosismo</b>	<b>0.58</b>	<b>0 – 3</b>	<b>0.35 – 0.81</b>	<b>0.91</b>	<b>22 (33.3)</b>
<b>Desánimo – tristeza</b>	<b>0.55</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.31 – 0.79</b>	<b>0.95</b>	<b>19 (28.8)</b>
<b>Rabia – ira</b>	<b>0.39</b>	<b>0 – 3</b>	<b>0.18 – 0.60</b>	<b>0.84</b>	<b>13 (19.7)</b>
<b>Impotencia</b>	<b>0.95</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.64 – 1.26</b>	<b>1.25</b>	<b>27 (40.9)</b>
<b>Falta de control emocional</b>	<b>0.21</b>	<b>0 – 3</b>	<b>0.05 – 0.37</b>	<b>0.66</b>	<b>7 (10.6)</b>
<b>No saber que hacer</b>	<b>0.61</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.36 – 0.86</b>	<b>1.01</b>	<b>21 (31.8)</b>
<b>Culpabilidad determinada o indeterminada</b>	<b>-</b>	<b>--</b>	<b>-- --</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Indiferencia</b>	<b>0.15</b>	<b>0 – 3</b>	<b>0.00 – 0.30</b>	<b>0.60</b>	<b>4 (6.1)</b>
<b>Exceso de responsabilidad</b>	<b>0.45</b>	<b>0 – 3</b>	<b>0.24 – 0.61</b>	<b>0.82</b>	<b>18 (27.3)</b>
<b>Profesionalmente “bien”</b>	<b>1.23</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.99 – 1.56</b>	<b>1.32</b>	<b>35 (53.0)</b>
<b>Alegría – placer (“estar a gusto”)</b>	<b>0.52</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.28 – 0.66</b>	<b>0.97</b>	<b>18 (27.3)</b>
<b>Sentimiento de querer protegerlo</b>	<b>0.40</b>	<b>0 – 4</b>	<b>0.08 – 0.62</b>	<b>1.27</b>	<b>11 (16.7)</b>
<b>Otros sentimientos</b>	<b>0.13</b>	<b>0 – 2</b>	<b>0.02 – 0.24</b>	<b>0.42</b>	<b>4 (6.1)</b>

**Tabla 27: Distribución de las puntuaciones en los pensamientos (0 = ninguno; 4 = máximo) de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

<b>Tipo de emoción-sentimiento</b>	<b>Media</b>	<b>Rango</b>	<b>Intervalo confianza 95%</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Al menos 1 punto (%)</b>
<b>Tengo que derivarlo al especialista como sea</b>	<b>0.05</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.00 – 0.10</b>	<b>0.22</b>	<b>3 (4.5)</b>
<b>Este paciente realmente es insoportable</b>	<b>0.10</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.03 – 0.17</b>	<b>0.30</b>	<b>6 (9.1)</b>
<b>¡Dios mío, otra vez aquí!</b>	<b>0.27</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.16 – 0.38</b>	<b>0.45</b>	<b>17 (25.8)</b>
<b>Esta entrevista tiene que acabar lo antes posible</b>	<b>0.03</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.00 – 0.07</b>	<b>0.18</b>	<b>2 (3.0)</b>
<b>No pienso acceder a nada de lo que me pida</b>	<b>0.02</b>	<b>0 – 1</b>	<b>- 0.01 – 0.05</b>	<b>0.13</b>	<b>1 (1.5)</b>
<b>Le voy a dar todo lo que me pida</b>	<b>0.05</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.00 – 0.10</b>	<b>0.22</b>	<b>3 (4.5)</b>
<b>Tengo que echarle una bronca</b>	<b>0.03</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.00 – 0.07</b>	<b>0.18</b>	<b>2 (3.0)</b>
<b>Creo que no sirvo para esta profesión</b>	<b>0.02</b>	<b>0 – 1</b>	<b>- 0.01 – 0.05</b>	<b>0.18</b>	<b>2 (3.0)</b>
<b>Creo que se quiere aprovechar de mí</b>	<b>0.08</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.01 – 0.15</b>	<b>0.27</b>	<b>5 (7.6)</b>
<b>Creo que esta persona me necesita mucho</b>	<b>0.21</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.11 – 0.31</b>	<b>0.41</b>	<b>13 (19.7)</b>
<b>Otros pensamientos</b>	<b>0.37</b>	<b>0 – 1</b>	<b>0.25 – 0.49</b>	<b>0.49</b>	<b>23 (34.8)</b>

**Tabla 28: listado de “otros pensamientos” de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

---

Creo que quiere tener a todos pendiente de ella.  
Con la situación de su esposa ya tiene bastante.  
Creo que se apoya en su esposa y no quiere reconocer que para ella ¡es demasiado!  
Creo que no quiere hablar de sus emociones e intenta disimular sus miedos.  
¡Esto no tiene arreglo!  
Se resiste a ir al equipo de salud mental.  
Creo que le tengo que ayudar en todo (dependencia).  
¡Y encima quiere dejar de fumar!  
Relación “sosa” como que no da mucho juego  
No es justo que tenga tantas cosas.  
Tiene mala suerte.  
Verdaderamente el trastorno somatomorfo es una enfermedad crónica. Aceptación y paciencia. ¿Vigilar?  
Esta peor de lo que aparenta, probablemente EPOC tipo enfisema.  
Exigió cita con el dermatólogo de forma estúpida por un lunar “en sus partes”, la invité a explorarla y se negó.  
Madre de familia, se preocupa excesivamente.  
Puede ser una neurosis de renta, busca una incapacidad permanente, no creo que esté enfermo de verdad.  
La actitud de miedo ante los síntomas puede que se la inculque la esposa.  
Magnifica a veces sus síntomas.  
“Pelín” sobreactuando.  
¿Qué le pasará ahora?  
Es una persona con bastante autonomía.  
Falla el sistema a través de las listas de espera de especialidades.  
¡Qué complicada!  
De nuevo a por la medicación.  
Dificultad en llegar a convencerla para que controle su diabetes.  
¿Qué me traerá hoy? (incertidumbre).  
Gran incertidumbre dada su edad y la facilidad con la que puede aparecer una patología importante,

---

**Tabla 29: Percepción de la capacidad resolutive de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

Percepción de capacidad resolutive	N	%
Posible resolución completa del episodio	12	18.2
Posible resolución incompleta del episodio, tendente a mejoría	15	22.7
Posible resolución incompleta del episodio, tendente a la cronificación o empeoramiento	36	54.5
Episodio imposible de mejorar	3	4.5

**Tabla 30: Percepción de prescripción de recetas de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

Percepción de prescripción	N	%
Ninguna receta	5	7.6
Una receta	22	33.3
Algunas recetas	33	50.0
Un “montón” de recetas	6	9.1

**Tabla 31: Percepción de petición de pruebas complementarias y derivaciones de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N =66.**

	NO (%)	SI (%)
Percepción de petición de pruebas	50(75.8)	16 (24.2)
Percepción de petición de derivaciones <sup>1</sup>	55 (83.3)	11 (16.7)

<sup>1</sup> Ocho (12.1%) como percepción de petición de una derivación y tres (4.5%) como más de una.

**Tabla 32: Percepción de concertación de citas de los médicos ante los hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

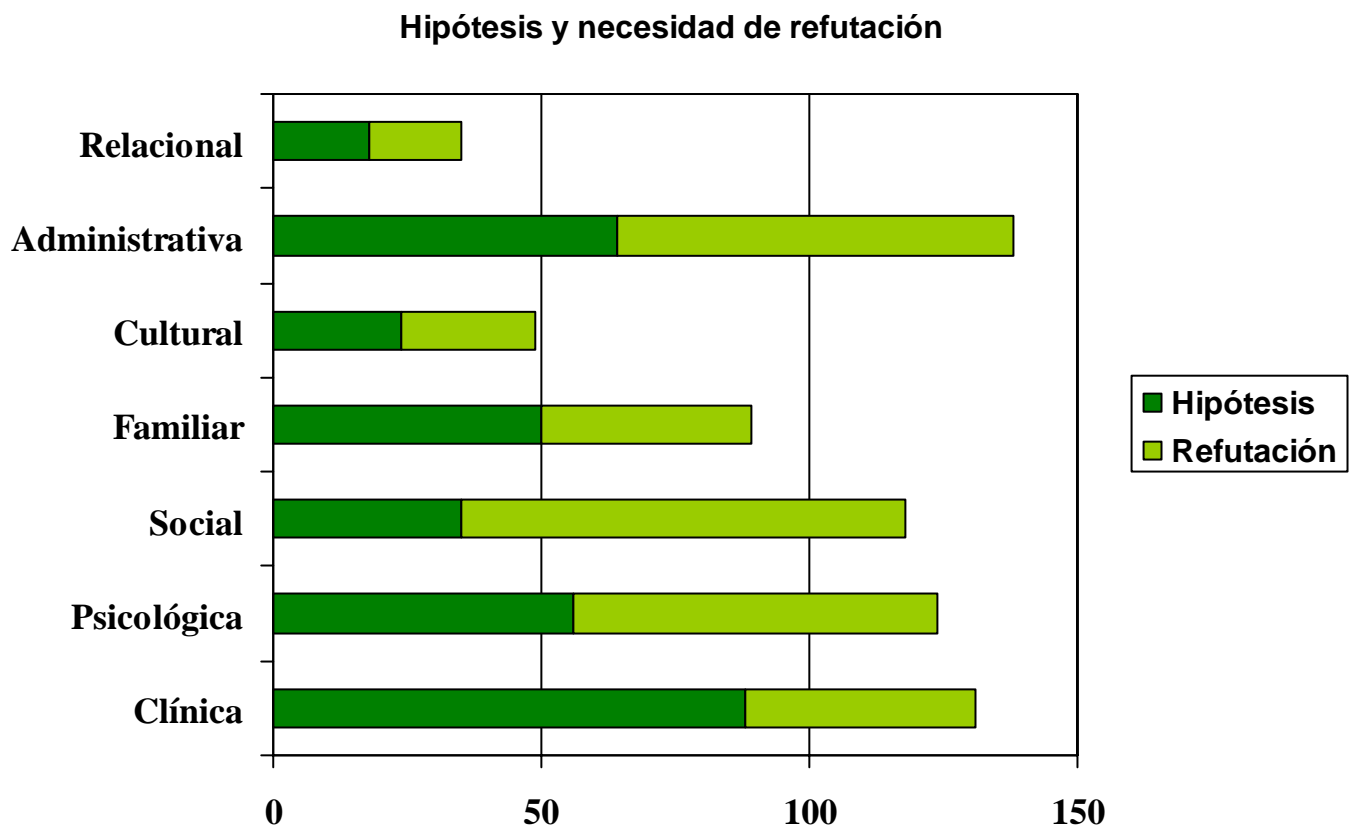
<b>Percepción de concertación de citas</b>	<b>NO (%)</b>	<b>SI (%)</b>
<b>Nueva cita programada</b>	<b>44(66.7)</b>	<b>22 (33.3)</b>
<b>Cita “para ver más despacio”</b>	<b>64 (97.0)</b>	<b>2 (3.0)</b>
<b>Cita “para seguimiento clínico”</b>	<b>50 (75.8)</b>	<b>16 (24.2)</b>
<b>Cita “para seguimiento administrativo”</b>	<b>53 (80.3)</b>	<b>13 (19.7)</b>

**Tabla 33: Derivaciones psicosociales y a enfermería en el último año del proceso asistencial a los pacientes hiperutilizadores intervenidos; N = 66.**

<b>Derivaciones</b>	<b>NO (%)</b>	<b>SI (%)</b>
<b>A la trabajadora social</b>	<b>56 (84.8)</b>	<b>10 (15.2)</b>
<b>A algún recurso de la comunidad</b>	<b>63 (95.4)</b>	<b>3 (4.6)</b>
<b>A enfermería</b>	<b>38 (57.5)</b>	<b>28 (42.5)</b>
<b>Al equipo de salud mental</b>	<b>57 (86.4)</b>	<b>9 (13.6)</b>

**Tabla 34: Hipótesis, y su necesidad de refutación, que pueden explicar la hiperutilización de los pacientes hiperutilizadores intervenidos; N =66.**

	<b>Hipótesis (%)</b>	<b>Refutación (%)</b>
<b>Clínica</b>	<b>58 (87.8)</b>	<b>25 (43.1)</b>
<b>Psicológica</b>	<b>37 (56.0)</b>	<b>25 (67.6)</b>
<b>Social</b>	<b>23 (34.8)</b>	<b>19 (82.6)</b>
<b>Familiar</b>	<b>33 (50.0)</b>	<b>13 (39.4)</b>
<b>Cultural</b>	<b>16 (24.2)</b>	<b>4 (25)</b>
<b>Administrativa</b>	<b>42 (63.6)</b>	<b>31 (73,8)</b>
<b>Relacional</b>	<b>12 (18.1)</b>	<b>2 (16.6)</b>





**Tabla 35: Comparación de los grupos de asignación que finalizan el seguimiento en cuanto a las variables cuantitativas medidas antes de la intervención.**

Variables	Grupo de Intervención N = 56		Grupo de control 1 N = 54		Grupo de control 2 N = 56		P
	Media	I.C. 95%	Media	I.C. 95%	Media	I.C. 95%	
Edad	51.1	46.4 – 55.8	53.3	49.2 – 57.4	51.9	47.4 – 56.4	0.782
Número de convivientes <sup>2</sup>	3.59	3.15 – 4.02	3.44	3.05 – 3.84	3.29	2.96 – 3.61	0.534
Ansiedad de Estado (STAI-E) <sup>3</sup>	20.2	16.8 – 23.5	18.9	15.4 – 22.3	19.4	16.0 – 22.7	0.862
Ansiedad de Rasgo (STAI-R)	26.6	23.1 – 30.0	23.5	20.7 – 26.2	26.0	22.9 – 29.2	0.341
Depresión (BDI) <sup>2</sup>	6.75	5.02 – 8.48	5.06	3.71 – 6.41	5.66	4.21 – 7.11	0.282
Hipocondría (IBQ, WI+GH)	8.09	7.0 – 9.21	6.23	5.21 – 7.24	6.70	5.70 – 7.69	0.034*
Apoyo social (DUKE-UNC-11) <sup>3</sup>	25.6	23.0 – 28.1	25.4	23.1 – 27.7	22.8	20.5 – 25.0	0.173
Cohesión familiar (FES-Ch) <sup>4</sup>	7.13	6.55 – 7.70	7.22	6.71 – 7.72	7.21	6.76 – 7.67	0.957
Expresividad familiar (FES-E)	5.64	5.18 – 6.10	5.94	5.53 – 6.36	5.96	5.50 – 6.43	0.521
Conflicto familiar (FES-Cf) <sup>3</sup>	1.79	1.36 – 2.22	2.17	1.70 – 2.63	1.95	1.56 – 2.23	0.450
Apgar familiar <sup>5</sup>	8.38	7.83 – 8.92	8.39	7.80 – 8.98	8.45	7.88 – 9.01	0.982
Número de morbilidad crónica <sup>2</sup>	5.25	4.63 – 5.87	3.76	3.12 – 4.40	4.71	3.91 – 5.52	0.003*
Nº de derivaciones <sup>2</sup>	1.11	0.90 – 1.32	0.72	0.45 – 0.99	0.95	0.62 – 1.28	0.020*

<sup>1</sup> Nivel de significación del ANOVA-1; <sup>2</sup> transformación logarítmica; <sup>3</sup> transformación de raíz cuadrada; <sup>4</sup> transformación  $\chi^2$ ; <sup>5</sup> transformación  $x^3$ .

\* Comparaciones por parejas (T Bonferroni y agrupación Student-Newman-Keuls)  $p < 0.05$  del GI con el GC1.

**TABLA 36: Comparación de los pacientes de los grupos de asignación que finalizan el seguimiento en cuanto a las variables de utilización de las consultas, medidas antes de la intervención.**

Tipo de visitas	Grupo de Intervención N = 56			Grupo de control 1 N = 54			Grupo de control 2 N = 56			P <sup>1</sup>
	N	Media	I.C. 95%	N	Media	I.C. 95%	N	Media	I.C. 95%	
<b>Totales (médico y enfermería)<sup>2</sup></b>	56	24.2	21.2 – 27.3	54	23.8	21.0 – 26.6	56	21.7	19.0 – 24.5	0.395
<b>Totales del médico<sup>2</sup></b>	56	21.0	18.5 – 23.6	54	19.4	17.5 – 21.3	56	18.1	15.9 – 20.2	0.166
<b>Totales de enfermería<sup>2</sup></b>	27	6.56	5.17 – 7.94	30	7.93	5.98 – 9.89	33	6.12	4.70 – 7.54	0.219
<b>A demanda del médico<sup>3</sup></b>	56	17.7	15.3 – 20.0	54	17.4	15.5 – 19.4	56	15.3	13.2 – 17.4	0.187
<b>Programada de enfermería en consulta<sup>2</sup></b>	27	5.93	4.66 – 7.19	29	7.76	5.79 – 9.73	30	5.93	4.40 – 7.46	0.176
<b>Sin cita en consulta médico<sup>2</sup></b>	39	3.21	2.45 – 3.96	33	2.42	1.84 – 3.01	43	2.66	2.04 – 3.26	0.235
<b>Programada en consulta médico<sup>2</sup></b>	16	1.94	1.37 – 2.50	7	2.86	- 1.69 – 7.40	21	1.86	1.42 – 2.30	0.538
<b>Domiciliaria programada de enfermería<sup>2</sup></b>	4	4.25	- 6.09 – 14.6	2	1.50	- 4.85 – 7.85	6	4.33	- 0.10 – 8.77	0.768
<b>Domiciliaria urgente médico<sup>2</sup></b>	14	2.29	0.40 – 4.17	5	1.60	0.49 – 2.71	3	1.00	1.00 – 1.00	0.725

<sup>1</sup> Nivel de significación de F (ANOVA-1); <sup>2</sup> transformación logarítmica; <sup>3</sup> transformación de la raíz cuadrada.

**TABLA 37: Comparación de los pacientes de los grupos de asignación que finalizan el seguimiento en cuanto a las variables cualitativas, medidas antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 56</b>	<b>Grupo de control 1 N = 54</b>	<b>Grupo de control 2 N = 56</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Sexo (mujer)</b>	30 (53.6%)	28 (51.9 %)	29 (51.8%)	0.977
<b>Estudios (=&gt;COU-FP2)</b>	17 (30.4%)	19 (35.2%)	18 (32.1%)	0.553
<b>Clase social (I-II-II)</b>	11 (19.6%)	27 (50.0%)	12 (22.2%)	0.006
<b>Estado civil (casado)</b>	43(76.8%)	45 (83.3%)	42 (75.0%)	0.588
<b>Trabajando</b>	9 (18.0%)	12 (22.2%)	11 (22.4%)	0.876
<b>Isocrona (&gt;20 minutos)</b>	8 (14.3%)	4 (7.4%)	7(12.5%)	0.700
<b>Satisfacción con su médico (nunca, casi nunca, a veces)</b>	10 (17.9%)	15 (27.8%)	13 (23.2%)	0.531
<b>Percepción de salud (excelente, aceptable)</b>	18 (32.1%)	15 (27.8%)	18 (32.1%)	0.850
<b>Visita médico privado</b>	23 (41.1%)	25 (46.3%)	17 (30.4%)	0.216
<b>Visita médico naturista</b>	2 (3.6%)	1 (1.9%)	0 (0.0%)	0.365
<b>Apgar disfuncional</b>	8 (14.3%)	8 (14.8%)	11 (19.6%)	0.700
<b>Depresión positiva (BDI)</b>	30(53.6%)	24 (44.4%)	29 (51.8%)	0.599

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**TABLA 38: Comparación de los pacientes de los grupos de asignación que finalizan el seguimiento en cuanto a los grupos de morbilidad (CIAP), medidos antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 56</b>	<b>Grupo de control 1 N = 54</b>	<b>Grupo de control 2 N = 56</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>(A) Problemas Generales</b>	7 (12.5%)	4 (7.4%)	9 (16.1%)	0.375
<b>(B) Sangre</b>	3 (5.4%)	1 (1.9%)	3 (5.4%)	0.575
<b>(D) Digestivo</b>	21 (37.5%)	15 (27.8%)	16 (28.6%)	0.471
<b>(F) Ojo</b>	12(21.4%)	7 (13.0%)	7 (12.5%)	0.344
<b>(H) Oído</b>	6 (10.7%)	2 (3.7%)	11 (19.6%)	0.031
<b>(K) Circulatorio</b>	25 (44.6%)	28 (51.9%)	28 (50.0%)	0.733
<b>(L) Locomotor</b>	26 (46.4%)	32 (59.3%)	23 (41.1%)	0.147
<b>(N) S. Nervioso</b>	10(17.9%)	3 (5.6%)	6 (10.7%)	0.126
<b>(P) P. Psicológicos</b>	26 (46.4%)	11(20.4%)	17 (30.4%)	0.013
<b>(R) Respiratorio</b>	17 (30.4%)	14 (25.9%)	21 (37.5%)	0.417
<b>(S) Piel</b>	9 (16.1%)	6 (11.1%)	8 (14.3%)	0.748
<b>(T) Endocrino</b>	33 (58.9.0%)	19 (35.2%)	24 (42.9%)	0.038
<b>(U) Urinario</b>	8 (14.3%)	4 (7.4%)	10 (17.9%)	0.261
<b>(W) Embarazo, parto y planificación familiar</b>	3 (5.4%)	0 (0.0%)	3 (5.4%)	0.223
<b>(X) Aparato genital femenino</b>	5 (8.9%)	6(11.1%)	2 (3.6%)	0.316
<b>(Y) Aparato genital masculino</b>	4 (7.1%)	3 (5.6%)	8 (14.3%)	0.233
<b>(Z) Problemas sociales</b>	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-----

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**TABLA 39: Comparación de los pacientes de los grupos de asignación que finalizan el seguimiento en cuanto alguna morbilidad (CIAP), medidos antes de la intervención.**

<b>Variables</b>	<b>Grupo de intervención N = 56</b>	<b>Grupo de control 1 N = 54</b>	<b>Grupo de control 2 N =56</b>	<b>P<sup>1</sup></b>
<b>Hipertensión</b>	12 (21.4%)	21 (38.9%)	18 (32.1%)	0.134
<b>Cardiopatía isquémica</b>	2 (3.6%)	2 (3.7%)	4 (7.1%)	0.608
<b>Accidente vasculo-cerebral</b>	2 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.137
<b>Artrosis</b>	15(26.8%)	13 (24.1%)	15 (26.8%)	0.933
<b>Cefaleas</b>	8 (14.3%)	1 (1.9%)	2 (3.6%)	0.017
<b>Ansiedad</b>	9 (16.1%)	7 (13.0%)	8 (14.3%)	0.897
<b>Depresión</b>	11 (19.6%)	6 (11.1%)	7 (12.5%)	0.391
<b>EPOC- Asma</b>	8 (14.3%)	5 (9.3%)	13 (23.2%)	0.124
<b>Diabetes mellitus</b>	9 (16.1%)	8 (14.8%)	7 (12.5%)	0.862
<b>Dislipemias</b>	14 (25.0%)	4 (7.4%)	4 (7.1%)	0.006

<sup>1</sup> Nivel de significación de la Chi cuadrado.

**Tabla 40: Comparación de la utilización global pre y post-intervención entre los pacientes hiperutilizadores del grupo de intervención y los dos grupos controles.**

<b>Grupos Pacientes Intervención</b>	<b>N</b>	<b>Media (M)</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Post-intervención	56	14.84	12.71 - 16.97			<0.001
Pre-intervención	56	23.45	20.83 – 26.07	- 8.61	- 6.92 ; -10.30	

<b>Grupos Pacientes Control 1</b>	<b>N</b>	<b>Media (M)</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Post-intervención	54	24.26	21.35 - 27.17			0.001
Pre-intervención	54	21.43	18.65 - 24.21	2.83	1.23; 4.43	

<b>Grupos Pacientes Control 2</b>	<b>N</b>	<b>Media (M)</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Post-intervención	56	18.48	15.74 - 21.22			0.285
Pre-intervención	56	19.52	16.49- 22.55	- 1.04	-2.96; 0.89	

\* Valor de P de la T de Student para muestras apareadas.

**Control 1:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familia que no recibieron el curso de intervención.

**Control 2:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familiar que recibieron el curso de intervención..

**Tabla 41: Comparación de la utilización global a los 3 y 6 meses entre los pacientes hiperutilizadores del grupo de intervención y los dos grupos controles.**

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media (M) 3 meses</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Intervención	56	4.68	3.79 – 5.57			0.078
Control 1	54	5.48	4.67– 6.30	- 0.80	- 2.00 ; 0.39	

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media (M) 6 meses</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Intervención	56	9.16	7.60 – 10.72			0.030
Control 1	54	10.96	9.49 – 12.43	-1.80	-3.92 ; 0.31	

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media (M) 3 meses</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Intervención	56	4.68	3.79 – 5.57			0.586
Control 2	56	4.20	3.42 – 4.97	0.48	- 0.69 ; 1.65	

<b>Grupos</b>	<b>N</b>	<b>Media (M) 6 meses</b>	<b>I.C.95% (M)</b>	<b>Diferencia medias (DM)</b>	<b>I.C.95% (DM)</b>	<b>P*</b>
Intervención	56	9.16	7.69 – 10.72			0.716
Control 2	56	8.91	7.48 – 10.34	0.25	- 1.84 ; 2.34	

\* Valor de P de la T de Student para muestras independientes, tomando como variable dependiente el logaritmo de la utilización y a los 3 y 6 meses.

**Control 1:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familia que no recibieron el curso de intervención.

**Control 2:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familiar que recibieron el curso de intervención..

**Tabla 42: Comparación de la utilización global del año post-intervención entre los pacientes hiperutilizadores del grupo de intervención y los dos grupos controles.**

Grupos	N	Media (M)	I.C.95% (M)	Diferencia medias (DM)	I.C.95% (DM)	P*
Intervención	56	14.84	12.71 - 16.97			
Control 1	54	24.26	21.35 - 27.17	- 9.42	- 5.77 ; -13.07	<0.001

Grupos	N	Media	I.C.95% (M)	Diferencia medias (DM)	I.C.95% (DM)	P*
Intervención	56	14.84	12.71 - 16.97			
Control 2	56	18.48	15.74 - 21.22	-3.64	0.13 ; - 7.15	0.046

\* Valor de P de la T de Student para muestras independientes.

**Control 1:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familia que no recibieron el curso de intervención.

**Control 2:** Pacientes hiperutilizadores que no recibieron la intervención “7H+E” y que estaban adscritos a los médicos de familiar que recibieron el curso de intervención..



**Tabla 43: Modelo de efectos fijos de regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente la raíz cuadrada de la utilización post-intervención, N=166.**

VARIABLES	BETA	I.C. al 95%	C.C.P <sup>2</sup>	P
Grupo de asignación_1	- 1.140	- 1.524 – - 0.756	0.203	<0.001
Grupo de asignación_2	- 0.409	- 0.771 – - 0.047	0.036	0.027
Utilización total pre-intervención (log)	1.325	0.838 – 1.811	0.177	<0.001
Edad	0.012	- 0.002 – 0.026	0.022	0.084
Utilización médico privado	- 0.386	- 0.677 – - 0.095	0.048	0.010
Clase social	- 0.065	- 0.233 – 0.104	0.004	0.450
Percepción de salud	- 0.015	- 0.177 – 0.147	0.000	0.853
Hipocondría (GH+WI)	0.025	- 0.023 – 0.074	0.008	0.304
Apoyo social (Duke) (r2)	0.044	-0.139 – 0.227	0.002	0.638
Conflicto familiar (FES) (r2)	0.104	- 0.256 – 0.465	0.002	0.568
Ansiedad de rasgo (STAI-R)	- 0.003	- 0.024 – 0.018	0.001	0.776
Depresión (BDI) (log)	0.044	- 0.203 – 0.291	0.001	0.725
Nº morbilidad crónica (log)	0.139	- 0.235 – 0.514	0.004	0.463
Nº derivaciones (log)	0.323	- 0.446 – 1.091	0.005	0.407
Problemas psicológicos	- 0.023	- 0.390 – 0.345	0.000	0.903
Problemas endocrinos	- 0.035	- 0.378 – 0.309	0.000	0.842
Hipertensión	0.148	- 0.218 – 0.514	0.005	0.426
Cefaleas	- 0.030	- 0.609 – 0.549	0.000	0.919
EPOC-asma	- 0.017	- 0.427 – 0.394	0.000	0.936
Dislipemias	0.127	- 0.327 – 0.581	0.002	0.581

*I.C. = Intervalo de Confianza; C.C.P<sup>2</sup> = Coeficiente de Correlación Parcial al cuadrado*

*Grupo de asignación\_1: comparación del Grupo de Intervención con el grupo de control 1*

*Grupo de asignación\_2: comparación del Grupo de Intervención con el grupo de control 2*

*Log = logaritmo; r2 = raíz cuadrada*

*R<sup>2</sup> corregida = 0.54; Durbin-Watson = 1.955*

*Nº residuales tipificados >3=0; media de residuales tipificados =0.000 (desviación típica = 0.934)*

*Histograma y gráfico P-P normal de residuales tipificados ajustados*

**Tabla 44: Estimación de las medias del número de visitas totales post-intervención ajustando por las covariables de la ecuación de regresión lineal múltiple de efectos fijos (tabla 43). Comparaciones por parejas por el método Bonferroni.**

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Intervalo de Confianza al 95%</b>		
<b>Grupo de Intervención</b>	<b>56</b>	<b>14.1</b>	<b>11.9 - 16.4</b>		
<b>Grupo de Control 1</b>	<b>54</b>	<b>23.5</b>	<b>21.2 - 25.8</b>		
<b>Grupo de Control 2</b>	<b>56</b>	<b>20.1</b>	<b>18.0 - 22.3</b>		

	<b>D.M.</b>	<b>I.C.95% de la D.M.</b>		<b>P</b>
<b>Grupo Intervención – Grupo Control 1</b>	<b>- 9.34</b>	<b>- 5.17</b>	<b>-- - 13.5</b>	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Grupo Intervención – Grupo Control 2</b>	<b>- 5.98</b>	<b>- 2.09</b>	<b>-- - 9.88</b>	<b>0.001</b>
<b>Grupo Control 1 – Grupo Control 2</b>	<b>3.36</b>	<b>- 0.56</b>	<b>-- 7.28</b>	<b>0.119</b>

*DM = Diferencia de Medias; I.C. = Intervalo de Confianza.*

**Tabla 45: Modelo de efectos fijos de regresión lineal múltiple tomando como variable dependiente la raíz cuadrada de la utilización post-intervención (\*), N=166.**

VARIABLES	BETA	I.C. al 95%	C.C.P <sup>2</sup>	P
<b>Grupo de asignación_1</b>	<b>- 1.266</b>	<b>- 1.612 – - 0.921</b>	<b>0.250</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Grupo de asignación_2</b>	<b>- 0.638</b>	<b>- 0.971 – - 0.304</b>	<b>0.083</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Utilización total pre-intervención (log)</b>	<b>1.268</b>	<b>0.808 – 1.728</b>	<b>0.159</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Edad</b>	<b>0.011</b>	<b>- 0.001 – 0.023</b>	<b>0.019</b>	<b>0.080</b>
<b>Utilización médico privado</b>	<b>- 0.328</b>	<b>- 0.601 – - 0.054</b>	<b>0.034</b>	<b>0.019</b>
<b>Hipocondría (GH+WI)</b>	<b>0.037</b>	<b>0.00 – 0.075</b>	<b>0.024</b>	<b>0.053</b>
<b>Nº morbilidad crónica (log)</b>	<b>0.299</b>	<b>0.003 – 0.595</b>	<b>0.025</b>	<b>0.047</b>

(\* Introducción de las variables por el método hacia atrás (P de entrada =0.20 y P de salida =0.25)

I.C. = Intervalo de Confianza; C.C.P<sup>2</sup> = Coeficiente de Correlación Parcial al cuadrado

Grupo de asignación\_1: comparación del Grupo de Intervención con el grupo de control 1

Grupo de asignación\_2: comparación del Grupo de Intervención con el grupo de control 2

Log = logaritmo; r<sup>2</sup> = raíz cuadrada

R<sup>2</sup> corregida = 0.53; Durban-Watson = 1.982

Nº residuales tipificados >3=2; media de residuales tipificados = - 0.022 (desviación típica = 1.025)

Histograma y gráfico P-P normal de residuales tipificados ajustados

**Tabla 46: Estimación de las medias del número de visitas totales post-intervención ajustando por las covariables de la regresión lineal múltiple de efectos fijos (tabla 45). Comparaciones por parejas por el método Bonferroni.**

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Intervalo de Confianza al 95%</b>		
<b>Grupo de Intervención</b>	<b>56</b>	<b>14.0</b>	<b>12.0 - 16.0</b>		
<b>Grupo de Control 1</b>	<b>54</b>	<b>24.5</b>	<b>22.5 - 26.6</b>		
<b>Grupo de Control 2</b>	<b>56</b>	<b>19.1</b>	<b>17.1 - 21.0</b>		

	<b>D.M.</b>	<b>I.C.95% de la D.M.</b>		<b>P</b>
<b>Grupo Intervención – Grupo Control 1</b>	<b>- 10.5</b>	<b>- 6.92</b>	<b>-- - 14.1</b>	<b>&lt; 0.001</b>
<b>Grupo Intervención – Grupo Control 2</b>	<b>- 5.06</b>	<b>- 1.66</b>	<b>-- - 8.47</b>	<b>0.001</b>
<b>Grupo Control 1 – Grupo Control 2</b>	<b>5.46</b>	<b>1.98</b>	<b>-- 8.94</b>	<b>0.001</b>

*DM = Diferencia de Medias; I.C. = Intervalo de Confianza.*

**Tabla 47: Modelo multinivel de regresión lineal múltiple, ajustando sólo por los factores del ensayo (grupo de asignación, instante y su interacción) y tomando como variable dependiente la raíz cuadrada de la utilización total post-intervención, N = 166.**

re		Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
_Iinstante_1		-1.069553	.0992247	-10.78	0.000	-1.264029	-.8750759
_Igrupo_2		-.5213851	.2190575	-2.38	0.017	-.95073	-.0920402
_Igrupo_3		-.2590826	.2230077	-1.16	0.245	-.6961696	.1780044
_IgruXin~2_1		.9883383	.1402028	7.05	0.000	.7135458	1.263131
_IgruXin~3_1		1.383597	.1416182	9.77	0.000	1.10603	1.661163
_cons		4.739431	.1562501	30.33	0.000	4.433186	5.045675

Random-effects Parameters		Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	
medico: Identity					
	sd(_cons)	.000436	.1335774	7.4e-265	2.6e+257
paciente: Identity					
	sd(_cons)	1.044754	.0646188	.9254792	1.179401
	sd(Residual)	.5250475	.0287877	.4715506	.5846136

LR test vs. linear regression:            chi2(2) = 169.34    Prob > chi2 = 0.0000

*\_Iinstante\_1: Instante de la observación (inicial y a los 12 meses)*

*\_Igrupo\_2: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 1*

*\_Igrupo\_3: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 2*

*\_IgruXin-2\_1: interacción de la variable Instante con la \_Igrupo\_2*

*\_IgruXin-3\_1: interacción de la variable Instante con la \_Igrupo\_3*

**Tabla 48: Modelo multinivel de regresión lineal múltiple con los factores del ensayo y las variables que resultaron significativas o casi significativas ( $p < 0.20$ ) en el ajuste de efectos fijos; tomando como variable dependiente la raíz cuadrada de la utilización post-intervención, N=166.**

Log likelihood = -363.36423      Wald chi2(25) = 283.49  
 Prob > chi2 = 0.0000

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<u>Iinstante_1</u>	-1.062555	.1003841	-10.58	0.000	-1.259304 - .8658056
<u>Igrupo_2</u>	-.4235852	.1782864	-2.38	0.018	-.7730201 -.0741504
<u>Igrupo_3</u>	-.1333787	.2657181	-0.50	0.616	-.6541767 .3874193
<u>IgruXin~2_1</u>	1.023846	.1424194	7.19	0.000	.7447092 1.302983
<u>IgruXin~3_1</u>	1.342165	.144776	9.27	0.000	1.058409 1.625921
<u>edad</u>	.0264301	.0056887	4.65	0.000	.0152805 .0375797
<u>stai_r</u>	.0024308	.0077851	0.31	0.755	-.0128277 .0176893
<u>diabetes</u>	.2463716	.2109679	1.17	0.243	-.167118 .6598611
<u>_Isaludsu2_2</u>	-.1499169	.1648958	-0.91	0.363	-.4731068 .1732729
<u>duker2</u>	.0220226	.086354	0.26	0.799	-.1472282 .1912733
<u>_Isatisfa2_2</u>	-.2873396	.1793396	-1.60	0.109	-.6388387 .0641596
<u>_Isatisfa2_3</u>	-.008451	.18278	-0.05	0.963	-.3666932 .3497911
<u>log_morb</u>	.270067	.1935216	1.40	0.163	-.1092282 .6493623
<u>deriv_lg</u>	.0040817	.3565933	0.01	0.991	-.6948283 .7029917
<u>ibq</u>	.0370512	.0223682	1.66	0.098	-.0067896 .080892
<u>_Iclaseso2_2</u>	.1915148	.1565745	1.22	0.221	-.1153655 .4983952
<u>_Iclaseso2_3</u>	.1843672	.2449269	0.75	0.452	-.2956806 .664415
<u>_Iprivado_2</u>	-.1310782	.136319	-0.96	0.336	-.3982585 .1361021
<u>_Ipsicolo2_1</u>	.1287388	.170367	0.76	0.450	-.2051743 .4626519
<u>_Iendocri2_1</u>	-.0352802	.1798339	-0.20	0.844	-.3877482 .3171877
<u>_Ihta_1</u>	.1661367	.1649577	1.01	0.314	-.1571743 .4894478
<u>_Idislipem_1</u>	.2131626	.2170159	0.98	0.326	-.2121807 .6385059
<u>_Iepocasma_1</u>	.1173358	.1926872	0.61	0.543	-.2603242 .4949958
<u>_Ilocomot2_1</u>	.1047653	.1581198	0.66	0.508	-.2051439 .4146745
<u>_Iurinari2_1</u>	.024558	.1964346	0.13	0.901	-.3604468 .4095628
<u>_cons</u>	2.280955	.5552663	4.11	0.000	1.192653 3.369257

Random-effects Parameters	Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]
medico: Identity			
sd(_cons)	.2106741	.1019427	.0816065 .5438731
paciente: Identity			
sd(_cons)	.6811677	.0519125	.5866553 .7909063
sd(Residual)	.5216112	.0294465	.4669754 .5826394

LR test vs. linear regression:      chi2(2) = 89.40      Prob > chi2 = 0.0000

Iinstante\_1: Instante de la observación (inicial y a los 12 meses)  
Igrupo\_2: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 1  
Igrupo\_3: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 2  
IgruXin-2\_1: interacción de la variable Instante con la Igrupo\_2  
IgruXin-3\_1: interacción de la variable Instante con la Igrupo\_3  
stai\_r: ansiedad de rasgo (STAI\_R); Isaludsub2\_2: Percepción de salud; duker2: apoyo social funcional (raíz cuadrada del cuestionario DUKE-UNC-11); Isarisfa2\_2; Isatisfa2\_3: satisfacción con su médico;  
log\_morb: número de problemas crónicos de salud (logaritmo); deriv\_lg: número de derivaciones (logaritmo); ibq: hipocondría (escala GH-WI del cuestionario IBQ); Iclaseso2\_2; Iclaseso2\_3: Clase social; Iprivado\_2: utilización del médico privado; Ipsicolo2\_1: problemas psicológicos; Iendocri2\_1: problemas endocrinos; Ihta-1: hipertensión; Idislipemia\_1: dislipemias; Iepocasma\_1: EPOC-asma; Ilocomot2\_1: problemas del aparato locomotor; Iurinari2\_1: problemas urinarios.

**Tabla 49: Modelo con los factores del ensayo y las covariables del modelo de la tabla 48 que obtuvieron una  $p < 0.20$ ; tomando como variable dependiente la raíz cuadrada de la utilización post-intervención, N=166.**

Log likelihood = -379.80423		Wald chi2(11) = 257.06	Prob > chi2 = 0.0000		
re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
<u>Iinstante_1</u>	-1.062555	.1015288	-10.47	0.000	-1.261548 - .8635622
<u>Igrupo_2</u>	-.4510639	.1746092	-2.58	0.010	-.7932917 - .1088361
<u>Igrupo_3</u>	-.1185415	.254202	-0.47	0.641	-.6167683 .3796854
<u>IgruXin~2_1</u>	.9787922	.1420937	6.89	0.000	.7002936 1.257291
<u>IgruXin~3_1</u>	1.342165	.1464269	9.17	0.000	1.055174 1.629156
<u>edad</u>	.030777	.0047501	6.48	0.000	.021467 .040087
<u>stai_r</u>	.005911	.0068163	0.87	0.386	-.0074486 .0192706
<u>Isatisfa2_2</u>	-.2353196	.1817444	-1.29	0.195	-.591532 .1208928
<u>Isatisfa2_3</u>	.0004349	.1788167	0.00	0.998	-.3500393 .3509091
<u>log_morb</u>	.4615505	.1542612	2.99	0.003	.159204 .763897
<u>ibq</u>	.0439309	.0207558	2.12	0.034	.0032502 .0846116
<u>_cons</u>	1.93818	.3738717	5.18	0.000	1.205405 2.670956

Random-effects Parameters	Estimate	Std. Err.	[95% Conf. Interval]
medico: Identity			
sd(_cons)	.2060094	.0999358	.0796098 .5330989
paciente: Identity			
sd(_cons)	.7235537	.0531781	.6264857 .8356615
sd(Residual)	.527559	.0295063	.4727848 .588679

LR test vs. linear regression: chi2(2) = 98.87 Prob > chi2 = 0.0000

Con el Test de razón de verosimilitudes de este modelo con el modelo de la tabla 46 se obtiene una  $\chi^2_{exp}=13,46$  con 14 grados de libertad,  $P>0,20$ .

Iinstante\_1: Instante de la observación (inicial y a los 12 meses)  
Igrupo\_2: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 1  
Igrupo\_3: contraste del grupo de Intervención con el grupo de control 2  
IgruXin-2\_1: interacción de la variable Instante con la Igrupo\_2  
IgruXin-3\_1: interacción de la variable Instante con la Igrupo\_3  
stai\_r: ansiedad de rasgo (STAI\_R); Isarisfa2\_2; Isatisfa2\_3: satisfacción con su médico; log\_morb: número de problemas crónicos de salud (logaritmo); deriv\_Ig: número de derivaciones (logaritmo); ibq: hipocondría (escala GH-WI del cuestionario IBQ).

**Tabla 50: Comparaciones del grupo de intervención con el grupo control 1 y 2 al inicio del seguimiento; ajustando por las covariables del modelo multinivel.**

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GI contra GC1</b>	-.1185415	.254202	-0.47	0.641	-.6167683	.3796854

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GI contra GC2</b>	-.4510639	.1746092	-2.58	0.010	-.7932917	-.1088361

*GI = Grupo de Intervención; GC1 = Grupo de Control 1; GC2 = Grupo de Control 2*  
*Coef. = Coeficiente de regresión*

**Tabla 51: Comparaciones del grupo de intervención con el grupo control 1 y 2 al final del seguimiento; ajustando por las covariables del modelo multinivel.**

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GI contra GC1</b>	1.223623	.254202	4.81	0.000	.7253966	1.72185

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GI contra GC2</b>	.5277283	.1753765	3.01	0.003	.1839968	.8714599

*GI = Grupo de Intervención; GC1 = Grupo de Control 1; GC2 = Grupo de Control 2*  
*Coef. = Coeficiente de regresión.*

**Tabla 52: Comparaciones antes-después de la intervención de los grupos de asignación; ajustando por las covariables del modelo multinivel.**

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GI</b>	-1.062555	.1015288	-10.47	0.000	-1.261548	-.8635622

re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GC1</b>	.27961	.1055118	2.65	0.008	.0728107	.4864094

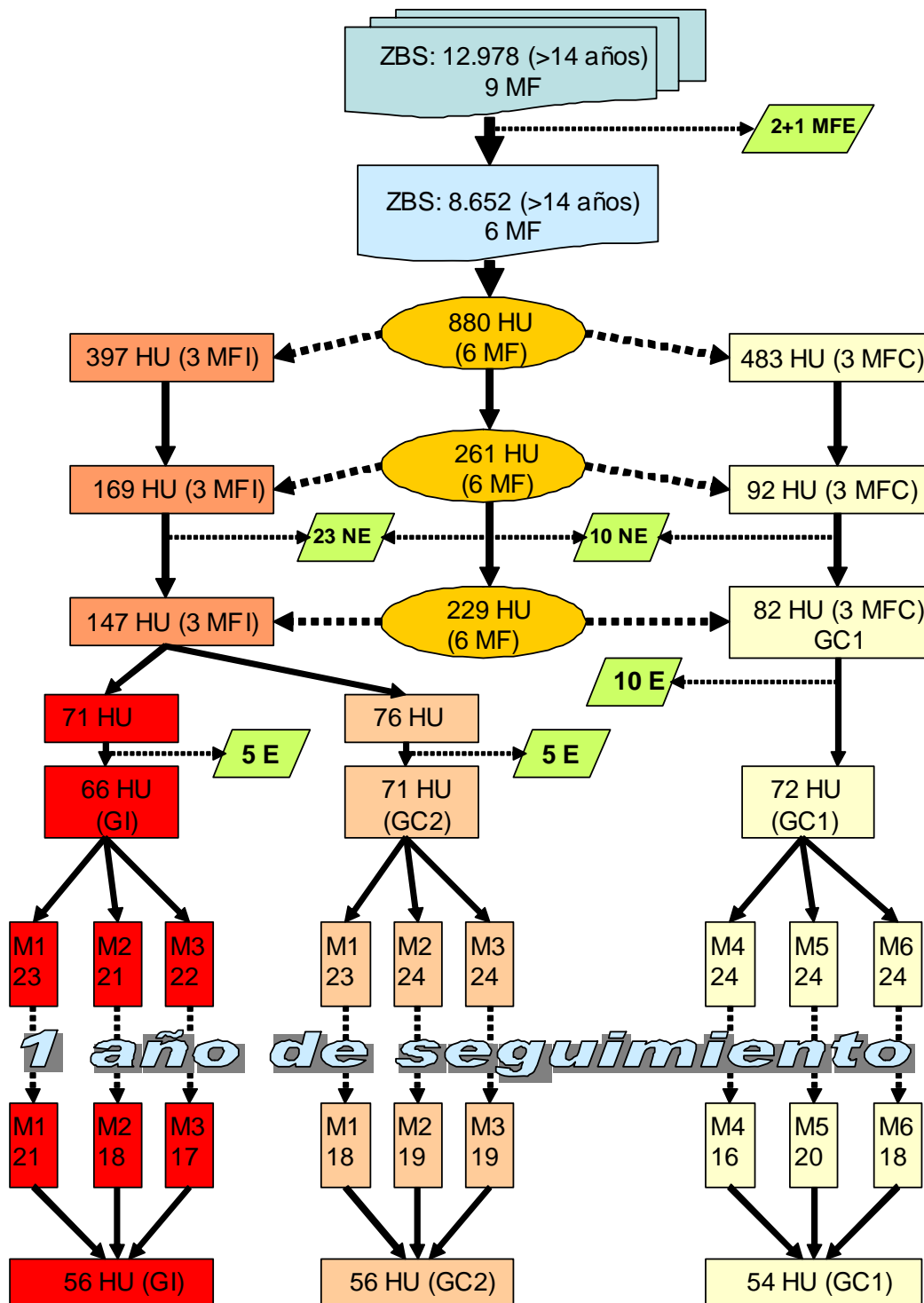
re	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
<b>GC2</b>	-.0837627	.099411	-0.84	0.399	-.2786046	.1110792

*GI = Grupo de Intervención; GC1 = Grupo de Control 1; GC2 = Grupo de Control 2*  
*Coef. = Coeficiente de regresión.*



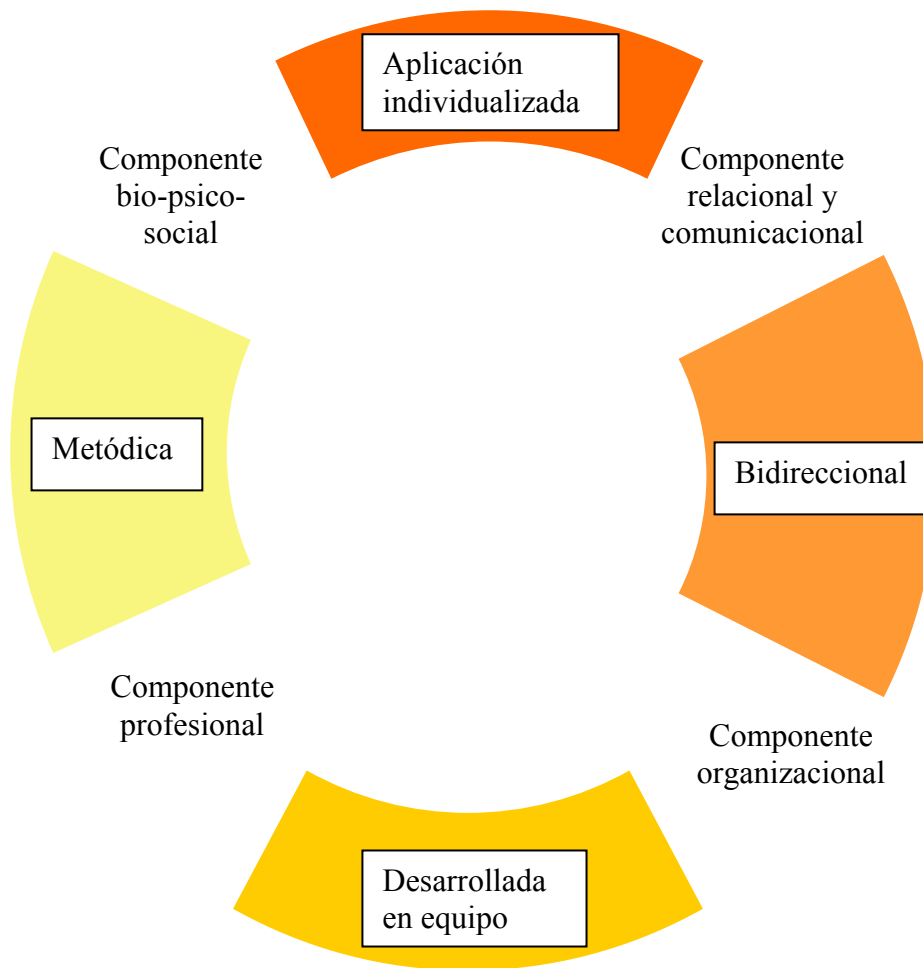
## ***FIGURAS***

Figura 1: Diseño, muestreo, intervención y seguimiento.

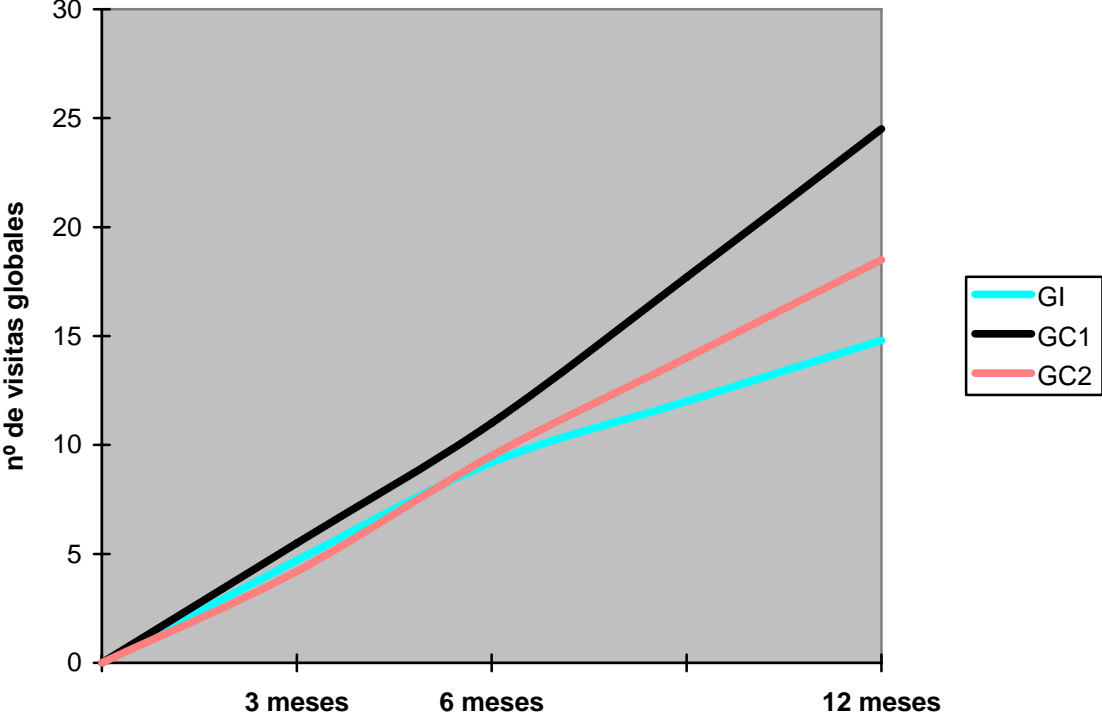


**ZBS:** Zona Básica de Salud; **MF:** Médico de Familia; **HU:** Hiperutilizador; **MFI:** Médicos de Familia de Intervención; **MFC:** Médicos de Familia de Control; **MFE:** Médicos de Familia Excluidos; **NE:** no entrevistados; **E:** excluidos; **GI:** Grupo de Intervención; **GC1:** Grupo de Control 1; **GC2:** Grupo de Control 2; **M1...6:** Médico 1.....6

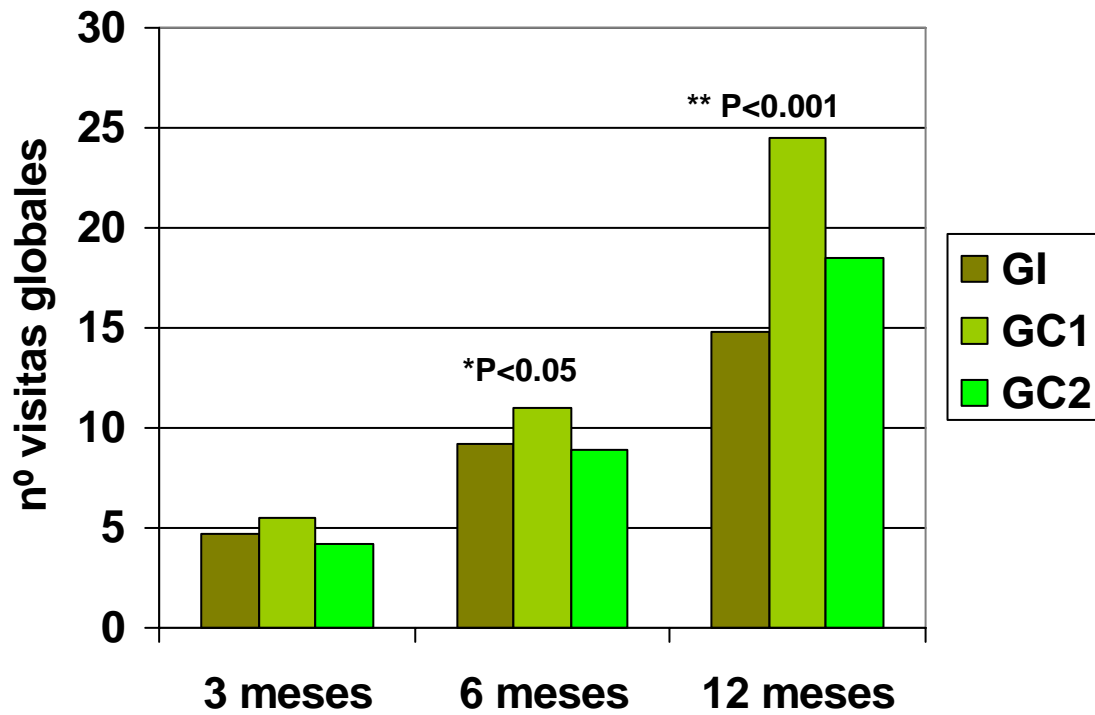
**Figura 2:** Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores “7H+E”, marco teórico e ingredientes activos.



**Figura 3:** Tendencia de la utilización global durante el año de seguimiento de los grupos de asignación (GI= Grupo de Intervención; GC1= Grupo control 1; GC2= Grupo de control 2).



**Figura 4:** Visitas globales medias durante el año de seguimiento en los grupos de asignación (GI = Grupo de Intervención; GC1 = Grupo Control 1; GC2 = Grupo Control 2)



\* GI versus GC1

\*\* GI versus GC1 y GC2