

UNIVERSIDAD DE GRANADA



TESIS DOCTORAL

**MODELO CAUSAL EN LA DECISIÓN DE IR AL
MÉDICO Y/O PRACTICAR AUTOCUIDADOS EN
LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA**

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO

Granada, Octubre 2005

Este trabajo que ha ido creciendo durante largo tiempo se lo dedico a mis padres Francisco y Rosa que se marcharon antes de verlo terminado.



AGRADECIMIENTOS: A Juan Bellón, compañero y amigo con el que inicié la idea y me enseñó el camino. A Antonio Muñoz y Juan de Dios Luna que me prestaron incondicionalmente sus largos años de experiencia científica. A Pepe Cañabate, Prudencio, Amelia y Bernabé, pediatras del Centro de Salud Zaidín Sur, que me apoyaron en todo momento. A Paco León y Pepe Frias, médicos residentes y a Lucía y Paula, enfermeras del programa de Salud infantil, que siempre colaboraron y mostraron un gran interés en el proyecto, y en los diarios de salud. A las madres del granadino barrio del Zaidín que nos abrieron sus puertas y nos dieron su tiempo



D. Antonio MUÑOZ HOYOS Profesor Titular de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

CERTIFICA: Que D. Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado Trabajo de Investigación prospectivo para la confección de la Memoria de TESIS DOCTORAL, bajo nuestra dirección sobre el Tema: MODELO CAUSAL EN LA DECISIÓN DE IR AL MÉDICO Y/O PRACTICAR AUTOCUIDADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA, la que ha finalizado con todo aprovechamiento, habiendo sido leída y revisada la presente y estando conforme para su presentación para ser juzgada.

Prof. A. Muñoz Hoyos

En Granada, Octubre del 2005

D.Juan de Dios LUNA DEL CASTILLO, Profesor Titular de Estadística e Investigación Operativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.

CERTIFICA: Que D. Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado Trabajo de Investigación prospectivo para la confección de la Memoria de TESIS DOCTORAL, bajo nuestra dirección sobre el Tema: MODELO CAUSAL EN LA DECISIÓN DE IR AL MÉDICO Y/O PRACTICAR AUTOCUIDADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA la que ha finalizado con todo aprovechamiento, habiendo sido leída y revisada la presente y estando conforme para su presentación para ser juzgada.

Prof. Juan de Dios Luna

En Granada, Octubre del 2005

D.Juan Angel BELLÓN SAAMEÑO, Médico de Familia.

CERTIFICA: Que D. Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado Trabajo de Investigación prospectivo para la confección de la Memoria de TESIS DOCTORAL, bajo nuestra dirección sobre el Tema: MODELO CAUSAL DE LA DECISIÓN DE IR AL MÉDICO Y/O PRACTICAR AUTOCUIDADOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA la que ha finalizado con todo aprovechamiento, habiendo sido leída y revisada la presente y estando conforme para su presentación para ser juzgada.

Juan A.Bellón Saameño

En Granada, Octubre del 2005

ÍNDICE

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

1.- CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN.....	12
1.1 Concepto de episodio.	
1.2 Intensidad, extensión, adecuación.	
1.3 Marco conceptual de la utilización.	
1.3.1 Aproximación episódica. Autocuidados .Diarios de salud.	
1.3.2 Intensidad de utilización.	
1.3.3 Presión asistencial.	
1.4 Conceptos de hiperutilizador y paciente problema.	
1.4.1 Concepto de hiperutilizador.	
1.4.2 Concepto de paciente problema.	
2.- FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACIÓN.....	21
2.1 Factores del usuario.	
2.1.1 Factores de necesidad.	
2.1.2 Factores predisponentes.	
2.1.3 Factores facilitadores.	
2.2 Factores del proveedor.	
2.2.1 Demanda inducida.	
2.2.2 Características del profesional.	
2.2.3 Satisfacción y estrés profesional.	
2.2.4 Estilos de práctica clínica.	
2.3 Factores de la organización.	
2.3.1 Disponibilidad y accesibilidad.	
2.3.2 Continuidad.	
2.3.3 Relaciones con el 2º nivel.	
2.3.4 Trabajo en equipo.	
2.3.5 Satisfacción laboral.	
2.3.6 Programas de salud y utilización previa.	
2.3.7 Tamaño y estructura del cupo.	
2.3.8 Normas, incentivos y sanciones.	
3.- FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES.....	37
3.1 Cultura sanitaria.	
3.1.1 Cultura y salud.	
3.1.2 El rol de enfermo.	
3.1.3 Conducta ante la enfermedad.	
3.1.4 Expectativas técnicas y afectivas.	
3.1.5 Creencias de salud.	
3.1.6 Educación sanitaria.	
3.2 Apoyo social.	
3.3 Función familiar.	
3.4 Salud Mental.	

CAPITULO 2: JUSTIFICACIÓN y OBJETIVOS. DISEÑO EPIDEMIOLÓGICO...58

CAPITULO 3: MATERIAL y MÉTODOS.....62

- 1 Unidad de estudio.Episodio.
- 2 Definición de las variables.
3. Medida y validez de las variables psicosociales maternas.
- 4 Estudio estadístico.

CAPITULO 4: R E S U L T A D O S Y TABLAS.....70

CAPITULO 5: DISCUSIÓN.....111

A.-CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....112

- 1 Criterios de selección y exclusión.
- 2 Diarios de salud .Episodios sintomáticos.
- 3 Validez y fiabilidad de las variables psicosociales de la madre.

B-DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....115

- 1 Episodios sintomáticos-síntomas.
- 2 Red social.
- 3 Remedios caseros y utilización de medicación.
- 4 Utilización de los profesionales.
- 5 Utilización de los profesionales según los síntomas.
- 6 Utilización de los profesionales según la red social.
- 7 Utilización de los profesionales según la percepción de gravedad.
- 8 Utilización de los profesionales según el rebaje de actividad.
- 9 Utilización de los profesionales y remedios caseros/medicamentos utilizados.
- 10 Utilización de los profesionales y las variables independientes madre e hijo:
 - 10.1 Utilización previa.
 - 10.2 Edad del hijo.
 - 10.3 Nivel de estudios.
 - 10.4 Número de convivientes. Número de hijos.
 - 10.5 Accesibilidad física.
 - 10.6 Enfermedad crónica.
 - 10.7 Satisfacción con el pediatra.
- 11-Utilización de los profesionales y las variables psicosociales de la madre:
 - 11.1 Función familiar.
 - 11.2 Ansiedad y depresión.
- 12- Utilización de los profesionales y creencias de la madre:
 - 12.1 Percepción de susceptibilidad y de gravedad.
 - 12.2 Locus de control de la salud.
 - 12.3 Percepción de barreras.
- 13-Análisis de los tiempos y riesgos proporcionales de Cox.
- 14-Utilización de los profesionales y variables predictoras .Regresión múltiple.

CAPITULO 6 CONCLUSIONES.....141.

CAPITULO 7 BIBLIOGRAFÍA.....144.

ANEXOS.....176.

- Anexo 1* Diario de salud
- Anexo 2* Función de supervivencia
- Anexo 3* Validación de cuestionarios de creencias de salud
- Anexo 4* Carta de presentación. Normas. Hoja de seguimiento
- Anexo 5* Cuestionarios.
- Anexo 6* Tabla 1-Diarios de salud y utilización
 - Cuadro 1-Aproximación episódica.
 - Cuadro 2-Factores del usuario.
 - Cuadro 3-Factores del proveedor y de la organización
 - Cuadro 4-Variables independientes

Abreviaturas:

- HU: Hiperutilizador/Hiperutilización.
- IRA: Infección respiratoria aguda.
- URG.: Urgencias.
- HOSP: Hospital.
- C. de Salud: Centro de Salud.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.- CONCEPTOS SOBRE UTILIZACIÓN.

1.1.- CONCEPTO DE EPISODIO

Solon (*Solon JA, 1967*) define el episodio de cuidados médicos como " *un bloque de uno o más servicios médicos recibidos por un individuo durante un período de contactos relativamente continuos con uno o más proveedores de servicios de salud, en relación a un problema particular o situación médica*". En esta definición destacarían tres aspectos: primero, las situaciones o problemas médicos de los pacientes (usualmente ausentes en los estudios tradicionales de utilización); segundo, el intervalo de tiempo entre la prestación de servicios y la duración total de los episodios; y tercero, el manejo médico o profesional del problema.

La definición de Solon deja de lado aquellos cuidados no profesionales, lo que se conoce como los autocuidados. Dean (*Dean KJ, 1983*) los define " *como un proceso de decisión-acción que implica la autoobservación, percepción de síntomas, su etiquetado o diagnóstico, el juicio de la severidad y la elección de su cuidado o tratamiento*". Los autocuidados no excluirían a los cuidados profesionales pero, en sentido estricto, los autocuidados se definen como los cuidados de la salud no profesionales. No existe una definición unánime de autocuidados, más bien ésta puede ser más o menos apropiada en función del uso que se le quiera dar (*Dean K, 1989*).

Para completar el concepto de episodio, se citará la definición de Benzent (*Benzent N, 1989*): " ***un episodio de cuidados es la actividad emprendida por uno mismo y otros en un período dado y en respuesta a un problema o situación médica***". Esta definición es lo suficientemente amplia como para abarcar toda la historia natural de la utilización, ya que comprende no solo el acontecimiento de la visita médica (fenómeno recogido en los estudios clásicos de intensidad de utilización), sino también todo el proceso de decisión-acción que ocurre antes de acudir al médico ante un determinado problema, y que podría solventarse con los autocuidados, con la consulta médica o con ambos procesos.

Los proveedores de la salud sólo ven una pequeña fracción de los problemas sanitarios experimentados por el conjunto de la población. La importancia de este fenómeno iceberg se recoge en el clásico trabajo de White (*White KL, 1961*), donde se pone de manifiesto que solo el 20-25% de los problemas de salud que ocurren en la población son atendidos por el médico. En el trabajo de (*Benzent N, 1989*) se ha confirmado el fenómeno iceberg, de tal forma que solo el 20% de los episodios de un total de 14.000 se atendieron por el profesional.

Hay estudios en Pediatría que resaltan y afirman igualmente el fenómeno iceberg, así, Campión y Saunders (*Campión PD, 1985 ; Saunders NR, 2003*), refieren que sólo la mitad de síntomas terminan en la consulta médica. Bruijnzeels y Osman (*Bruijnzeels MA, 1998; Osman LM 1995*), en estudios con diarios de salud, encontraron que menos del 20% de los síntomas necesitaron visitar al médico, destacando a los diarios de salud como el mejor método para recoger información de procesos de salud simultáneamente del hogar y de la consulta médica.

Los cuidados de salud son en realidad un *continuum* desde los autocuidados más puros, hasta los cuidados profesionales exclusivos. Para estudiar este *continuum*, la mejor alternativa es la aproximación episódica. Desde este encuadre, el concepto de episodio es empleado como unidad de medida en los estudios de autocuidados, y éstos son entendidos como parte de la utilización; sin embargo, las tradicionales medidas de utilización que se basan en la intensidad de uso no servirían para estudiar los autocuidados.

Cunningham (*Cunningham S, 1987*), empleando también diarios de salud, concluye que las madres consultaban al médico sólo si el síntoma era severo o no se mejoraba previamente con autocuidados (automedicación remedios caseros o simplemente no hacía nada). Bradford (*Bradford WD, 2004*), profundizando en el continuum de los cuidados, señaló al consejo médico como un factor decisivo.

Se podría concluir que para investigar los determinantes de la decisión de ir al médico se debe recurrir a la aproximación episódica, mientras que el enfoque de intensidad de uso sólo estudiaría una parte del fenómeno de la utilización. Es más, los factores predictivos de la decisión de ir al médico en Pediatría serían parecidos, pero distintos, a los que influyen en la intensidad de uso (*Berkanovic E, 1981; Van de Kar, 1992*).

1.2.- INTENSIDAD, EXTENSION, ADECUACION.

La mayoría de los estudios sobre el uso de los servicios de atención primaria tanto en adultos como en la población pediátrica 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. La variabilidad de la intensidad de uso ha sido una constante en los estudios de frecuentación, ya anunciada desde el principio en la edad pediátrica en los estudios de (*Starfield B, 1979; Wolf BL, 1980*) y ratificada prácticamente en todos los estudios posteriores (*Janicke, DM 2001; Riley AW, 1993; Ward A, 1996; Soriano FJ, 1997 y 1999; Wicke S, 1990; Johnsen N, 1988; Newacheck PW, 1992, 1986*). El tiempo sobre el cual referir la intensidad de utilización, según el tipo de estudio, varía desde 2 semanas (*Grimsmo A, 1984; Andersen AS, 1987*) a tres (*Wolinsky FD, 1978*) o diez años (*Krakau I, 1992*), aunque lo más frecuente es que se estudie un año completo.

El término utilización también puede referirse a la **extensión** de utilización como el número de personas diferentes que usan los servicios. Este enfoque es el que se emplea en la evaluación de la cobertura de los programas de salud, e incluso es uno de los pilares sobre los que se apoya la estrategia de actividades preventivas denominada "*case finding*". La detección de casos, o búsqueda activa entre los pacientes que acuden a la consulta, se basa en el hecho de que más del 90% de la población adscrita al médico de familia, le consultará por cualquier motivo en el plazo de 5 años (*Delgado A, 1994 b*). La extensión o cobertura y el acceso a los servicios de salud en los estudios de utilización en atención primaria puede tener enfoques distintos según el sistema de salud del país donde se investigue; así en los estudios de USA hay que interpretarlos conociendo las diferencias entre la sanidad pública y privada y los distintos tipos de seguridad social (*Deveugele M, 2002; Simpson N, 2004; Berman S, 2004; Buchiarelli RL, 2003*)

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. El categorizar el uso como apropiado o no apropiado implica *per se* un juicio de valor, y como se puede deducir del estudio de Sihvonen, este juicio depende de ciertas características del médico como la motivación o la

experiencia profesional.

Desde el punto de vista del paciente, la pertinencia de las visitas, en principio, no admite discusión. El usuario piensa que si va al médico es, fundamentalmente, porque lo necesita; aunque podría admitir que a veces va al médico y podría no haber ido. Este sería el caso de las consultas por motivos burocráticos (prescripciones repetidas, partes de baja, etc.), por la presión de un familiar ("yo no quería venir pero mi mujer insistió"), o por incompetencia de su médico ("mi médico no es capaz de resolver mi problema"). Para encontrar respuesta a esta disparidad de opiniones entre usuarios y proveedores, se han apuntado razones centradas en los pacientes como la obligación de "legalizar" el estado de enfermo (*Hannag DR, 1988*), la necesidad de apoyo y conversación (*Counte MA, 1991*) y la codificación de los problemas psicosociales y familiares como físicos (*Barsky AJ, 1981; Mechanic D, 1986*).

Desde un punto de vista metodológico, son numerosas las dificultades para medir lo adecuado-inadecuado de las visitas al médico. En un estudio (*Roberts CR, 1983*), un grupo de expertos estableció unos criterios objetivos con los que se clasificaron las consultas por un resfriado en Pediatría como adecuadas o no. Uno de los problemas de este tipo de investigaciones sería el que no se podría estudiar un gran número de problemas de salud, ya que sería muy engorroso elaborar demasiadas listas de criterios de adecuación. Pero 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.

Un punto a tener en cuenta en Pediatría es que la decisión de llevar al médico al niño la suele tener la madre, a su vez influenciada por múltiples variables, pero dentro de ellas habría dos que darían como resultado la medida hipotética de lo adecuado o inadecuado: la percepción de vulnerabilidad del hijo (*Janicke DM, 2001; Allen EC, 2004*) y la propia morbilidad "real" u objetiva. Ambas contribuyen a la necesidad de acudir al médico y no tienen por qué coincidir entre sí. En los estudios de utilización pediátrica en atención primaria uno de los más potentes predictores ha sido siempre la enfermedad aguda recidivante o crónica del hijo (*Ward A, 1996; Wyke S, 1990; Johnsen N, 1988; Soriano FJ, 1999*); no obstante, es muy difícil juzgar en base sólo a la patología "real", la que se anote en la historia clínica. Por ejemplo, ¿cómo de adecuada o inadecuada es la utilización pediátrica por un resfriado banal de un hijo prematuro al que su madre, estresada, lo considera especialmente vulnerable?

1.3.- MARCO CONCEPTUAL DE LA UTILIZACION.

Cuando consideramos el abordaje empírico de la utilización podemos advertir que, en muchas ocasiones, son difíciles las comparaciones entre las distintas investigaciones. Estas dificultades se centrarían, 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. En este epígrafe se analizarán las múltiples clasificaciones de la utilización derivadas de su aproximación empírica; con ello se tratará de profundizar en la importancia de dejar claro el marco conceptual que se aplica cuando se decide investigar sobre la utilización. Se abordaran tres posibles referencias teóricas: la aproximación episódica, la intensidad de uso y la presión asistencial. Sin embargo, es necesario puntualizar que las interrelaciones entre las tres conceptualizaciones son numerosas, y es que las

tres pretenden discernir el mismo fenómeno de la utilización.

1.3.1.- Aproximación episódica. Autocuidados. Diario de salud. (Anexo 6.Cuadro1)

En éste contexto, la clasificación más empleada es la que ordena la utilización **según el tratamiento** que se le da a los episodios: 1. Autocuidados puros, 2. Cuidados médicos puros y 3. Cuidados mixtos (Haug MR, 1989). Sobre esta línea clasificatoria algunos autores, en función del concepto de autocuidado que manejen, pueden dividir el tratamiento de los episodios en múltiples apartados: 1. Ausencia de tratamiento (aparece el síntoma pero no se hace nada en relación con el mismo), 2. Autocuidados puros (tomar medicinas que haya en el hogar, permanecer en cama, restringir actividades, etc.), 3. Cuidados médicos puros, y 4. Autocuidados y cuidados médicos (Bentzen N, 1989). Dean (Dean K, 1983) destaca aspectos relativos a los autocuidados como la automedicación: 1. Autocuidados sin medicación, 2. Automedicación, 3. Visita al médico, y 4. No hacer nada. Stoller (Stoller EP, 1993) en un intento de multiplicar aún más las clasificaciones, emplea 14 categorías de tratamiento del episodio: 1. No hacer nada, 2. Rezar, 3. Automedicación (utilizar medicinas no prescritas por el médico), 4. Remedios dietéticos caseros, 5. Otros remedios caseros, 6. Usar medicinas prescritas por el médico, 7. Medicinas prescritas por el médico para otro uso, 8. Ir a ver a su médico, 9. Ir a consultar a otro médico, 10. Permanecer en cama, 11. Disminuir las actividades habituales, 12. Leer a cerca del síntoma o episodio en cuestión, 13. Cambios de conducta, 14. Actividades de ocio. Otros autores prefieren simplificar los términos y medir exclusivamente si consultan o no con el médico por un determinado episodio o síntoma (Berkanovic E, 1981; Lydeard S, 1989).

Los **cuidados de salud** comprenden un “continuum” que va desde los autocuidados puros (que serían los cuidados no profesionales) hasta los cuidados profesionales, pasando por una combinación de ambos. Sin embargo; Dean (Dean KJ, 1983), con matices distintos, dice que la respuesta ante los autocuidados puede variar desde no hacer nada hasta la consulta directa con el proveedor. Bentzen (Bentzen N, 1989) nos da una interpretación económica de los autocuidados y dentro del análisis describe “la aproximación episódica”, cuya unidad de medida sería el episodio sintomático. En este encuadre, los autocuidados formarían parte de la utilización, mientras que la medida tradicional de la utilización, la intensidad de uso, no exploraría los autocuidados. Rogers (Rogers A, 1998) nos presenta los autocuidados como un camino del manejo de la demanda, y enfatiza los cuidados informales son una alternativa o suplemento de los cuidados formales pudiendo ayudar a la disminución del uso de servicios profesionales y advierte de cómo la información sobre, prevención, síntomas, diagnóstico y acceso a servicios serían importantes para mejorar la utilización.

Para el estudio de autocuidados se impone el **diario de salud**. Se trata de un cuaderno donde el paciente, la madre en pediatría, va anotando los episodios sintomáticos de su hijo y sus conductas ante ellos. Puede variar la frecuencia de anotación (simultánea al episodio, una vez por la noche, etc.) o el grado de libertad para anotar (preguntas cerradas y *check-lists*, preguntas abiertas o una combinación de ambas). La gran ventaja sobre las entrevistas y cuestionarios es que minimiza el sesgo de memoria y permite aumentar el período de investigación. También permite ampliar los problemas de salud a estudiar, especialmente sobre cuestiones banales en los que el cuestionario es limitado; sin embargo, hemos de comentar algunas limitaciones a tener en cuenta en los diarios. Los tres principales sesgos de los diarios serían (Verbrugge LM, 1980; Bentzen N, 1989):1) La madre es la que polariza la respuesta.2) La sensibilización, de tal forma que usar el diario puede motivar cambios de actitudes y un aumento de la utilización de cuidados de salud.3) El

agotamiento y el cansancio por su cumplimentación, por lo que no se pueden usar durante periodos de seguimiento demasiado largos o/y se debe incentivar la colaboración (Norman GR, 1982).

Otras limitaciones o situaciones que hay que tener en cuenta para trabajar con diarios de salud son: 1) El alto coste y la complejidad del tratamiento de los datos (Roghamann KJ, 1972; Bentzen N, 1989). 2) El nivel de educación; en el análisis comparativo de diarios de salud y encuestas que hace Bruijnzeels (Bruijnzeels MA, 1998), nos muestra como el nivel educativo escaso favorecería una menor recogida de datos (de morbilidad) respecto a las encuestas, sin embargo la recogida global de información en los diarios es alta sobre todo para síntomas difusos, poco importantes y frecuentes (Roghamann KJ, 1972; Bentzen N, 1989), así como para las enfermedades agudas y por supuesto para los tratamientos de autocuidados etc); sin olvidar que el diario de salud explora el fenómeno iceberg entero (Verbrugge LM, 1980). Se puede ver una tabla resumen de los principales estudios sobre utilización pediátrica con diarios de salud en el (Anexo 6. Tabla 1)

Durante mucho tiempo se ha considerado la **automedicación** como una de las formas de uso irracional de los medicamentos que conlleva riesgos en inconvenientes (Holt GA, 1990; Mant A, 1992; Cranz H 1990; Lunde I, 1990). Desde hace algunos años la automedicación forma parte de la los autocuidados sanitarios con aspectos positivos ya que constituyen una forma de responsabilidad individual hacia la salud con la elección libre del paciente en base a sus propios conocimientos (Holt GA, 1990; Geest SV, 1990). Entendido así los autocuidados entre otras ventajas podrían disminuir la utilización sanitaria por dolencias menores evitando la saturación de servicios médicos y reduciendo visitas y costes al sistema sanitario. (Holt GA, 1990; Cranz H 1990; Lunde I, 1990). Según distintos estudios en Europa y Estados Unidos se estima que más del 50% de las enfermedades son inicialmente tratadas con automedicación (Holt GA, 1990; Lunde I, 1990). Estudios realizados en España situó la prevalencia de automedicación alrededor del 40 al 75% (Moral S, 1994). Los medicamentos más utilizados en la automedicación son aquellos para enfermedades, dolencias o síntomas considerados por el propio paciente como no graves o que no requieren consulta médica (Thomas DHT, 1996; Cranz H, 1990; Wan Po AL, 1982), en los niños en la edad pediátrica se utilizan sobre todo medicamentos para los catarros, la tos y pomadas tópicas para magulladuras o heridas (Mant A, 1992; Holt GA, 1990, Lunde I, 1990; Blenkinsop A, 1996; Wan Po AL, 1982)

Continuando con la aproximación episódica y **según el modelo de la demanda inducida por el proveedor** (Fylkesnes K, 1992) se pueden clasificar las visitas al médico como: 1. Visita inicial, es decir, aquella que se produce por decisión autónoma del paciente en cuestión (recordemos que esto lo hemos denominado "la decisión de ir al médico"); y 2. "Revisitas" por un mismo episodio, que se refiere al número de visitas que el individuo tiene que hacer por un determinado problema de salud una vez contactado con su médico. Las "revisitas" están ampliamente influenciadas o determinadas por el proveedor y sustentan el denominado modelo de la demanda inducida por el proveedor ("*supplier-induced demand*") (Wennberg JE, 1982; Hemenway D, 1985), que tiene fuertes implicaciones en la economía de la salud. En el fondo de este modelo se asume que alguna de las visitas generadas a través de este mecanismo no tendrían lugar si el paciente no hubiera sido influenciado por el médico, o lo que es lo mismo, los médicos podrían generar parte de su propia demanda (Armstrong D, 1990).

Aún dentro del contexto de la aproximación episódica se han empleado **otras taxonomías** que podrían conectar con algunas clasificaciones usadas en estudios de intensidad de utilización (Pedersen K, 1982): 1. Episodios agudos ("*acute illness*") que pueden ser autolimitados (resfriados, diarreas,...) o no (neumonías, apendicitis,...); 2. Episodios crónicos ("*chronic illness*") que necesitan de atención continuada; 3. Episodios de agudización de los crónicos ("*flare up illness*") que se

situarían entre los agudos y crónicos (descompensación de diabetes,...); y 4. Episodios preventivos sobre posibles enfermedades latentes, vacunaciones, etc.

1.3.2.- 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** (*Branch L, 1981; 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.). Esta primera clasificación varía en función del país donde se estudie, ya que la organización profesional de las distintas comunidades pueden parecerse, pero es diferente (*Browne GB, 1982*). Según los países se podría considerar trabajador de atención primaria al médico de familia especializado, el médico generalista no especializado (como en España), el internista generalista (como en Estados Unidos), el pediatra de atención primaria (como en España), el enfermero comunitario, el enfermero visitador, el trabajador social, el dentista, el psicólogo de primer nivel, el fisioterapeuta, 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 (*Wolinsky FD, 1978; Manga P, 1987*). Así, mientras que en el enfoque episódico la utilización del primer y segundo nivel se referiría a un mismo episodio, en la intensidad de utilización se mezclarían visitas de distintos episodios como visitas globales (*Fylkesnes K, 1992*).

En segundo lugar, se pueden referir las tasas de utilización **según el canal de comunicación** utilizado: 1. Utilización de la consulta ("*face to face*"), 2. Visitas en el domicilio del paciente (*Shapiro E, 1989; Barbero JJ, 1994*), y 3. Utilización telefónica (*Daugird A, 1989; Wasson J, 1992; Nagle JP, 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 (*Bellón JA, 1994 b*); y 2. Concertando cita. Es decir, se podría clasificar la utilización **en función de la urgencia**.

En tercer lugar, y en conexión con la aproximación episódica, se podría categorizar la utilización **en función del objetivo de la visita** (*Hibbard JH, 1986*): 1. Visitas clínicas agudas o "visitas iniciales", que serían las que hemos denominado, según el modelo de la demanda inducida por el proveedor, como visitas de iniciativa exclusiva del paciente, con un predominante objetivo de resolución clínica; 2. Visitas programadas, generadas, al menos en parte, por el propio médico, y cuyo objetivo es el estudio y seguimiento clínico (*Navarro A, 1992; Bellón JA, 1993 b*); 3. Visitas administrativas, que algunos autores denominan contactos superficiales ("*superficial contacts*") (*Svab I, 1993*), y que persiguen objetivos fundamentalmente administrativos (obtención de recetas repetidas, partes de baja, etc.) (*Quirce F, 1994*); 4. Visitas por agudización de patología crónica ("*flare up illness*" en el encuadre episódico) (*Pedersen K, 1982*), como la descompensación de un asma crónica, y que sería un tipo especial de utilización clínica aguda, aunque en la práctica y dentro del contexto de intensidad de uso apenas se emplea; y 5. Visitas preventivas (*Hibbard JH, 1986*), según los protocolos de los programas preventivos, que podrían ser de iniciativa exclusiva del paciente ("*vengo por primera vez al control del niño sano*") o de mutuo acuerdo con el médico ("*el año que viene venga de nuevo al control del niño sano*"). Como resumen o suma de los 5 tipos de visitas citados en este párrafo podríamos considerar las visitas globales o totales, si bien en la práctica, este tipo de visitas admite muchas variantes (excluyendo las llamadas telefónicas, las visitas a determinados profesionales de la atención primaria, etc.). Esta categoría, en realidad, es la que se emplea con más frecuencia en los estudios de intensidad de utilización (*McKinlay JB, 1972*).

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 (*Armstrong D, 1990*), la utilización programada que es inducida de forma clara por el proveedor y la organización (*Antoñanzas F, 1988; Armstrong D, 1990; Bellón JA, 1993 b*), y la utilización administrativa, motivada por el proveedor, la organización de la consulta y la del servicio (*Bellón JA, 1993*). 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.

En cuarto lugar, **en función de la fuente de datos** usada para medir la utilización y según Mckinlay (*Mckinlay JB, 1972*) se podría clasificar la utilización en dos tipos: 1. Utilización medida por registros, como la historia clínica, listados de cita previa, listados de compañías de seguros, etc. (*Morris JK, 1992*); sus mayores ventajas serían que, en general, los resultados suelen ser más fiables que las encuestas (*Bellón JA, 1994*) y también que se podrían estudiar largos períodos de intensidad de uso (*Starfield B, 1985*). 2. Utilización medida por encuestas, que a su vez puede referirse a la utilización recordada en un determinado tiempo, desde 15 días (*Andersen AS, 1987; Saenz MC, 1991*) hasta 12 meses (*Geertsen R, 1975; Newacheck PW, 1992*) o 15 meses (*Evashwick C, 1984*); o a la intención de uso, o proyección futura sobre la posible utilización ante una determinada circunstancia de salud (*Bush PJ, 1990*). Los inconvenientes de la utilización medida por encuestas serían consecuencia de la limitación del tiempo a recordar o proyectar y la baja fiabilidad de las respuestas (*Cleary PD, 1984; Bellón JA, 1994; Bellón JA, 2000*); en el caso de la intención de uso además, por la dificultad de inferir la utilización real a partir de la intención de utilizar.

Un tercer grupo, aunque se saldría del contexto de intensidad y se incluiría en la aproximación episódica sería la utilización medida por diarios de salud (*Norman GR, 1982; Stoller EP, 1993*). Se trata de un registro diario de los episodios que van ocurriendo en el seno familiar y la forma de enfrentarse a ellos. Sin duda, son las encuestas más fiables, aunque presentan otras limitaciones y sesgos como ya hemos visto.

1.3.3.- Presión asistencial.

Desde la óptica de la presión asistencial, distinguiremos entre el exceso de demanda y el de presión asistencial (*Prieto A, 1990*). Tener exceso de demanda implicaría que una determinada población solicita, por habitante y año, más servicios sanitarios que la media de otras poblaciones, por lo que el exceso de demanda se aproximaría al concepto que venimos barajando de intensidad de utilización. Tener una excesiva presión asistencial se aplicaría a la situación en la que se atienden más pacientes por día que la media de los profesionales. En este caso, la unidad de medida de la utilización sería el número de visitas al día que recibe el médico (*Almenar F, 1986; Azagra R, 1992; Agreda J, 1995*). Esta forma de medir la utilización podría aplicarse a los distintos tipos de utilización según la cualidad de la visita, así por ejemplo se podría emplear para medir las visitas domiciliarias (*Donaldson LJ, 1991*). Quede claro que son dos formas distintas de medir la utilización, y concretamente el estudio de la presión asistencial es un enfoque "centrado en el médico y la organización", mientras que el análisis de las tasas de utilización (exceso de demanda) estaría "centrado en el paciente". La presión asistencial media en Andalucía es de 47.06 pacientes/día para medicina de familia y de 26.79 pacientes/día para pediatría (*Memoria estadística de la Consejería de Salud, 2001*)

La intensidad de uso tiene unas relaciones estrechas con la presión asistencial. Un cupo asignado a un pediatra que, por el motivo que sea (exceso de ratio de niños menores de 1 año, elevada prevalencia de morbilidad crónica, etc.), tenga unas tasas de utilización elevadas, llegaría a aumentar la presión asistencial. Esto es lo que se conoce como un aumento de la presión asistencial

inducida por el usuario. Por otra parte, aún con un cupo con intensidad de uso normal o bajo, en determinados pediatras (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 presión asistencial, 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 presión asistencial inducida por el proveedor (*Hemenway D, 1985; Armstrong D, 1990*).

Como se puede comprobar sería difícil entender e interpretar la presión asistencial sin el conocimiento de la intensidad de utilización, y se podría decir aún más, sería necesario conocer el tipo o cualidad de las visitas que recibe un determinado médico, para poder diagnosticar la causa del exceso de presión asistencial. Un médico que reciba un exceso de visitas administrativas respecto de sus compañeros de equipo, suponiendo que la estructura de los cupos fuera parecida, probablemente sería un médico mal organizador de su consulta; mientras que un médico con una elevada proporción de "revisitas" ante procesos agudos, es posible que carezca de la formación suficiente para resolver tales problemas (*Bellón JA, 1993; Casajuana J & Bellón, 2003*).

El estudio de la presión asistencial, en la práctica, es un enfoque que pretende centrarse en los factores ligados al profesional (*Wilkin D, 1984; Eisenberg JM, 1985*) y la organización (*Alonso E, 1987; Calnan M, 1988; Azagra R, 1992*) como elementos que influyen en la utilización. Con este enfoque se podría decidir la asignación de recursos profesionales, el cambio de la organización de la consulta o de los servicios y las estrategias de formación del personal asistencial.

1.4 CONCEPTO DE HIPERUTILIZADOR Y PACIENTE PROBLEMA.

1.4.1.- Concepto de hiperutilizador.

A través de la literatura se acuñó el término de grandes utilizadores, hiperutilizadores, hiperconsultadores o consultantes frecuentes ("*high-users, high-utilizers, high-consulters, frequent attenders, frequent consulters*"), sin embargo se plantearon serias dificultades para obtener una definición homogénea, pertinente y certera. Uno de los factores subyacentes a la definición de Hiperutilizador (HU) se concentraría en la intención de incluir en el concepto a los pocos pacientes que consumen la mayoría de las visitas. No obstante, nadie demostró, hasta ahora, el mejor criterio para definir al (HU).

Descartando la posibilidad de definir a los HU en función de si las visitas son adecuadas o no, la mayoría de los autores emplearon algún tipo de estadístico clasificatorio: los terciles (*Starafiel B, 1985; Freeborn DK, 1990; Newachek PW, 1992*), los cuartiles (*Westhead JN, 1985; Svab I, 1993*), la media más 1 (*Sánchez FJ, 1992; Sánchez FJ, 1993*) ó 2 desviaciones estándar (*Turabian JL, 1988; Turabian JL, 1989; Orueta R, 1993*), la mediana (*Cook DG, 1990*), etc.

Otra tendencia, no menos empleada que la anterior, consiste en elegir un número de visitas aparentemente arbitraria (*Browne GB, 1982; Robinson JO, 1986; De la Revilla L, 1994*). Una estrategia recomendada para no sesgar el grupo HU adultos con ancianos y mujeres, fue la de estratificar la definición por edad y sexo (*Westhead JN, 1985; Schrire S, 1986*). Por último, también se emplearon definiciones de HU con criterios de estadísticos o de número de visitas referidos a más de un año; concretamente con dos años (*Roos NP, 1981*) o seis años (*Starfield B, 1985; Freeborn DK, 1990*).

En la edad pediátrica la estratificación por edad en los estudios de utilización es interesante (Sánchez FJ, 1993) ya que es una variable siempre asociada fuertemente al uso siendo máxima en los primeros años. De tal forma que un niño menor de un año con “x” visitas no sería hiperutilizador, y un niño con las mismas visitas y 9 años de edad, sí lo sería. Esto tiene un interés práctico, ya que el estatus de hiperutilizador (HU) según la edad debería despertar el interés del clínico para preguntarse el porqué de la hiperutilización, y como consecuencia de ello, plantearse una posible intervención.

Las proporción de hiperutilizadores (HU) en consultas de Pediatría de nuestro país osciló entre 12 y 31% del total de la población, y la media de visitas /año en distintas Comunidades Autónomas desde 1998-2004 osciló entre 3.4 y 6.9 (Soriano FJ, 1999 Sánchez FJ, 1992), mientras que en el estudio de Elda se obtuvo una media de 14.8 (Tapia C, 2004).

1.4.2.-Concepto de paciente problema.

Un concepto en sintonía con el de hiperutilizador (HU) es el de paciente problema o paciente difícil (*"problem patient, difficult patient, heartsink patient, fat-folder patient, medical care abuser"*) . O'Dowd (O'Dowd TC, 1988) lo definió como *"aquel que consulta frecuentemente y que aparentemente padece de interminables quejas, provocando una desbordante mezcla de desesperación, frustración y a veces, una franca antipatía en sus médicos"*.

Algunos autores (John C, 1987), encontraron el siguiente perfil de paciente problema adulto: pacientes de mayor edad, predominantemente del sexo femenino, con una mayor probabilidad de encontrarse divorciados o viudos, con numerosos problemas agudos y crónicos, que recibieron más medicación, se les realizaron más pruebas complementarias, fueron derivados con más frecuencia al especialista y, por supuesto, fueron hiperutilizadores. Se sugirió que la disfunción de estos pacientes se centraría en una incomprensida conducta de enfermar con la que abordarían su propia salud y que se podría expresar en términos de salud mental (Mechanic D, 1978). Otros autores (Pilowsky I, 1978) apuntaron que habría una discrepancia entre la enfermedad "síndrome" y la conducta de enfermar, y que esto se manifestaría en las persistentes quejas de estos pacientes y en una visión de la salud en desacuerdo con la de su médico.

Los pacientes problema 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 paciente problema, 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 pacientes problema (Crutcher JE, 1980; Carson J, 1993). En una reciente investigación se concluyó que el mayor número de pacientes problema se puede predecir con cuatro variables: la percepción de sobrecarga de trabajo, la menor satisfacción laboral, la ausencia de formación en psicoterapia y/o entrevista clínica y la inapropiada calificación en el postgrado (Mathers N, 1995). Otros investigadores (Schwenk TL, 1989) llegaron a la conclusión de que los factores que le hacen percibir al paciente como problema son dos: la incertidumbre clínica, entendida como un cuadro clínico vago y difícil de describir; y los problemas en las relaciones médico-paciente, percibiéndose como una dificultad interpersonal y una conducta "abrasiva" por parte del paciente. Desde el punto de vista del profesional, se distinguen 10 percepciones que definen al paciente problema: la sensación de no poder ayudarlos a pesar de sus múltiples quejas, la conducta punitiva de algunos pacientes, las conductas dependientes del paciente, el diferente nivel cultural y de creencias de médico y paciente, la pobreza-marginalidad y

minusvalía, la complejidad de su cuadro clínico, la percepción de manipulación por parte del paciente, y los pacientes "enchufados" (*Gerrard TJ, 1988*).

Como se puede comprobar, son muchas y variadas las características que podrían definir al paciente problema, y entre ellas se encuentra la hiperutilización. Pero aquí lo fundamental es la vivencia que el médico tiene de la relación médico-paciente, en la que la hiperutilización es una característica más. No obstante, tiene interés la reflexión de que la causa de que existan pacientes problema, e hiperutilizadores por extensión, puede estar tanto en la rigidez mental del paciente como en la de su médico (*Dowrick C, 1992*).

2.- FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACION.

Los factores que influyen sobre la utilización de los servicios de salud son numerosos y, en algunas ocasiones, muestran cierto grado de interconexión e interacción. Sólo es posible entender los determinantes de la utilización a través de la multicausalidad. Para dar forma y entender la multicausalidad de la utilización se han propuesto una serie de modelos explicativos (*Wolinsky FD, 1988; Arredondo A, 1992*). No obstante, desde el abordaje empírico no se ha encontrado todavía el modelo que definitivamente deje clara la causalidad de la utilización (*Mechanic D, 1979; Hulka BS, 1985*). En función del modelo explicativo elegido, 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; a la vez, es posible que las mismas fueran incompletas o fragmentarias. Por razones didácticas, y en un intento de eclecticismo, se dividirán los factores que influyen sobre la utilización en tres grupos :(*Anexo 6 .Cuadros 2 y 3*)

- Factores del individuo o usuario,
- Factores del profesional, sanitario o proveedor,
- Factores de la estructura y funcionamiento de la organización.

Una de las características de este sistema sería su dinamismo. Los tres 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.

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 suceder 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, se pasará a exponer los factores del usuario, proveedor y de la organización que influyen en la utilización.

2.1.- FACTORES DEL USUARIO. (Anexo 6. Cuadro 2)

Los factores del usuario se clasificaran según el modelo conductual de Andersen y Newman (*Andersen R, 1973*) Estos autores los estructuraron en tres grupos: factores de necesidad, facilitadores y predisponentes. El modelo de Andersen es, sin duda, el marco teórico-práctico más empleado en todos los estudios de utilización, aunque su capacidad predictiva en muchas ocasiones fue poco concluyente (*Wolinsky FD, 1988; Arredondo A, 1991*). En el modelo conductual de Andersen, los factores predisponentes ocuparían un segundo plano sobre la utilización, en cuanto que su efecto sería indirecto. Algo parecido sucedería con los factores facilitadores pero dentro del modelo se situarían por delante de los factores predisponentes. Finalmente, los factores de necesidad serían los que actuarían de forma preponderante y directa. No obstante, en el abordaje empírico, se ha podido comprobar mediante los "path analysis" que no siempre ocurre así, y que, por ejemplo, algún factor predisponente como la edad puede tener un efecto directo sobre la utilización (*Wan TTH, 1989*).

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. El nivel de enfermedad (percibido y/o objetivado) o la morbilidad representa la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud, y en la mayoría de los estudios es la variable que más y mejor se relaciona con la utilización (*Wolinsky FD, 1978; Broyles RW, 1983; Tanner JL, 1983; Grimsmo A, 1984; Andersen AS, 1987; Connelly JE, 1989; Fylkesnes K, 1992*). Al igual ocurre en la mayoría de los estudios pediátricos: (*Arias MA, 2004; Janicke, DM 2001; Riley AW, 1993; Ward A, 1996; Soriano FJ, 1997 y 1999; Wicke S, 1990; Johnsen N, 1988; Newacheck PW, 1992, 1986*)

El factor necesidad se puede medir de diferentes modos. En función de la forma de obtener la información hablaremos de **necesidad subjetiva** (datos obtenidos del paciente) y **necesidad objetiva** (datos obtenidos de la historia o examen clínico). Las relaciones entre salud subjetiva y objetiva no es tan precisa como cabría esperar (*Connelly JE, 1991; Barsky AJ, 1992*) pero, en cualquier caso, el factor necesidad solo se podría evaluar a través de un conjunto de variables que se relacionan con él, y probablemente sólo el estudio simultáneo de varias de ellas permitiría conocer el "verdadero" factor necesidad.

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. Por ejemplo, los ingresos familiares o la educación tendrían una relativa intervención desde actuaciones socio-políticas, pero difícilmente desde un Centro de Salud; mientras que la salud mental podría modificarse más directamente desde la actuación sanitaria.. Se reseñará a continuación los principales factores predisponentes no modificables:

a) La edad: aunque la mayoría de los estudios en adultos han evidenciado que a mayor edad mayor utilización (*Hulka BS, 1985; Hibbard JH, 1986*), esta asociación no es lineal, por lo que se requieren valoraciones especiales, particularmente el estudio específico por estratos de edad (*Beland F, 1988*).

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 (*Roos NP, 1981; McCall N, 1983*). A partir de los 75 años la utilización experimenta un descenso relativo (*Wolinsky FD, 1986; Grimsmo A, 1984*), si bien algunos autores encontraron un continuo ascenso (*Bowling A, 1991; Shapiro E, 1989b*). 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*); no obstante, cuando se emplearon los análisis causales multivariantes la variable edad ejerció su influencia sobre la utilización de forma indirecta, fundamentalmente a través de la peor salud percibida (*Wan TTH, 1974*). Para todas las edades, cuando se controla por los factores de necesidad, la edad apenas explica un 1 % de la variabilidad de la utilización (*Wolinsky FD, 1986*).

En las edades pediátricas (de 0 a 7-14 años), se puede observar un pico en la utilización que va descendiendo con la edad (*Wolfe BL, 1980; Bruusgaard D, 1993*); y una vez más, cuando se controlan los factores de necesidad, facilitadores y predisponentes, la edad no es una variable significativamente asociada a la utilización (*Wolfe BL, 1980; Sanchez FJ, 1992*). Si bien Roghman (*Roghman KJ, 1984*) encuentra la edad como el mayor predictor de las tasas de utilización en pediatría, posteriormente otros autores enfatizan en la importancia de esta variable como factor predisponente (*Soriano FJ, 1997,1999; Arias MA, 2004; Bruusgaard D, 1993*).

Así que, a menor edad hay más probabilidad de utilización de cuidados, pero esto no implica que haya más número de hiperutilizadores (estratificación por edades) (*Sanchez FJ, 1992*) AP. Es decir el número de visitas o de utilización de servicios en pediatría en todos los trabajos que se consultan es mayor a menor edad, pero los hiperutilizadores no son más en el grupo de niños menores siempre que se estratifique por edad. Es decir aunque los lactantes doblan la media de visitas anuales con respecto a los de mayor edad, no hay más número de hiperutilizadores de cero a un año con respecto a otras edades, siempre que se haya tenido en cuenta estratificar por edad para que esta variable no influya en la hiperutilización.

b) El género y número de hijos: en adultos las mujeres tendrían unas tasas de utilización superiores a la del hombre (*Hulka BS, 1984*); pero esto sólo sería evidente entre los 35 y 75 años de edad (*Beland F, 1988*). En cualquier caso, cuando se controlaron los factores de confusión, el efecto del sexo sobre la utilización fue imperceptible (*Grimsmo A, 1985; Andersen AS, 1987*).

La influencia del sexo sobre la utilización se la quiere relacionar con la peor salud percibida por las mujeres (*Fylkesnes K, 1992b*), con su mayor tendencia a padecer de síntomas psicósomáticos (*Mechanic D, 1978*) y con la mayor actitud proteccionista de éstas ante la enfermedad (*Kandrack*

MA, 1991). También se han invocado razones ligadas a los roles femeninos: como su papel de cuidadora de la salud de toda la familia (Schor E, 1987) y la poca valoración del rol del ama de casa (Coe RM, 1984). En edades pediátricas el sexo (niño/a) no es una variable que influya en la utilización. En cuanto al sexo de la persona que lleva al niño a la consulta de pediatría en atención primaria, (Soriano FJ 1993) encuentra que los cuidadores “madres” lo harían significativamente en mayor proporción que otros cuidadores “no madres”, aunque aquella desaparece en el análisis multivariante.

En cuanto al número de hijos y puesto que ocupa en la familia (primogénito, hijo único) se han escrito trabajos en todas las direcciones, así hay estudios en los que el primogénito y el hijo único son variables claramente asociadas a la utilización como (Campion PD, 1985; Horwitz SM, 1985) y sin embargo, en otros trabajos con diarios de salud (Osman LM, 1995 ; Bruijnzeels MA, 1998) no se pudo demostrar su relación con la utilización. Tampoco en el estudio de Sánchez (Sánchez FJ, 1993) en esta misma población de la zona básica del Zaidín no encontró asociación entre la utilización y la posición del hijo en la familia.

c) Raza, etnia e inmigración: en USA, la población negra e hispana posee tasas de frecuentación inferiores a la de los blancos, pero este fenómeno parece estar más en relación con la accesibilidad a los servicios que con los patrones culturales de las distintas razas (Berkanovic E, 1985; Schur CL, 1987)

Guendelman (Guendelman S, 1986) pone de relieve en pediatría como el seguro médico es lo más determinante en el uso de servicios médicos en niños de minorías, mientras que las necesidades de salud lo eran para niños blancos. 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 (Balajaran R, 1989), aunque estos últimos tuvieron más probabilidades de ser citados de nuevo y de obtener una receta (Carney T, 1989; Gillman SJ, 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 (Jansá JM, 1995).

En pediatría, tanto fuera como dentro de nuestro país, hay una corriente única que relaciona las minorías étnicas con una menor disposición y accesibilidad a los recursos sanitarios y están considerados como un grupo vulnerable para enfermedades favorecidas por status socio-económico bajo y deficiencias higiénico-sanitarias (Corretger JM, 1992) (Huang, FY, 1997). En los artículos de Oliván (Oliván G, 2004; 1999) en niños de centros de protección encuentra que el 65% tiene al menos un problema de salud (odontológicos, inmunizaciones y nutricionales los más frecuentes) y Muñoz (Sastre EA, 2000) nos muestra como la población gitana tiene más probabilidad de ingresos neonatales, de no cumplir los controles preventivos de salud y de padecer enfermedades hereditarias.

d) Ingresos económicos, nivel socio-económico y pobreza: 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 (Kleinman JC, 1981; Yelin EH, 1983), lo que probablemente se podría relacionar con las dificultades para acceder a los servicios de salud por parte de la población más pobre (Newacheck PW, 1983 y 1992). En los países con Sistemas Nacionales de Salud, o bien se ha dibujado un gradiente inverso entre nivel socio-económico y utilización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989), o bien se han obtenido

resultados poco concluyentes (*Collins E, 1980; Haynes R, 1991*). No obstante, cuando se controló por la morbilidad, todo el efecto de los ingresos económicos y el nivel socio-económico se diluyó (*Broyles RW, 1983; Tanner JL, 1983; De la Revilla L, 1987*). En el estudio de Ward (*Ward A, 1996*) los factores económicos se asociaron de forma directa al uso o no uso de los servicios pediátricos, pero no a la frecuencia de uso, en el trabajo de Arias (*Arias MA, 2004*) el bajo nivel socio-económico se asoció, no a la utilización de las consultas, si no al aumento del gasto farmacéutico. Existen algunos problemas metodológicos a la hora de medir el nivel socio-económico y los ingresos familiares por lo que, de alguna manera, estas limitaciones podrían influir sobre la validez y fiabilidad de los resultados (*Liberatos P, 1988*).

e) 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 (*Grimsmo A, 1984; De la Revilla L, 1987*).

La profesión del cabeza de familia es utilizada con frecuencia como indicador de nivel socioeconómico (*Liberatos P, 1988; Domingo A, 1988; Latour J, 1989*) y es una medida que está muy relacionada con los ingresos familiares y el nivel de estudios (*Saenz MC, 1987*), e incluso se utilizan para construir indicadores de clase social (*Liberatos P, 1988; Latour J, 1989*). 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 (*Wan TTH, 1974; Rosner TT, 1988*).

En adultos, los jubilados son los más utilizadores, seguidos por las mujeres dedicadas a sus labores, los parados, los que trabajan, y los estudiantes (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; Martinez J, 1990*).

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 (*Linn M, 1985; 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*). Aunque Hakanson (*Hakanson A, 1996*) refiere que la utilización en edades pediátricas aumentaba en hijos de madres trabajadoras, en nuestro país no se puede establecer relación clara (*Soriano FJ 1999; Sánchez FJ 1992*).

f) Estado civil: en algunos estudios se encontró que los divorciados y viudos utilizaron en mayor grado las consultas de atención primaria, los cuidados domiciliarios y los servicios hospitalarios (*Branch L, 1981; Evashwick C, 1984*); sin embargo, otros autores no hallaron asociación alguna entre el estado civil y en número de visitas (*Cafferata GL, 1987; Bowling A, 1991*)

Parece ser que la viudez se relaciona con un incremento de padecimientos físicos y psíquicos, una peor percepción de la salud y un mayor consumo de medicamentos (*Parkes CM, 1972*); por lo que se ha sugerido que la viudez ejercería su efecto sobre la utilización a través de la salud física y mental, del apoyo social y de los factores económicos (*Avis NE, 1991*). Los divorciados refirieron una peor salud, un mayor número de días de indisposición, y una mayor utilización que los casados

(Tcheng-Laroche F, 1983; Berk ML, 1984). Estos resultados se han confirmado cuando se comparó la utilización del conjunto familiar entre familias divorciadas y no divorciadas y además, éstos diferencias se mantuvieron aún después de que se controlara por el resto de variables (Moreno CA, 1989). Heck (Heck KE, 200) estudió la estructura familiar, el status socioeconómico y acceso a cuidados y comprobó que si el nivel educativo era alto, la estructura familiar no influye en las visitas y con nivel educativo bajo las madres solteras aumentaban el número de visitas de sus hijos.

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) define 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". Donabedian (Donabedian A, 1984) describe a la atención como accesible cuando es fácil que se inicie y mantenga. 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.

Según Penchansky (Penchansky R, 1981) las áreas o dimensiones de la accesibilidad son: a) La disponibilidad: o relación entre el volumen y tipo de los servicios existentes, el volumen de usuarios y el tipo de necesidad. b) La accesibilidad física o espacial: o relación entre la localización de los proveedores y los usuarios. c) La adecuación: o relación entre la manera o forma en la que los proveedores se organizan para ofrecer sus servicios y la habilidad del usuario para acomodarse a tales formas. d) La accesibilidad económica: o relación entre el precio de los servicios que ofrecen los proveedores y los recursos y facilidad de pago de los usuarios. e) La aceptabilidad: o relación entre las características de los proveedores (de edad, sexo, etnia, religión, etc.) y la actitud de los usuarios frente a las mismas, también llamada satisfacción.

La accesibilidad económica ya se comentó entre los factores predisponentes de la utilización, mientras que la adecuación y disponibilidad se abordará entre los factores de la organización. A continuación se expondrá las relaciones de la utilización con la accesibilidad física, la satisfacción o aceptabilidad y la percepción de barreras.

a) Accesibilidad física o espacial: en términos generales existe una relación positiva entre proximidad al centro proveedor de servicios de salud y utilización (Bashshur RL, 1981); la cual se ha confirmado en zonas metropolitanas (Bailey W, 1990), rurales (Annis, 1981) y en las visitas domiciliarias (Bellón JA, 1994b); sin embargo, en otros estudios esta relación no ha sido demostrada (Weiss JE, 1970; Aday LA, 1975; Berkanovic E, 1981; Tomas JW, 1984), en éstos casos se ha sugerido que los pacientes con enfermedades crónicas superarían las distancias por necesidad pero en los no afectados se dejarían influir por la lejanía al Centro de Salud (Grimsmo A, 1984).

El mayor tamaño del municipio y el residir en población urbana incrementó la probabilidad de utilizar aún cuando se controló por el resto de variables (Broyles RW, 1983; Andersen AS, 1987)). En un estudio global Europeo (Deveugele M, 2002) encontraron que la población urbana tiene más utilización que la rural.

b) Satisfacción con el proveedor y la organización: se ha descrito una relación positiva entre la satisfacción y la utilización (Rogghmann KJ, 1979; Thomas T, 1989; 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).

c) Barreras: Rosentock (Rosentock IM, 1966) definió las barreras como "el coste inherente a cualquier acción de salud". En el modelo conductual de Andersen (Andersen R, 1973) el concepto de barreras no fue originariamente incluido. No obstante, se podría superponer a los denominados factores facilitadores, de tal forma que las barreras estarían en relación con la disminución en la accesibilidad a los servicios de salud. Por tanto, dentro del modelo de Andersen, las barreras serían una serie de factores externos al individuo y completamente objetivos (coste de los servicios, distancia al centro de salud, etc.).

En el modelo de creencias de salud (Cummings KM, 1980), se da un salto cualitativo importante y se dimensionó las barreras como un concepto subjetivo enraizado en las creencias del individuo y difícilmente predecible. Janz y Becker (Janz NK, 1984) describieron la percepción de barreras como aquellos aspectos potencialmente negativos de una acción de salud que actuarían como impedimentos; los autores hablan de que el individuo, al ejercer una acción de salud (la utilización de los servicios de salud en nuestro caso), realizaría una especie de análisis coste-beneficio de tal acción, de tal forma que frente a la efectividad de la utilización podría percibir que fuera cara, peligrosa (con efectos secundarios, iatrogénica,...), desagradable ("dolorosa", difícil, que le provoque trastornos,...), con inconvenientes, que le haga consumir un tiempo excesivo, o todo a la vez.

En una de las escasas revisiones sobre el término de "barreras" (Melnyk KAM, 1988) la autora concluyó que las barreras pueden ser consideradas desde la vertiente objetiva y subjetiva, pero en cualquier caso, desde el punto de vista empírico es un término confuso, que ha sido operativizado de múltiples formas y no siempre desde un marco teórico explícito. Las barreras nacerían de la interfase paciente-proveedor y, según esta autora, se podrían considerar como tales las referidas a: 1) El tiempo (tiempo que se tarda en conseguir cita, en llegar a la consulta, en la sala de espera). 2) La distancia (proximidad al centro proveedor). 3) El coste (barreras financieras, forma de pago, coste del transporte y la disponibilidad y tipo de seguro médico). 4) La disponibilidad (número de proveedores por usuarios, disponibilidad horaria, o el sistema de citas). 5) La organización de los servicios (proveedor usual o cambiante, sistema de derivaciones entre niveles, departamentalización y fragmentación de los servicios, sistema enfocado a la prevención o la enfermedad, distribución del personal especializado, etc.). 6) La discriminación (de raza, sexo, edad, nivel social, cultural, estado mental, etc.). 7) 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). 8) Las características del paciente en cuanto a factores demográficos (edad, nivel educativo y nivel socio-económico), actitudes (escepticismo, dependencia, fatalismo, etnocentrismo, etc.), conocimientos (referidos, en general, a la ausencia de conocimientos o conocimientos erróneos), esfuerzo (requerido para obtener los servicios salvando impedimentos físicos o psíquicos) y factores culturales (problemas de lenguaje y comunicación, alienación desde la cultura dominante, etnicidad, etc.). 9) Las características familiares (experiencias previas negativas, composición familiar, demanda de responsabilidades familiares, etc.).

Otro enfoque sobre el 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 (*Quill TE, 1989*). 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 que muchos médicos no disponen. Quill (*Quill TE, 1989*) desarrolla una amplia lista de barreras comunicacionales, sirvan de ejemplo: el empleo por parte del médico de información cargada de tecnicismos, dificultades del médico en delimitar las demandas del paciente (especialmente las psico-sociales), relaciones de dependencia (médicos protectores y/o pacientes dependientes), conflicto de roles, relaciones "punitivas", etc.

Como se puede comprobar el término de barreras podría presentar cierta confusión para la clasificación de los factores que influyen en la utilización. Esta dificultad se debe a que se pueden superponer factores del usuario con los del proveedor o la organización, o que algunas barreras podrían considerarse factores predisponentes o facilitadores. Aday (*Aday LA, 1993*) se centra en los niños con especiales cuidados de salud, pobres, familias con problemas o sin seguro tienen más barreras de acceso a cuidados médicos. Serwint (*Serwint JR, 2005*) resalta la importancia para la salud infantil de identificar y superar las barreras de acceso y en el artículo de (*Berman S, 2005*), se hace una reflexión sobre las barreras de acceso y dificultades en los tipos de seguros médicos en USA, y muestra un análisis de factores económicos muy en conexión con las barreras de acceso.

2.2.- FACTORES DEL PROVEEDOR (Anexo 6.Cuadro 3).

2.2.1.- Demanda inducida por el proveedor.

Generalmente se considera que la demanda inducida por el oferente de cuidados médicos es aquella en que el cliente-paciente, en caso de tener información completa (o de un nivel similar a la del médico) no hubiera incurrido (*Antoñanzas F, 1988*). El modelo de la demanda inducida por el proveedor asume que, ante situaciones clínicas semejantes e igualmente resueltas, algunos médicos generarían más visitas que otros (*Wayland MT, 1988; Armstrong D, 1990*). Como es comprensible, la demanda inducida por el proveedor es un tema que preocupa sobre todo a economistas, gestores y políticos. En USA se ha indicado que el 39% de las visitas ambulatorias fueron iniciadas por el médico, y se calcula que más del 70% de los gastos en los cuidados de salud fueron también inducidos por él (*Bonal P, 1991*).

Según Eisenberg JM (*Eisenberg JM, 1985*) las motivaciones o factores que influirían sobre la demanda inducida por el médico serían:

a) Los intereses personales del propio médico:

- deseos de ingresos económicos (especialmente vigente en la medicina privada y en los sistemas que se paga por acto médico).
- deseos de un estilo de práctica (en función de valores, actitudes y gustos).
- características del propio médico (sexo, edad, experiencia, formación).
- características del centro de trabajo (desde el punto de vista de las limitaciones y óptimos asumidos por el grupo de trabajo).
- de los estándares establecidos por los líderes clínicos.

b) Representación de los intereses del paciente por parte del médico:

- de los factores clínicos.
- de la demanda del paciente.
- de los intereses económicos, del bienestar y la conveniencia del paciente.

- de la medicina defensiva.
- de las características del paciente.

c) El factor del médico como **garante del bienestar social** (por ejemplo, en un intento de contener el gasto sanitario por motivos sociales).

La demanda inducida por el proveedor es posible por la asimetría de información médico-paciente y porque la relación entre ambos es predominantemente del tipo "agencia", es decir, aquella en la que el paciente confía y "se pone en manos de su médico". Sin embargo, según Eisenberg JM (*Eisenberg JM, 1985*), el 90% de la demanda inducida por el médico se hace en representación de los intereses del paciente, y dentro de este interés sobresalen los factores clínicos.

En otros estudios, los factores clínicos fueron más determinantes en los pacientes varones, mientras que el nivel educativo lo fue en las pacientes mujeres (a mayor nivel educativo mayor demanda inducida) (*Fylkesnes K, 1992*). En el estudio de Armstrong D (*Armstrong D, 1990*), la opinión del médico y la del paciente sobre la necesidad de "revisitar" al médico es poco concordante, por lo que es posible que las preferencias del paciente jueguen un rol pequeño (*Wennberg JE, 1985*).

A continuación se expondrá con más detalle tres grupos de factores ligados al profesional que tendrían una repercusión, más ampliamente documentada, sobre la presión asistencial y el uso de las consultas de atención primaria: las características del profesional, la satisfacción del proveedor y algunos estilos de práctica clínica.

2.2.2 Características del profesional: edad, sexo, experiencia y formación.

Algunos autores (*Eisenberg JM, 1985*) consideran que las características del médico que han demostrado su influencia sobre la utilización son la edad, el sexo, la experiencia y la formación. No obstante, cuando se controla por morbilidad-severidad ("*Case-mix*") sólo la formación permanece como variable significativamente asociada.

Es abundante la literatura que demuestra que la formación mejora la práctica profesional (*Horder J, 1986; Jennett PA, 1988*), no obstante, no se conoce con exactitud como puede influir la formación sobre el descenso o aumento de la utilización. En cualquier caso, para que la formación 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"). Además, tal como se comentó, los médicos más resolutivos resolverían los problemas de sus pacientes en menos tiempo, con un menor consumo de pruebas complementarias y derivaciones, y un menor número de visitas (*Wayland MT, 1978*). Pero lo que sí se ha comprobado es que al aumentar la edad del profesional, sobre todo a partir de los 40 años, se dificulta el efecto positivo que la formación ejerce sobre los cambios de conducta profesionales (*Ashbaug DG, 1976*).

Aunque el sexo del profesional no influye sobre la prescripción de pruebas complementarias, la edad sí lo hace; concretamente los médicos jóvenes pedirían más pruebas. En conjunto, la edad del médico explicaría el 3-4% de variabilidad sobre la petición de analítica y radiología (*Eisenber JM, 1981*). Sin embargo el sexo del profesional sí influiría sobre otros aspectos de la atención prestada que podrían afectar las tasas de utilización. Así, parece que los pacientes están más satisfechos con sus médicos de atención primaria cuando son mujeres (*Delgado A, 1993*), Además, parece que las mujeres médicos realizan más actividades preventivas y están más sensibilizadas con los problemas psicosociales de sus pacientes, lo cual se ha comprobado sobre médicos especialistas hospitalarios y

médicos de atención primaria (*Maheux B, 1989; Maheux B, 1990*). Deveugele (*Deveugele M, 2002*) nos muestra cómo las variables en relación con el médico estudiadas en un amplio foro europeo representaron el 22% de la varianza por debajo de otras variables en relación con el país (23%) y paciente (55%) y que se relacionaron con el trabajo del médico y no con la edad o sexo. Osman (*Osman LM, 1995*) le dan muchísima importancia (en un estudio pediátrico con diarios de salud) al hecho de que si el médico era recomendado o bien fue el médico de la madre antes del parto ,representaba un fuerte predictor de utilización y aumentaba el uso de la consulta .

En primer lugar, existe una correlación inversa entre la presión asistencial en la consulta (número de pacientes al día que atiende el médico) y los niveles de calidad asistencial (*Delgado A, 1994 b*). En segundo lugar, es conocido que cuando los médicos dedican menos tiempo de consulta a sus pacientes, estos tienen que volver a visitarlos con mayor asiduidad (*Hughes D, 1983*). Por todo ello, parece sugerente que la práctica profesional podría influir sobre la utilización a través de la calidad de la asistencia prestada, y en último término, de la capacidad de resolver problemas de salud de forma eficiente.

2.2.3.- Satisfacción y estrés profesional.

La satisfacción en el trabajo es la percepción del mayor o menor agrado de los trabajadores por el trabajo que realizan. Es una variable diferente al clima organizacional y está claramente influenciada por éste. Un grado superior de insatisfacción en el trabajo puede dar lugar al " *Bornout*" (o síndrome de "estar quemado"), definido como un estado de decaimiento físico, emocional y mental del trabajador, caracterizado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente (*Pines A, 1981*).

Resulta tentador pensar que algún médico de atención primaria pudiera manejar, más o menos conscientemente, sus estados emocionales negativos (insatisfacción, estrés y *bornout*) para reducir la utilización. Sin embargo, no parece que esto último pudiera alcanzarse en la práctica. La indiferencia emocional hacia el paciente, a veces incluso "el castigo", lo que podría provocar es una disminución de la satisfacción en el paciente que le haría remiso a acudir a la consulta ("prefiero no ir a mi médico porque es una persona muy desagradable"), aunque por otra parte, se sabe que los pacientes poco satisfechos con sus médicos cumplen peor los tratamientos y visitan a otros médicos, por lo que es posible que a la larga se produjera una reacción inversa o paradójica, un aumento de la utilización.

Abordando el tema del burnout entre los pediatras, hay referencias en el ámbito hospitalario (*Lopez M, 2005*), pero muy poco en relación a la Pediatría de atención primaria. En el trabajo comparativo de Shugerman (*Shugerman R, 2001*) resalta que los pediatras generalistas tienen un 13% de *burnout* frente a un 23% de los subespecialistas, así como menores tasas de insatisfacción.

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 (*Kaplan SH, 1989*), y por tanto, por medio del factor necesidad tendría que aumentar su utilización. Se ha descrito que la insatisfacción y el estrés de los médicos puede provocarles cierta evasión de sus responsabilidades (*McCue JD, 1982*). En estas situaciones, se ha referido un aumento del consumo de pruebas diagnósticas, que el médico reconocía como innecesarias pero que fueron fruto de su insatisfacción o malestar emocional (*Sox HC, 1982*).

2.2.4.- Estilos de práctica clínica.

Los médicos adoptan diferentes estilos de práctica clínica como resultado de sus diferentes actitudes, valores, gustos, hábitos, habilidades y tipo de formación (*Eisenberg JM, 1985*). Estos estilos de práctica clínica son difíciles de definir y clasificar; no obstante se podrían perfilar al menos tres de ellos: el médico "influenciado por la industria farmacéutica", el médico "rápido" y el médico "con déficit en habilidades comunicacionales".

Ya se ha comentado en el párrafo anterior como algunos médicos tendrían 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" (*Bonal P, 1991*), ello podría desencadenar una mayor utilización, ya que por una parte aumentaría la demanda de medicación por parte de los pacientes (ir a la consulta por recetas) y por otra, al ser fármacos que no resuelven nada ("utilidad clínica dudosa"), obligaría al paciente a acudir de nuevo a la consulta (descenso en la calidad asistencial y la capacidad resolutive). Sobre este aspecto, resulta curioso como la introducción de la reforma de la atención primaria en el centro de atención primaria "Ciutat Badía" en Barcelona, redujo la prescripción de fármacos (*Rey E, 1987*).

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. En primer lugar porque se ha comprobado que hacen un peor abordaje psicosocial (*Anderson SV, 1993*), y existen suficientes evidencias de que los pacientes con problemas psicosociales son hiperutilizadores de las consultas de atención primaria (*Mechanic D, 1972; Hoeper EW, 1980; Borgquist L, 1993*); pero es que también los "médicos rápidos" preguntan poco, dan menos explicaciones y sus pacientes exponen escasamente sus creencias y preguntan menos (*Roland MO, 1986; Ridsdale L, 1989*), por lo que la probabilidad de resolver los problemas del paciente también se reducirá. Así en un estudio reciente (*Heneghan AM, 2004*) muestra cómo las madres, aunque quieren una comunicación abierta con su pediatra, no tienen la suficiente confianza ni apoyos para poder plantear al pediatra problemas emocionales, educativos o sus síntomas depresivos.

Para los "médicos rápidos" los pacientes se sentirían menos satisfechos (*Ridsdale L, 1989*), lo cual podría disminuir la utilización, aunque esto último no está tan claro. Los "médicos rápidos" tendrían una mayor proporción de demandas burocráticas (*López MA, 1989*), lo cual implicaría una mayor tasa de utilización por motivos administrativos. Esto dependería, entre otras cosas, del manejo de más y peor medicación (*Hughes D, 1983; López MA, 1989*), pero también se podría deber a un déficit en la organización administrativa de la consulta (cartilla de largos tratamientos, aprovechamiento de otros profesionales, etc.) (*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 (*Pritchard P, 1990*). Este autor 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.

Recientemente se ha demostrado que los médicos con déficit en habilidades comunicativas prestan una atención de peor calidad: prescriben un mayor número de medicación sintomática, las consultas

duran menos tiempo y las historias clínicas están peor registradas (*Grol R, 1990*), sus pacientes están menos satisfechos, cumplen menos con los tratamientos, se controlan peor de su diabetes e hipertensión (*Kaplan SH, 1989; Weston WW, 1989*) y se resuelve con menor efectividad la morbilidad más común (*Bass MJ, 1986*). Por lo tanto, es posible que este tipo de médicos, a través de estas variables "resultado", tengan que soportar una presión asistencial más elevada y mayores tasas de utilización que aquéllos que son capaces de aplicar técnicas de comunicación efectivas y eficientes como la de las "entrevistas centradas en el paciente" (*Stewart M, 1989*). No obstante, hacen falta más estudios que corroboren la relación entre la peor comunicación médico-paciente y la mayor utilización.

Los tres 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 sería el "factor nexa" y el más determinante (*Eisenberg JM, 1985*).

2.3.- FACTORES DE LA ORGANIZACION.

Los factores de la organización que influyen sobre la utilización se pueden clasificar siguiendo a López (*López LA, 1991*) en factores de la organización propiamente dicho (estructura, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación entre niveles y organizaciones, clima organizacional, satisfacción profesional, estrategias administrativas, incentivos) y factores de la interfase organización-usuarios (Disponibilidad, accesibilidad, continuidad, productividad, utilización previa). La mayoría de los estudios que relacionan la utilización y la organización se han realizado sobre las variables de la interfase organización-usuario, mientras que los factores propios de la organización han sido escasamente investigados.

La importancia de los factores de la organización sobre la utilización es relativa. Cuando se midió algún factor aislado de la organización, por ejemplo la continuidad, se explicó el 27% de la variabilidad de la utilización (*Kronenfeld JJ, 1980*). En otro estudio en el que se midió el efecto del tamaño del cupo, la varianza explicada por dicha variable no superó el 5% (*Groenewegen PP, 1992*). No obstante, los trabajos que incluyen un grupo considerable de variables organizativas como forma de predecir la utilización son prácticamente inexistentes, sobre todo si les exigimos que controlen los factores del usuario y del proveedor.

A continuación se expondrán algunos de los factores de la organización que se han relacionado con la utilización en atención primaria, para su exposición se seguirá el esquema del (*Anexo 6*) y (*Cuadro3*):

2.3.1.- Disponibilidad y accesibilidad de los cuidados.

En el nivel hospitalario, clásicamente se ha relacionado el número de especialistas por habitantes y el número de ingresos al hospital. En atención primaria también se ha encontrado una correlación positiva entre la proporción de médicos por habitantes y la utilización de los servicios de atención primaria, pero es un factor menos importante que los dependientes del usuario (*Hulka B, 1985*). Este es uno de los hechos que apoyan la tesis de la demanda inducida por el proveedor, de tal forma que el profesional generaría una demanda por si mismo, que sería independiente de la que el usuario provocaría por iniciativa propia (*Wennberg JE, 1985, Antoñanzas F, 1988*).

En cuanto a la accesibilidad, se ha referido anteriormente desde la dimensión del usuario, es decir, como éste la percibe. Desde el punto de vista de la organización es válido todo lo comentado en tal apartado, aunque desde una óptica diferente. La organización es la que pone barreras o facilita el acceso, independientemente de que el usuario lo perciba como proximidad, lejanía o penalidad.

2.3.2.- Continuidad de los cuidados.

En países como Estados Unidos es habitual que un paciente consulte a la vez con varios médicos de atención primaria. En el estudio de Kronenfeld (*Kronenfeld JJ, 1978*), en un modelo multivariante que explica el 40% de variabilidad de la utilización (controlan morbilidad y otros factores del usuario), la variable "número de médicos a los que se está afiliado" logró explicar el 27%. Las tasas de utilización de los pacientes adscritos a más de un proveedor son significativamente superiores a los que tienen una sola fuente de cuidados. Además, como ya hemos indicado anteriormente (ver factores del proveedor), el tipo de médico de atención primaria que presta los servicios también influye en la utilización. Por lo tanto, además del tipo de médico, la continuidad con un solo médico podría disminuir el uso de las consultas.

En el trabajo de Bradford (*Bradford WD, 2004*) cuando atención primaria dio continuidad de cuidados pediátricos tuvo un efecto directo sobre el nivel de información y asesoramiento de las madres. En otro reciente trabajo Brousseau (*Brousseau DC, 2004*) nos dice que la continuidad de la asistencia se asoció a una menor utilización de los servicios de urgencias en Pediatría.

2.3.3.- Relaciones y derivaciones al segundo nivel.

Desde la perspectiva del médico de atención primaria, 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 (*Kronenfeld JJ, 1978; Kronenfeld JJ, 1980*). Ello estaría relacionado directamente con el fenómeno de la demanda inducida por el proveedor (*Wennberg JE, 1985*), 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 atención primaria, más la demanda inducida por el especialista 1, más la demanda inducida por el especialista 2, etc).

En segundo lugar ocurriría el fenómeno de repetición de pruebas complementarias (generalmente reflejo de la mala coordinación entre los profesionales del mismo o distinto nivel), a lo que se podrían 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 clínico dudoso (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 psicossomáticos 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 (incluso con peligro de iatrogenia). Por ello, lejos de disminuir la demanda, se incrementarían sus tasas de utilización por un déficit de capacidad resolutoria profesional,

capitaneada indiscutiblemente por el profesional de atención primaria (*Bass C, 1990*).

Otro aspecto de la relación entre niveles que podría aumentar la utilización es el "secuestro" de pacientes, que desde las urgencias del hospital se autoreferencian a las consultas externas hospitalarias. También se produce un fenómeno de autoderivación a especialistas desde las consultas de los propios especialistas (por ejemplo el cardiólogo deriva al endocrino directamente). Este tipo de derivaciones sin el protagonismo del médico de atención primaria es propia de algunos países entre ellos el nuestro (*Mozos A, 1993*), mientras que en otros resultaría casi imposible acudir al especialista sin el pase del médico de cabecera (*Wilkin D, 1987*). Esto no quiere decir que ante una indicación de derivación acertada, en la que el médico especialista sea capaz de resolver el problema del paciente, se logre disminuir la utilización por un aumento de la capacidad resolutoria. En el trabajo reciente de Freed (*Freed GL, 2005*), el aumento de visitas al especialista no se acompañaron de la disminución de visitas al pediatra

2.3.4.- El trabajo en grupo / 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. La interacción que se produce entre los profesionales, por las sesiones clínicas, las auditorías internas, los protocolos consensuados entre los profesionales del grupo, la publicación interna de los niveles de calidad de los distintos profesionales del centro, pueden ser factores que modifiquen la calidad de la asistencia y la utilización. Algunos autores (*Gervás JJ, 1984*) calcularon que entre un 25-30% de las visitas pueden reducirse con la introducción de las medidas propuestas por la reforma de la atención primaria. 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*). Sin embargo, aparte del trabajo en equipo, existen otras diferencias organizacionales que pueden influir sobre la utilización: la disparidad en horario laboral (en ambulatorios 2,5 horas/día y en centros de salud 7 horas/día), el trabajo con o sin historia clínica, el pago por cartilla, etc.

2.3.5.- La satisfacción en el trabajo.

Es la percepción del mayor o menor agrado de los trabajadores por el trabajo que realizan. Es una variable diferente a la del clima y está claramente influenciada por éste. Según Peiró (*Peiró JM, 1992*), la insatisfacción laboral en los sanitarios tendría los siguientes 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 posibilidad que tiene el profesional de controlar su propio trabajo y la ambigüedad de rol (falta de información respecto de las tareas y la evaluación). En este sentido, en el apartado 2.2.3 ya se comentó las posibles relaciones entre la insatisfacción laboral, el *bornout*, y la utilización.

2.3.6.- Tamaño y estructura del cupo.

Desde la óptica del profesional de la atención primaria se le da mucha importancia al tamaño del cupo como generador de la demanda, no obstante es un hecho constatado que médicos con cupos similares en tamaño y estructura tienen presiones asistenciales notablemente distintas aún en un mismo centro de salud (*Wilkin D, 1984*).

En un estudio que investigó a 161 médicos de familia holandeses (*Groenewegen PP, 1992*), se relacionó el tamaño y la estructura del cupo respecto de las tasas de utilización. Las conclusiones fueron las siguientes: en primer lugar que el tamaño del cupo influye poco en la intensidad de utilización; en segundo lugar que la estructura del cupo, al introducir características del usuario probablemente relacionadas con la morbilidad, tiene cierto poder predictivo sobre la utilización; y en tercer lugar que el tamaño del cupo y su estructura sí condiciona el volumen de horas de consulta, pero muy poco el tiempo por paciente y casi nada el tiempo de actividad no asistencial. 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.

Resultados similares descritos en Inglaterra (*Calnan M, 1988*), 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. Este es el caso, de los denominados "cupos sesgados" (*López LA, 1993*): uno de ellos sería aquél que se asigna por territorialidad (manzanas de un barrio), en el que el espacio puede condicionar estructuras de población distinta (en edad, nivel cultural, etc.). Otro cupo sesgado sería "el cupo basura", donde al médico que viene nuevo se le asigna una lista de pacientes en los que predominan los pacientes problema y los hiperutilizadores del resto de compañeros, siendo éste un claro ejemplo donde, con un tamaño de lista similar y a veces también de estructura de cupo, se pueden obtener tasas de utilización muy diferentes.

En pediatría no cabe duda de que la estructura del cupo por edad tiene una gran importancia ya que en todos los trabajos de utilización la menor edad aumentaba la tasa de utilización de las consultas siendo a veces la variable que influyó más directamente en la utilización (*Roghman KJ, 1985; Sánchez FJ, 1992; Soriano FJ, 1999; Arias MA, 2004*); así que habría que tener en cuenta la estructura del cupo por edades para poder gestionar adecuadamente la demanda de salud de la población pediátrica.

Actualmente, los Pediatras de atención primaria de Andalucía, reivindican unos cupos pediátricos en torno a los 1000 usuarios entre 0-14 años, equivalentes a unas 1750 TAE (a menor edad se multiplica de 1 a 5 veces), y con un tiempo por paciente en consulta de al menos 10 minutos.

2.3.7.- Programas de salud y utilización previa.

La consulta programada, en sentido estricto, es una actividad que se circunscribe dentro de los programas de salud, por lo que, por definición, está estimulada por una serie de objetivos consensuados y sometida a control por las evaluaciones periódicas (*Bellón JA, 1993-b*). Este tipo de actividad, en nuestro país, es propia de los centros de salud frente a los ambulatorios y algunos autores la consideran responsable, junto a otras medidas, del descenso en la presión asistencial que se produce tras la conversión de ambulatorio a centro de salud (*Bellón JA, 1993; Cortés JA, 1994*). No obstante, esta última observación se debe interpretar con cuidado, ya que se han publicado algunos trabajos (*Navarro A, 1992*) en los que la consulta programada no redujo la utilización de la consulta a demanda.

En 1990, en un estudio de utilización en el Centro de Salud Albaycín, se comprobó que el hecho de estar incluido en un programa de salud fue un factor independiente que aumentó la utilización (con exención del tipo de programa) (*Bellón JA, 1990*). Entonces, ¿Los programas de salud aumentan o disminuyen la utilización? Es posible que ambas cosas. En un programa de atención de patología crónica, si en la etapa pre-programa la población estaba acostumbrada a derrochar recursos (por ejemplo, toma de la tensión arterial todas las semanas aun teniéndola controlada), es probable que la ordenación de la asistencia por protocolos y la intervención de otros profesionales distintos al médico, pueda reducir la utilización. Sin embargo, en el momento en que nos dispongamos a

detectar y captar nuevos pacientes para el programa (captación activa), posiblemente aumentemos la utilización, ya que las personas que habitualmente no acudían a la consulta (enfermedad no detectada), a partir del diagnóstico precoz lo tendrán que hacer.

El hecho de haber usado con anterioridad un servicio sanitario aumenta la probabilidad de utilizarlo subsecuentemente. Esta es una afirmación que es especialmente cierta en el consumo de recursos preventivos, ya que se sabe que uno de los mejores predictores de la utilización preventiva es la utilización previa (*Sevilla E, 1991*). Para explicar el mayor uso de los servicios preventivos en aquellas personas que frecuentan los servicios sanitarios caben varias hipótesis: la actitud positiva que se genera hacia ellos por el uso continuo, una más fácil accesibilidad debida al mayor conocimiento de la organización sanitaria y una mayor confianza en el profesional y en la institución nacida del permanente contacto con ella (*Salkever DS, 1976*).

Por otra parte, la consulta programada, preventiva o no, es un tipo de encuentro relajado, con un encuadre temporal apropiado, donde hay poco lugar para la improvisación (todo está protocolizado); ello provocaría un aumento de la satisfacción del paciente y del proveedor (*Buck CW, 1980*), por lo que de este modo también se podrían disminuir las barreras entre usuario y proveedor, aumentando consecuentemente la utilización. El aumento de la utilización global no solo sería debido a la utilización preventiva, sino que el nuevo contexto de la relación médico-paciente tras las consultas programadas, ejercería un efecto de disminución del umbral de entrada al sistema sanitario ante problemas menores.

En Pediatría, el *uso previo* de los servicios de salud por las madres con niños es el mejor predictor de la utilización del niño (*Janicke DM, 2001*). En el trabajo de Osman (*Osman LM, 1995*) con diarios de salud, el haber sido recomendado el médico del niño, el haber tenido contacto previo con la enfermera o que el médico fuera previamente el médico de la madre, se relacionaron con un aumento de los contactos en la consulta médica del niño. Las visitas prenatales (*Hakanson A, 1996*) también se relacionaron con un aumento de la utilización posterior del hijo. En cuanto al cumplimiento de actividades preventivas y su relación con la frecuentación hay diversos datos que difieren, así en USA, parece que hay una asociación entre lo que sería una búsqueda desfavorable de los cuidados de salud para el hijo y que podría asociar la hiperfrecuentación con la disminución de cuidados preventivos y vacunas (*Minkovith CS, 2005*). Sin embargo para Thomson (*Thomson H, 1999*) el efecto de los controles de salud no tuvo relación con el uso de los servicios. En nuestro país los resultados varían (el uso de cuidados preventivos y la organización pediátrica es distinta) así Soriano, (*Soriano FJ, 1999*) no demuestra una asociación significativa entre la utilización correcta de los controles de salud (superiores al 90% tanto en hiper como en normofrecuentadores) y las tasas de utilización ;también se ha señalado(*Sánchez FJ, 1992*) una asociación que no ha sostenido el análisis multivariante entre los controles de salud incompletos y la hiperutilización de las consultas pediátricas.

2.3.8.- Normas administrativas, incentivos y sanciones.

Las organizaciones pueden aumentar o disminuir la utilización a través de sus normas. Por ejemplo, se le puede requerir al paciente que para el consumo de ciertos medicamentos obtengan un visado del inspector. Qué duda cabe que al limitar la accesibilidad al medicamento se espera disminuir su consumo. De igual modo son frecuentes las normas administrativas enviadas a los profesionales y los centros de salud que afectan al consumo de medicamentos, a las pruebas complementarias, a las derivaciones a especialistas, etc. Estas normas, que son de carácter descendente, sin que intervenga el profesional en su elaboración o decisión, suele ser desconsideradas por éste provocándole al

menos cierto desagrado. Las repercusiones que pueden tener sobre la utilización de los servicios se ejercen a través de terceras variables: pueden aumentar o disminuir la accesibilidad del usuario, variar la demanda inducida por el proveedor, descender o aumentar la capacidad resolutoria de los médicos, etc.

Los incentivos económicos se pueden emplear para aumentar la utilización, como en el caso de la incentivación de programas preventivos de la reforma sanitaria inglesa (*Donaldson C, 1989*). En un experimento natural de incentivación económica genérica a los médicos de una clínica de atención primaria, se comprobó como aumentó el consumo de pruebas complementarias y el número de visitas de sus pacientes (*Hemenway D, 1990*). Desde el lado opuesto, se podría incentivar económicamente el no consumo de recursos y el descenso de la utilización. De hecho, se conocen experiencias con resultados positivos, pero fundamentalmente en el medio hospitalario (descenso en el número y la duración de los ingresos hospitalarios) (*Eisenberg JM, 1985*).

En el sistema de incentivación profesional denominado "**pago por cartilla**", todavía vigente en las zonas de atención primaria no reconvertidas y en otros territorios nacionales ya reconvertidos, se produce una práctica que tiende a atraer y satisfacer al usuario (aumento del consumo de fármacos, de las derivaciones, de pruebas complementarias, etc.). Se intenta maximizar el número de pacientes adscritos ("se cobra por ello") pero a su vez se minimiza el tiempo dedicado a los pacientes. Los resultados suelen reflejar una disminución de la calidad de la atención prestada, un déficit de la eficiencia y un aumento de la utilización (*Martín J, 1990*). Cuando el sistema de retribución-incentivación es por acto médico, existen pocas dudas de que se aumenta la utilización (*Hickson GB, 1987*).

Cuando los incentivos económicos no han dado resultados concluyentes sobre las tasas de utilización, se ha justificado porque los emolumentos eran demasiados pequeños para provocar cambios en la práctica de los profesionales (*Moore SH, 1983*).

De la misma forma que se pueden premiar los cambios de conducta, también se pueden castigar. Aunque la literatura de la modificación de conducta sugiere que los refuerzos positivos son más efectivos que los negativos, lo cierto es que éstos se han empleado con éxito en la contención de los costes. Un ejemplo válido podría ser el denominado "ticket moderador": en un estudio hecho antes y después de tener que pagar el 33% de los costes por parte del paciente se encontró una reducción del 5,6% en las visitas médicas (*Beck RG, 1980*). En un "*Health Maintenance Organization*" se comparó el año antes y después de introducir un copago de 5 dólares por visita, el número de visitas se redujo de forma global en un 11% y afectó especialmente a los menores de 40 años, las mujeres y los hiperutilizadores (*Cherkin DC, 1989*).

3.- FACTORES PREDISPONENTES MODIFICABLES QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACION.

En este apartado se describirán 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.

3.1.- CULTURA SANITARIA.

3.1.1.- Cultura y salud.

Existen muchas definiciones de cultura. Harris M (*Harris M, 1981*) dice que "la cultura son los modos socialmente adquiridos de pensar, sentir y actuar de los miembros de una sociedad concreta". De una forma más simple, muchos autores coinciden en que la cultura es una serie de creencias y conductas compartidas por un mismo grupo (*Heggenhougen HK, 1986*). 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). St Claire (*St Claire PA*) define la cultura sanitaria como "la internalización de los valores, creencias y normas de conducta estándar sobre la salud y sus cuidados que son comunes a un grupo de referencia".

Para operativizar el concepto de cultura sanitaria se podrían incluir las expectativas, creencias, valores, orientaciones, actitudes, conocimientos y patrones de conducta hacia la salud-enfermedad y su sistema de cuidados (*Sánchez FJ, 1992*). Estos aspectos han sido estudiados por diversos autores como por ejemplo las escalas del lugar de control de la salud (*Bush PJ, 1990; Wallston BS, 1976,1978*). (*Hibbard J y Pope CR, 1985*) crean cuatro escalas dimensionadas : " tendencia a adoptar el rol de la enfermo, interés por la salud, escepticismo hacia el médico y creencias y orientaciones religiosas de la salud". Berkanovic (*Berkanovic E,1981*) hace lo propio con aspectos como susceptibilidad hacia la enfermedad y creencias en la eficacia de los cuidados preventivos, aceptabilidad del sistema de cuidados, accesibilidad al mismo, costos, seriedad de la enfermedad, eficacia de los cuidados y motivación por la salud". Estos dos autores sólo desarrollan y relacionan en sus escalas con la utilización por adultos. Horwith (*Horwith SM, 1985*) incluye además escalas de conocimientos y actitudes sobre procesos pediátricos frecuentes. Lee GM 2003, asocia como factor predictivo de la utilización los conceptos erróneos sobre el tratamiento apropiado de los cuadros catarrales y Dewey (*Dewey CR, 1998*) muestra como madres con alto nivel de educación tienen menos visitas médicas. Sánchez (*Sánchez FJ, 1992*) aplican y validan una **escala de cultura sanitaria para la población pediátrica** utilizándola en grupos de hiper y normoutilizadores. Crean tres escalas, sobre conocimientos y actitudes clínicas, conocimientos y actitudes preventivas y una escala mixta de cultura sanitaria que aglutina ambos factores ,aunque se inclina de lado preventivo; pues bien cuando las escala se desvía al lado preventivo va perdiendo significación para explicar la hiperutilización pediátrica, mientras que las escalas de conocimientos y actitudes clínicas resisten el análisis multivariante que desquita al efecto de las variables confusoras y se asocia a la hiperutilización de manera inequívoca; en dicho trabajo queda en el aire la hipótesis que plantea la posibilidad de que mejorando la cultura sanitaria se podría disminuir la utilización.

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, ya que no constituye solamente un estado objetivo de bienestar, sino una experiencia subjetiva valorada de acuerdo con los criterios sociales de lo que es prevalente en cada sociedad (*Moragas R, 1975*). Cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como una familia, 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.

La antropología de la medicina ha venido a demostrar que el reconocimiento, el grado de malestar,

la interpretación y las conductas para resolver los síntomas varían ampliamente en función de la cultura y del grupo social en los que aparece (Zola IK, 1966; White GM, 1982). Es clásico el estudio de Zola (Zola IK, 1966) en el que se ilustra las diferentes formas de enfrentarse a los síntomas por parte de los emigrantes irlandeses e italianos en Estados Unidos. Los primeros tendían a la subestimación de los síntomas y los cuidados no profesionales, mientras que los italianos mostraban una inclinación hacia la amplificación del malestar, su interpretación dramática y la petición de ayuda profesional. Un síntoma como la dismenorrea es inexistente en algunas culturas y pueblos (como los "Arapesh") mientras que en la sociedad occidental es una queja muy prevalente y no se han hallado razones biológicas que justifiquen la diferencia. Un síntoma como el cansancio, que puede aparecer en muchas enfermedades, a menudo se tolera e interpreta como normal en grupos de ejecutivos cuyo trabajo les reporta gratificación y reconocimiento, mientras que el mismo síntoma sobre un grupo de amas de casa suele desencadenar una gran preocupación y un motivo suficiente para visitar al médico. En definitiva, ante una misma afección, individuos poseedores de características sociales distintas no se ponen todos enfermos, ni todos ellos reclaman cuidados médicos (Dupuy J, 1974).

Algunos autores han estudiado **el concepto de enfermedad** que poseen los individuos **y su relación con la conducta ante la enfermedad**. Herzlich y Graham (Herzlich C, 1973) describen tres tipos de relaciones: 1) En primer lugar la enfermedad como destrucción, en la que el individuo cree que la enfermedad le ha apartado de sus roles sociales y la inactividad le supone la destrucción del vínculo con la gente, la exclusión y la soledad. 2) En segundo lugar la enfermedad como liberación, en la que la pérdida de los roles sociales se vive como un enriquecimiento personal, es una liberación que le permite al individuo la contemplación y las actividades intelectuales. El estar enfermo permite ciertos privilegios y la dedicación y el respeto de los otros; además, supone liberarse de las obligaciones de la vida diaria. 3) En tercer lugar la enfermedad como ocupación, donde el sentido de ocupación es más bien el de "lucha", de enfrentamiento a la enfermedad, la inactividad se ve de forma positiva, de tal modo que permite despistarse de sus obligaciones sociales para poder dedicarse a la enfermedad. El paciente teme la enfermedad pero siempre la acepta.

Lipowski (Lipowski ZJ, 1970) fue más allá y describió hasta 8 concepciones o formas de enfrentarse a la enfermedad que el mismo definió como "*el significado individual y personal de la enfermedad y las actitudes hacia su enfermedad, injuria o discapacidad*". La enfermedad como cambio (aceptado), como enemigo, como castigo, como debilidad, como alivio, como estrategia, como irreparable perjuicio y como valor. Recientemente se estudiaron (Schüssler G, 1992) los conceptos de enfermedad de Lipowski y se los relacionó con los síntomas ansioso-depresivos y las alteraciones de la personalidad. Este trabajo encontró que los pacientes con trastornos psicósomáticos tenían una mayor probabilidad de asumir un concepto de enfermedad como enemigo, mientras que los pacientes con enfermedad crónica física (artritis reumatoide, sarcoidosis o coxartrosis) manejaban principalmente el concepto de enfermedad de cambio-aceptación. El concepto de enfermedad como enemigo y como castigo se relacionó con un mayor número de síntomas de depresión-ansiedad y una inestabilidad emocional de la personalidad, mientras que al concepto de cambio-aceptación le ocurrió lo contrario.

3.1.2.- El rol de enfermo.

Talcott Parson (*The social system. New York. The Free Press. 1951*) describió hace muchos años las características del rol de enfermo. Puede atestigüarse que éste es un rol social en cuanto que tiene ciertos derechos y obligaciones, así como roles complementarios (Coe RM, 1984):

En primer lugar, puesto que el enfermo no es considerado como culpable de su condición, uno de los derechos que se le reconoce es 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. En el caso de las madres, les permitiría abandonar, no sin problemas, roles laborales e instrumentales del hogar. 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.

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 legitima la petición de ayuda**.

En tercer lugar aparece una de las exigencias: **el enfermo está obligado a ponerse bien** lo más rápidamente posible. Este deber sirve para reducir la probabilidad de que el enfermo pueda llegar a "disfrutar" su estado de enfermedad, es decir, a recibir alguna "ganancia secundaria" de su dependencia de los demás. El hecho de obtener alguna gratificación al permanecer enfermo tiende a prolongar el tiempo durante el cual la persona está enferma, y no contribuye al funcionamiento de los grupos a los que pertenece. Desde este punto de vista se puede postular que determinadas madres con ciertos factores predisponentes de problemas de salud mental, les podría interesar refugiarse en la enfermedad de sus hijos con ciertas ganancias secundarias.

En cuarto lugar, y como segunda obligación, **el enfermo debe buscar ayuda técnica competente y cooperar con el proceso de ponerse bien**.

El quinto elemento del rol de enfermo es la **legitimación de su dolencia** o queja.

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 el punto de vista sociológico, se le puede aplicar la denominación de "conducta anormal de enfermedad" (*Lipowski ZJ, 1978*); mientras que, 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".

En la vida del paciente, la enfermedad aparece más como una ruptura de la actividad social cotidiana que como un acontecimiento bio-fisiológico. Es la posibilidad de abandonar el papel social (trabajo, papel familiar, actividad doméstica, distracciones, etc.) lo que se tiene en cuenta antes de admitir la necesidad de un tratamiento médico. Por ello, la mayor o menor resistencia a entrar en el sistema de cuidados médicos dependerá de lo que le cueste renunciar a la actividad social. El ama de casa, limitada a un papel socialmente poco valorado (sobre todo si no tiene hijos de corta edad), el jubilado que se aburre, la viuda solitaria, los "habitantes despersonalizados" de las grandes ciudades, y muchos más, experimentan un coste de renuncia al ejercicio de sus roles mucho más escaso. Prueba de ello son los numerosos estudios que demuestran que sus tasas de utilización son superiores (*Boaz RF, 1989; Meningr JC, 1986; Kandack MA, 1991; Mechanic D, 1978; Avis NE, 1991*).

El abordaje empírico del rol de enfermo como variable predictiva de algunas conductas de salud se ha concretado en estudios que tratan de explicar la falta de adherencia a los tratamientos (*Becker MH, 1974*), la conducta ante la enfermedad y el sexo (*Kandrack MA, 1991*) o la utilización de los servicios (*Hibbard J, 1985; Hibbard J, 1986*). En los dos últimos estudios citados, los autores

trataron de construir una escala de 5 ítems que indicara la predisposición conductual para adoptar-asumir el rol de enfermo. Esta variable se asoció significativamente con las visitas totales y las iniciadas por el paciente, pero no con las visitas preventivas.

3.1.3.- Conducta ante la enfermedad.

Taylor (*Taylor SE, 1990*) ha distinguido entre conducta de enfermedad y enfermedad. La primera se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que han experimentado síntomas de enfermedad (como ir al médico, tomar la baja laboral, etc.), mientras que la enfermedad en si misma implica una patología documentada.

La conducta ante la enfermedad ("*illness behavior*") se podría definir como "*el modo en que los síntomas se perciben, evalúan y actúan sobre una persona que siente algún dolor, incomodidad o cualquier signo de disfunción orgánica*" (*Mechanic D, 1978-b*); e "*incluye la manera que los individuos monitorizan sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, toman la decisión de hacer algo al respecto, y utilizan cualquier recurso, informal o técnico, como fuente de ayuda*" (*Mechanic D, 1986*). Se parte del hecho de que dos personas que tengan los mismos síntomas, pueden comportarse de modo totalmente distinto; una de ellas puede preocuparse y buscar inmediatamente ayuda médica, mientras que la otra puede ignorar los síntomas y no preocuparse en absoluto del tratamiento.

Mechanic (*Mechanic D, 1978 b*), centrándose en las causas o **determinantes de la conducta ante la enfermedad**, refirió un listado de diez: 1) visión, reconocimiento o percepción de los signos y síntomas. 2) la percepción de seriedad de los síntomas (estimación personal de la posibilidad de peligro presente o futuro). 3) la forma en la que los síntomas interrumpen la actividad familiar, el trabajo u otras actividades sociales. 4) la frecuencia, persistencia y recurrencia de los síntomas. 5) el umbral de tolerancia a los signos y síntomas. 6) la información disponible, los conocimientos, la presunción cultural y lo comprensivo que sea el evaluador. 7) las necesidades básicas que pueden conducir a la negación de los síntomas o signos. 8) la competencia con otras necesidades-actividades y la respuesta a la enfermedad. 9) una vez que los síntomas son reconocidos, las posibles competencias en las interpretaciones que pueden ser asignadas. 10) la disponibilidad de fuentes de tratamiento, proximidad física y costes psicológicos y monetarios para emprender la acción (incluyendo no solo la distancia física y costes de tiempo, dinero y esfuerzo, sino también otros costes, como "estigmas", distancia social y sentimientos de humillación).

David Armstrong (*Armstrong D, 1989*) comentó que los diez determinantes de Mechanic serían una especie de etapas o estadios, pero que cada una de ellas no tendría la misma importancia a la hora tomar la decisión de acudir al médico, aunque podría ser útil considerar el proceso como una serie de preguntas potenciales que se plantearía cada persona ante un proceso sintomático:

1) **¿Son mis síntomas normales o anormales?** Los síntomas y la percepción de peligro son de alguna forma subjetivos y evaluados. Así, ciertos síntomas pueden ser considerados normales porque sean muy prevalentes en la sociedad (ej., las cefaleas). La referencia social sobre la normalidad puede ser dada por un grupo social reducido (ej., los dolores generalizados serían más tolerados en los viejos que en los jóvenes). Y los eventos ocurridos con anterioridad podrían ser requeridos para normalizar la presencia de un síntoma (ej., una úlcera en la pierna podría atribuirse a un golpe más o menos olvidado y que no ha cicatrizado).

2) **¿Debería ir al médico en esta ocasión?** Aquí podríamos incluir los cinco desencadenantes

siguientes (Zola IK, 1973):

Primero, la ocurrencia de una crisis interpersonal: 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.

Segundo, la percepción de interferencias con las relaciones personales o sociales, las cuales difieren según ocupaciones, edad, estilos de vida, etc.

Tercero, la percepción de interferencias con las actividades vocacionales o físicas: como la actividad física o vocacional es una parte de la vida normal, cualquier interferencia debe ser anormal. Pero depende del tipo de actividad y de lesión: por ejemplo, un corte en el dedo afecta más a un oficinista que escriba a máquina que a un conductor. Algún impedimento físico sobre un oficinista sedentario podría llegar a ser aparente si ese día decide jugar al fútbol.

Cuarto, la presión de "los otros" (amigos o familiares) para consultar: "Yo no quería venir a la consulta pero insistieron tanto que estoy aquí".

Quinto, 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 (lo que se denomina "huir hacia la salud")(Suchman EA, 1965). La probabilidad de ignorar el síntoma, independientemente de los referentes socio-culturales, 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.

4) **¿Cuáles son los costes y beneficios de ir al médico?**. Sobre este tema la primera pregunta que se haría el individuo sería ¿Estará el médico disponible para resolver mi problema?.

El mismo Mechanic reconoce que algunos de sus diez determinantes se pueden solapar y también que algunos factores que afectan la conducta de enfermar no se hallan detallados. Wolinsky (Wolinsky FD, 1988) agrupa las 10 razones de Mechanic en 4 grupos: la 1, 2 y 6 se refieren a la percepción de los síntomas, ampliamente influenciados por la herencia cultural y las orientaciones médicas del individuo. Los determinantes 3, 4 y 5 se agruparían en torno a la disrupción, persistencia y naturaleza de los síntomas, es decir sobre la naturaleza observable de la limitación funcional de los síntomas de enfermedad. Los determinantes 7, 8 y 9 se reunirían en la competencia entre necesidades y las alternativas racionales para interpretar la disrupción sintomática. Y el determinante 10 sería una categoría residual que representaría todos los factores no psico-sociales que determinan la respuesta a la enfermedad.

Además de reconocer los 10 determinantes, se puede identificar dos niveles de análisis para cada uno de ellos: el nivel de "definido por otros" que se refiere a situaciones en las que los síntomas del sujeto son evaluados (y muchas veces percibidos) por otras personas importantes para él ("referentes significativos"), el caso más frecuente es el de los niños enfermos; y el nivel de "definido por uno mismo" que se refiere a situaciones en las que la persona percibe y evalúa sus propios síntomas.

El tema central que subyace sobre los 10 determinantes de la conducta de enfermar y sus dos

niveles de análisis es que los patrones de respuesta de la conducta ante la enfermedad están cultural y socialmente aprendidos. Así pues, los individuos con una herencia sociocultural similar perciben, evalúan y responden a la enfermedad con patrones semejantes, mientras que las personas que difieren en la herencia sociocultural responderían de diferentes formas. Los 10 determinantes no son independientes entre sí, sino que habitualmente están interactuando, aunque la naturaleza de esta interdependencia no ha sido formalmente considerada.

Todo este modelo teórico, denominado "**teoría general de solicitar ayuda**" ("*Mechanic's General Theory of Help Seeking*"), ha sido confrontado empíricamente en estudios de seguimiento de familias, a través de diarios de salud, de hasta 16 años de duración (*Mechanic D, 1979 b; Mechanic D, 1983*). Del estudio de estas familias se pudo identificar a los niños portadores de lo que Mechanic denomina "**síndrome del distrés**" ("*distress syndrome*"). Los afectados por tal síndrome tienen más probabilidades de proceder de familias en la que la madre padece de más trastornos y síntomas, de tal forma que estos niños tendrían más síntomas físicos comunes (p.e. resfriados). Los cambios en las sensaciones corporales incrementan el autoconocimiento, y el estrés contribuye a la preocupación por el cuerpo; de igual modo, la desorientación psicológica motiva además una mayor atención por las sensaciones interiores. Una de las conclusiones es que los factores que focalizan la atención de los niños sobre sus estados internos y que les hacen aprender la monitorización interna, son los que contribuyen al "síndrome del distrés". Este síndrome en el adulto no sería una simple continuación de los patrones de conducta ante la enfermedad en la infancia; aunque el aprendizaje de la monitorización interna de las sensaciones corporales es claramente un aspecto importante del "síndrome del distrés", no es una condición necesaria y suficiente. El desarrollo del "síndrome del distrés" en el adulto depende de otros muchos factores, incluyendo el grado de disfunción corporal y psicológica, los eventos estresantes de la vida y las experiencias que intensifican la focalización sobre las sensaciones corporales.

La introspección, o la observación de las sensaciones corporales y estados de ánimo y conciencia interior, parece ser una importante "orientación" sobre el proceso de conducta ante la enfermedad. En varios estudios se encontró que los individuos con una mayor introspección refieren más síntomas físicos y distrés psicológico, están más afectados por los eventos estresantes de la vida, y usan más los servicios médicos, psiquiátricos y de otro tipo (*Mechanic D, 1986; Mechanic D, 1992*). Esta orientación a la introspección estaría condicionada por factores socio-culturales y el proceso de socialización en la infancia, y podría estar desencadenada por ciertos eventos situacionales (*Mechanic D, 1972; Mechanic D, 1986*), por lo que los individuos con una orientación más introspectiva serían más reactivos a las adversidades interpersonales.

En esta misma línea, Barsky (*Barsky AJ, 1988*) 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.

Una de las principales conclusiones de los estudios del grupo de Mechanic es que el distrés psicológico es la variable que mejor predice los síntomas referidos y la utilización de los servicios. Sobre éste distrés psicológico se identificarían tres aspectos: 1) las sensaciones corporales o síntomas que son diferentes a los experimentados por el individuo, 2) el estrés social y 3) las

orientaciones cognitivas que sugieren "pistas" acerca de la forma en que el individuo está sintiendo. Para poder medir la conducta ante la enfermedad, se ha empleado preguntas sobre dimensiones como la tendencia a consultar al médico por diversos motivos, la importancia que el paciente le da a los chequeos, el escepticismo hacia el médico, la percepción del control sobre la salud, etc. (Tessler R, 1976; Mechanic D, 1982). Otros autores han desarrollado una serie de cuestionarios sobre la conducta ante la enfermedad (Pilowsky I, 1983; Bhatt A, 1989), en el que las dimensiones investigadas fueron la hipocondría general, las convicciones sobre la enfermedad, el enfoque psicológico o somático, la inhibición afectiva, los desordenes afectivos, el negativismo y la irritabilidad. En otro estudio (Benjamin S, 1984), se emplearon 9 dimensiones ("Self Care Assessment Schedule, SCAS"): calidad e intensidad de la percepción sintomática, evaluación de su significado, su comunicación verbal y no-verbal, auto-tratamiento, conductas de consultar, cumplimiento del tratamiento, mantenimiento de los roles y las conductas habituales, estados de humor (incluyendo el negativismo y sus efectos) y el estado psicofisiológico. Incluso, recientemente Godoy (Universidad de Granada) está validando una versión española de 20 ítems del "Illness Behaviour Inventory" de Turkat y Pettegrew de 1983. En definitiva, algunas dimensiones para operativizar la conducta ante la enfermedad son coincidentes entre los diversos autores pero otras no. Posiblemente, debido a las dificultades conceptuales y de medida, todavía estamos lejos de definir cuestionarios homogeneizados sobre la conducta ante la enfermedad.

Wolinsky (Wolinsky FD, 1989) realiza cuatro críticas a la teoría de Mechanic: la primera es que la naturaleza de la interdependencia entre los 10 determinantes no ha sido establecida; la segunda, que faltaría un mayor número de ensayos; la tercera, que mientras que ha sido empleada para explicar la decisión de ir al médico, no se ha aplicado a la utilización preventiva; y la cuarta, que es necesario demostrar el desarrollo del síndrome de distrés psicológico o introspección, así como los factores causales que lo desarrollan.

Desde Horwith (Horwith SM, 1985) se sabe que la actitud ante la salud es un buen predictor de la utilización y en pediatría hay estudios que relacionan el distrés de la madre con la utilización pediátrica. En nuestro país hay referencias (Sánchez FJ, 1992; Igual R, 2003) que relaciona la ansiedad materna y la personalidad compulsiva con hiperutilización. La percepción materna de la salud del hijo es un factor importante en la búsqueda de cuidados, así, Levy (Levy JC, 1980) nos muestra como el niño vulnerable ocasiona más número de visitas (40% sin justificación médica por miedo a la repetición de problemas resueltos) tanto en atención primaria como en urgencias; también la alta percepción de vulnerabilidad de las madres con hijos prematuros se asoció a cuidados adicionales y especiales de la salud de estos prematuros (Allen EC, 2004).

Bjarne (Bjarne WI, 1994) nos habla de como padres preocupados que tiene una alta percepción de amenaza para la salud, perciben mayor amenaza de la enfermedad de sus hijos y necesitan cuidados especiales. Janicke (Janicke DM, 2001) nos dice que la percepción materna de la salud del hijo influye en la decisión o proceso de búsqueda de cuidados. Minkovith (Minkovith CS, 2005) por su parte nos informa que los síntomas depresivos de las madres son desfavorables en la búsqueda de cuidados de salud, aumentando las consultas, pero disminuyendo el uso de cuidados preventivos y vacunas

Para terminar el apartado sobre la conducta ante la enfermedad se comentarán las **etapas de la experiencia de enfermedad** que desarrolló Suchman (Suchman EA, 1965). Edward Suchman describe 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.

2ª) **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 la esposa o familia, o quizás los amigos o vecinos. 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.

3ª) **Contacto con la asistencia médica.** En este momento el enfermo abandona el sistema de asistencia no profesional y entra en el profesional (si bien es posible que vacile entre ambos). 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.

4ª) **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.

5ª) **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. 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.

La teoría de las etapas de Suchman ha supuesto también una importante aportación a la sociología

de la salud; no obstante se podrían enunciar tres críticas (*Wolinsky FD, 1988*): la primera es que Suchman sólo estudió a las personas que habían recibido últimamente cuidados médicos; la segunda es que solo estudia a las personas que han tenido síntomas con cierta seriedad; y la tercera, que algunos investigadores contradicen las hipótesis de Suchman, sobre todo en cuanto al tipo de estructura del grupo y su relación con la duración de las etapas (*Geertzen R, 1975*).

En el modelo que propone Suchman (tras la revisión de Geertzen) para explicar la utilización de los servicios de salud, aunque se reconoce la influencia de otros factores sobre la utilización, pone su énfasis y ordena los factores sociales determinantes de la utilización. Describe gráficamente los distintos niveles de especificidad de las variables sociológicas, desde las más inespecíficas (nivel 1 o nivel de sociedad), pasando por los niveles de grupo, de orientaciones individuales y acciones previas, hasta el nivel más específico o de acción sobre un problema concreto. La idea que pretenden transferir es que cuanto más específico sea el nivel estudiado, más trascendente es su influencia sobre la utilización de servicios; así el sistema de creencias subculturales es menos específico y decisivo que el conocimiento sobre la enfermedad, y éste que las experiencias médicas pasadas.

3.1.4.- 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 técnicas** 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. En cierta medida, el enfermo tiene conciencia de haber hecho una inversión y desea llegar hasta el final. Este paciente puede llegar a denunciar las contradicciones del tratamiento, soporta mal el mutismo que acompaña al diagnóstico y no aguanta las actitudes paternalistas. Exige un diagnóstico preciso y seguro, así como una medicación enérgica, incluso llega a pedir un "diagnóstico enérgico". 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.

La conducta típica que implican las **expectativas afectivas o de "ayuda"** son las siguientes:

En primer lugar el enfermo busca un bienestar impreciso, a veces imaginario, e incluso "olvidado" por el 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,...) (*Deighton CM, 1985*). 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. No puede prescindir de una persona de carne y hueso que lo cuide. No busca una simple técnica de curación y no puede contentarse con una relación neutra y distanciada con el terapeuta. 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, y desde que percibe su malestar hasta que acude al médico pasa muy poco tiempo. 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 (*Mechanic D, 1986*).

En segundo lugar, cuando se produce la entrada en el sistema de cuidados, el médico percibe que el individuo desea ser considerado como enfermo pero las exploraciones e investigaciones no lo justificarían ("*abnormal illness behavior*", *Pilowsky I, 1978*). Este tipo de pacientes le suele crear cierto malestar emocional a su médico quien muchas veces se ve obligado a medicalizar la problemática del paciente, primero porque espera una queja admisible como problema biofísico y segundo porque el interrogatorio médico es recibido como una provocación para aumentar la sensibilidad de los síntomas (*Mechanic D, 1983*).

En tercer lugar, 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 (generalmente deficiente), lo más normal es que el paciente se encadene al consumo médico. La eficacia de las acciones terapéuticas aplicadas a una morbilidad tan distorsionada es generalmente pobre. De este modo se arrastra al enfermo a permanecer durante mucho más tiempo dentro del sistema médico en espera de curación. Por otra parte, la "legitimación médica" de su malestar como "enfermedad física" (artrosis, tensión baja, mala circulación, falta de calcio en los huesos, etc.) fomenta las "ganancias secundarias" que les motiva a "remolonear" en su rol de enfermo (*Coe RM, 1984*). 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.

3.1.5.- Las creencias de salud.

La percepción de una situación particular entraña dos tipos de respuesta: una de tipo cognitivo y otra de tipo afectivo.

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. Frente a esa imagen se desarrollan unas expectativas sobre el transcurrir del proceso asistencial. 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*). 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.

El modelo de creencias de salud fue desarrollado en los años 50 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 (*Harrison JA, 1992*).

Los componentes básicos del modelo se derivan de la teoría del comportamiento y éste se apoya sobre dos variables: 1) el valor dado por un individuo a una meta en particular, y 2) la estimación individual de la probabilidad de que una determinada acción consiga la meta. Cuando estas variables se conceptualizan en el contexto de conductas de salud, la correspondencia sería: 1) el deseo de evitar la enfermedad (o de ponerse sano si estuviera enfermo) y 2) la creencia de que una determinada conducta de salud (en nuestro caso pudiera ser la utilización de la consulta) prevendría o aliviaría la enfermedad (*Becker MH, 1974*). El modelo de creencias de salud consta de 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. Ya hemos comentado antes la importancia de éste concepto en la utilización pediátrica, así, *Janicke DM, 2001* nos habla de cómo la percepción materna de la salud del hijo influye en el proceso de decisión y búsqueda de cuidados médicos. El “niño vulnerable” ocasiona más número de visitas (40% sin justificación médica, por miedo a la repetición de problemas resueltos) tanto en atención primaria como en urgencias (*Levy JC, 1980*); también la alta percepción de vulnerabilidad de las madres con hijos prematuros se asoció a cuidados adicionales y especiales de la salud de estos prematuros (*Allen EC, 2004*). Recientemente (*Kerruish NJ, 2005*), nos aporta una escala para medir la percepción materna de la vulnerabilidad de su hijo.

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, lo desagradable que sea, etc.

Como dice Rosenstock (*Rosenstock IM, 1974*) "*la combinación de los niveles de susceptibilidad y severidad proporciona la energía o fuerza para actuar y la percepción de beneficios (menos las barreras) dispone el camino preferido para actuar*".

Sin embargo, también parece necesario algún tipo de estímulo para desencadenar el proceso de toma de decisiones; a esto se le denominó "**indicación para actuar**" y podría ser interna, como por ejemplo la percepción de síntomas, y externa (los medios de comunicación, a través de relaciones interpersonales, el envío de una carta de su médico, etc.). Desafortunadamente, pocos estudios han intentado medir la contribución de la "indicación para actuar". Finalmente, se asume que una serie de variables demográficas, socio-psicológicas y estructurales podrían, de alguna manera, afectar la percepción de los individuos, y por tanto, influirían indirectamente sobre las conductas relacionadas con la salud.

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; Janz NK, 1984*). En la revisión de Janz, la percepción de barreras y beneficios se asoció más hacia la conducta hacia la enfermedad que hacia la búsqueda de actividades preventivas, al contrario que la percepción de vulnerabilidad que se asoció más a búsqueda de cuidados preventivos. Hasta el año 1992, se habían publicado 442 artículos basados en el modelo. No obstante, en un reciente metaanálisis (*Harrison JA, 1992*), sólo 16 trabajos incluyeron las cuatro dimensiones del modelo y estudiaron las medidas de validez y fiabilidad; ello quiere decir que el modelo de creencias de salud se emplea con mucha frecuencia como marco teórico de referencia, pero pocas veces con el rigor necesario. Efectivamente, no se han publicado dos estudios que empleen el mismo instrumento para medir el modelo de creencias de salud; incluso en muchos estudios no se han utilizado las técnicas adecuadas para medir el constructo y la fiabilidad.

Se pueden realizar cuatro críticas al modelo de creencias de salud: la primera es que no existen suficientes evidencias de que las creencias y actitudes causen conductas (*Calnan M, 1986; Sabini J, 1993 b*); la segunda es que el modelo parece funcionar bien, solo si el resto de factores que influyen en las conductas son homogeneizados (*Wolinsky FD, 1988*); la tercera es que tendría ciertas dificultades en explicar acciones de salud que no fueran condicionadas a un tratamiento, aunque recientemente se han encontrado evidencias a favor (*Wardle J, 1991*); y la cuarta es que solo las creencias específicas sobre la enfermedad "x" serían predictivas, mientras que las creencias de salud "generales" no (*Berkanovic E, 1982*). Por último, se tiene la impresión de que el modelo de creencias es demasiado pretencioso cuando se pretende extrapolar a numerosas áreas de los aspectos psicosociales de la salud-enfermedad, y que solo alcanzaría cierta correspondencia en el uso de los servicios de salud y el cumplimiento de los regímenes médicos (*Radley A, 1994*).

Bellón (*Bellón JA 1999*) valida una **escala de creencias de la salud** basado en el modelo de Becker con un cuestionario que incluye susceptibilidad, gravedad, eficacia, importancia de la salud y barreras. (*Hibbard J y Pope CR, 1985*) crean cuatro escalas dimensionadas: "tendencia a adoptar el rol de la enfermo, interés por la salud, escepticismo hacia el médico y creencias y orientaciones

religiosas de la salud". Finalmente (*Berkanovic E, 1981*) hace lo propio con aspectos como susceptibilidad hacia la enfermedad y creencias en la eficacia de los cuidados preventivos, aceptabilidad del sistema de cuidados, accesibilidad al mismo, costos, seriedad de la enfermedad, eficacia de los cuidados y motivación por la salud".

Las escalas del locus de control de la salud: el concepto de "*locus* de control" se desarrolló para designar la creencia acerca de la conexión entre el comportamiento y sus consecuencias. Posteriormente, Wallston y sus colaboradores (*Wallston BS, 1976*) 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.

Dos años más tarde, los mismos autores (*Wallston BS, 1978*) validaron una nueva escala multidimensional del lugar del control de la salud (MHLC). En este caso separan tres dimensiones de 6 ítems cada una. Una subescala coincidiría con la del **control interno de la salud (IHLC)**, las otras subescalas serían una subdivisión de la subescala de control externo de la salud. La subescala del **control por "otros poderes" (PHLC)**, donde los ítems apuntan hacia el control de la salud por los profesionales de la medicina y alguno por los amigos y familiares. La subescala del **control por "la suerte" (CHLC)** se refiere al control de la salud por la naturaleza, el destino o el azar.

En nuestro país, se ha llevado a cabo una adaptación de las escalas del *locus* de control de la salud, que se aplicó a pacientes con dolor crónico reumático (*Pastor MA, 1990*). Se confirmó la multidimensionalidad del constructo, pero obteniendo cuatro subescalas independientes: "profesionales", "azar", "destino" e "interno". Los autores manifiestan que la intención de la escala MHLC no es explicar y predecir definitivamente las conductas de salud, ya que reconocen que habría que tener en cuenta otros factores: motivaciones, apoyo social, actitudes hacia los profesionales, percepción de la susceptibilidad y severidad, valoración de los costos y beneficios, factores demográficos y valores de salud.

El *locus* de control de la salud se ha estudiado con relativa asiduidad y eficiencia como variable predictora de las conductas saludables (*Calnan M, 1989*). Sin embargo, su aplicación al estudio de la utilización está en sus inicios. (*Bush PJ, 1990*).

Las **escalas de locus de control** han sido utilizadas ampliamente para operativizar la motivación de la salud en general, en la edad pediátrica hay escasos estudios sobre su aplicación así como la validez de las mismas pero han sido probadas como válidas en estudios de población pediátrica y adolescentes. (*Bates AS 1994; Stanton WR, 1995; Tait R, 1982; Parcel GB, 1978; Hearne J, 1988; Bush MR, 1998; Marsall GN, 1990; Astrom AN, 2002*)

En nuestro país, el trabajo de (*Bellón JA, 1999*) valida las escalas del locus con cuatro factores subyacentes el locus de control de la salud de Dios, el azar, el control interno y el control por el profesional.

3.1.6.- 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 atención primaria, para darse cuenta que una parte muy importante de las visitas se producen por procesos morbosos autolimitados (como por ejemplo los resfriados comunes) (Morrell D, 1991).

En algunos estudios (Morrison JM, 1991; Sánchez FJ, 1992), se ha podido comprobar que las madres que tenían peores conocimientos y actitudes sobre el manejo de síntomas menores de sus hijos (fiebre, vómitos, diarrea, etc.) consultaron con mayor frecuencia al médico. Lee (Lee GM, 2003) nos demuestra como las madres con conceptos erróneos sobre el tratamiento apropiado de los catarros era un factor predictivo de la utilización, y Dewey, (Dewey CR, 1998) muestra cómo madres de alto nivel de educación tienen menores tasas de utilización. En un estudio en niños que acudían fuera de hora a las consultas de pediatría (Morrison JM, 1991) se demostró que la educación materna influía en la utilización.

Ante estas evidencias se han realizado algunos ensayos controlados, para comprobar si la educación sanitaria reduciría la utilización:

Morrell (Morrell DC, 1980), en Inglaterra, envió por correo a un grupo de familias un folleto sobre el manejo del dolor de garganta, fiebre, tos, diarrea, etc., mientras que a un grupo control no le envió nada. Siguió durante un año a los dos grupos y comprobó que las familias que recibieron el folleto dieron menos avisos domiciliarios y realizaron menos visitas por los motivos de consulta que se explicaron en el folleto. Por contra, Usherwood (Usherwood TP, 1991), en un ensayo parecido al de Morrell, aunque también encontró un descenso en los avisos domiciliarios, no apreció diferencias significativas en las visitas con cita previa; y además, paradójicamente, el grupo de intervención realizó un mayor número de visitas fuera de hora.

Moore (Moore SH, 1980), les mandó un libro de autocuidados referente a 63 problemas médicos a tres grupos de familias; al primero, además del libro, se les ofreció un seminario opcional sobre el tema; al segundo se le propuso lo mismo y 50\$ si sus visitas al médico descendían en un tercio; el tercer grupo fue el control. El grupo primero descendió las visitas en un 18%, el grupo segundo un 12%, y el control un 1%; sin embargo estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En un experimento similar (Lorig K, 1985), la utilización se redujo significativamente en el grupo de intervención un 17%; no obstante, esto solo ocurrió en los pacientes que pagaban al médico por acto médico, mientras que los adscritos a las HMO (pago por cuotas fijas) no redujeron la utilización.

Por último, en el estudio de Roberts (Roberts CR, 1983), se centraron en un único problema: los catarros de vías altas. La asignación de grupos fue aleatoria y la intervención consistió en una charla-coloquio (más folleto y termómetro) sobre el manejo y los autocuidados del resfriado común. La tasa de visitas por catarros de vías altas consideradas innecesarias fue un 44% menor que en el grupo control. En lo que no hubo diferencias fue en las visitas "necesarias", y tampoco se detectó un incremento de las complicaciones del resfriado común en el grupo de intervención.

Como se puede comprobar hay resultados en ambas direcciones, pero quizá habría que comentar algunos aspectos metodológicos que podrían relativizar los resultados: En primer lugar, excepto en el estudio de Roberts, no se controló el padecimiento de enfermedades crónicas. En segundo lugar, el tipo y el grado de intervención podría ser decisivo a la hora de valorar los resultados: no es lo

mismo enviar un folleto por correos que dar una charla-coloquio. Y tampoco es igual un folleto sobre un solo problema de salud que un libro sobre 63. En tercer lugar, no se controló el sesgo de la contaminación educativa, que como es conocido repercute hacia la no significación.

Con cierta frecuencia, los modelos teóricos de la psicología social de la salud se mezclan en una misma investigación para tratar de explicar el uso de las consultas (*Berkanovic E, 1982; Horwitz SM, 1985; Hibbard JH, 1985; Hibbard JH, 1986; Bush PJ, 1990*). Se puede intentar coordinar componentes de la teoría del rol de enfermo, del modelo de creencias de salud, del *locus* de control de la salud, etc.

3.2.- APOYO SOCIAL.

Desde hace una década, el apoyo social aparece como uno de los temas favoritos de investigadores procedentes de distintas disciplinas científicas: sociólogos, antropólogos, psicólogos, epidemiólogos, etc. Cohen (*Cohen S, 1985*) 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.

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) (*Barrón A, 1990*).

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 (*Bowling A, 1991*). 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.

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. Se puede tener un extenso sistema de apoyo social y no utilizarlo, porque no queramos hacerlo o porque no sabemos que existe. El concepto de red social asume dos presupuestos que no siempre son ciertos: que los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas, y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. 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. Por eso, cuando se quiere hablar estrictamente de apoyo social muchos autores lo denominan **apoyo social funcional** (*Broadhead WE, 1988; Broadhead WE, 1989*). 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. Los tres tipos de apoyo funcional están muy relacionados; prueba de ello es que tanto el apoyo informativo-confidencial como el material-instrumental pueden considerarse como apoyo emocional siempre que no se den por obligación.

Stuart (*Stuart MR, 1993*) establece un modelo para explicar como las personas responden al estrés: "**personas + estrés = producción de la reacción**". **Las personas** se refiere a las características personales: demográficas, predisposición genética, herencia cultural, influencias familiares, mecanismos previos de afrontamiento, estructura de personalidad, sistemas de valores, historia personal basada en las creencias acerca del pasado, el presente y el futuro, y las expectativas generadas por esta historia. En este modelo **el estrés** se refiere a las demandas que son experimentadas por las personas. Estas demandas pueden ser generadas internamente (expectativas no realistas, hambre, sed, enfermedad, deprivación del sueño, etc.) o externamente (por otras personas o por el entorno). El estrés puede ser agudo o crónico (resultado de una acumulación de pequeñas molestias cotidianas) y puede aumentar o disminuir en función del apoyo social disponible. **La reacción** se refiere a la respuesta de las personas ante un determinado estrés. Esta respuesta, cuando llega a los médicos, se suele manifestar por una serie de síntomas físicos y emocionales. De esta forma, el médico podría ayudar al paciente a reducir el estrés, por ejemplo sugiriendo a la familia algunas formas de ajuste. Pero el médico también puede intervenir sobre la reacción que produce el estrés, por ejemplo sugiriendo otras formas de percepción del estrés o ayudando a aprender técnicas de afrontamiento del estrés. En este último caso el estrés permanece, pero la percepción del mismo cambia; es decir, objetivamente nada ha cambiado, pero subjetivamente todo es diferente.

Sobre el marco teórico de la "teoría del estrés" se ha desarrollado lo que se conoce como "**la especificidad del apoyo social**", que postula que éste será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. Dicho ajuste se debería ejercer sobre tres dimensiones (*Jacobson DE, 1986*): la cantidad de apoyo (un exceso de apoyo puede crear dependencia), el momento del apoyo (las necesidades cambian a lo largo del tiempo y del ciclo vital familiar), y el origen del apoyo (en función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente que de otra).

Existe poca información sobre el mecanismo a través del cual el apoyo social ejerce su efecto beneficioso sobre la salud. Se ha sugerido el papel de modificador ("*buffer*") que parece jugar el apoyo social entre los estresores sociales y la enfermedad, mitigando el efecto de los primeros (**efecto indirecto**) (*Thoits PA; 1982; Franks P, 1992*). Otros 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*). Según Shumaker (*Shumaker S, 1984*), para conocer los procesos psicológicos a través de los cuales el apoyo social ejerce sus funciones convendría unir los recursos a las funciones, y en este sentido habla de:

1) Funciones de apoyo social sustentadoras de la salud: su función es promover la salud y el bienestar. Esta función se puede reducir a varias funciones específicas: gratificación de las necesidades afiliativas, el mantenimiento y fomento de la autoidentidad y el fomento de la autoestima.

2) Funciones del apoyo social reductoras del estrés: a) La evaluación cognitiva: en cuanto a la evaluación primaria, el apoyo social puede cambiar la interpretación que se haga del estresor, y en

cuanto a la evaluación secundaria, el apoyo social puede modificar la evaluación sobre los recursos de afrontamiento. b) La adaptación cognitiva: referente a que el apoyo social también puede ayudar proporcionando información sobre métodos para controlar la amenaza.

La red y el apoyo social se han relacionado con diferentes variables relativas a su impacto beneficioso sobre la salud (Asher CC, 1984). Tanto la salud física como la psíquica mejoran al aumentar el apoyo social en madres e hijos (Oakley A, 1994), así como en ancianos (Oxman TE, 1992) y en todas las edades (Olsen O, 1991). Otros de los efectos beneficiosos del apoyo social se ejercerían sobre la mortalidad (Umberson D, 1992) y la no institucionalización de las personas ancianas (Bowling A, 1991).

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

El primero tendría que ver con **la influencia de la red y el apoyo social sobre la decisión de ir al médico** (McKinlay, JB, 1981; Berkanovic E, 1982; Evashwick C, 1984; Horwitz SM, 1985; Avis NE, 1991; Counte MA, 1991; Oakley A, 1994): 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 de red y apoyo social opuesta fomentaría la hiperutilización de los servicios de salud.

En Pediatría hay datos dispersos y contradictorios: en el estudio de Osman (Osman LM, 1995) con diarios de salud no señala la red social como predictora de uso, al contrario que en otros trabajos (Janicke DM, 2001; McKinlay JB, 1972). Horwith (Horwith SM, 1985) resalta la importancia de la actitud frente a la salud y las redes sociales en el uso de cuidados médicos y muestra como una red social grande y poco dispersa se relaciona con mayor utilización de servicios.

El segundo punto de interés, como consecuencia del primero, se centraría 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 (St Clair PA, 1989), o por que no, para disminuir la hiperutilización de las consultas (Barrón A, 1990-b).

3.3.- FUNCION FAMILIAR.

Para Ramsey (Ramsey CN, 1990) la familia es "*un pequeño sistema social compuesto de individuos relacionados los unos con los otros, biológicamente o por razones de lazos afectivos y lealtad, que conviven en un hogar permanente y persiste por décadas*"

Por **función familiar** entendemos 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; 1993). Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar seis funciones básicas en todas las familias: comunicación, afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía y reglas-normas.

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. Cuando la familia no puede ejercer adecuadamente sus funciones, utilizamos el término de **disfunción familiar** (*De la Revilla L, 1992*). La familia es una unidad biopsicosocial que tiene un 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 (*Fuentes J, 1983; Horwitz N, 1985*).

El impacto de los factores familiares sobre la salud se ha comprobado sobre muchas variables resultado: la mortalidad de los viudos (*Helsing KJ, 1981*), el control de la tensión arterial (*Ruberman W, 1984*), de la diabetes (*White K, 1984*) o del asma (*Lask B, 1979*), los resultados obstétricos (*Norbeck JS, 1983*), o la adherencia a los tratamientos (*Campbell TL, 1986*).

Existe una correlación entre la utilización de los distintos miembros familiares, que incluso es mayor en aquellas familias que son hiperutilizadoras (*Schor E, 1987*) y concretamente, uno de los mejores predictores de la utilización pediátrica es la utilización de la madre (*Newacheck PW, 1986*). 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) (*Mechanic D, 1986; Huygen FJA, 1988*).

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 (*Campbell TL, 1986*), por medio del estrés psicológico (*McNaabb R, 1983*) o por la ausencia del efecto beneficioso del apoyo social (*Sherbourne CD, 1991*).

Otros autores profundizan en la **utilización pediátrica y el uso familiar**, así ya (*Starfield B, 1985*) apuntó que las tres variables que más se asociaban al uso eran la enfermedad crónica recurrente del hijo, los problemas de salud mental y el patrón familiar de utilización. Otros muchos autores apoyan este patrón familiar de uso: (*Janicke DM, 2001*) enfatiza que el mejor predictor de uso, es el uso materno retrospectivo junto con el uso pasado del propio hijo. (*Soriano FJ 1999*) en un estudio en España muestra que la utilización materna influye independientemente en el uso y que la disfunción familiar no se asoció a la utilización. (*Hakanson A, 1996; y Peterson C, 1996*) relacionaron la utilización a hiperutilización de los padres, y *Ward A, 1996*: asociaba directamente la utilización del hijo al uso materno como asociación directa, también, (*Riley AW, 1993*): subrayó como determinante de la hiperutilización, la utilización materna.

La **estructura familiar** y la utilización también han sido comentadas en la bibliografía, mientras que en muchos estudios no se puede establecer relación; (*Jonhsen N, 1988*) señaló como uno de los predictores de uso, la estabilidad psicosocial de los padres y los cambios en la composición familiar, y en el estudio de (*Heck KE, 2002*) con nivel de educación apropiado, la estructura familiar no influía en la utilización, pero el menor nivel de educación y ser madres solteras se asociaba a la utilización.

3.4 SALUD MENTAL.

La prevalencia de los trastornos de salud mental en población general gira en torno al 15-30% (*Bulbena A, 1992*). De los afectados, solo acuden al proveedor de servicios sanitarios el 40% (*Goldberg D, 1990*). De los que acuden al médico, más del 50% son atendidos exclusivamente por los médicos de familia (*Gonzales JJ, 1994*). Es decir, los problemas de salud mental son muy prevalentes y los médicos de familia asumen la mayor parte del protagonismo en su manejo. Yates (*Yates WR, 1986*), para explicar esta última afirmación argumenta tres razones: 1) el médico de atención primaria es más accesible, 2) los pacientes establecen relaciones de confianza con su médico de cabecera, y 3) muchos problemas mentales cursan con una expresión predominantemente somática.

Los médicos de atención primaria reconocen menos del 50% de la patología de salud mental que les llega a la consulta (*Bridges KW, 1985*), por lo que su capacidad diagnóstica es extremadamente poco sensible (sensibilidad del 29%) (*Martinez JM, 1993*). En un reciente estudio con población escandinava (*Stefansson CG, 1994*), se encontró un trastorno de salud mental en el 27% de la población que acudía a las consultas de atención primaria. De ese 27%, el 8% eran diagnosticados por los médicos de atención primaria y realmente tenían patología de salud mental, el 12%, aun sufriendo de distrés psicológico, no fueron diagnosticados por sus médicos, y el 7% se etiquetaron por sus médicos de enfermos mentales pero en realidad no lo eran. Los problemas en la detección y el manejo de los problemas de salud mental por el médico de atención primaria son mucho mayores en la población mayor de 65 años (*German PS, 1985; German PS, 1987*)

En el estudio reciente de (*Heneghan AM, 2004*) se subraya que el escaso apoyo social y la desconfianza al pediatra hacen que madres con síntomas depresivos no los manifiesten y además advierte que los pediatras no están preparados ni reconocen los síntomas depresivos de las madres. Además el reconocimiento de alteraciones de salud mental cobra más importancia si vemos datos de prevalencia (*Igual R, 2003*) en los hiperfrecuentadores (47% síndrome ansioso, 55% personalidad compulsiva y 30% personalidad esquizoide.)

La depresión se ha relacionado con un aumento de las tasas de utilización de las consultas de atención primaria (*Waxman HM, 1983; Callahan CM, 1994*) y de las visitas domiciliarias (*Iliffe S, 1993*). Otros diagnósticos de salud mental que se han relacionado con la hiperutilización son: el trastorno por somatización (*Escobar JJ, 1987*), el trastorno de angustia (con o sin agorafobia) (*Thompson JW, 1988*) y el trastorno de ansiedad generalizada (*Katon W, 1990*). Otro tipo de patología de salud mental que se ha relacionado con la hiperutilización es la personalidad neurótica (*Whestead JN, 1985*). Mechanic también habla en términos de salud mental cuando describió el síndrome del distrés y la denominada "introspección" (*Mechanic D, 1978*).

No está tan claro que los problemas de salud mental sean un factor predictor de la utilización: en algunos estudios realizados en Estados Unidos (*Tessler R, 1976; Hooper EW, 1980; Mechanic D, 1982*), se encontró asociación entre una mayor utilización y el trastorno de salud mental, mientras que en otras investigaciones, no ocurrió así (*Hibbard J, 1986; Berkanovic E, 1989*). En nuestro país se han publicado algunos trabajos transversales que relacionaron los problemas de salud mental con la hiperutilización de las consultas de atención primaria (*López-Torres J, 1992; Cortés JA, 1993*), aunque ninguno de los citados controló las variables confusoras aceptablemente. Se ha descrito que el tratamiento psicológico descendería las visitas al médico de atención primaria (*Kessler LG, 1982; Hankin JR, 1983; Hansson L, 1990*); sin embargo, otros autores afirmaron lo contrario (*Mechanic D, 1983*). Por otra parte, los ensayos aleatorios sobre este tema tampoco han sido concluyentes, dándose resultados en ambas direcciones (*Smith GR, 1986; Katon W, 1992*).

En los estudios pediátricos tampoco hay uniformidad de conclusiones en la relación de los factores psicosociales, la enfermedad mental o el nivel de salud mental de la madre o del hijo con el uso pediátrico. Así por ejemplo (*Horwith SM, 1985; Watson JM, 1995*) no pudieron demostrar en sus trabajos los efectos de los factores psicosociales en el uso Dadds (*Dadds MR, 1995*) tampoco pudo establecer influencia entre el ajuste psicológico de la madre y el estado de salud del niño. Sin embargo en otros estudios sí se demuestra una asociación entre actitudes maternas, estrés materno, distrés psicológico de la madre y utilización (*Ward A, 1996; Tesder, R., & Mechanic, D., 1978; Woodward, CA, 1988; Garralda, 1982 M. E., & Bailey, D., 1989; Riley AW, 1993; Janicke DM 2003-2001*); de forma similar (*Starfield B, 1985 y Champion PD, 1985*) también encuentran relaciones de la utilización con los problemas de salud mental o ansiedad materna

En nuestro país, Igual y Sánchez (*Igual R, 2003; y Sánchez FJ, 1992*) sí relacionan niveles elevados de ansiedad materna e hiperutilización y Soriano (*Soriano FJ 1999*) no pudo establecer esta relación. En el trabajo de Tomb (*Tomb DC 1999*) se muestra como si bien la salud mental de la madre influye claramente la utilización, la influencia se modifica por la edad del hijo y la pobreza, sobre todo cuando la utilización es grande, también los síntomas depresivos en este trabajo mostraron asociación con los hiperutilizadores, sin embargo la salud mental del hijo no influía en el uso pero en otros muchos trabajos de la bibliografía sí influye (*Starfield B, 1984; Riley AW 1993; Woodward, CA, 1988; Ward A, 1996; Ange RJ, 1996; Hankin, J. R, 1984*). Recientemente Minkovitz (*Minkovitz CS, 2005*) encuentra clara relación entre depresión materna y un patrón desfavorable en la búsqueda de cuidados para el hijo incluyendo aumento de utilización por enfermedad aguda y disminución de cuidados preventivos y vacunas.

En general quedan hipótesis inconclusas sobre la influencia de la enfermedad mental materna, así como los problemas emocionales o de conducta del niño en la utilización de servicios (*Horwitz SM, 1985; Riley AW 1993; Ward A, 1996; Woodward, CA, 1988*).

CAPITULO 2

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

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).

Un médico podría atender en su cupo a un número de personas razonable; sin embargo las tasas de utilización de su población podrían ser excesivamente altas. En este caso, el médico tendría que responder diariamente a un gran número de demandas y, ya que el tiempo es limitado, se vería obligado a dedicar escaso tiempo a cada paciente. Esta última variable, **el tiempo por paciente, se ha relacionado con la calidad de la atención** (Wilson 2002) Se ha comprobado que cuando las consultas son más cortas disminuye la satisfacción del paciente (Howie JGR, 1991) descienden los contenidos de educación sanitaria y las actividades preventivas (Poland MO, 1986; Morrell DC, 1987) se prescriben más medicamentos y los pacientes vuelven más a la consulta (Hughes D, 1983) los usuarios exponen escasamente sus creencias y preguntan menos (Ridsdale L, 1989) y por si fuera poco, los médicos sufren más estrés y mal humor (Wilson A, 1991). Cuando se midió 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 comprobó una correlación negativa entre el número de consultas/día y la calidad asistencial (Delgado A, 1994).

Aunque existe un gran número de trabajos sobre la utilización de servicios de salud, la mayoría de ellos son observacionales y transversales. Gran parte de los trabajos observacionales (e incluso los prospectivos) se han centrado sobre la utilización en general y, aún controlando un importante número de variables, las varianzas explicadas no dejan de ser limitadas (Hulka BS, 1985). Este es el caso de algunas de las investigaciones basadas en el modelo conductual de Andersen, ya que no logran explicar más del 20% de la variabilidad (Wolinsky FD, 1978; Grimsmo A, 1985; Wan TTH, 1989). Esta capacidad predictiva tan discreta, ha sido ampliamente comentada y criticada en la literatura (Mechanic D, 1979; Hulka BS, 1985; Wolinsky FD, 1988; Arredondo A, 1992; Borrás JM, 1994) y como dice Wolinsky "estamos todavía lejos de comprender las razones de la utilización de los servicios" (Wolinsky FD, 1988).

A la relativa incertidumbre sobre la causalidad de la utilización se le pueden sumar los resultados inciertos y de diferente signo que se han encontrado en los escasos estudios experimentales que se han llevado a cabo, bien sobre intervenciones específicas sobre algún factor como la educación sanitaria (Usherwood TP, 1991), la salud mental (Katon W, 1992), o bien sobre intervenciones más generalizadas (Turabian JL, 1989).

Como apunta Newacheck (Newacheck MC 1992) en su análisis sobre la encuesta nacional de salud USA en población pediátrica, la mayoría de los estudios clásicos sobre utilización sólo pueden explicar entre el 5 y el 25% de la variación sobre la utilización en la infancia, dato sin duda preocupante, y sugiere que podría haber errores en la recogida de datos o que algunas variables importantes que explican el uso no han sido correctamente recogidas o analizadas, y finalmente duda sobre si la aproximación conceptual y empírica en los estudios de utilización pediátrica es la más adecuada.

La mayoría de los trabajos sobre el consumo de asistencia pediátrica en España se han limitado a realizar análisis descriptivos de la frecuentación, evaluando la presión asistencial y el tipo de patología más prevalente (*Polo P, 1998; Tapia C, 2004*) y pocos se han centrado en conocer la distribución de la demanda identificando factores asociados a la variabilidad de la misma (*Sánchez FJ, 1992; Soriano FJ, 1999; Igual R, 2003*) y de forma similar a los trabajos fuera de nuestro país la variación entre los resultados y entre los autores es grande.

Este panorama hace que sea muy importante utilizar otro tipo de investigación cuyo marco teórico y su estudio analítico permitan investigar variables distintas a los estudios clásicos sobre utilización en Pediatría. Un tipo de estudios que explora otra parte “de la utilización sería el análisis del “proceso continuo” desde el inicio de un síntoma hasta su desaparición por medio de diarios de salud (episodio sintomático). Es decir el análisis de los factores y del proceso en la toma de decisión (autocuidados, consulta a profesionales ,etc.) de la madre ante un episodio sintomático. Estas investigaciones ,más costosas y por tanto poco utilizadas (menos aún en la edad pediátrica) podrían aclarar y dar luz a partes poco exploradas por los estudios clásicos de utilización: se podría estudiar el porqué se toma una decisión respecto a un síntoma ,en base a qué variables , qué creencias, qué motivaciones y el tipo de autocuidados o automedicación previos (o no) a la consulta médica, el tipo de profesionales elegidos para el contacto con la red sanitaria, la influencia de la red social en la toma de decisiones, y en general los factores que influyen en la consulta al profesional ,ya que podrían desvelar factores asociados a la utilización que no aparecen en estudios típicos de utilización.

Argumentos que nos ha llevado a realizar el presente estudio cuya finalidad fue tratar de estudiar desde otra óptica muy poco utilizada, qué factores influyen en la toma de decisiones y en la utilización de los servicios de salud en Pediatría

En definitiva, al inicio del presente proyecto nos planteamos los objetivos que a continuación exponemos:

OBJETIVOS

1-Conocer los episodios sintomáticos que tiene la población pediátrica y cuales son sus características.

2-Identificar qué episodios sintomáticos son los que consultan con más probabilidad y/o tienen autocuidados.

3- Analizar con el factor tiempo lo que ocurre desde el inicio de un síntoma, hasta su desaparición.

4-Conocer la red social y los autocuidados que emplean las madres en la búsqueda de la salud de sus hijos

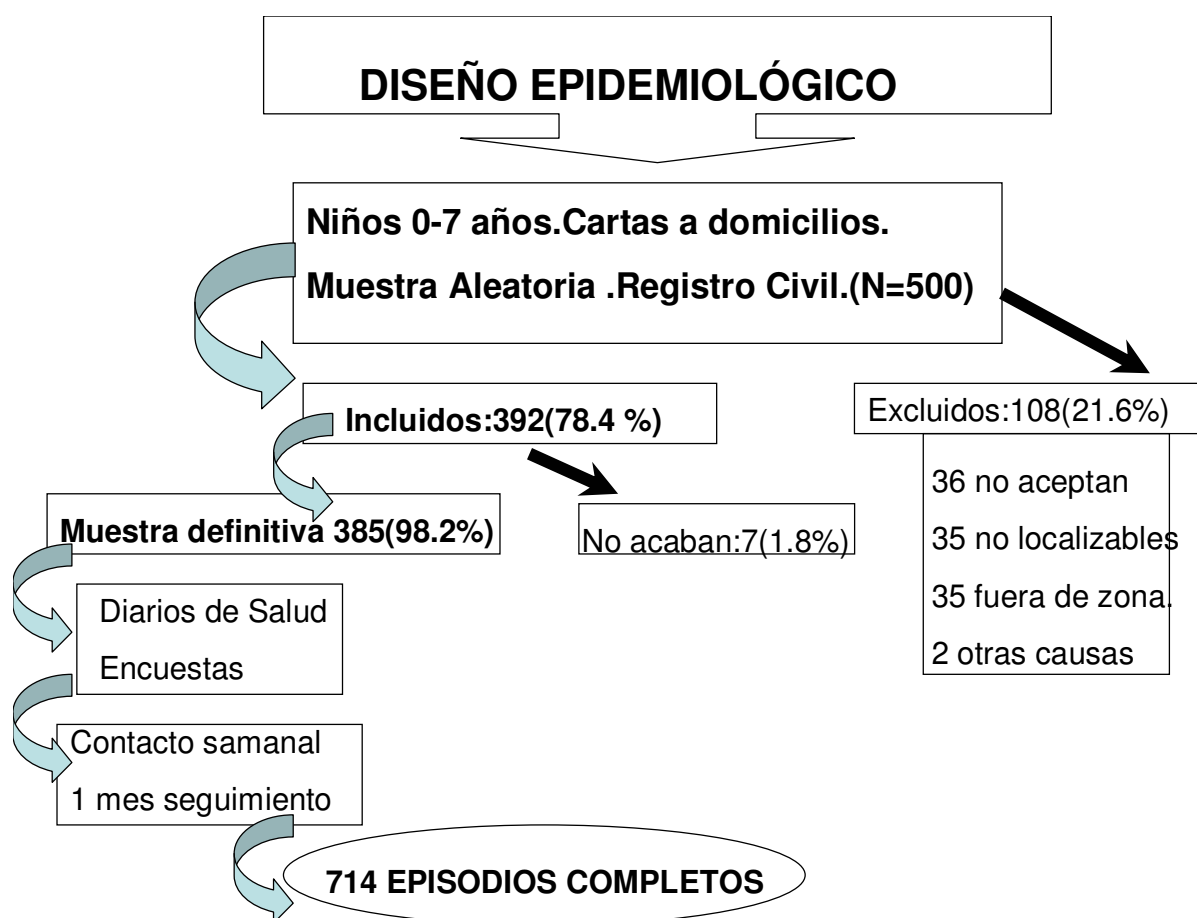
5-Identificar las variables (creencias y conductas etc.) de las madres y de sus hijos que influyen en la decisión de ir al médico y/o practicar autocuidados en la población pediátrica.

6-Cuantificar el efecto de cada variable predictiva en la conducta de intervención ante un determinado episodio sintomático.

7-Establecer las relaciones internas en la cadena causal de la decisión de ir al médico y/o practicar autocuidados.

DISEÑO EPIDEMIOLÓGICO

-Estudio observacional prospectivo con diarios de salud



CAPITULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL

El estudio se ha llevado a cabo en el Centro de Salud Zaidín-Sur de la ciudad de Granada. Este centro comenzó a funcionar como tal en 1985. Durante la realización del estudio (1997) el Centro de Salud contaba con los siguientes recursos humanos: 10 médicos de familia /generales, 4 pediatras, 13 enfermeras (2 de ellas dedicadas a los programas materno-infantil), 1 trabajadora social, 2 auxiliares de clínica, 4 administrativos y 2 celadores. Los pediatras atendían a la población hasta los 7 años, aunque de forma voluntaria se atendían algunos niños hasta los 14 años.

El equipo del Centro de Salud atendía a la población de referencia en jornada continua de 8 a 15 horas. Los días laborables, de 15 a 17 horas se prestaba atención de urgencias en turnos rotatorios por dos médicos, que según el turno, uno de ellos podía ser cualquiera de los 4 pediatras. Este turno de urgencias también era extensivo para los sábados de 9 a 17 horas. De lunes a sábado y a partir de las 17 horas hasta las 8 horas del día siguiente, las urgencias quedaban atendidas por el servicio especial de urgencias, asentado en el ambulatorio del Zaidín, con personal no adscrito al centro al Centro de Salud. Este personal también cubría las 24 horas de los domingos y festivos.

La **población de referencia** del estudio pertenece a la Zona Básica de Salud del Centro de Salud Zaidín-Sur, situada en un barrio periférico del Sur de Granada. En 1997 la población adscrita al Centro de Salud era de 24.191 habitantes, de los que el 6.94% tenían entre 0 y 4 años y el 8.31% de 5 a 9 años (Fuente: Memoria del Centro de Salud de 1997). La **población elegible** quedó constituida por todos los niños de la Zona Básica de Salud que en 1997 tenían de 0 a 7 años. Se dispuso de un registro informatizado de la población elegible que facilitó la Delegación Provincial de Salud, cuyos datos se obtenían del registro de recién nacidos de los hospitales y del registro civil de Granada. La información de este registro aportaba el nombre del recién nacido, su domicilio y el teléfono. Se seleccionaron todos los recién nacidos desde 1989 a 1996 cuyo domicilio pertenecía a la Zona Básica de Salud Zaidín-Sur. De esta selección, se eligió una **muestra aleatoria simple** de 500 niños.

Criterios de selección y exclusión

Se enviaron cartas a las familias de los 500 niños elegidos por el muestreo, donde se les informaba de la realización del estudio y se les pedía que aceptaran participar. Después de 4 días hábiles a partir del envío de las cartas, se contactó con las familias por teléfono o por visita domiciliaria. En 108 casos no se les pudo incluir en el estudio: 35 porque después de tres llamadas o visitas en distintos días y horas no se les pudo localizar; 36 se negaron a participar; 35 porque vivían fuera de la Zona Básica de Salud; 1 niño había fallecido; y en 1 caso la madre era analfabeta.

Una vez incluidos los 392 niños en el estudio, y después de la autocumplimentación de una serie de cuestionarios por sus madres, se les entregó un diario de salud por cada niño que participara en el estudio. En este diario se anotaba día a día, durante un mes, (el estudio se realizó en los meses de marzo-abril), todos los episodios sintomáticos que ocurrieron en el niño sometido a seguimiento. Al entregar el diario de salud a las madres, además de instruirles en su cumplimentación, se les ofrecía la participación en un sorteo de una serie de premios si entregaban el diario de salud bien cumplimentado al final del seguimiento. Durante el mes de seguimiento, por teléfono y una vez por semana, se volvía a contactar con cada madre para reforzar su conducta cumplimentadora y resolver sus dudas. La carta de captación, el manual de normas y la ficha de seguimiento se

detallan en el (*Anexo 4*). De las 392 madres (en realidad 391 madres y 1 padre), hubo 7 (1,8%) que no acabaron el seguimiento. Luego la **muestra definitiva** del estudio fue de 385 niños pertenecientes a 354 familias.

METODOS

1) Unidad de estudio: Episodio

La unidad de estudio no fueron los niños ni las madres, sino el episodio. Se definió el episodio de cuidados como la actividad emprendida por las madres u otras personas en un periodo dado y en respuesta a un problema de salud o situación médica. Durante el mes de seguimiento se obtuvieron un total de 889 episodios pertenecientes a 353 niños (32 niños no tuvieron episodios); de los cuales 714 fueron completos y 175 incompletos. Se definió el episodio completo como aquél que tuvo al menos un día por delante y otro por detrás libre de síntomas. Se consideraron excepciones a esta definición los casos en que ocurrían síntomas claramente independientes: por ejemplo, después de acabar un episodio de catarro-tos-fiebre, aún sin separación de al menos un día libre de síntomas, al niño le sobreviene un golpe o una herida. Si consideramos únicamente los 714 episodios completos como válidos, y asumiendo un error α de 0.05, se obtendría una potencia muestral del 80% para detectar una diferencia del 10% en la proporción de una determinada covariable.

2) Definición de las variables

Las variables dependientes fueron la utilización de los profesionales de la salud (farmacéutico, enfermera, pediatra del centro de salud, pediatra privado, urgencias del centro de salud y urgencias del hospital) o/y los autocuidados (la espera sin hacer nada, remedios caseros y medicamentos autoadministrados) durante el episodio. Estas se registraron por las madres diariamente y de forma estandarizada en los diarios de salud (*Anexo 1*).

Las variables independientes fueron:

2.1 Variables sociodemográficas y de morbilidad general del hijo: sexo, edad en meses, salud del hijo percibida por la madre (mala, regular, ni buena ni mala, aceptable y excelente), y si padecía enfermedades crónicas o de larga duración (si/no) y el tipo y número de ellas.

2.2 Variables sociodemográficas y de morbilidad general de la madre: edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral según la clasificación del *INE (Censo de 1991)*, clase social según la adaptación de la clasificación nacional de ocupaciones (Domingo A, 1988) número de convivientes en el hogar, y salud de la madre autopercebida (mala, regular, ni buena ni mala, aceptable y excelente).

2.3 Variables de utilización "autoreferidas" de la madre y del hijo: se le preguntó cuantas veces en el último año acudió al médico de familia para la propia madre y si en el último año acudió al menos una vez al médico privado, al médico naturista y al curandero. También sobre cuántas veces había llevado a su hijo al pediatra de su centro de salud (con cita y sin cita) y a urgencias del hospital en el último año; y si en el último año acudió al menos una vez al pediatra privado, al médico naturista y al curandero.

2.4 Variables de percepción sintomática: tipo de síntoma sobre una lista de 17 (anexo 1), conocimiento previo del síntoma que padece su hijo (si/no), y percepción de gravedad del síntoma (leve=1, moderado=2 y grave=3); se construyó un índice acumulativo de percepción de gravedad sumando la puntuación mayor de gravedad de cada día y se dividió por el número de días que duraba el episodio.

2.5 Variables de conducta ante el síntoma: reducción de la actividad normal del hijo (Si=1/No=0) y conducta de espera sin hacer nada (Si=1/No=0), con estas dos variables se construyeron sendos índices acumulativos resultado de la suma de cada punto durante todo el episodio y dividido por el número de días que duraba el episodio. La consulta con la red social (no consultó, con marido, madre-padre, abuelo-a, vecino-a, amigo-a, otro-a familiar, otros) registrada de tal modo que cada contacto se codificó como 1 punto; el índice acumulativo de consulta con la red social también se construyó sumando los puntos de cada día y dividiendo por el número de días que duraba el episodio. Tratamiento con remedios caseros (si/no), con su respectivo índice acumulativo. Tratamiento con medicamentos autoprescritos o prescritos por un profesional de la salud; y tipo de medicamento. Todos los cuestionarios se adjuntan en el (*Anexo 5.*)

2.6 Variables psicosociales de la madre: ansiedad de rasgo y estado con el cuestionario STAI- R/E (*Spielberg CD, 1988*), depresión con el cuestionario de Beck (Beck Depression Inventory) (*Beck AT, 1974*); (*Conde V, 1976*), hipocondría con el índice HG y de Witheley del cuestionario IBQ (*Nieto J, 1989*), apoyo social funcional con el cuestionario DUKE-UNC-11 (*Bellón JA, 1996*) clima social en la familia con las escalas FES (cohesión, conflicto y expresividad)(*Moos RH, 1995*) y función familiar con el APGAR-familiar (*Bellón JA, 1996*) Creencias de salud de las madres según el modelo de Becker y con un cuestionario previamente validado de 45 ítems que incluye las dimensiones de percepción de susceptibilidad, gravedad, eficacia médica, importancia de la salud y barreras (CSM-45) (*Bates AS, 1994; Sánchez. FJ, 1999*). Locus de control de la salud de las madres que incluye las dimensiones de control interno, profesional, por azar y por Dios; mediante un cuestionario previamente validado (LCSM-30) (*Bates AS, 1994; Bellón JA, 1999*)

3) Medida y validez de las variables psicosociales maternas.

3.1.-Creencias de la salud: Bellón (*Bellón JA 1999*) validan una escala de *creencias de la salud* basado en el modelo de Becker con un cuestionario que incluye susceptibilidad, gravedad, eficacia, importancia de la salud y barreras *Hibbard J y Pope CR, 1985* crean cuatro escalas dimensionadas: "tendencia a adoptar el rol de la enfermo, interés por la salud, escepticismo hacia el médico y creencias y orientaciones religiosas de la salud". (*Berkanovic E, 1981, 1982*) hace lo propio con aspectos como susceptibilidad hacia la enfermedad y creencias en la eficacia de los cuidados preventivos, aceptabilidad del sistema de cuidados, accesibilidad al mismo, costos, seriedad de la enfermedad, eficacia de los cuidados y motivación por la salud. (*Bellón JA, 1999*). El cuestionario de 47 ítems se validó en 385 madres de la zona básica de salud del zaidín el análisis factorial confirmó las dimensiones teóricas del modelo de Becker. Aquel explicó el 53,2% de la varianza y los factores subyacentes fueron percepción de eficacia médica, percepción de gravedad, de susceptibilidad, de barreras, de importancia de la salud, y de susceptibilidad a infecciones respiratorias agudas. (*Anexo 3*)

3.2.-Las escalas de locus de control han sido utilizadas ampliamente para operativizar la motivación de la salud en general, en la edad pediátrica hay escasos estudios sobre su aplicación así como la validez de las mismas pero han sido probadas como válidas en estudios de población

pediátrica y adolescentes . (Bates AS 1994;Stanton WR, 1995; ,Tait R, 1982;ParcelGB, 1978;Hearne J,1988; (Bush MR, 1998) MR, 1998; Marsall GN, 1990; Astrom AN, 2002)

En nuestro país, el trabajo de (Bellón JA ,1999) valida las escalas del locus con cuatro factores subyacentes el locus de control de la salud de Dios, el azar, el control interno y el control por el profesional. El cuestionario de 32 ítems se validó en una muestra de 385 madres de la zona básica del Zaidín. El análisis factorial confirmó las dimensiones teóricas del LCSM de Wallstor. Aquél explicó el 52% de la varianza y los factores subyacentes fueron locus de control de la salud por Dios, por el azar, interno y profesional. (Anexos 3 y 5)

3.3.-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 de 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 un actividad del sistema nervioso autonómico. 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 escalas directas y 7 invertidas. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos (0=1 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 población clínicas .Desde su aparición en 1970, el test ha sido ampliamente utilizado en muchos países y en España también ha demostrado su viabilidad y validez (Bermúdez J, 1978).Existía experiencia de la aplicación de esta escala por el equipo investigador y en esta misma población (Sánchez 1993) en la que se demostró que altos niveles de ansiedad de rasgo se asociaron a Hiperutilización. (Bellón JA, 1996).

3.4.-El DUKE-UNC-11: el apoyo social se midió con la escala denominada "*DUKE-UNC 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 puntos.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 pocos años (De la Revilla L, 1991) y recientemente se complementó con una nueva (Bellón JA, 1994-e). 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 (α de 0.88 y 0.78). En las dos primeras validaciones hubo algunos ítems que no entraban a formar parte de los dos factores. Empleamos la separación de ítems obtenida con la última validación española de la escala porque permite clasificar a los 11 ítems en los dos factores (apoyo afectivo los ítems 3, 4,5 y 11, y apoyo confidencial lo ítems 1, 2, 6, 7, 8,9 y 10) y porque tal validación se ha realizado con población del Centro de Salud Zaidín-Sur. Los coeficientes de fiabilidad para la modalidad autoadministrada y con entrevistador fueron 0.92 y 0.65 respectivamente (Bellón JA, 1994-e).

3.5.-Función Familiar: para medir la función familiar se eligió la escala llamada "*Family APGAR Index*". Este cuestionario se ha denominado con el 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 demostraron la validez y fiabilidad del **APGAR familiar** (*Good MJD, 1979; Smilkstein G, 1982; Hilliard R, 1986*) y, desde el punto de vista práctico, es uno de los instrumentos para medir la función familiar que más se ha empleado por los médicos de familia de Estados Unidos y Canadá (*Mengel M, 1987; Crouch MA, 1993*). En nuestro país han utilizado algunas versiones en castellano (*Casarrubios E, 1988; De La Revilla L, 1990*), pero solo recientemente se han publicado los primeros datos de validez y fiabilidad con población española (*Bellón JA, 1994-d*). En este estudio la consistencia interna fue de 0.84 y la fiabilidad autoadministrado y con entrevistador de 0.83 y 0.64 respectivamente. Se ha desarrollado una versión del APGAR familiar con respuestas de cinco opciones en lugar de tres. Esta versión posee un mayor poder discriminativo y un ligero aumento de los coeficientes de validez (*Smilkstein G, 1982; Hilliard R, 1986*), por lo que de cara a la investigación podría estar recomendado; sin embargo, actualmente no se dispone de su validación en nuestro país. Las **escalas 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. Nosotros 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. Con la suma de las puntuaciones de expresividad y cohesión, y restándole las puntuaciones del conflicto, construimos la escala "Relaciones familiares". Los datos de su validación, tanto en España como en otros países, se pueden consultar en la referencia de Mooss (*Moss RH 1995*).

3.6.-Respecto a los demás cuestionarios : **escala de depresión de Beck** y escalas de hipocondría (**índice HG y de Witheley del cuestionario IBQ**) también se aplicaron con 10 y 19 ítem respectivamente, están validados como se puede consultar en la bibliografía: así en la referencia de (*Beck AT 1974*) se puede consultar una validación del test corto para la depresión, así como en el estudio crítico de Conde (*Conde V, 1976*); en el trabajo de Nieto (*Nieto J 1989*), se puede consultar la factorización del cuestionario de conducta de enfermedad (I.B.Q.) de Pilowsky en la población española.

Todas las variables de los grupos 2.1,2.2,2.3 y 2.6 se obtuvieron mediante la autocumplimentación por parte de las madres de un cuestionario que incluía todas estas variables y escalas (**Anexo 3**); mientras que los grupos 2.4 y 2.5 de variables se recogieron con los diarios de salud.(**Anexo 1**). Los cuestionarios se adjuntan en el (**Anexo 5**)

3.7.- Validación de los cuestionarios de creencias de las madres (Anexo 3)

Se realizó una traducción y retrotraducción de los cuestionarios "Parent Health Locus of Control" y "Maternal Health Beliefs" (*Bates AS, 1994; Bellón JA; 1999*) con un traductor bilingüe de lengua materna inglesa y otro de lengua materna española. Se realizó una prueba piloto con 30 madres para descartar problemas de comprensión del cuestionario. La muestra de 385 madres autocumplimentaron los dos cuestionarios. Se realizó un retest a 363 de las madres, una media de 9 días después del test (d.t.=7.1 días, rango=3-67 días). Se empleó el análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para confirmar las dimensiones teóricas de las

escalas. Se midió el coeficiente de correlación intraclase de cada ítem y de cada escala para comprobar la fiabilidad test-retest. Se midió la consistencia interna de las escalas con el alpha de Cronbach. Las relaciones entre las distintas dimensiones de las escalas se midieron con el coeficiente de correlación de Pearson. Se verificó la validez de constructo mediante una serie de hipótesis previas con la confección de grupos extremos sobre determinadas variables que en la literatura habían demostrado relación con las escalas, construyéndose una matriz de validez convergente-discriminante. La confirmación estadística de la hipótesis que se plantean se hizo con los tests bivariantes (coeficiente de correlación de Pearson, T-Student y Chi-Cuadrado) y modelos de regresión lineal múltiple.

4).-Análisis estadístico

Las variables cuantitativas, tanto las continuas como las discretas, se exploraron en cuanto a su simetría por medio de los valores del sesgo de simetría. En función de éste, 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. Se usó la escala de transformaciones gradual que propone Tukey en función del sesgo de simetría. (*TurkeyJW, 1977*)

Todos los intervalos de confianza se construyeron al 95% de confianza. En el análisis bivalente se empleó la T-Student y la U de Mann-Whitney para comparar medias y la Chi-Cuadrado para comparar proporciones.

Tomando como unidad de análisis el episodio, se intentaron construir **modelos de regresión logística múltiple** tomando como variables dependientes la utilización profesional (si/no) en sus 6 facetas (farmacéutico, enfermera, pediatra del centro de salud, pediatra privado, urgencias del centro de salud, urgencias del hospital). Para la inclusión de variables en el modelo se siguió el método paso a paso hacia delante, con una P de entrada <0.15 y una P de salida >0.20 . Sobre los modelos construidos paso a paso se exploraron los coeficientes de correlación entre las variables independientes que lo componían. Si aquél fue >0.15 o el test de que el coeficiente es distinto de cero era ≤ 0.05 , se probaron sobre el modelo las interacciones de primer grado. Se comprobó la bondad de ajuste de los modelos mediante el test de Hosmer-Lemeshow, los residuales de Pearson, el leverage y las distancias de Cook. Todos los análisis descritos hasta hora se realizaron con el paquete estadístico SPSS Windows 11.0.

Con objeto de estudiar el tiempo hasta que se lleva a cabo una acción se realizó un **análisis de las curvas de supervivencia** oportunas. En primer lugar para estimar la curva de supervivencia para cada uno de los sucesos se empleó el método de Kaplan-Meier aplicando la corrección por empates de Breslow; ligada a esta estimación se hizo la de los parámetros de la curva como eran media, mediana y cuartiles. Con objeto de estudiar la relación entre diferentes factores y el tiempo de supervivencia se empleó **el modelo de los riesgos proporcionales de Cox**. En una primera fase se enfrentaron cada uno de los factores de manera individual contra el tiempo de supervivencia estudiándose el nivel de significación para cada uno de los factores y el incremento del riesgo de que ocurriera el suceso que provocaba el factor; los resultados de este análisis bivalente fueron etiquetados como Modelo I en nuestras tablas y responden al efecto bruto del factor sobre el tiempo hasta que ocurra el suceso. Con los factores que dieron significativos o los que daban un nivel de significación menor o igual que 0.20, así como con los factores de confusión oportunos, se construyó un modelo multivariante del que se eliminaron las variables que no dieron claramente significativas ($P>0.20$) y que además al quitarlas del modelo no modificaban los coeficientes que

se mantenían en él. En todos los casos se llevó a cabo un test de bondad de ajuste al modelo de riesgos proporcionales que no dio nunca significativo. Debido a las estructura del diseño que empleamos (episodio, anidado dentro de la madre) todos los análisis se llevaron a cabo teniendo en cuenta la estructura multinivel por lo que se empleó la madre como factor de efectos aleatorios y dentro de ella el episodio también como factor de efectos aleatorios. En todos estos casos se empleó el paquete estadístico STATA 9.1.

CAPITULO 4

RESULTADOS

Como se puede entender, los datos que se barajan en el presente proyecto, por sus peculiaridades, tipo de variables y problemática que aborda, constituyen un complejo panorama de una realidad igualmente compleja. En cambio, y con fines didácticos y pretendiendo simplificar los aspectos más relevantes vamos a presentar solamente lo que consideramos de mayor interés.

Para ello, por una parte vamos a describir en un primer apartado los resultados obtenidos de mayor interés y posteriormente a modo de resumen en las tablas 1-29 el conjunto de resultados y análisis desarrollados; tablas que finalmente permitirán desarrollar una interpretación de los mismos acorde con los objetivos que se han planteado

1) Perfil socio-demográfico (Tabla 1): como puede apreciarse, la edad media de las madres fue de 33 años y de 41 meses para sus hijos, la mayoría de la muestra eran casadas, amas de casa, de clase social media-baja, y con buena salud autopercibida tanto para ellas como para sus hijos.

2) Síntomas y episodios (Tabla 2): de los 385 niños que acabaron el seguimiento se obtuvo un total de 11.550 días de seguimiento, 3.318 correspondieron a **días con al menos un síntoma** en el niño, lo que supone un 28,7% de días sintomáticos. Hubo 32 (8%) niños que durante el seguimiento no tuvieron síntomas. Tomando únicamente los **episodios completos** (80%), (n=714) la **longitud** media fue de 3.06 días (I.C. 95% = 2.81-3.31, d.t. = 3.49) con un rango entre 0 y 23 días.

El síntoma de mayor prevalencia fue la tos que ocurrió en el 34,5% de los episodios, que también fue el que se presentó durante más días, con una media de 3.97 días (IC 95% = 3.52-4.42; dt = 3.68). La descripción del resto de los síntomas se presenta en la (Tabla 2) donde se aprecia como la fiebre y los síntomas catarrales son también muy frecuentes

3) Rebaje de actividad: en 73 episodios (10.2%) no hubo rebaje de la actividad en el niño (reducir su actividad normal o/y no ir a la guardería o escuela). El **índice de rebaje de la actividad estandarizado por la longitud del episodio** en días durante el episodio, que podía variar entre 0 = ningún rebaje y 1= rebaje de la actividad todos los días que duró el episodio, obtuvo una media de 0.87 (IC95% = 0.85 - 0.89; dt = 0.31). Hubo un rebaje de la actividad medio (índice entre 0.01 - 0.99) en 50 episodios (7%) y un rebaje de la actividad alto en 591 episodios (82.8%).

4) Gravedad del episodio: el índice acumulado de gravedad estandarizado por la longitud del episodio en días varió entre 0 y 3. Tuvieron una gravedad leve (índice = 0 - 1) 424 episodios (61%), una gravedad moderada (índice = 1.01 - 2) 251 episodios (36.1%) y fueron graves (índice = 2.01 - 3) 20 episodios (2.9%). El índice de gravedad medio fue de 1.29 (IC95% = 1.26 - 1.32; dt = 0.45).

5) Consulta con la red social (Tabla 3): se produjo la **consulta con la red social** en 416 episodios (58.3%). Se consultó con mayor frecuencia con el marido, en 366 episodios (51.3%), seguido de la abuela (106 episodios, 14.8%). El **índice acumulado de consulta con la red social estandarizado por la longitud del episodio** en días varió entre 0 y 4. En 298 (41.7%) no se consultó con la red, la consulta con la red fue baja (índice = 0.01 - 0.50) en 94 episodios (13.2%), moderada (índice = 0.51 - 1.00) en 244 episodios (34.2%), intensa (índice = 1.01 - 1.50) en 36 episodios (5.0%), muy intensa (índice = 1.51 - 2.00) en 29 episodios (4.1%) y superior (índice > 2) en 13 episodios (1.8%).

6) Utilización de remedios caseros (Tabla 4-D): el **índice acumulado de aplicar soluciones caseras estandarizado por la longitud del episodio** en días varió entre 0 y 1. No se aplicaron soluciones caseras en 46 episodios (6,4%). Se aplicaron muy pocas (índice = 0.01 - 0.50) en 30 episodios (4.2%), pocas (índice = 0.51 - 0.99) en 50 episodios (7.0%) y con soluciones caseras

(índice = 1) en 588 episodios (82.4%). Los **remedios caseros** más utilizados fueron los aplicados para los catarras que se emplearon en el 11% de los días con síntomas, y entre ellos destaca el suero nasal con un 9% de utilización; los siguientes en importancia fueron los remedios tópicos (2.2%).

7) Utilización de fármacos (Tablas 4-A, 4-B, 4-C): los **medicamentos** más utilizados fueron los analgésicos-AINES que se emplearon en el 35.2 % de los episodios completos, seguido de los antitusígenos (16.2%) y los antibióticos (13.7%).

8) Utilización de los profesionales de la salud : fue la siguiente: al farmacéutico en 24 episodios (3.4%); al enfermero del centro de salud en 7 episodios (1%); al pediatra del centro de salud en 217 episodios (30.4%), de los que en 161 se utilizó en una sola vez y en 56 más de una vez; al pediatra privado en 14 episodios (2%); a las urgencias del centro de salud en 41 episodios (5.7%); y a las urgencias del hospital en 30 episodios (4.2%). En un solo episodio se produjo un ingreso hospitalario por angioedema, con tres días de estancia.

9) Utilización de los profesionales de la salud según los síntomas (Tabla 5): se puede observar como la utilización del farmacéutico fue significativa en la fiebre, especialmente en la fiebre no termometrada y moderada, el catarro, la tos y en otros síntomas. La utilización del enfermero fue significativa en la fiebre moderada y en la herida. La del médico privado en el ahogo y en otros síntomas. La del pediatra del centro de salud lo fue prácticamente en todos los síntomas excepto en la diarrea y la cefalea. Las urgencias del centro de salud lo fue en todas las escalas de fiebre menos en la fiebre baja, en la otalgia y en otros síntomas. Las urgencias del hospital lo fueron en muchos síntomas menos en las otalgias, tos, golpes, diarreas y cefaleas. Y la utilización profesional en general (cualquiera de ellos) fue significativa en todos los síntomas menos en la diarrea, cefalea y el dolor abdominal.

10) Utilización de los profesionales de la salud según la consulta a la red social (Tabla 6): En general, la consulta con cualquier miembro de la red se asoció significativamente con el uso de los profesionales de la salud; no obstante, la consulta con el marido es especialmente llamativa, el resto los matices pueden comprobarse en la tabla .

11) Utilización de los profesionales en función de la percepción de la gravedad de los síntomas (Tabla 7): la utilización de cada uno los profesionales de la salud mostró una asociación lineal y significativa con la **percepción de gravedad de la madre**, excepto en la utilización de las urgencias del centro de salud.

12) Utilización de los profesionales en función de la disminución de la actividad del niño (Tabla 8): no hubo asociación significativa entre la disminución de la actividad del niño y la utilización de los profesionales de la salud, excepto con la utilización del enfermero.

13) Utilización de los profesionales en función del empleo de medidas caseras (Tablas 9,10): hubo asociación significativa entre el empleo de **medidas caseras** y la menor utilización del pediatra del centro de salud, las urgencias del centro de salud y del hospital, y la utilización total profesionales de la salud; pero sin asociación lineal.

14) Utilización de los profesionales en función de las variables independientes de la madre y del hijo (Tablas 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22): los estudios **bivariantes** de las variables independientes de la madre y el hijo estudiadas en la encuesta, pusieron de manifiesto que en la **utilización del farmacéutico** fue significativa la menor edad de la madre, la peor percepción de

salud del hijo, la mayor utilización del médico privado por parte de la madre, una mayor expresividad familiar (FES), un mayor locus de control por profesionales y una mayor percepción de eficacia médica, *Tablas 11, 14, 17 y 20*. La **utilización del enfermero** se asoció significativamente con mejores relaciones familiares y menores índices de hipocondría, *Tablas 11,14, 17 y 20*. La **utilización del médico privado** lo hizo con las clases sociales superiores, una mayor prevalencia de enfermedad crónica en el hijo y la utilización del médico naturista por el hijo, *Tablas 11,14, 17 y 20*.

La **utilización del pediatra del centro de salud** se asoció significativamente con menor distancia al centro de salud, mayor utilización de la madre **o del hijo**, estar casada, mejor función familiar, una menor ansiedad de estado, mayor percepción de susceptibilidad general y de infecciones de vías respiratorias del hijo, y una menor percepción de barreras a la atención, *Tablas 12, 15, 18 y 21*. La **utilización de urgencias del centro de salud** se asoció significativamente con menor nivel de estudios y menor percepción de eficacia médica, *Tablas 12, 15, 18 y 21*. La **utilización de urgencias del hospital** se asoció significativamente con menor edad de la madre, menor satisfacción con el pediatra del centro de salud, mayor percepción de gravedad y mayor prevalencia de enfermedad crónica en el hijo, *Tablas 12, 15, 18 y 21*. La **utilización de los profesionales de la salud** (cualquiera de ellos) se asoció significativamente con menor edad del hijo, **la utilización previa del hijo**, menor nivel de estudios, menor distancia al centro de salud, estar casada, mejores relaciones familiares, y mayor percepción de susceptibilidad del hijo, *Tablas 13, 16, 19 y 22*.

15) La función de supervivencia: se pudo estimar para la consulta a la red social y el empleo de medicinas (automedicación) con una mediana de 1 día en ambos; y para la consulta al pediatra del centro de salud con una mediana de 5 días (*Anexo 2*).

16) Utilización de los profesionales: regresión logística múltiple: (*Tablas 23,24,25,26*): controlando la confusión con la regresión logística múltiple, la **utilización del pediatra del centro de salud** pudo predecirse a través de las siguientes variables en orden de importancia: mayor longitud del episodio, mayor percepción de gravedad del síntoma, mayor número de síntomas depresivos en la madre, episodio de fiebre, consulta con el marido, ansiedad de estado de la madre, mayor percepción de susceptibilidad del niño y menor distancia al centro de salud, *Tabla 23*. La regresión logística múltiple de la utilización de **urgencias del centro de salud** mostró las siguientes variables significativas: episodio de fiebre, peor percepción de eficacia del pediatra, episodio de otros síntomas, menor nivel de estudios, presencia de enfermedad crónica en el hijo, menor número de convivientes en el hogar y menor edad del hijo, *Tabla 24*. En el caso de la utilización de **urgencias del hospital**: episodio de ahogo, mayor percepción de gravedad del síntoma, episodio de fiebre, mayor percepción del locus de control de la salud por Dios, episodio de otros síntomas, menor percepción del locus de control de la salud por el azar, mayor número de convivientes en el hogar, mayor percepción de barreras a la asistencia en el centro de salud y menor edad de la madre, *Tabla 25* Y por último en el caso de la **utilización de los profesionales de la salud** en general (cualquiera de ellos): mayor percepción de gravedad del síntoma, mayor longitud del episodio, consultar con el marido, episodio de fiebre, síntomas depresivos en la madre, menor distancia al centro de salud, ansiedad de rasgo de la madre, menor nivel de estudios, mayor satisfacción con el pediatra, *Tabla 26*.

17) Análisis de las variables para el tiempo : (*Tablas 27, 28,29*): se pueden apreciar las variables en función de la probabilidad de consulta inmediatamente posterior a su presencia; es decir la probabilidad de consulta ante la presencia de una variable pero en función del tiempo que transcurre hasta que se consulta al profesional.

Resultaron significativas para el pediatra de atención primaria (tanto en el análisis univariante como en el multivariante) la mayor percepción de gravedad del episodio, la consulta previa con el marido, la fiebre alta (la fiebre baja, moderada o no termometrada lo fueron solo en el análisis univariante) y los síntomas catarrales; también fueron variables asociadas en el análisis uni y multivariante ,la menor distancia al centro de salud, , la menor ansiedad de estado, y la utilización previa de la madre o del hijo así como la puntuación elevada en las escalas de depresión(sólo multivariante).Sólo con significación en el análisis univariante lo fue la tos, ahogo, vómito, dolor abdominal, decaimiento, la menor edad del hijo, la menor percepción de barreras, las clases sociales bajas, las buenas relaciones familiares (APGAR familiar y menor conflicto familiar como subescala FES) las creencias de mayor importancia de la salud y la utilización previa de las urgencias hospitalarias y del pediatra sin cita.

Para la utilización con la globalidad de los profesionales fueron significativas tanto para el análisis univariante como el multivariante, la mayor percepción de gravedad del episodio, la consulta previa al marido, la fiebre alta, (el resto de fiebre: baja moderada o no termometrada lo fueron sólo en univariante), la menor distancia al centro de salud. Sólo resultaron significativas en el análisis univariante, la tos, el ahogo, los vómitos, otalgia, dolor abdominal, decaimiento,la consulta con la abuela y el mayor índice de consulta a la red, la menor edad del hijo, las creencias de importancia de la salud y la utilización previa de la madre o del hijo(al pediatra con y sin cita ,o a las urgencias).

Para las urgencias del hospital fueron significativas en el análisis multivariante la mayor percepción de gravedad del episodio, la consulta con la red social, la menor edad del hijo la mayor clase social (sólo en multivariante) y la mayor ansiedad de estado de la madre. Sólo resultaron significativas en el análisis univariante, la mayor longitud del episodio, la fiebre, el ahogo, vómitos, diarrea, llanto, y golpes, así como la consulta previa con la abuela o con el marido, la importancia de la salud., locus en Dios y la mayor satisfacción con el pediatra así como mayor puntuación en las escalas de depresión. y la utilización previa de las urgencias

TABLAS

Tabla 1. Perfil socio-demográfico de la población (N = 385)

Variables	Valores (%)*
<u>Edad de la madre (años)</u>	
Media (d.t.)	33.0 (4.93)
Rango	13 - 50
<u>Estado civil *</u>	
Casada	358 (93.2)
Separada - divorciada	15 (3.9)
Soltera	10 (2.6)
Viuda	1 (0.3)
<u>Estudios *</u>	
Primarios incompletos	20 (5.2)
Graduado escolar o FP1	223 (57.9)
COU o FP2	81 (21.0)
Diplomada	36 (9.4)
Licenciada	23 (6.0)
<u>Situación Laboral *</u>	
Sus labores	188 (48.8)
Trabaja	130 (33.8)
Paro	53 (13.8)
Estudia	7 (1.8)
Pensionista	4 (1.0)
Otras	2 (0.5)
<u>Clase Social *</u>	
I	13 (3.5)
II	28 (7.6)
III	94 (25.4)
IV	198 (53.5)
V	29 (7.8)
VI	8 (2.2)
<u>Número de Convivientes *</u>	
Media (d.t.)	4.06 (0.93)
Rango	2 - 9
<u>Percepción Salud Materna *</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	23 (6.0)
Ni buena ni mala	66 (17.1)
Aceptable	224 (58.2)
Excelente	71 (18.4)
<u>Genero del hijo *</u>	
Hombre	199 (51.7)
Mujer	186 (48.3)
<u>Edad del hijo (meses)</u>	
Media (d.t.)	40.96 (23.54)
Rango	2 - 96
<u>Salud percibida del hijo *</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	24 (6.2)
Ni buena ni mala	28 (7.3)
Aceptable	192 (49.9)
Excelente	140 (36.4)
<u>Enfermedad crónica del hijo *</u>	
No	341 (88.6)
Si	44 (11.4)

Tabla 2.. Presencia de síntomas en al menos un día por episodio. N = 714 episodios completos.

Síntomas	Presencia (%)	Ausencia	Índice Acumulado ¹	Máximo de días ²	Nº medio de días	I.C. 95%	Desviación estándar
Fiebre no termometrada	30 (4.2)	684 (95.8)	46	3	1.53	1.28 - 1.78	0.73
Fiebre baja (37.1 - 38.0 °C)	3 (0.4)	711 (99.6)	3	1	1	-----	-----
Fiebre moderada (38.1 - 39.0 °C)	104 (14.6)	610 (85.4)	159	10	1.53	1.31 - 1.75	1.11
Fiebre alta (>39 °C)	89 (12.5)	625 (87.5)	145	4	1.63	1.47 - 1.79	0.80
Fiebre de cualquier tipo	168 (23.5)	546 (76.5)	350	10	2.08	1.89 - 2.27	1.26
Catarro	164 (23.0)	550 (77.0)	624	15	3.80	3.33 - 4.27	3.11
Tos	246 (34.5)	468 (65.5)	940	22	3.97	3.52 - 4.42	3.68
Ahogo	25 (3.5)	689 (96.5)	50	6	2.00	1.39 - 2.61	1.55
Vómitos	71 (9.9)	643 (90.1)	102	5	1.44	1.26 - 1.62	0.79
Diarrea	33 (4.6)	681 (95.4)	79	6	2.39	1.88 - 2.90	1.48
Dolor de oídos	41 (5.7)	673 (94.3)	89	16	2.17	1.31 - 3.03	2.81
Dolor de cabeza	4 (6.4)	668 (93.6)	58	5	1.26	1.06 - 1.46	0.68
Dolor abdominal	83 (11.6)	631 (88.4)	121	5	1.46	1.24 - 1.68	0.99
Llanto excesivo	49 (6.9)	685 (93.1)	62	3	1.27	1.13 - 1.41	0.49
Decaimiento excesivo	31 (4.3)	683 (95.7)	55	6	1.77	1.34 - 2.20	1.23
Golpe	92 (12.9)	622 (87.1)	97	2	1.05	1.00 - 1.10	0.23
Herida	39 (5.5)	675 (94.5)	43	3	1.10	0.98 - 1.22	0.38
Otros	214 (30.0)	500 (70.0)	550	19	2.57	2.26 - 2.88	2.39

¹ Índice acumulado: número de días con presencia del síntoma. Fueron 21.420 días el número total de días de seguimiento del conjunto de los 714 episodios completos y fueron 3.318 el número total de días con síntomas en los episodios completos. ² Número máximo de días en los que el síntoma estuvo presente por episodio completo.

Tabla 3.. Consulta con la red social ante la presencia de síntomas. N = 714 episodios completos.

Red social consultada	Consulta (%)	Índice Acumulado ¹	Máximo de días ²	Nº medio de días	I.C. 95%	Desviación estándar
Abuela	106 (14.8)	185	8	0.25	0.19 - 0.31	0.81
Abuelo	22 (3.1)	28	4	0.04	0.02 - 0.06	0.26
Amiga	18 (2.5)	27	3	0.04	0.02 - 0.06	0.26
Amigo	2 (0.3)	2	1	0.003	0.001 - 0.007	0.05
Marido	366 (51.3)	863	19	1.21	1.06 - 1.36	2.07
Otra familiar	28 (3.9)	57	13	0.08	0.04 - 0.12	0.62
Otro familiar	33 (4.6)	48	4	0.07	0.05 - 0.09	0.35
Vecina	21 (2.9)	42	7	0.05	0.03 - 0.07	0.37
Vecino	0	0	0	0	-----	----
Otros	22 (3.1)	42	9	0.06	0.03 - 0.09	0.47

¹ Índice acumulado: número de días con consulta a la red social.. Fueron 3.318 días el número total de días con Síntomas. ² Número máximo de días en los que se consulta a la red por episodio completo.

Tabla 4.-A. Utilización de analgésicos-AINES y antibióticos ante el episodio sintomático. N = 714 episodios completos.

Fármaco	Utilización (%)	Total de días de utilización	Máximo de días	Nº medio de días de utilización	I.C. 95%	Desviación estándar
Analgésicos - AINES	251 (35.2)	539	14	2.15	1.93 - 2.37	1.67
Ácido Acetil Salicílico	103 (14.4)	144	6	1.40	1.24 - 1.36	0.83
Metamizol	3 (0.4)	3	1	1	-----	-----
Paracetamol	56 (7.8)	114	10	2.04	1.63 - 2.45	1.54
Ibuprofeno	112 (15.7)	264	14	2.36	2.03 - 2.69	1.80
Morniflumato	1 (0.1)	1	1	1	-----	-----
Isonixina	6 (0.8)	13	4	2.17	1.23 - 3.11	1.17
Antibióticos	98 (13.7)	352	16	3.59	3.06 - 4.12	2.68
Amoxicilina	33 (4.6)	112	9	3.39	2.63 - 4.15	2.26
Amoxic.-Clavulánico	26 (3.6)	90	9	3.46	2.54 - 4.38	2.40
Otras penicilinas	4 (0.6)	8	5	2.00	- 0.04 - 3.00	1.00
Cefalosporinas	9 (1.2)	32	10	3.56	1.80 - 5.32	2.70
Macrólidos	14 (2.0)	66	16	4.71	2.57 - 6.85	4.07
Otros	13 (1.8)	44	7	3.38	2.32 - 4.44	1.94

¹ Utilización del fármaco al menos una vez por episodio.

Tabla 4-B. Utilización de otros fármacos ante el episodio sintomático. N = 714 episodios completos.

Fármaco	Utilización 1 (%)	Total de días de utilización	Máximo de días	Nº medio de días de utilización	I.C. 95%	Desviación estándar
Antitusígenos	116 (16.2)	411	19	3.54	3.01 - 4.07	2.92
Mucolíticos	66 (9.2)	287	13	4.35	3.66 - 5.04	2.86
Anticatarrales²	37 (5.2)	134	15	3.62	2.68 - 4.56	2.94
Broncodilatadores orales	18 (2.5)	71	9	3.94	2.67 - 5.21	2.78
Broncodilatadores inhalados	16 (2.2)	45	13	2.81	1.30 - 4.32	3.08
Corticoides orales	4 (0.6)	12	6	3.00	0.88 - 5.12	2.16
Corticoides inhalados	15 (2.1)	34	7	2.27	1.35 - 3.19	1.83
Microorganismos antidiarreicos	11 (1.5)	26	5	2.36	1.56 - 3.16	1.36
Tanato de Albúmina	2 (0.3)	7	4	3.50	2.52 - 4.48	0.71
Antieméticos	5 (0.7)	9	4	1.80	0.66 - 2.94	1.30
Laxantes	7 (1.0)	9	2	1.29	0.94 - 1.64	0.49
Antiflatulentos	4 (0.6)	5	2	1.25	0.76 - 1.74	0.50
Leches sin lactosa	3 (0.4)	3	1	1	-----	-----
Vitaminas y minerales	4 (0.6)	13	8	3.25	0.11 - 6.39	3.20
Antihistamínicos	7 (1.0)	28	9	4.00	1.94 - 6.06	2.77
Antiparasitarios	2 (0.3)	2	1	1	-----	-----

¹ Utilización del fármaco al menos una vez por episodio.² Se entiende por anticatarrales los expectorantes y asociaciones anticatarrales variadas entre analgésicos-AINES, antihistamínicos, expectorantes y/o antitusígenos

Tabla 4-C. Utilización de fármacos tópicos ante el episodio sintomático. N = 714 episodios completos.

Fármacos Tópicos	Utilización¹ (%)	Total de días de utilización	Máximo de días	Nº medio de días de utilización	I.C. 95%	Desviación estándar
Antisépticos	27	50	9	1.85	1.13 - 2.57	1.92
Corticoides	11	21	5	1.91	1.05 - 2.77	1.45
Antibióticos	2	14	13	7.00	4.80 - 18.8	8.49
Antimicóticos	3	8	3	2.67	2.02 - 3.32	0.58
Protectores - Emolientes	8	11	4	2.25	1.45 - 3.08	1.16
Antiacné	1	2	2	2	-----	-----
Otros	26	40	8	1.54	0.93 - 2.15	1.58
T. nasales	11	32	6	2.91	1.6 - 4.16	2.12
T. óticos	8	17	7	2.13	0.68 - 3.58	2.10
T. oculares antibióticos	5	11	5	2.20	0.63 - 3.77	1.79
T. oculares antibiótico + corticoide	3	5	3	1.67	0.36 - 2.98	1.15
T. oculares otros	1	4	4	4.00	-----	-----
Estomatológicos	3	5	3	1.67	0.36 - 2.98	1.15

¹ Utilización del fármaco al menos una vez por episodio. T.= tópicos

Tabla 4-D. Utilización de remedios caseros. N = 3319 días con síntomas.

Remedios caseros	Días de utilización (%)	% por grupo
Remedios para los catarros	366 (11.0)	100.0
Suero nasal	313 (9.4)	85.5
Vapores	5 (0.2)	1.4
Miel	18 (0.5)	4.9
Frotes balsámicos	21 (0.6)	5.7
Jarabe del herbolario	9 (0.3)	2.5
Remedios tópicos	74 (2.2)	100.0
Frotes alcohol	2 (0.1)	2.7
Lavados con manzanilla	30 (0.9)	40.5
Lavados con suero	29 (0.9)	39.2
Hielo	3 (0.1)	4.1
Calor	10 (0.3)	13.5
Medidas físicas	25 (0.8)	100.0
Desnudar	1 (0.0)	4.0
Relajar	22 (0.7)	88.0
Baño de agua fría	1 (0.0)	4.0
Masaje	1 (0.0)	4.0
Otros remedios	2 (0.1)	100.0
Mordedor	1 (0.0)	50.0
Tapón en la nariz	1 (0.0)	50.0

Tabla 5. Utilización de los profesionales de la salud en función de los días con síntomas de los niños. N = 714 episodios completos.

Nº de días con Síntomas	Farmacéutico		Enfermero		Médico privado		Pediatra C.Salud		Urgencias C.Salud		Urgencias hospital		Utilización total ¹	
	SI (24)	NO (690)	SI (7)	NO (707)	SI (14)	NO (700)	SI (217)	NO (497)	SI (41)	NO (673)	SI (30)	NO (684)	SI (278)	NO (436)
Fiebre	1.21(1.74)	0.47(1.04) ^b	0.57(0.79)	0.49(1.08)	0.64(1.28)	0.49(1.07)	1.12(1.48)	0.22(0.68) ^c	1.51(1.58)	0.43(1.00) ^c	1.13(1.63)	0.46(1.04) ^b	1.03(1.44)	0.15(0.52) ^c
Fiebre sin medir	0.21(0.59)	0.06(0.33) ^a	0.00(0.00)	0.06(0.34)	0.00(0.00)	0.07(0.34)	0.18(0.55)	0.01(0.16) ^c	0.20(0.46)	0.06(0.33) ^c	0.23(0.50)	0.06(0.33) ^c	0.15(0.50)	0.00(0.15) ^c
Fiebre (37.1 - 38.0)	0.00(0.00)	0.04(0.07)	0.00(0.00)	0.00(0.06)	0.00(0.00)	0.00(0.06)	0.01(0.12)	0.00(0.00) ^b	0.00(0.00)	0.00(0.07)	0.03(0.18)	0.00(0.05) ^a	0.01(0.10)	0.00(0.00) ^c
Fiebre (38.1 - 39.0)	0.67(0.96)	0.21(0.67) ^c	0.57(0.79)	0.22(0.68) ^b	0.36(0.84)	0.22(0.68)	0.47(1.03)	0.11(0.42) ^c	0.37(0.70)	0.21(0.68) ^a	0.47(0.78)	0.21(0.61) ^c	0.44(0.97)	0.08(0.34) ^c
Fiebre (> 39)	0.33(0.70)	0.20(0.60)	0.00(0.00)	0.21(0.61)	0.29(0.73)	0.20(0.61)	0.47(0.25)	0.09(0.42) ^c	0.95(1.12)	0.16(0.53) ^c	0.43(0.68)	0.19(0.60) ^c	0.44(0.85)	0.05(0.30) ^c
Ahogo	0.08(0.41)	0.07(0.47)	0.00(0.00)	0.07(0.47)	0.36(0.84)	0.06(0.45) ^c	0.17(0.78)	0.03(0.21) ^b	0.17(0.67)	0.06(0.45)	0.60(1.33)	0.05(0.37) ^c	0.15(0.71)	0.02(0.17) ^c
Catarro	3.17(4.71)	0.79(2.00) ^b	1.00(1.41)	0.87(2.19)	1.00(1.36)	0.87(0.20)	1.76(3.17)	0.48(1.41) ^c	1.02(1.80)	0.86(2.21)	1.63(2.71)	0.84(2.16) ^a	1.54(2.94)	0.45(1.37) ^c
Cefalea	0.08(0.41)	0.08(0.35)	0.00(0.00)	0.08(0.36)	0.14(0.36)	0.08(0.35)	0.11(0.48)	0.07(0.28)	0.05(0.31)	0.08(0.36)	0.10(0.40)	0.08(0.35)	0.10(0.45)	0.07(0.27)
Diarrea	0.17(0.82)	0.11(0.58)	0.00(0.00)	0.11(0.60)	0.36(1.34)	0.11(0.57)	0.19(0.84)	0.08(0.44)	0.37(1.34)	0.09(0.51)	0.33(1.15)	0.10(0.55)	0.16(0.78)	0.08(0.43)
Dolor abdominal	0.08(0.41)	0.17(0.58)	0.29(0.76)	0.17(0.57)	0.14(0.53)	0.17(0.58)	0.26(0.84)	0.13(0.40) ^c	0.29(1.10)	0.16(0.53)	0.37(1.16)	0.16(0.54)	0.22(0.77)	0.14(0.40)
Decaimiento	0.08(0.41)	0.08(0.44)	0.14(0.38)	0.08(0.44)	0.00(0.00)	0.08(0.45)	0.21(0.73)	0.02(0.19) ^c	0.17(0.67)	0.07(0.42)	0.17(0.46)	0.07(0.44) ^a	0.17(0.67)	0.02(0.14) ^c
Golpe	0.13(0.34)	0.14(0.36)	0.00(0.00)	0.14(0.36)	0.00(0.00)	0.14(0.37)	0.05(0.22)	0.17(0.40) ^c	0.07(0.26)	0.14(0.37)	0.20(0.41)	0.13(0.36)	0.08(0.26)	0.17(0.41) ^b
Herida	0.00(0.00)	0.06(0.27)	0.29(0.49)	0.06(0.26) ^b	0.00(0.00)	0.06(0.27)	0.02(0.17)	0.08(0.30) ^b	0.02(0.16)	0.06(0.27)	0.07(0.25)	0.06(0.27)	0.03(0.20)	0.09(0.30) ^a
Llanto	0.17(0.38)	0.08(0.34)	0.14(0.38)	0.09(0.34)	0.14(0.53)	0.09(0.34)	0.11(0.39)	0.08(0.32)	0.20(0.56)	0.08(0.33)	0.23(0.57)	0.08(0.33) ^a	0.11(0.40)	0.07(0.31)
Otalgia	0.13(0.34)	0.12(0.85)	0.00(0.00)	0.13(0.84)	0.21(0.80)	0.12(0.84)	0.31(1.45)	0.04(0.25) ^c	0.29(0.87)	0.11(0.83) ^b	0.13(0.43)	0.12(0.85)	0.27(1.30)	0.03(0.20) ^c
Tos	3.33(4.32)	1.30(2.78) ^b	0.43(1.13)	1.38(2.88)	1.14(1.75)	1.37(2.88)	2.85(4.27)	0.72(1.58) ^c	2.29(4.15)	1.31(2.76)	2.20(3.90)	1.33(2.81)	2.44(3.95)	0.68(1.52) ^c
Vómito	0.08(0.28)	0.14(0.50)	0.00(0.00)	0.14(0.50)	0.43(1.34)	0.14(0.46)	0.29(0.75)	0.08(0.31) ^c	0.37(1.02)	0.13(0.44)	0.57(1.19)	0.12(0.43) ^b	0.24(0.68)	0.08(0.31) ^c
Otros	0.13(0.34)	0.06(0.47) ^b	0.00(0.00)	0.06(0.47)	0.50(1.09)	0.05(0.44) ^c	0.11(0.49)	0.04(0.45) ^b	0.49(1.63)	0.03(0.25) ^c	0.53(1.78)	0.04(0.29) ^c	0.14(0.74)	0.00(0.08) ^c

Comparación de medias por la U de Mann-Whitney: a= $p < 0.05$, b= $p < 0.01$, c= $p < 0.00$

Tabla 6. Utilización de los profesionales de la salud en función de los días de consulta por las madres a la red social. N = 714 episodios completos.

Nº de días con Síntomas	Farmacéutico		Enfermero		Médico privado		Pediatra C.Salud		Urgencias C.Salud		Urgencias hospital		Utilización total ¹	
	SI (24)	NO (690)	SI (7)	NO (707)	SI (14)	NO (700)	SI (217)	NO (497)	SI (41)	NO (673)	SI (30)	NO (684)	SI (278)	NO (436)
Abuela	0.38(0.87)	0.25(0.81)	0.14(0.38)	0.25(0.81)	0.36(0.63)	0.25(0.81)	0.47(1.44)	0.16(0.59) ^c	0.51(0.90)	0.24(0.80) ^b	0.57(0.97)	0.24(0.80) ^a	0.41(1.04)	0.15(0.60) ^c
Abuelo	0.13(0.34)	0.04(0.25) ^b	0.00(0.00)	0.04(0.26)	0.14(0.36)	0.04(0.25) ^a	0.39(0.42)	0.02(0.13) ^b	0.17(0.38)	0.03(0.25) ^c	0.13(0.35)	0.03(0.25) ^b	0.09(0.39)	0.07(0.08) ^c
Amiga	0.17(0.64)	0.03(0.24) ^a	0.57(1.13)	0.03(0.24) ^c	0.21(0.58)	0.03(0.25) ^b	0.06(0.35)	0.03(0.21)	0.05(0.22)	0.04(0.27)	0.23(0.63)	0.03(0.23) ^c	0.08(0.35)	0.09(0.12) ^c
Amigo	0.00(0.00)	0.00(0.05)	0.00(0.00)	0.00(0.05)	0.07(0.27)	0.00(0.04) ^c	0.00(0.07)	0.00(0.05)	0.32(0.16)	0.00(0.04) ^b	0.03(0.18)	0.00(0.04) ^b	0.00(0.08)	0.00(0.00)
Marido	2.58(3.02)	1.16(2.01) ^b	1.43(1.27)	1.21(2.08)	2.14(1.88)	1.19(2.07) ^a	2.45(3.00)	0.67(1.12) ^c	2.51(2.12)	1.13(2.04) ^c	2.83(3.49)	1.14(1.96) ^c	2.24(2.79)	0.55(0.97) ^c
Otra familiar	0.04(0.20)	0.08(0.63)	0.14(0.38)	0.08(0.62)	0.07(0.27)	0.08(0.62)	0.16(1.01)	0.04(0.31) ^a	0.05(0.22)	0.08(0.63)	0.03(0.18)	0.08(0.63)	0.13(0.90)	0.06(0.32) ^a
Otro familiar	0.25(0.74)	0.07(0.33) ^a	0.29(0.49)	0.06(0.35) ^b	0.21(0.80)	0.06(0.33)	0.13(0.53)	0.04(0.23) ^a	0.12(0.51)	0.06(0.34)	0.27(0.83)	0.06(0.31)	0.12(0.48)	0.03(0.22) ^b
Vecina	0.38(1.44)	0.04(0.27) ^c	0.00(0.00)	0.05(0.37)	0.00(0.00)	0.25(0.38)	0.13(0.65)	0.01(0.12) ^c	0.07(0.35)	0.05(0.37)	0.37(1.33)	0.03(0.26) ^b	0.12(0.58)	0.07(0.08) ^c
Red Social(1)	4.04(5.49)	1.72(2.94) ^c	2.57(2.44)	1.79(3.09)	3.71(3.71)	1.76(3.06) ^a	3.61(4.47)	1.01(1.69) ^c	4.00(3.27)	1.66(3.02) ^c	5.00(5.45)	1.66(2.86) ^c	3.35(4.16)	0.81(1.40) ^c
Red social (2)	0.76(0.52)	0.56(0.65) ^a	0.92(0.86)	0.56(0.64)	0.70(0.58)	0.56(0.64)	0.74(0.64)	0.49(0.62) ^c	0.80(0.66)	0.55(0.64) ^b	0.99(0.78)	0.54(0.63) ^c	0.77(0.67)	0.44(0.59) ^c

Comparación de medias por la U de Mann-Whitney: a= $p < 0.05$, b= $p < 0.01$, c= $p < 0.00$.

(1) Índice acumulado de consulta con la red social.

(2) Índice acumulado de consulta con la red social dividido por la longitud del episodio

Tabla 7. Utilización de los profesionales de salud en función de la percepción de gravedad por las madres(1). N = 695 episodios.

Utilización profesional	Leve (%) n=424	Moderada (%) n=251	Grave (%) N=20	Chi cuadrado. Asociación lineal (g l=1)	Significación (P)
Farmacéutico	7 (1.7)	15 (6.0)	2 (10.0)	11.47	0.001
Enfermero	5 (1.2)	2 (0.8)	0 (0.0)	0.41	0.519
Médico privado	6 (1.4)	6 (2.4)	1 (5.0)	1.70	0.192
Pediatra Centro de Salud	65 (15.3)	135 (53.8)	14 (70.3)	120.69	< 0.001
Urgencias Centro de Salud	11 (2.6)	27 (10.2)	2 (10.0)	17.88	< 0.001
Urgencias Hospital	4 (0.9)	21 (8.4)	4 (20.0)	33.93	< 0.001
Utilización total	91 (21.5)	163 (64.9)	18 (90.0)	145.19	<0.001

(1) Índice acumulado de gravedad dividido por la longitud del episodio; g l = grado de libertad.

Tabla 8. Utilización de los profesionales de salud en función de la disminución de la actividad del niño (*). N = 714 episodios.

Utilización profesional	Sin disminución (%) n=73	Disminución moderada (%) n=50	Disminución alta (%) N=591	Chi cuadrado. Asociación lineal (g l =1)	Significación (P)
Farmacéutico	5 (6.8)	1 (2.0)	18 (3.0)	2.08	0.150
Enfermero	2 (2.7)	2 (4.0)	3 (0.5)	5.94	0.015
Médico privado	1 (1.4)	1 (2.0)	12 (2.0)	0.13	0.720
Pediatra Centro de Salud ¹	14 (19.2)	27 (54.0)	176 (29.8)	0.34	0.559
Urgencias Centro de Salud	2 (2.7)	5 (10.0)	34 (5.8)	0.33	0.568
Urgencias Hospital ²	1 (1.4)	7 (14.0)	22 (3.7)	0.05	0.822
Utilización total ³	23 (3.5)	30 (60.0)	225 (38.1)	0.01	0.970

(*) Índice acumulado de disminución de la actividad del niño dividido por la longitud del episodio; g l = grado de libertad.

¹ Chi cuadrado de Pearson = 17.62 (g l = 2; p<0.001)

² Chi cuadrado de Pearson = 13.72 (g l = 2; p=0.001)

³ Chi cuadrado de Pearson = 11.21 (g l = 2; p=0.004)

Tabla 9. Utilización de los profesionales de salud en función del empleo de medidas caseras por las madres (*). N = 714 episodios.

Utilización profesional	Sin Medidas caseras (%) n=46	Escasas Medidas caseras (%) n=30	Moderadas Medidas caseras (%) n=50	Abundantes Medidas caseras (%) n=588	Chi cuadrado. Asociación lineal (g l =1)	(P)
Farmacéutico	1 (2.2)	1 (3.3)	4 (8.0)	18 (3.1)	0.03	0.869
Enfermero	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (2.0)	5 (0.9)	0.07	0.796
Médico privado	1 (2.2)	1 (3.3)	2 (4.0)	10 (1.7)	0.48	0.490
Pediatra Centro de Salud ¹	7 (15.2)	15 (50.0)	30 (60.0)	165 (28.1)	0.30	0.589
Urgencias Centro de Salud ²	3 (6.5)	2 (6.7)	9 (18.0)	27 (4.6)	2.23	0.135
Urgencias Hospital ³	0 (0.0)	3 (10.0)	5 (10.0)	22 (3.7)	0.02	0.897
Utilización total ⁴	12 (26.1)	18 (60.0)	37 (74.0)	211 (35.9)	1.30	0.253

(*) Índice acumulado del empleo de medidas caseras dividido por la longitud del episodio; g l = grado de libertad.

¹ Chi cuadrado de Pearson = 32.69 (g l = 3; p<0.001)

² Chi cuadrado de Pearson = 15.42 (g l = 3; p=0.001)

³ Chi cuadrado de Pearson = 9.01 (g l = 3; p=0.029)

⁴ Chi-cuadrado de Pearson = 36.95 (g l = 3; p<0.001)

Tabla 10. Utilización de los profesionales de la salud en función del índice acumulado (dividido por la longitud del episodio) de medidas caseras empleadas por las madres.

Utilización	Si utiliza		No utiliza		P (U de Mann-Whitney)
	Media (d. típica)	N	Media (d. típica)	N	
Farmacéutico	2.63 (0.77)	24	2.65 (0.84)	690	0.430
Enfermero	2.57 (0.79)	7	2.65 (0.84)	707	0.511
Médico privado	2.50 (0.94)	14	2.66 (0.83)	700	0.313
Pediatra del centro de salud	2.63 (0.75)	217	2.66 (0.87)	497	0.016
Urgencias del centro de salud	2.46 (0.90)	41	2.66 (0.83)	673	0.010
Urgencias del hospital	2.63 (0.67)	30	2.65 (0.84)	684	0.287
Utilización Total	2.61 (0.79)	278	2.68 (0.86)	436	0.002

Tabla 11. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño

Variables	Utilización farmacéutico *		Utilización Enfermero *		Utilización Médico Privado *	
	SI (n=24)	NO (n=690)	SI (n=7)	NO (n=707)	SI (n=14)	NO (n=700)
Edad del hijo (en meses) ¹	31.3 (20.7-41.9)	39.7 (38.1-41.5)	30.4 (3.94-56.9)	39.5 (37.8-41.3)	37.1 (23.5-50.6)	39.5 (37.8-41.2)
Edad de la madre (en años) ¹	30.5 (28.7-32.2)	32.6 (32.2-32.9) ^a	33.7 (28.4-39.0)	32.5 (32.1-32.8)	33.6 (31.2-36.1)	32.5 (32.1-32.8)
Nivel de estudios	3.4 (3.0-3.7)	3.6 (3.5-3.7)	3.9 (3.0-4.7)	3.6 (3.5-3.7)	4.1 (3.4-4.8)	3.6 (3.5-3.7)
Isocrona	1.8 (1.5-2.1)	2.0 (1.9-2.1)	1.4 (0.9-1.9)	2.1 (1.9-2.1)	2.2 (1.7-2.7)	2.0 (1.9-2.1)
Número de convivientes	3.7 (3.4-3.9)	4.0 (3.9-4.1)	3.7 (3.3-4.2)	4.0 (3.9-4.1)	4.0 (3.3-4.6)	4.0 (3.9-4.1)
Satisfacción con el pediatra	4.2 (3.2-4.5)	4.1 (4.0-4.2)	3.8 (3.2-4.3)	4.1 (4.0-4.2)	3.8 (3.2-4.3)	4.1 (4.0-4.2)
Percepción de salud de la madre	4.0 (3.6-4.4)	3.9 (3.8-3.9)	4.0 (3.2-4.8)	3.9 (3.8-4.0)	3.9 (3.3-4.4)	3.9 (3.8-3.9)
Percepción de salud del hijo	4.9 (4.2-4.8)	4.2 (4.1-4.2) ^a	4.5 (3.1-4.9)	4.2 (4.1-4.3)	4.1 (3.8-4.4)	4.2 (4.1-4.3)
Utilización de la madre	3.2 (2.0-4.4)	3.6 (3.1-4.0)	0.7 (-0.8-2.1)	3.6 (3.1-4.0)	3.6 (0.1-7.1)	3.6 (3.1-4.0)
Utilización del hijo con cita (C.S.)	6.0 (3.6-8.5)	6.4 (6.0-6.9)	4.0 (1.1-6.9)	6.4 (6.0-6.9)	3.9 (2.4-5.4)	6.4 (6.0-6.9)
Utilización del hijo sin cita (C.S.)	1.7 (0.9-2.7)	2.8 (2.4-3.2)	2.0 (0.7-3.3)	2.7 (2.3-3.1)	1.5 (0.7-2.4)	2.7 (2.4-3.1)
Utilización del hijo (urg. Hospital)	1.3 (0.5-2.1)	1.2 (1.1-1.3)	1.4 (-0.5-3.3)	1.2 (1.1-1.3)	1.5 (0.9-2.2)	1.2 (1.1-1.3)

* media (intervalo de confianza al 95%).

¹ comparación de medias por la T-Student; El resto de comparaciones de medias por la U de Mann-Whitney.

^a p<0.05; ^b p<0.01; ^c p<0.001.

C.S. = Centro de Salud; urg. = urgencias.

Tabla 12. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño

Variables	Utilización Pediatra C.Salud *		Utilización Urgencias C.Salud *		Utilización Urgencias Hospital *	
	SI (n=217)	NO (n=497)	SI (n=41)	NO (n=673)	SI (n=30)	NO (n=689)
Edad del hijo (en meses) ¹	37.2 (34.2-40.0)	40.4 (38.4-42.5)	34.8 (28.3-41.3)	39.7 (38.0-41.5)	33.3 (25.1-41.5)	39.7 (38.0-41.5)
Edad de la madre (en años) ¹	32.6 (31.9-33.3)	32.4 (32.0-32.9)	32.5 (31.1-33.9)	32.5 (32.1-32.9)	30.4 (28.5-32.3)	32.6 (32.2-32.9) ^a
Nivel de estudios	3.5 (3.4-3.7)	3.6 (3.5-3.7)	3.4 (3.1-3.7)	3.6 (3.5-3.7) ^a	3.7 (3.2-4.2)	3.6 (3.5-3.7)
Isocrona	1.8 (1.7-1.9)	2.1 (2.0-2.1) ^b	1.9 (1.6-2.1)	2.0 (1.9-2.1)	2.0 (1.6-2.3)	2.0 (1.9-2.1)
Número de convivientes	4.0 (3.9-4.1)	4.0 (3.9-4.1)	3.9 (3.6-4.2)	4.0 (3.9-4.1)	4.1 (3.6-4.5)	4.0 (3.9-4.1)
Satisfacción con el pediatra	4.1 (4.0-4.2)	4.1 (4.0-4.2)	4.0 (3.8-4.3)	4.1 (4.0-4.2)	3.8 (3.3-4.2)	4.1 (4.0-4.2) ^a
Percepción de salud de la madre	3.8 (3.7-3.9)	3.9 (3.8-4.0)	3.8 (3.5-4.1)	3.9 (3.8-4.0)	3.8 (3.4-4.2)	3.9 (3.8-4.0)
Percepción de salud del hijo	4.1 (4.0-4.3)	4.2 (4.1-4.3)	4.0 (3.7-4.3)	4.2 (4.1-4.3)	3.9 (3.6-4.3)	4.2 (4.1-4.3)
Utilización de la madre	3.9 (3.2-4.6)	3.4 (2.8-4.0) ^b	3.9 (2.6-5.2)	3.5 (3.1-4.0)	2.9 (1.5-4.2)	3.6 (3.1-4.0)
Utilización del hijo con cita (C.S.)	8.0 (7.0-8.9)	5.7 (5.3-6.2) ^c	8.7 (7.0-10.4)	6.2 (5.8-6.7) ^b	6.1 (4.3-8.1)	6.4 (5.9-6.9)
Utilización del hijo sin cita (C.S.)	3.3 (2.5-4.0)	2.5 (2.1-2.9) ^b	2.5 (1.8-3.3)	2.7 (2.3-3.1)	1.5 (1.0-2.0)	2.8 (2.4-3.2)
Utilización del hijo (urg. Hospital)	1.5 (1.2-1.8)	1.1 (1.0-1.2) ^b	1.6 (1.1-2.0)	1.2 (1.1-1.3) ^a	1.7 (1.1-2.2)	1.2 (1.1-1.3) ^a

* media (intervalo de confianza al 95%).

¹ comparación de medias por la T-Student; El resto de comparaciones de medias por la U de Mann-Whitney.

^a p<0.05; ^b p<0.01; ^c p<0.001.

C.S. = Centro de Salud; urg. = urgencias.

Tabla 13. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño.

Variables	Utilización de los profesionales de la salud *	
	SI (n=277)	NO (n=436)
Edad del hijo (en meses) ¹	37.2 (34.6-39.9)	40.9 (38.7-43.1) ^a
Edad de la madre (en años) ¹	32.4 (31.8-32.9)	32.5 (32.1-33.0)
Nivel de estudios	3.51 (3.39-3.62)	3.70 (3.60-3.79) ^a
Isocrona	1.86 (1.76-1.96)	2.08 (1.99-2.17) ^b
Número de convivientes	3.98 (3.87-4.08)	4.00 (3.92-4.09)
Satisfacción con el pediatra	4.10 (4.00-4.20)	4.10 (4.03-4.17)
Percepción de salud de la madre	3.85 (3.75-3.95)	3.87 (3.81-3.94)
Percepción de salud del hijo	4.13 (4.04-4.23)	4.24 (4.17-4.31)
Utilización de la madre	3.67 (3.09-4.26)	3.49 (2.87-4.11)
Utilización del hijo con cita (C.S.)	7.58 (6.78-8.37)	5.68 (5.16-6.19) ^c
Utilización del hijo sin cita (C.S.)	3.00 (2.40-3.60)	2.56 (2.07-3.05) ^a
Utilización del hijo (urg. Hospital)	1.47 (1.24-1.70)	1.06 (0.91-1.21) ^c

* media (intervalo de confianza al 95%).

¹ comparación de medias por la T-Student; El resto de comparaciones de medias por la U de Mann-Whitney.

^a p<0.05; ^b p<0.01; ^c p<0.001.

C.S. = Centro de Salud; urg. = urgencias.

Tabla 14. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño.

Variables	Utilización farmacéutico *		Utilización Enfermero *		Utilización Médico Privado *	
	SI (n=24)	NO (n=690)	SI (n=7)	NO (n=707)	SI (n=14)	NO (n=700)
Soltera-separada-viuda	2 (8.3)	60 (8.7)	0 (0.0)	62 (8.8)	0 (0.0)	62 (8.9)
Trabajando o en paro	10 (41.7)	326 (47.3)	4 (57.1)	332 (47.0)	5 (35.7)	331 (47.4)
Clase social IV-V-VI	18 (7.5)	441 (64.0)	3 (42.9)	456 (64.6)	5 (35.7)	454 (64.9) ^b
Genero hijo (mujer)	11 (45.8)	344 (49.9)	3 (42.9)	352 (49.9)	7 (50.0)	348 (49.8)
Enfermedad crónica del hijo	1 (4.2)	93 (13.5)	0 (0.0)	94 (13.3)	4 (28.6)	90 (12.9) ^a
Utilización privada de la madre	8 (33.3)	117 (17.1) ^a	2 (33.3)	123 (17.5)	4 (28.6)	121 (17.4)
Utilización naturista de la madre	2 (8.3)	19 (2.8)	0 (0.0)	21 (3.0)	0 (0.0)	21 (3.0)
Utilización curandero de la madre	1 (4.2)	11 (1.6)	0 (0.0)	12 (1.7)	0 (0.0)	12 (1.7)
Utilización privada del hijo	7 (29.2)	143 (20.9)	2 (28.6)	148 (21.1)	9 (64.3)	141 (20.31) ^c
Utilización naturista del hijo	0 (0.0)	8 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.1)	1 (7.1)	7 (1.0) ^a
Utilización curandero del hijo	0 (0.0)	8 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.1)	0 (0.0)	8 (1.1)

* proporción (%).

Chi cuadrado ^ap<0.05; ^bp<0.01; ^cp<0.001.

Tabla 15. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño

Variables	Utilización pediatra C.Salud *		Utilización Urgencias C.Salud *		Utilización Urgencias Hospital *	
	SI (n=217)	NO (n=497)	SI (n=41)	NO (n=673)	SI (n=30)	NO (n=689)
Soltera-separada-viuda	11 (5.1)	51 (10.3) ^a	3 (7.3)	59 (8.8)	4 (13.3)	58 (8.5)
Trabajando o en paro	99 (45.8)	237 (47.7)	20 (48.8)	316 (47.0)	12 (40.0)	324 (47.4)
Clase social IV-V-VI	146 (67.6)	313 (63.0)	27 (65.9)	432 (64.3)	16 (53.3)	443 (64.9)
Genero hijo (mujer)	106 (49.1)	249 (50.1)	16 (39.0)	339 (50.4)	14 (46.7)	341 (49.9)
Enfermedad crónica del hijo	27 (12.5)	67 (13.5)	9 (22.0)	85 (12.6)	8 (26.7)	86 (12.6) ^a
Utilización privada de la madre	35 (16.2)	90 (18.3)	5 (12.2)	120 (18.0)	9 (30.0)	116 (17.1)
Utilización naturista de la madre	7 (3.3)	14 (2.9)	2 (4.9)	19 (2.9)	1 (3.3)	20 (3.0)
Utilización curandero de la madre	2 (0.9)	10 (2.0)	1 (2.4)	11 (1.7)	0 (0.0)	12 (1.8)
Utilización privada del hijo	44 (20.4)	106 (21.5)	12 (29.3)	138 (20.7)	10 (33.3)	140 (20.6)
Utilización naturista del hijo	2 (0.9)	6 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.2)	0 (0.0)	8 (1.2)
Utilización curandero del hijo	1 (0.5)	7 (1.4)	1 (2.4)	7 (1.0)	0 (0.0)	8 (1.2)

* proporción (%).

Chi cuadrado ^a p<0.05.

Tabla 16. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables independientes de la madre y el niño

Variables	Utilización profesional *	
	SI (n=277)	NO (n=436)
Soltera-separada-viuda	16 (5.8)	46 (10.6) ^a
Trabajando o en paro	130 (46.9)	206 (47.2)
Clase social IV-V-VI	184 (66.4)	275 (63.1)
Genero hijo (mujer)	129 (46.6)	226 (51.8)
Enfermedad crónica del hijo	40 (14.4)	54 (12.4)
Utilización privada de la madre	53 (19.2)	72 (16.7)
Utilización naturista de la madre	10 (3.7)	11 (2.6)
Utilización curandero de la madre	4 (1.5)	8 (1.9)
Utilización privada del hijo	63 (22.7)	87 (20.1)
Utilización naturista del hijo	3 (1.1)	5 (1.2)
Utilización curandero del hijo	2 (0.7)	6 (1.4)

* proporción (%).

Chi cuadrado ^a p<0.05.

Tabla 17. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables psicosociales de la madre

Variables	Utilización farmacéutico *		Utilización Enfermero *		Utilización Médico Privado *	
	SI (n=24)	NO (n=690)	SI (n=7)	NO (n=707)	SI (n=14)	NO (n=700)
APGAR familiar	8.7 (8.2-9.2)	8.7 (8.5-8.8)	9.1 (8.5-9.7)	8.6 (8.5-8.8)	8.4 (7.6-9.1)	8.7 (8.5-8.8)
Depresión (BDI)	2.9 (1.2-4.7)	2.4 (2.2-2.7)	1.5 (-0.5-3.5)	2.4 (2.2-2.7)	2.2 (0.8-4.1)	2.4 (2.2-2.7)
Ansiedad de estado (STAI-E)	21.6 (17.4-25.8)	18.3 (17.6-18.9)	16.7 (9.7-23.8)	18.4 (17.7-19.1)	15.8 (11.0-20.5)	18.4 (17.7-19.1)
Ansiedad de rasgo (STAI-R)	22.3 (18.8-25.8)	20.3 (19.7-20.9)	15.5 (7.49-23.5)	20.4 (19.8-21.0)	19.2 (15.5-22.9)	20.4 (19.8-21.0)
Apoyo social (DUKE-11)	41.8 (38.5-45.2)	41.5 (41.0-42.1)	44.0 (40.7-47.3)	41.5 (41.0-42.0)	40.1 (34.1-46.0)	41.6 (41.1-42.1)
Cohesión familiar (FES-coh)	7.9 (7.4-8.4)	7.8 (7.7-8.0)	8.6 (8.1-9.1)	7.8 (7.7-7.9)	7.5 (6.4-8.6)	7.8 (7.7-8.0)
Expresividad familiar (FES-exp)	7.7 (7.2-8.2)	7.1 (7.0-7.2) ^a	7.7 (7.3-8.2)	7.2 (7.1-7.3)	6.9 (5.9-7.9)	7.2 (7.1-7.3)
Conflicto familiar (FES-conf)	1.9 (1.3-2.5)	2.3 (2.1-2.4)	1.3 (0.4-2.2)	2.2 (2.1-2.3)	2.1 (1.3-2.9)	2.2 (2.1-2.3)
Relaciones familiares (FES)	18.8 (17.7-19.8)	17.7 (17.5-18.0)	20.0 (18.7-21.3)	17.7 (17.5-18.0) ^a	17.1 (14.5-19.8)	17.8 (17.5-18.0)
Hipocondría (HG)	1.5 (0.9-2.0)	1.5 (1.4-1.6)	0.7 (-0.3-1.7)	1.5 (1.4-1.6) ^a	1.2 (0.7-1.7)	1.5 (1.4-1.6)
Hipocondría (WI-HG)	1.2 (0.9-1.4)	1.2 (1.2-1.3)	1.6 (-0.3-3.5)	3.0 (2.7-3.2) ^a	2.5 (1.5-3.5)	3.0 (2.8-3.2)
Hipocondría (WI)	2.5 (1.7-3.4)	2.5 (2.3-2.6)	1.4 (-0.2-3.0)	2.5 (2.3-2.6)	0.9 (0.6-1.3)	1.1 (1.0-1.1)

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student. ^ap<0.05.

Tabla 18. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables psicosociales de la madre

Variables	Utilización pediatra C.Salud *		Utilización urgencias C.Salud *		Utilización urgencias hospital *	
	SI (n=217)	NO (n=497)	SI (n=41)	NO (n=673)	SI (n=30)	NO (n=689)
APGAR familiar	8.9 (8.7-9.1)	8.5 (8.4-8.7) ^b	8.4 (7.9-8.9)	8.7 (8.6-8.8)	8.7 (8.2-9.3)	8.7 (8.5-8.8)
Depresión (BDI)	2.4 (2.0-2.7)	2.5 (2.2-2.8)	2.3 (1.4-3.2)	3.3 (2.2-3.7)	2.7 (1.4-4.0)	2.4 (2.2-2.7)
Ansiedad de estado (STAI-E)	17.0 (16.0-18.1)	19.0 (18.1-19.8) ^a	19.7 (16.8-22.5)	18.3 (17.6-19.0)	20.0 (16.2-23.8)	18.3 (17.6-19.0)
Ansiedad de rasgo (STAI-R)	20.0 (18.9-21.1)	20.5 (19.8-21.3)	20.7 (17.9-23.5)	20.3 (19.7-21.0)	20.5 (17.4-23.6)	20.4 (19.7-21.0)
Apoyo social (DUKE-11)	41.7 (40.7-42.6)	41.5 (40.9-42.1)	41.6 (39.1-44.0)	41.6 (41.1-42.1)	42.0 (38.3-45.7)	41.5 (41.0-42.0)
Cohesión familiar (FES-coh)	8.1 (8.0-8.2)	7.7 (7.6-7.9) ^a	7.7 (7.2-8.2)	7.8 (7.7-8.0)	8.1 (7.7-8.5)	7.8 (7.7-7.9)
Expresividad familiar (FES-exp)	7.3 (7.2-7.5)	7.1 (7.0-7.2) ^a	7.1 (6.7-7.5)	7.2 (7.1-7.3)	7.4 (6.9-7.9)	7.2 (7.0-7.3)
Conflicto familiar (FES-conf)	2.0 (1.8-2.2)	2.3 (2.2-2.5) ^a	2.7 (2.2-3.1)	2.2 (2.1-2.3)	2.2 (1.8-2.6)	2.2 (2.1-2.3)
Relaciones familiares (FES)	18.4 (18.0-18.8)	17.5 (17.2-17.8) ^b	17.1 (16.0-18.3)	17.8 (17.5-18.1)	18.4 (17.4-19.4)	17.7 (17.5-18.0)
Hipocondría (HG)	1.5 (1.3-1.7)	1.5 (1.4-1.7)	1.4 (0.9-1.9)	1.5 (1.4-1.6)	1.4 (1.0-1.7)	1.5 (1.4-1.6)
Hipocondría (WI-HG)	3.0 (2.6-3.3)	3.1 (2.8-3.3)	3.0 (2.1 -3.9)	3.0 (2.8-3.2)	2.6 (1.8-3.3)	3.1 (2.9-3.2)
Hipocondría (WI)	2.4 (2.1-2.6)	2.5 (2.3-2.7)	2.6 (1.9-3.2)	2.5 (2.3-2.6)	2.0 (1.5-2.6)	2.5 (2.3-2.6)

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student: ^a p<0.05; ^b p<0.01.

C.Salud = Centro de Salud.

Tabla 19. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables psicosociales de la madre

Variables	Utilización profesional *	
	SI (n=277)	NO (n=436)
APGAR familiar	8.8 (8.6-9.0)	8.6 (8.4-8.7)
Depresión (BDI)	2.4 (2.0-2.7)	2.5 (2.1-2.8)
Ansiedad de estado (STAI-E)	17.7 (16.7-18.7)	18.8 (17.9-19.7)
Ansiedad de rasgo (STAI-R)	20.0 (19.1-21.0)	20.6 (19.8-21.4)
Apoyo social (DUKE-11)	41.8 (41.0-42.7)	41.4 (40.8-42.0)
Cohesión familiar (FES-coh)	8.0 (7.8-8.2)	7.7 (7.6-7.9)
Expresividad familiar (FES-exp)	7.3 (7.2-7.5)	7.1 (7.0-7.2) ^a
Conflicto familiar (FES-conf)	2.1 (1.9-2.2)	2.3 (2.2-2.5)
Relaciones familiares (FES)	18.2 (17.8-18.6)	17.5 (17.1-17.8) ^b
Hipocondría (HG)	1.5 (1.3-1.6)	1.6 (1.4-1.7)
Hipocondría (WI-HG)	2.9 (2.6-3.2)	3.1 (2.8-3.3)
Hipocondría (WI)	2.4 (2.1-2.6)	2.5 (2.3-2.7)

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student: ^a p<0.05; ^b p<0.01.

Tabla 20. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables de creencias de la madre

Variables	Utilización farmacéutico *		Utilización Enfermero *		Utilización Médico Privado *	
	SI (n=24)	NO (n=690)	SI (n=7)	NO (n=707)	SI (n=14)	NO (n=700)
Locus de control por el azar	19.1 (15.9-22.3)	19.6 (19.1-20.2)	19.9 (16.1-23.6)	19.6 (19.0-20.2)	15.3 (10.4-20.2)	19.7 (19.1-20.3) ^a
Locus de control por Dios	23.1 (19.2-26.9)	22.8 (22.1-23.5)	31.9 (22.3-41.4)	22.7 (22.0-23.4) ^b	16.1 (11.9-20.2)	22.9 (22.3-23.6) ^b
Locus de control por profesionales	23.4 (21.6-25.3)	20.6 (20.2-21.1) ^a	21.1 (15.9-26.4)	20.7 (20.3-21.1)	22.1 (18.5-25.8)	20.7 (20.3-21.1)
Locus de control interno	35.7 (33.2-38.1)	36.2 (35.7-36.7)	36.0 (30.6-41.4)	36.2 (35.7-36.6)	38.6 (34.2-43.1)	36.1 (35.7-36.6)
P. Susceptibilidad (12 ítems)	29.1 (26.8-31.3)	27.5 (27.1-27.9)	25.3 (18.3-32.2)	27.6 (27.1-28.0)	27.9 (25.8-29.9)	27.5 (27.1-28.0)
P. Susceptibilidad (8 ítems)	17.6 (15.6-19.5)	16.4 (16.1-16.7)	15.4 (10.2-20.7)	16.5 (16.2-16.8)	16.6 (14.7-18.6)	16.5 (16.1-16.8)
P. Susceptibilidad I.R.A.	11.5 (10.9-12.1)	11.0 (10.9-11.2)	9.9 (7.3-12.4)	11.1 (10.9-11.2)	11.2 (10.4-12.0)	11.1 (10.9-11.2)
P. Gravedad	28.4 (25.2-31.5)	27.8 (27.3-28.3)	26.4 (20.2-32.6)	27.8 (27.3-28.3)	32.3 (29.8-34.8)	27.7 (27.2-28.2) ^a
P. Eficacia médica	31.0 (28.6-33.3)	27.7 (27.1-28.4) ^a	36.3 (26.2-46.5)	27.7 (27.1-28.4) ^a	30.3 (25.3-35.4)	27.8 (27.1-28.4)
P. Barreras a la asistencia	8.3 (7.0-9.6)	8.4 (8.1-8.6)	8.9 (5.7-12.0)	8.3 (8.1-8.6)	10.1 (7.5-12.6)	8.3 (8.1-8.5) ^a
P. Importancia de la salud						

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student. ^ap<0.05; ^bp<0.01.

P = percepción; I.R.A. = infecciones respiratorias agudas.

Tabla 21. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables de creencias de la madre.

Variables	Utilización pediatra C.Salud *		Utilización Urgencias C.Salud *		Utilización Urgencias Hospital *	
	SI (n=217)	NO (n=497)	SI (n=41)	NO (n=673)	SI (n=30)	NO (n=689)
Locus de control por el azar	19.8 (18.8-20.8)	19.5 (18.9-20.2)	19.5 (17.1-21.8)	19.6 (19.0-20.2)	17.2 (14.5-19.9)	19.7 (19.1-20.3)
Locus de control por Dios	22.9 (21.7-24.1)	22.7 (21.9-23.6)	22.1 (18.9-25.3)	22.8 (22.2-23.5)	25.8 (22.9-28.7)	22.7 (22.0-23.4)
Locus de control por profesionales	21.0 (20.3-21.7)	20.6 (20.1-21.1)	21.0 (19.2-22.8)	20.7 (20.3-21.1)	20.6 (18.0-23.1)	20.7 (20.3-21.2)
Locus de control interno	36.4 (35.6-37.2)	36.1 (35.6-36.7)	35.9 (34.1-37.6)	36.2 (35.7-36.7)	36.9 (34.7-39.1)	36.2 (35.7-36.6)
P. Susceptibilidad (12 ítems)	28.4 (27.7-29.1)	27.2 (26.7-27.7) ^b	27.2 (25.4-29.0)	27.6 (27.1-28.0)	28.1 (26.4-29.7)	27.5 (27.1-28.8)
P. Susceptibilidad (8 ítems)	16.9 (16.4-17.4)	16.3 (15.9-16.7)	16.3 (14.9-17.7)	16.5 (16.2-16.8)	16.3 (14.8-17.7)	16.5 (16.2-16.8)
P. Susceptibilidad I.R.A.	11.5 (11.2-11.8)	10.9 (10.7-11.1) ^b	10.9 (10.3-11.5)	11.1 (10.9-11.2)	11.8 (10.9-12.7)	11.0 (10.9-11.2)
P. Gravedad	27.6 (26.7-28.5)	27.9 (27.3-28.5)	28.4 (26.5-30.3)	27.8 (27.3-28.3)	30.6 (28.0-33.3)	27.7 (27.2-28.2) ^a
P. Eficacia médica	28.3 (27.2-29.4)	27.6 (26.8-28.4)	24.4 (21.5-27.4)	28.0 (27.4-28.7) ^a	26.8 (23.5-30.0)	27.9 (27.2-28.5)
P. Barreras a la asistencia	8.1 (7.7-8.4)	8.5 (8.2-8.7) ^a	8.4 (7.3-9.4)	8.4 (8.1-8.6)	9.6 (8.2-11.0)	8.3 (8.1-8.5) ^a
P. Importancia de la salud						

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student. ^ap<0.05; ^bp<0.01.

P = percepción; I.R.A. = infecciones respiratorias agudas.

Tabla 22. Utilización de los profesionales de la salud en función de variables de creencias de la madre

Variables	Utilización profesional *	
	SI (n=277)	NO (n=436)
Locus de control por el azar	19.6 (18.7-20.5)	19.6 (18.9-20.4)
Locus de control por Dios	22.9 (21.8-24.0)	22.8 (21.9-23.6)
Locus de control por profesionales	20.9 (20.2-21.5)	20.6 (20.1-21.2)
Locus de control interno	36.3 (35.6-37.0)	36.1 (35.5-36.7)
P. Susceptibilidad (12 ítems)	28.2 (27.5-28.8)	27.1 (26.6-27.7) ^a
P. Susceptibilidad (8 ítems)	16.7 (16.2-17.2)	16.3 (15.9-16.7)
P. Susceptibilidad I.R.A.	11.4 (11.1-11.7)	10.8 (10.6-11.0) ^b
P. Gravedad	27.9 (27.1-28.7)	27.8 (27.1-28.4)
P. Eficacia médica	28.3 (27.2-29.3)	27.5 (26.7-28.3)
P. Barreras a la asistencia	8.2 (7.9-8.6)	8.4 (8.2-8.7)
P. Importancia de la salud		

* media (intervalo de confianza al 95%).

Comparación de medias por la T de Student. ^a p<0.05; ^b p<0.01.

P = percepción; I.R.A. = infecciones respiratorias agudas.

Tabla 23. Utilización del pediatra del centro de salud. Regresión logística múltiple. N = 714 episodios completos

Variables	Beta	O.R.	I.C. 95% O.R.	R parcial	Wald	Significación
Longitud del episodio en días (lg)	1.539	4.66	2.81 - 7.73	0.212	35.53	< 0.0001
Índice acumulado de percepción de gravedad del episodio sintomático (lg)	2.809	16.60	4.73 - 58.28	0.152	19.21	< 0.0001
Síntomas depresivos en la madre (lg BDI)	0.822	2.28	1.53 - 3.39	0.139	16.39	0.0001
Episodio de fiebre en el niño (lg)	0.968	2.63	1.60 - 4.34	0.130	14.50	0.0001
Consulta con el marido	0.746	2.11	1.43 - 3.10	0.129	14.39	0.0001
Ansiedad de estado de la madre (raíz cuadrada STAI-E)	- 0.406	0.67	0.50 - 0.88	- 0.092	8.29	0.0040
Percepción de susceptibilidad del niño (escala de creencias de salud de la madre)	0.064	1.07	1.02 - 1.11	0.088	7.76	0.0053
Tiempo en acudir al centro de salud				0.057	6.45	0.0399
[0] > 10 minutos						
[1] 5-10 minutos	0.758	2.13	1.14 - 3.99	0.070	5.64	0.0176
[2] < 5 minutos	0.250	1.28	0.70 - 2.35	0.000	0.65	0.419

Regresión logística múltiple por el método paso a paso hacia delante. P de entrada 0.15, p de salida 0.20. Se han suprimido de la tabla las variables cuya significación del test de Wald fue superior a 0.05. Test de bondad de ajuste del modelo (Hosmer-Lemeshow): Chi-cuadrado = 6.4548; 8 grados de libertad; p = 0.5964. No hubo ningún residual estandarizado mayor de 3. El modelo clasifica correctamente el 82.1% de los casos.

Tabla 24. Utilización de urgencias del centro de salud. Regresión logística múltiple. N = 714 episodios completos

Variables	Beta	O.R.	I.C. 95% O.R.	R parcial	Wald	Significación
Episodio de fiebre en el niño ajustado por la longitud del episodio.	2.247	9.46	4.38 - 20.45	0.354	32.64	< 0.0001
Percepción de eficacia del pediatra (escala de creencias de salud de la madre)	- 0.139	0.87	0.82 - 0.92	- 0.271	19.96	< 0.0001
Episodio de otros síntomas en el niño ajustado por la longitud del episodio.	0.426	1.53	1.25- 1.88	0.247	16.92	< 0.0001
Nivel de estudios: [0] < COU-FP2 [1] => COU-FP2	- 2.048	0.13	0.04 - 0.38	- 0.221	13.96	0.0002
Enfermedad crónica del hijo: [0] no; [1] si.	2.105	8.21	2.64 - 25.54	0.214	13.20	0.0003
Número de convivientes en el hogar	- 0.954	0.38	0.21 - 0.71	- 0.172	9.26	0.0023
Edad del hijo en meses	- 0.025	0.97	0.95 - 0.99	- 0.115	5.23	0.0222

Regresión logística múltiple por el método paso a paso hacia delante. P de entrada 0.15, p de salida 0.20. Test de bondad de ajuste del modelo (Hosmer-Lemeshow): Chi-cuadrado = 5.2483; 8 grados de libertad; p = 0.7307. Hubo 3 residuales estandarizado mayor de 3, pero ninguna distancia de Cook fue superior a 0.40. El modelo clasifica correctamente el 96.0% de los casos.

Tabla 25. Utilización de urgencias del hospital. Regresión logística múltiple. N = 714 episodios completos

Variables	Beta	O.R.	I.C. 95% O.R.	R parcial	Wald	Significación
Episodio de ahogo en el niño ajustado por la longitud del episodio.	0.772	2.16	1.36 - 6.60	0.227	12.78	0.0004
Índice acumulado de percepción de gravedad del episodio sintomático ajustado por la longitud del episodio.	1.536	4.65	1.75 - 12.31	0.190	9.55	0.0020
Episodio de fiebre en el niño ajustado por la longitud del episodio.	1.095	2.99	1.36 - 6.60	0.160	7.37	0.0066
Percepción del Locus de Control de la Salud por Dios (escala de creencias de salud de la madre)	0.075	1.08	1.02 - 1.14	0.157	7.17	0.0074
Episodio de otros síntomas en el niño ajustado por la longitud del episodio.	0.264	1.30	1.07 - 1.59	0.151	6.77	0.0093
Percepción del Locus de Control de la Salud por el azar (escala de creencias de salud de la madre)	- 0.094	0.91	0.85 - 0.98	- 0.146	6.45	0.0111
Percepción de gravedad (escala de creencias de salud de la madre)	0.117	1.12	1.02 - 1.23	0.139	6.03	0.0141
Número de convivientes en el hogar	0.653	1.92	1.12 - 3.29	0.132	5.66	0.0174
Percepción de Barreras a la atención (escala de creencias de salud de la madre) (lg)	1.601	4.96	1.12 - 22.01	0.108	4.43	0.0352
Edad de la madre (años)	- 0.114	0.89	0.80 - 0.99	- 0.106	4.35	0.0369

Regresión logística múltiple por el método paso a paso hacia adelante. P de entrada 0.15, p de salida 0.20. Test de bondad de ajuste del modelo (Hosmer-Lemeshow): Chi-cuadrado = 4.8053; 8 grados de libertad; p = 0.7782. Hubo 3 residuales estandarizado mayor de 3, pero ninguna distancia de Cook fue superior a 0.88. El modelo clasifica correctamente el 96.2 % de los casos.

Tabla 26. Utilización de los profesionales de la salud. Regresión logística múltiple. N = 714 episodios completos

Variables	Beta	O.R.	I.C. 95% O.R.	R parcial	Wald	Significación
Índice acumulado de percepción de gravedad del episodio sintomático (lg)	3.317	27.58	8.17 - 93.09	0.181	28.55	< 0.0001
Longitud del episodio en días (lg)	1.211	3.36	2.15 - 5.23	0.181	28.55	< 0.0001
Consulta con el marido	1.054	2.87	1.90 - 4.33	0.170	25.28	< 0.0001
Episodio de fiebre en el niño (lg)	1.386	4.00	2.31 - 6.93	0.166	24.44	< 0.0001
Síntomas depresivos en la madre (lg BDI)	0.686	1.99	1.35 - 2.92	0.112	12.17	0.0005
Tiempo en acudir al centro de salud				0.073	8.28	0.0159
[0] > 10 minutos						
[1] 5-10 minutos	0.825	2.28	1.24 - 4.20	0.079	7.00	0.0081
[2] < 5 minutos	0.228	1.26	0.71 - 2.23	0.000	0.61	0.4360
Ansiedad de rasgo de la madre (raíz cuadrada STAI-R)	- 0.449	0.64	0.46 - 0.89	- 0.080	7.18	0.0074
Nivel de estudios: [0] < COU-FP2						
[1] => COU-FP2	- 0.601	0.55	0.34 - 0.89	- 0.070	5.96	0.0146
Satisfacción con el pediatra:						
[0] nunca-casi nunca-a veces	- 0.600	0.55	0.31 - 0.97	- 0.052	4.22	0.0399
[1] casi siempre-siempre						

Regresión logística múltiple por el método paso a paso hacia delante. P de entrada 0.15, p de salida 0.20. Se han suprimido de la tabla las variables cuya significación del test de Wald fue superior a 0.05. Test de bondad de ajuste del modelo (Hosmer-Lemeshow): Chi-cuadrado = 11.4727; 8 grados de libertad; p = 0.1763. No hubo ningún residual estandarizado mayor de 3. El modelo clasifica correctamente el 80.6 % de los casos.

Tabla 27. Análisis para el tiempo hasta la utilización del pediatra centro de salud

Análisis para el tiempo hasta la consulta con pediatra centro de salud

	Análisis Univariante			Análisis Multivariante		
	Razón riesgos	IC (95%)		Razón riesgos	IC (95%)	
		Lim. Inf.	Lim.Sup.		Lim. Inf.	Lim.Sup.
Longitud episodio	1.020	0.997	1.043	0.949	0.916	0.984
Fiebre	1.311	1.214	1.415			
Fiebre no termometrada	2.092	1.580	2.771			
Fiebre baja	1.359	1.161	1.591			
Fiebre moderada	1.466	1.287	1.670			
Fiebre alta	1.612	1.416	1.834	1.401	1.184	1.658
Catarro	1.244	1.082	1.430	1.228	1.039	1.452
Tos	1.321	1.163	1.500	1.141	0.975	1.335
Ahogo	1.339	1.083	1.654			
Vómitos	1.450	1.216	1.729			
Diarrea	1.299	0.999	1.690	1.241	0.935	1.648
Otalgia	1.180	0.985	1.415			
Cefalea	0.908	0.669	1.233			
Dolor abdominal	1.267	1.009	1.591			
Llanto	1.016	0.789	1.308			
Decaimiento	1.521	1.219	1.899			
Golpe	0.669	0.437	1.024			
Herida	0.669	0.353	1.269			
Otros síntomas	0.924	0.787	1.085			
Gravedad del Episodio	3.960	2.760	5.682	2.178	1.343	3.533
Consulta Red	1.262	1.149	1.387			
Consulta Marido	1.337	1.199	1.489	1.207	1.036	1.405
Consulta Abuela	2.223	1.432	3.451			
Susceptibilidad	1.023	0.994	1.052			
Enfermedad Crónica	0.847	0.600	1.196	0.686	0.460	1.023
Isocrona	0.798	0.695	0.917	0.832	0.712	0.973
Edad hijo	0.589	0.744	0.993			
Sexo	0.971	0.772	1.220			
Salud percibida hijo	1.002	0.726	1.382			
Salud percibida madre	1.057	0.817	1.368			
Satisfacción con pediatra	0.892	0.667	1.193			
Nivel de estudios	1.134	0.897	1.433			
Clase social	1.381	1.079	1.768	1.273	0.962	1.684
Situación laboral	1.159	0.920	1.459			
STAI_AE	0.882	0.786	0.989	0.740	0.630	0.869
STAI_AR	0.924	0.810	1.055			
Depresión	1.123	0.970	1.301	1.351	1.094	1.667
Hipocondría	0.968	0.808	1.159			
DUKE_	1.000	1.000	1.000			
APGAR familiar	1.699	1.026	2.813	1.393	0.781	2.484
Barreras	0.641	0.455	0.902			
Susceptibilidad IRA	1.040	0.987	1.097			
Percepción gravedad	1.002	0.983	1.021			
Percepción eficacia	1.004	0.990	1.018			
Importancia de la salud	1.048	1.007	1.091			
Locus: Dios	1.004	0.992	1.016			
Locus: azar	1.000	0.985	1.015			
Locus :interno	1.001	0.982	1.020			
Locus :profesional	1.010	0.988	1.031			

Hipocondría(WI-HG)	0.940	0.773	1.142			
Hipocondría(HG)	0.876	0.695	1.104			
FES cohesión	1.000	1.000	1.001			
FES expresividad	1.000	1.000	1.001			
FES conflicto	0.741	0.584	0.940			
Utilización madre	1.265	1.094	1.462	1.191	1.003	1.414
Utilización pediatra	1.487	1.250	1.769	1.310	1.076	1.595
Utilización sin cita	1.281	1.104	1.485			
Utilización urg.hosp.	1.248	1.024	1.520			

** En el modelo multivariante (Modelo II) se suprimieron de la ecuación las variables que obtuvieron una $p > 0.30$ o/y que no modificaron los coeficientes.*

Tabla 28. Análisis para el tiempo hasta la utilización global de los Profesionales

Análisis para el tiempo hasta la utilización global de los profesionales

	Análisis Univariante			Análisis Multivariante		
	Razón riesgos	IC(95%)		Razón riesgos	IC(95%)	
		Lim. Inf.	Lim.Sup.		Lim. Inf.	Lim.Sup.
Longitud episodio	1.022	1.002	1.043	0.957	0.929	0.987
Fiebre	1.312	1.231	1.411			
Fiebre no termometrada	2.049	1.581	2.655			
Fiebre baja	1.359	1.178	1.568			
Fiebre moderada	1.503	1.337	1.690			
Fiebre alta	1.607	1.424	1.812	1.297	1.105	1.523
Catarro	1.272	1.120	1.443	1.145	0.982	1.336
Tos	1.167	1.038	1.313			
Ahogo	1.335	1.095	1.629			
Vomitos	1.335	1.131	1.576	1.067	1.878	1.297
Diarrea	1.181	0.916	1.522			
Otalgia	1.256	1.065	1.483	1.073	0.871	1.322
cefa lea	1.034	0.792	1.343			
Dolor abdominal	1.242	1.002	1.539			
Llanto	1.177	0.939	1.477			
Decaimiento	1.360	1.094	1.691			
Golpe	0.912	0.663	1.253			
Herida	0.823	0.503	1.344			
Otros síntomas	1.096	0.954	1.259			
Gravedad del Episodio	4.215	3.057	5.813	2.603	1.710	3.963
Consulta Red	1.248	1.149	1.356			
Consulta Marido	1.402	1.272	1.544	1.301	1.132	1.495
Consulta Abuela	2.145	1.423	3.233			
Susceptibilidad	1.017	0.991	1.043			
Enfermedad Crónica	1.016	0.759	1.316			
Isocrona	0.836	0.740	0.944	0.811	0.704	0.934
Edad hijo	0.852	0.748	0.970	0.867	0.741	1.014
sexo	0.865	0.705	1.063	0.780	0.612	0.993
Salud percibida hijo	1.151	0.872	1.519			
Salud percibida madre	1.076	0.856	1.352			
Satisfacción con pediatra	1.074	0.834	1.382			
Nivel de estudios	1.188	0.961	1.467			
Clase social	1.232	0.990	1.534	1.202	0.930	1.554
Situación laboral	1.059	0.862	1.301			
Stai_AE	0.950	0.860	1.050			
Stai_AR	0.954	0.849	1.072			
Depresión	1.119	0.981	1.276	1.121	0.960	1.309
Hipocondría	0.965	0.821	1.136			
Duke_	1.000	1.000	1.000			
Apgar	1.249	0.837	1.865			
Barreras	0.781	0.578	1.057			
Susceptibilidad IRA	1.033	0.986	1.082			
P.gravedad	1.011	0.994	1.028			
P.eficacia	1.004	0.991	1.017			
Importancia de la salud	1.037	1.001	1.075	1.004	0.964	1.045
Locus: Dios	1.005	0.994	1.016			
Locus: azar	1.000	0.986	1.013			
Locus :interno	0.999	0.983	1.016			
Locus :profesional	1.011	0.992	1.031			

Hipocondría(WI-HG)	0.928	0.777	1.108			
Hipocondría(HG)	0.912	0.743	1.119			
FES cohesión	1.000	1.000	1.001			
FES expresividad	1.000	1.000	1.000			
FES conflicto	0.822	0.661	1.023	0.879	0.683	1.130
Utilización madre	1.161	1.016	1.327			
Utilización pediatra	1.261	1.082	1.469	1.125	0.943	1.341
Utilización sin cita	1.160	1.014	1.326			
Utilización urg.hosp.	1.320	1.112	1.568	1.156	0.932	1.432

** En el modelo multivariante (Modelo II) se suprimieron de la ecuación las variables que obtuvieron una $p > 0.30$ o/y que no modificaron los coeficientes.*

Tabla 29. Análisis para el tiempo hasta la utilización de las urgencias hospitalarias

	Análisis para el tiempo hasta la utilización de las Urgencias Hospitalarias					
	Análisis Univariante			Análisis Multivariante		
	Razón riesgos	IC(95%)		Razón riesgos	IC(95%)	
		Lim. Inf.	Lim.Sup.		Lim. Inf.	Lim.Sup.
Longitud episodio	1.053	1.002	1.105	0.909	0.825	1.002
Fiebre	1.479	1.221	1.792			
Fiebre no termometrada	2.456	1.553	3.883	1.738	0.780	3.875
Fiebre baja	1.634	1.144	2.332			
Fiebre moderada	1.854	1.355	2.537			
Fiebre alta	2.028	1.556	2.644			
Catarro	1.323	0.941	1.859			
Tos	1.068	0.765	1.489			
Ahogo	2.145	1.518	3.030	1.474	0.945	2.297
Vomitos	1.888	1.364	2.613	1.492	0.972	2.289
Diarrea	1.756	1.129	2.731	1.242	0.679	2.273
Otalgia	1.063	0.647	1.745			
cefa lea	1.445	0.809	2.583			
Dolor abdominal	0.951	0.536	1.686			
Llanto	2.066	1.426	2.993	1.505	0.861	2.629
Decaimiento	1.392	0.822	2.357			
Golpe	2.009	1.195	3.377	1.278	0.690	2.367
Herida	0.947	0.268	3.349			
Otros síntomas	1.264	0.877	1.822			
Gravedad del Episodio	10.343	3.916	27.323	4.773	1.371	16.609
Consulta Red	1.463	1.288	1.662	1.628	1.173	2.259
Consulta Marido	1.719	1.289	2.293			
Consulta Abuela	4.999	1.872	13.345			
Susceptibilidad	1.001	0.931	1.075			
Enfermedad Crónica	1.553	0.763	3.161			
Isocrona	0.906	0.641	1.281			
Edad hijo	0.606	0.421	0.872	0.546	0.341	0.874
sexo	1.088	0.602	1.968			
Salud percibida hijo	1.315	0.628	2.753			
Salud percibida madre	0.913	0.461	1.807			
Satisfacción con pediatra	2.095	1.134	3.869	1.283	0.602	2.735
Nivel de estudios	1.294	0.702	2.383			
Clase social	0.665	0.370	1.195	0.475	0.230	0.982
Situación laboral	1.513	0.828	2.765			
Stai_AE	1.349	1.026	1.773	1.458	1.039	2.047
Stai_AR	1.292	0.941	1.775			
Depresión	1.439	1.005	2.058			
Hipocondría	1.158	0.729	1.839			
Duke_	1.000	1.000	1.001			
Apgar	1.119	0.392	3.197			
Barreras	1.973	0.856	4.547	2.459	0.794	7.617
Susceptibilidad IRA	1.098	0.958	1.257			
P.gravedad	1.065	1.012	1.121			
P.eficacia	0.987	0.952	1.023			
Importancia de la salud	1.131	1.021	1.254	1.076	0.954	1.214
Locus: Dios	1.043	1.009	1.077	1.031	0.991	1.072
Locus: azar	0.985	0.948	1.023			
Locus :interno	0.997	0.951	1.046			
Locus :profesional	0.990	0.936	1.046			

Hipocondría(WI-HG)	1.070	0.647	1.771			
Hipocondría(HG)	1.388	0.776	2.483			
FES cohesión	1.000	0.999	1.001			
FES expresividad	1.000	0.999	1.001			
FESs con	1.456	0.746	2.843			
Utilización madre	0.940	0.627	1.407			
Utilización pediatra	0.938	0.611	1.441			
Utilización sin cita	0.894	0.607	1.318			
Utilización urg.hosp.	1.842	1.171	2.896	1.494	0.859	2.599

** En el modelo multivariante (Modelo II) se suprimieron de la ecuación las variables que obtuvieron una $p > 0.30$ o/y que no modificaron los coeficientes.*

CAPITULO 5

DISCUSIÓN

A-CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.

1- Criterios de selección y exclusión

De la muestra poblacional (totalidad de nacidos en la zona básica extraídos de las listas del registro civil facilitadas por la gerencia provincial del SAS) , 500 niños, a 108 no se le pudo incluir en el estudio (tampoco se pudieron estudiar sus datos socio-demográficos) ,por no poder contactar (ausencias temporales y cambios de domicilio) , no pertenecer a la zona básica de salud o negarse a participar (n=36), consideramos una cifra aceptable dado el compromiso que se adquiriría con el cuestionario y los diarios. Cabe destacar que de los 392 que comienzan el diario, más del 98% acabaron el seguimiento , debido probablemente al compromiso que adquirirían con la carta de presentación de todos los pediatras del centro de salud, a la motivación inicial de las madres (con las visitas explicativas de su participación dónde se pormenorizó la forma de cumplimentar el diario) ; posteriormente creemos que fue también muy importante para conseguir una proporción excelente de finalización de cuestionarios y diarios ,el reforzar la conducta cumplimentadora resolviendo dudas con el contacto telefónico semanal, y la entrega por sorteo de una serie de premios tan aceptados en nuestro medio y recomendados por otros autores (*Norman GR, 1982; Benzent N, 1989*).

Otros trabajos relacionados con el tema ofrecen resultados no coincidentes: en la revisión de Verbrugge (*Verbrugge LM, 1980*) con diarios de salud se completaron en una proporción entre el 81 y el 100 por 100 y la aceptación previa del diario osciló entre el 69-98% , Roghmann (*Roghmann KJ, 1979*) tiene 82% de pérdidas de datos y Freer (*Freer B, 1980*) 74%, ; Benzent (*Benzent N, 1989*) recoge un 6% de pérdidas, y para Stoller (*Stoller EP, 1993*) :el 78% responden y el 94% lo completan, Osman por su parte refiere que ,(Osman LM, 1995), de 150 niños (madres) de la muestra ,120 están de acuerdo y 108 completan el diario y finalmente para Bruijnzeels (*Bruijnzeels MA, 1998*) : 70% responden y 98% lo rellenan.

2-Diarios de salud. Episodios sintomáticos

Desde que en 1952 se introdujeron los diarios de salud, en una encuesta de morbilidad en San José (*Peart AFW, 1952*), se han convertido en un nuevo instrumento de investigación en el estudio de la utilización y de la búsqueda de la salud y la enfermedad. Aportan un cambio de dimensión en el tiempo pudiendo recoger un gran número de eventos, síntomas o episodios de salud o enfermedad. Han cambiado la unidad de análisis y permiten la posibilidad de estudio de la conducta ante la salud-enfermedad, como ya apuntaba Roghmann (*Roghmann KJ, 1979*), siendo de especial importancia en acontecimientos, quejas o síntomas menores, de escasa importancia pero de gran frecuencia .Así es posible, la recogida de datos como el uso o no de automedicación o de remedios caseros etc. En definitiva, el enfoque del uso de servicios profesionales varía respecto a estudios clásicos de utilización .Basándonos en estos pilares y teniendo en cuenta las posibilidades y los objetivos que nos habíamos planteado se eligió el diario de salud, para estudiar la búsqueda de cuidados de salud desde el inicio del síntoma como una continuidad de cuidados desde el hogar, hasta su resolución; investigando las causas asociadas a la toma de decisiones en la búsqueda de la salud.

En el análisis de Verbrugge (*Verbrugge LM, 1980*), y en la mayoría de los estudios con diarios, se resaltan las ventajas de éstas investigaciones respecto a las encuestas clásicas. El diario ofrece un alto nivel de recogida de información, reduce el error de memoria, son más válidos que las entrevistas (sobre todo en enfermedades agudas, acciones preventivas) y la unidad para análisis de salud es más dinámica: explora el iceberg entero (*White KL, 1961*), (*Kooiker SE, 1995*), aporta más datos de acciones frecuentes, permite contar qué pasa a través del tiempo, y el día a día, y explora reacciones y variables que de otra forma no se podrían estudiar (como por ejemplo las acciones preventivas, autoremedios o la relación entre la consulta del problema con la red social y la decisión posterior de automedicación o visita al médico. En consecuencia creemos que éstos planteamientos abren nuevas líneas de investigación ciertamente interesantes

Por otra parte las desventajas como el coste, complejidad de la recogida, calidad y análisis de los datos, necesidad de cooperación del que responde (en nuestro caso la madre), el efecto negativo de acondicionamiento, o bien la pérdida de datos cuando el nivel educacional de la población es muy bajo (*Brujnzeels 1998*) también habían sido planteadas y no parecían que iban a plantear problemas insalvables, de esta manera se reguló el tamaño de la muestra en función del estudio estadístico y manejo de datos así como el tiempo de recogida a 1 mes (*Roghamann KJ, 1972; Freer B, 1980; ;Campion PD, 1985; Osman LM, 1995 ;Brujnzeels MA, 1998; Cuninngham S, 1987*), para que no hubiera exceso de variables ni excesivo cansancio. Incluso planteamos unos incentivos (regalos para algunas madres colaboradoras) basándonos en otras experiencias como la de Norman o Benzent (*Norman GR, 1982; Benzent N, 1989*) para estimular la cooperación, así como estímulos y refuerzos con visitas a domicilio y por teléfono, para minimizar el sesgo de cooperación y cansancio. Cuando se decidió recoger durante 1 mes, hubo que asumir, que el tipo de morbilidad pudiera no ser equiparable a la del resto del año o comparable a estudios de varios años, pero en nuestro trabajo no era una prioridad la descripción de la morbilidad si no descubrir si unos determinados síntomas consultan más que otros y porqué. Para minimizar éste problema se decidió recoger un mes con un nivel de demanda alto y a la vez con patología variada, así se eligió Marzo-Abril (*Starfield B, 1979; Wolf BL, 1980; Soriano FJ, 1997; Sánchez FJ, 1992*)

Con respecto al formato, el diario se adecuó según recomendaciones de la bibliografía (*Roghamann KJ, 1972; ;Freer B, 1980; Benzent N, 1989; Stoller EP, 1993; Kooiker SE 1995; Campion PD, 1985 ;Osman LM, 1995 ;Brujnzeels MA, 1998; Cuninngham S, 1987*). Se repartió entre las madres o cuidador del niño y se dieron a la vez, instrucciones detalladas (por ejemplo para que recogiera síntomas menores o preventivos etc., se respetó el anonimato, se estructuró con preguntas simples y fáciles con un relleno de 1-2 minutos y se adecuó a cuatro semanas como aconsejaban autores como Freer y Roghamann (*Freer B, 1980; Roghamann KJ, 1972*); otras facilidades para la recogida de datos fueron la de adecuar una sola hoja a cada día, el listado de síntomas, dejando un ítem abierto para “otros “síntomas, y en la misma hoja, habría que contar el resto de posibilidades de acción como autotratamientos, remedios caseros y la utilización de la red social o de los profesionales etc. (*Anexo I*)

La unidad de análisis no fueron ni las madres ni los niños, sino los episodios en base a la definición de Benzent (*Benzent N, 1989*), ya que su análisis encajaba mejor con los objetivos de este trabajo: el estudio de la conducta desde que se inicia el síntoma hasta que desaparece.

Se consideraron como episodios completos aquellos que tuvieron al menos un día y otro por delante y detrás libres de síntomas. Se consideraron excepciones (Benzert N, 1989) a ésta definición los casos en los que los síntomas eran totalmente independientes; es lógico pensar que el caso de 2 síntomas totalmente definidos y separados como conceptos médicos distintos entre sí (por ejemplo tos y caída), formarían dos episodios distintos aunque entre los dos no mediara un día asintomático como se propone en la definición inicial, al final fueron 714 episodios completos (Los episodios incompletos fueron 175 y no se tomaron en cuenta para el análisis estadístico) que creemos que han sido suficientes para cubrir los objetivos del presente proyecto; aunque no sabemos hasta que punto el no contar con los episodios incompletos para el análisis introduciría algún sesgo de selección. No obstante, la mayoría de los episodios incompletos en el mes de seguimiento lo fueron por comenzar los últimos días del seguimiento.

3-Validez y fiabilidad de la medida de las variables psicosociales maternas.

Hemos analizado en apartados anteriores las características y validez de las escalas que hemos empleado, sólo haremos aquí, algunas consideraciones al respecto, ya que en su aplicación y valoración posterior, no hubo problemas que resaltar. (*Anexos 3 y 5*)

Creencias de la salud Bellón (Bellón JA, 1999) valida una escala de *creencias de la salud* basado en el modelo de Becker con un cuestionario que incluye susceptibilidad, gravedad, eficacia, importancia de la salud y barreras. El cuestionario de 47 ítems se validó en 385 madres de la zona básica de salud del zaidín, el análisis factorial confirmó las dimensiones teóricas del modelo de Becker.

Las ***escalas de locus de control*** han sido utilizadas ampliamente para operativizar la motivación de la salud en general. En la edad pediátrica hay escasos estudios sobre su aplicación así como la validez de las mismas pero han sido probadas como válidas en estudios de población pediátrica y adolescentes. (Bates AS 1994; Stanton WR, 1995; Tait R, 1982; Parcel GB, 1978; Hearne J, 1988; Bush MR, 1998) MR, 1998; Marsall GN, 1990; Astrom AN, 2002). En nuestro país, el trabajo de Bellón (Bellón JA, 1999) valida las escalas del locus con cuatro factores subyacentes el locus de control de la salud de Dios, el azar, el control interno y el control por el profesional. El cuestionario de 32 ítems se validó en una muestra de 385 madres de la zona básica del zaidín.

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). Desde su aparición en 1970, el test ha sido ampliamente utilizado en muchos países y en España también ha demostrado su viabilidad y validez (Bermudez J, 1978). Existía experiencia de la aplicación de esta escala por el equipo investigador y en esta misma población en la que se demostró que altos niveles de ansiedad de rasgo se asociaron a hiperutilización (Sánchez FJ, 1993)

El DUKE-UNC-II ha demostrado su validez (de constructo, discriminante y concurrente) y fiabilidad (Broadhead WE, 1988). En nuestro país la primera validación se publicó hace pocos años (De la Revilla L, 1991) y recientemente se complementó con una nueva (Bellón JA, 1994-e) con población del Centro de Salud Zaidín-Sur.

Algunos trabajos demostraron la validez y fiabilidad del *APGAR familiar* (Good MJD, 1979; Smilkstein G, 1982; Hilliard R, 1986) y, desde el punto de vista práctico, es uno de los instrumentos para medir la función familiar que más se ha empleado. En nuestro país sólo recientemente se han publicado los primeros datos de validez y fiabilidad con la población española (Bellón JA, 1994-d)

B) DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1-Episodios sintomáticos-síntomas

Los días con al menos un síntoma suponen el 28,7% de los días y durante ese mes, el 92% de los niños tuvieron síntomas.

Para Saunders (Saunders NR, 2003) el 72% de los niños tienen síntomas de IRA en 6 meses de recogida de datos. Los estudios que se han hecho con diarios de salud nos muestran datos heterogéneos pero en todos los casos llama la atención la gran cantidad de síntomas que aparecen, es decir, la base del iceberg. En nuestro estudio, un tercio de todos los días de cualquier niño son sintomáticos, cifra similar al estudio de Norman (Norman GR, 1982). En otros estudios en niños los días sintomáticos fueron menores: 13.9 % de días sintomáticos para Roghmann (Roghmann KJ, 1972), similar a Bruijnzeels (Bruijnzeels MA, 1998) con 13.6% y Osman (Osman LM, 1995) con 12.3%; o mayores como en el estudio de Cunningham (Cunningham S 1987), donde el 49% de los días fueron sintomáticos. Pueden influir en la recogida varios factores: en primer lugar la insistencia y adiestramiento inicial a las madres sobre el relleno minucioso de cualquier tipo de síntomas; en segundo lugar las motivaciones y refuerzos para evitar el efecto “cansancio” como hemos comentado en el método y también podría haber influido el tiempo limitado a 1 mes. Con respecto a la *frecuencia*, el síntoma que más se ha observado fue la tos acompañada por los síntomas catarrales, seguidos de la fiebre y síntomas digestivos.

Los síntomas, desde el punto de vista cualitativo que exponemos, apenas difieren de los síntomas como “motivo de consulta” o diagnósticos que se muestran en los estudios clásicos de demanda o las encuestas de morbilidad (Starfield B, 1979; Wolf BL, 1980;; Newacheck PW, 1992, Sánchez FJ, 1992; Encuesta Nacional Salud 2004; Registro de morbilidad C. Salud Zaidín –Sur 1995-2004), es decir los episodios catarrales, episodios febriles, síntomas digestivos golpes etc., son los síntomas por los que habitualmente se consulta y coinciden con los del diario de salud; podemos afirmar que no hay grandes diferencias en la morbilidad que se recoge en el diario con respecto a encuestas y registros de morbilidad.

También en comparación con otros estudios pediátricos con diarios de salud tampoco hay variaciones sustanciales en cuanto al tipo de síntoma. Para Roghmann (Roghmann KJ, 1972) el 52% de los síntomas que se presentaron eran por enfermedades infecciosas y después “defectos internos”, accidentes y cansancio; para (Bruijnzeels MA, 1998), lo más frecuente fue catarro y síntomas respiratorios, diarrea, síntomas musculoesqueléticos, cefalea cansancio, fiebre, piel y oídos, para (Cunningham S, 1987; Champion PD, 1985; Verbrugge LM, 1980) los síntomas recogidos en los diarios fueron similares a los recogidos por nosotros.

Una limitación de nuestro estudio fue que la morbilidad se recogió sólo durante 1 mes y

no representaba los cambios estacionales o anuales, pero no era éste el objetivo de nuestro estudio dónde investigábamos la morbilidad en relación con la conducta ante la enfermedad y la utilización posterior de los profesionales. No obstante los resultados son similares a estudios (*Bruijnzeels MA, 1998*) en los el diario se recogió repartido en los meses del año, y puede que la elección de los meses primaverales haya influido en este hecho.

La *longitud media del episodio* que fue de tres días, para (*Benzent N, 1989*) fue de 5.9 días por episodio, su asociación con la utilización la veremos más adelante ;pero ahora sólo decir que la duración del episodio es el factor predictivo más importante en la utilización del pediatra del centro de salud y el segundo en la utilización global (regresión múltiple),este hecho ya lo señala Osman (*Osman LM, 1995*) que advierte que el síntoma duraba más de 14 días se convertía en un factor predictivo importante de la utilización.

Al estudiar el *índice acumulado de gravedad estandarizado por la longitud del episodio* vemos que más de la mitad de los episodios son leves y menos del 3% graves, en este sentido hemos podido comprobar que éste índice tiene una asociación lineal y significativa con la utilización (excepto con la utilización de las urgencias del centro de salud) y en la regresión múltiple, aparece como predictor en la utilización.

Paralelamente el *índice de rebaje de la actividad estandarizado por la longitud del episodio* estuvo presente en “alto” grado el 82% de los episodios; así que el hecho de que haya un alto grado de rebaje de la actividad en un episodio de síntomas en un niño no va paralelo o por lo menos no refleja la gravedad del episodio y pudiera ser una consecuencia habitual ante los síntomas de cualquier enfermedad en la infancia, es decir podría ser una forma habitual de responder ante un síntoma, a veces como un autocuidado más (reposo, no asistencia al colegio etc.), con lo cual sí se podría explicar su alta prevalencia; es decir se comporta como una variable no discriminativa. A diferencia con el trabajo de Roghmann que incluye población infantil(*Roghmann KJ, 1972*): 3.9% de “actividad restringida por la enfermedad” en su estudio dónde el dato está referido al total de días recogidos y no a los días con síntomas que fueron el 14%; en nuestro trabajo, se podría decir que la percepción de la gravedad del episodio por la madre es independiente de que el niño rebaje su actividad ,ya que en la mayoría de los episodios leves va a haber una reducción alta de la actividad del niño que forma parte como tal de casi todos los episodios sintomáticos de un niño

En trabajos en población adulta como Berkanovic o Norman (*Berkanovic E, 1981*) los días de incapacidad y la gravedad sí tuvieron una asociación clara; para (*Norman GR, 1982*) una cuarta parte de los días sintomáticos hay cambios en las actividades normales

Más adelante al comentar la relación de la gravedad con la utilización trataremos de dar una explicación. Explicaremos que el índice no discrimina cuantitativamente si el rebaje de actividad es intenso, por ejemplo quedarse en cama, o si es un rebaje cualitativamente leve como por ejemplo decaimiento y actividad levemente disminuida; es decir, el índice sólo tiene en cuenta si hubo rebaje respecto al número de días.

2-Red social

El índice de consulta a la red social fue mayoritario, siendo el marido el más consultado

(aunque en 41,7% no consulta); para Berkanovic(*Berkanovic E, 1981*) el 12% de la varianza en su estudio de utilización se explicó por la red social.

La conducta que se toma en un niño ante un síntoma , en casi la mitad de los casos en que no hay consulta con la red social es posible que las decisiones las tome sólo la madre, y cuando se apoya en la red social lo hace en el marido; así que sin duda todos los esfuerzos llevados a mejorar la utilización en la edad pediátrica deben ir dirigidos a la madre pero estos esfuerzos se verán incrementados si se motiva al padre a entrar en los programas que se implanten .Además como se verá más tarde no sólo es la parte de la red social más consultada sino que es la que más predispone a que se consulte posteriormente con un profesional.

En éste trabajo la red social no ha sido objeto de estudio y por tanto se ha estudiado el contacto, si hubo o no ,con quién fue y si tuvo relación con la utilización posterior ,así como cuanto tiempo trascurrió desde el contacto con la red hasta que se toma la decisión de autocuidado o consulta profesional.

Los estudios con diarios de salud además permiten establecer *la función de supervivencia (Anexo 2)* en días desde que utiliza la red social hasta que toma decisiones, de tal forma que desde el inicio del síntoma a la utilización de la red social pasan como término medio sólo 24 horas , y desde el inicio del síntoma hasta que consulta con el profesional pasan 5 días ,así que podríamos plantear la hipótesis de que la red social es quizás una actitud muy temprana, probablemente la más precoz en la búsqueda de la salud ante la presencia de cualquier síntoma(los autocuidados también tienen una función de supervivencia de 1 día) y por tanto puede ser un pilar básico para regular e influir sobre el uso de servicios ,ya que es un paso previo e hipotéticamente podría modificar la utilización posterior.

3-Remedios caseros y utilización de medicación

La mayoría de los estudios de utilización (*Benzent N, 1989;Stoller EP, 1993*) sugieren que una gran proporción de los síntomas son evaluados y tratados fuera de los cuidados médicos del sistema ,y muchos estudios sugieren que la automedicación es a menudo la primera respuesta a la enfermedad sobre todo en síntomas menores o transitorios(*Dean KJ, 1983;White KL, 1961;Stoller EP, 1993;Benzent N, 1989;Bush MR, 1998*). La automedicación se asocia a la seriedad del síntoma y el grado de disconfort y se enfocan mucho más al lado paliativo (por ejemplo: analgésicos)que preventivo(por ejemplo: flúor) (*Stoller EP, 1993*) .Dean por su parte (*Dean KJ, 1983*), incluye como formas de autotratamiento sin medicación una lista de remedios caseros como dietas, cambios de actividad ,preparados domésticos etc. y Freer (*Freer B, 1980*) adiciona respuestas sociales hacia los síntomas .Sin duda la interpretación económica de los autocuidados de Benzent (*Benzent N, 1989*) como producción de salud permitió considerar el autocuidado como un complemento o sustituto del cuidado profesional. Rogers (*Rogers A, 1998*) nos presenta los autocuidados como un camino para el manejo de la demanda, siendo los cuidados informales una alternativa o suplemento de los cuidados formales; pudiendo ayudar a la disminución del uso de servicios profesionales.

En el presente trabajo nos interesaba la descripción de autocuidados en la población pediátrica así como el estudio de la medicación utilizada y analizarlo como una conducta en la toma de decisión ante un síntoma. Somos conscientes de que para el estudio de los

autocuidados la utilización de diarios de salud y la aproximación episódica son piezas clave para su investigación (*Stoller EP, 1993; Benzent N, 1989; Haug MR, 1989*). Destacar sin embargo que en nuestra tesis los objetivos han sido distintos ya que ni autocuidados ni automedicación han sido por sí mismos objetos de análisis.

Las posibilidades que ya apuntaba Stoller ante un episodio, no acción, de automedicación, autotratamiento sin medicación y consulta médica asociada o no a automedicación son exploradas en el presente estudio como elementos de conducta ante un síntoma. En los resultados se describe la medicación utilizada en los niños con episodios sintomáticos sin diferenciar si fue o no prescrita.

Sin duda los autocuidados y la utilización de medicamentos en los episodios (32% de los días con síntomas) se pudo comprobar que es muy frecuente; para Roghmann (*Roghmann KJ, 1972*) el 20% de los niños utilizó medicación y el 92% autocuidados o automedicación, para Haug (*Haug MR, 1989*) en su estudio en ancianos informó que los autocuidados oscilaron entre el 92-94% sobre todo en síntomas serios, en la revisión de Stoller (*Stoller EP, 1993*) del 76-92% toman medicación ante la presencia de síntomas y se advierte que puede ser la primera respuesta ante síntomas menores (*Stoller EP, 1993; Bush MR, 1998, 1976*). También Maiman (*Maiman LA, 1985, 1986*) llama la atención sobre la gran cantidad de medicamentos “guardados” por las madres. En la revisión de la Escuela de Salud Pública, (*ESP, 1996*) del 50-90% de las enfermedades son inicialmente tratadas con autocuidados, (*Holt GA, 1990; Lunde I, 1990*) y en España las cifras oscilan entre 40-75%.

En cuanto al tipo de medicación utilizada ante un episodio sintomático, los antiinflamatorios y analgésicos así como los anticatarrales y los tópicos son los más utilizados; el resto de la bibliografía es muy homogénea (*ESP, 1996; Osman LM, 1995, Benzent N 1989; Roghmann KJ, 1979*)

Hay muy poca utilización de medicación o automedicación preventiva (vitaminas, flúor etc.) al contrario de lo que sucedía en el estudio antiguo de Roghmann (*Roghmann KJ, 1972*), en que el 23% de los niños con automedicación, tomaban vitaminas. En el 13 por 100 de los episodios, se utilizaron antibióticos, puede que en gran parte sean medicamentos prescritos, aunque no lo sabemos. No obstante, en posteriores análisis, centrándonos en la mediación, analizaremos los antibióticos usados por los niños antes de acudir a algún profesional médico o farmacéutico.

En general podemos decir que la utilización cualitativa de los fármacos ante el episodio sintomático coincide con la que lógicamente correspondería con los tipos de episodios sintomáticos descritos, es decir fundamentalmente hay utilización de antitérmicos y fármacos para procesos respiratorios, síntomas digestivos y remedios o fármacos de utilización tópica es decir, parece coincidente la medicación administrada con el tratamiento de los síntomas que se recogen en el diario.

La gran mayoría de los episodios (94%) utiliza soluciones caseras y además en gran proporción, esto coincide con otros trabajos (*Stoller EP, 1993; Benzent N, 1989*) en los que ya se sugiere que la automedicación es a menudo la primera respuesta a la enfermedad. Los remedios caseros más utilizados, mejor dicho el remedio casero más utilizado son los lavados nasales con suero fisiológico que como hemos dicho se

corresponde de forma lógica con el tratamiento paliativo del episodio que se presenta con más frecuencia, como es la tos y el catarro.

Dentro de la utilización de remedios caseros también llama la atención lo poco frecuente que resultó la medida de desnudar al niño que no coincide ni con la proporción de episodios febriles (que fue elevada) ni con las líneas generales de educación sanitaria que se transmiten desde los pediatras y personal sanitario, es posible que el desabrigar al pequeño cuando tiene fiebre, no se halla recogido en el diario por la madre, ya que es una medida tan sutil y rutinaria que puede pasar desapercibida, y confundida con “desnudar”.

La función de supervivencia (Anexo 2) en días desde el inicio del síntoma a la utilización de los autocuidados transcurren 24 horas, pero éste es un dato que vemos comentaremos más adelante en relación con la utilización de los profesionales. No obstante, el dato por sí sólo enfatiza que los remedios caseros y automedicación suelen ser una respuesta muy temprana, a menudo, la primera respuesta ante el síntoma.

4-Utilización de los profesionales

La *utilización global de los profesionales* ante un episodio sintomático se produjo en 278 episodios, (39%) por el contrario, en 436 episodios (61%) no se utilizan servicios profesionales. Esto confirma como sucede con el resto de la bibliografía el fenómeno del iceberg. (Campion PD, 1985; Cunningham S, 1987; White KL, 1961)

Aunque con grandes variaciones entre la bibliografía es una constante que una gran parte de los síntomas que ocurren no llegan al profesional sanitario, así Campion, (Campion PD, 1985) apunta que por cada 12 síntomas nuevos había 1 consulta médica, en la revisión de Stoller (Stoller EP, 1993) la utilización global del profesional, oscila entre un 10-25% y Bentzent (Bentzent N 1989) de 5537 episodios, 1534 utilizan al profesional, para Roghmann (Roghmann KJ, 1972) la media fue de 6.7 consultas por niño y más recientemente, la utilización fue del 11% en el trabajo de Bruijnzeels (Bruijnzeels MA, 1998) y el 38% en el de Osman (Osman LM, 1995) o Saunders (Saunders NR 2003) que nos habla de que el 56% de las infecciones de vías respiratorias altas consultan. No obstante, es posible que parte de la variación se deba a lo que cada investigador ha considerado profesional sanitario o/y a otros aspectos diferenciadores en los estudios (edad de los niños, sistema privado o público de salud, con copago o sin el, etc.).

Vistos estos datos nos podíamos preguntar ¿Qué pasaría si todos los síntomas consultaran?, sin duda habría que variar todas las estrategias y recursos asignados a los sistemas de salud.

Los estudios de utilización clásicos analizan fundamentalmente variables asociadas al número y tipo de consultas e investigan aquellas que se asocian a los que utilizan o no el servicio profesional, pero al utilizar diarios de salud, podemos tener variables (por ejemplo la consulta al marido en la red social) que no estaban contempladas ni recogidas y por tanto no se conocía su influencia en el uso de servicios, es el estudio de la globalidad del fenómeno del iceberg y de continuidad de actitudes y acciones ante la presencia de un síntoma, éstas variables que surgen de “otro tipo de estudios de utilización” pueden ser importantes y podrían ampliarse y dar luz a variables nuevas que en estudios posteriores pudieran aumentar la varianza que los estudios clásicos de utilización han logrado explicar.

Como decía Roghmann (*Roghmann KJ, 1979*) el cambio de la dimensión en el tiempo y la gran cantidad de grupos de eventos cambiaran la unidad de análisis y las posibilidades de los estudios de la conducta hacia la salud y la enfermedad. En la mayoría de los estudios de utilización, se contempla sólo la utilización de algún tipo concreto de profesionales ,habitualmente médicos o pediatras de atención primaria y no diferencian los distintos tipos de profesionales implicados, en la cual se incluyen el sistema privado y las urgencias, que tanto preocupan actualmente por el continuo aumento en su utilización (*Mintegui S ,2004*);la identificación de variables diferentes asociadas a uno u otro profesional pueden hacer variar estrategias para mejorar el uso de sectores profesionales más específicos

En cuanto a la distribución de las consultas a los distintos profesionales no hay duda que en la mayoría de los casos la consulta es única al pediatra del centro de salud (217 episodios=30%), pero es muy importante la utilización de los servicios de urgencia tanto en el centro de salud como las urgencias hospitalarias que absorben el 10% de la utilización de los profesionales; poca importancia al menos cuantitativa la tienen el farmacéutico, el sector privado y enfermería.

En el artículo de Hassell (*Hassell K, 2001*) se pone de manifiesto como el manejo de algunas condiciones por el farmacéutico es posible y aceptable e incluso ayudaría al trabajo diario del médico, aunque faltan estudios para averiguar su papel en la utilización posterior de servicios de atención primaria (*Fischer LR, 2002*).

En cuanto a las enfermeras, es posible que también se trate de un recurso en atención primaria desaprovechado. En otros países europeos y en USA, las enfermeras de atención primaria resuelven episodios de salud-enfermedad leves que incluso se podrían resolver exclusivamente con autocuidados. Sin embargo, en nuestro país la ratio está descendiendo significativamente por debajo de 1, por lo que, en general cada vez menos se puede contar con enfermeras para la atención pediátrica.

5-Utilización de los profesionales según los síntomas

En general podemos afirmar que la aparición de cualquier síntoma se asoció a la consulta con el profesional ,como ocurre en la gran mayoría de los trabajos (*Roghmann KJ, 1972;Osman LM, 1995; Bruijnzeels MA, 1998*).Por supuesto esto apoya lo que tantos otros trabajos de utilización resaltan que es el factor de necesidad como variable muy importante en la explicación de la utilización así Aday (*Aday LA, 1993*) describe como factor determinante de la utilización pediátrica la necesidad de salud del niño , Newachec (*Newachec PW, 1992*) nos dice también como las condiciones de salud son predictores del uso,y Starfield y Campion (*Starfield B, 1985 ; Campion PD, 1985*) enfatizan y dice el primero que la enfermedad crónica o persistente /recurrente es la que más se asocia al uso y el segundo dice que el más fuerte predictor de uso es la propia enfermedad del hijo .

Independientemente de la forma de medir el factor necesidad, los grandes estudiosos de la utilización apuestan por el factor necesidad como el principal factor causal en la utilización, lo cual se fundamentaría en razones de fuerza de la asociación, primacía sobre otros factores y la presencia de dosis-respuesta (*Janicke 2001-2003; Hulka B, 1985*). En la mayoría de los estudios que emplearon técnicas multivariantes, el factor necesidad es el

que explica el mayor porcentaje de variabilidad sobre la utilización (*Wolinsky FD, 1978; Broyles RW, 1983; Tanner JL, 1983; Grimsmo A, 1984; Andersen AS, 1987; Connelly JE, 1989; Fylkesnes K, 1992*), e incluso en algún estudio se ha llegado a explicar porcentajes del orden del 75% (*De la Revilla L, 1987*).

En los trabajos de Bruijnzeels (*Bruijnzeels MA, 1998*) aunque los síntomas más frecuentes fueron los catarros y síntomas respiratorios; del 11% de los episodios que requirieron atención médica, los problemas de oídos y piel fueron los que más consultaron así como la fiebre y problemas respiratorios con 20-30% de consultas y los que menos se consultó (1-10%) fue el dolor de cabeza y síntomas digestivos menores como diarrea. Para otros autores (*Britt H, 1992; O'toole B, 1991*), consultan sobre todo catarro, fiebre, otalgia y cansancio, y tienen menores tasas de consulta la cefalea y síntomas digestivos como la diarrea (*Coughlin SS, 1990; Verbrugge L, 1980*). Roghmann (*Roghmann KJ, 1972*) por su parte del 14% de días con síntomas, la mitad son por enfermedades infecciosas pero no discrimina entre síntomas o tipo de síntomas y utilización del profesional. En el trabajo de Bjarne (*Bjarne WL, 1994*) la otalgia, problemas respiratorios y accidentes eran los que más consultaban en base a una percepción aumentada como amenaza para la salud.

Como en nuestro trabajo, en otros estudios (*Bruijnzeels MA, 1998*) también se describen la cefalea, diarrea y dolor abdominal como variables no asociadas significativamente a la consulta, hipotéticamente podría deberse a que ambos síntomas a veces son de carácter leve y que además la cultura sanitaria de las madres podría influir en el manejo correcto de ambos.

En general se podrían decir que casi todos los síntomas tienen una fuerte asociación con la utilización de profesionales de la salud y que no hay ningún síntoma que destaque claramente sobre los demás en su asociación a mayor o menor utilización (salvo como hemos comentado algunos síntomas abdominales menores y la cefalea).

La regresión múltiple da otra visión para 2 síntomas: así el ahogo y la fiebre son los 2 principales predictores de uso en urgencias (tanto en hospital como en centro de Salud) y la fiebre además de en urgencias, fue también predictor de uso en la utilización global y en la del pediatra de centro de salud. En un estudio en nuestro país (*Mintegui S, 2004*) en las urgencias hospitalarias también los síntomas de fiebre y ahogo fueron los más frecuentes.

Es decir nos encontramos ante el síntoma/s clave con el que al menos poder iniciar un programa hipotético de educación sanitaria destinado a disminuir o adecuar y mejorar servicios en la población pediátrica; cabría preguntarse si haciendo intervenciones de educación sanitaria sobre el manejo de los síntomas frecuentes en pediatría podría mejorar la utilización; así Moore (*Moore SH, 1983*) con un librito sobre autocuidados no logró influir sobre la utilización, pero sin embargo Morell o Loring (*Morell DC, 1980; Lorig K, 1985*) con otra intervención similar sí disminuyeron la utilización, resultados que van en la misma línea que Robert (*Robert CR, 1983*) que disminuye también las visitas centrándose en las infecciones respiratorias agudas.

La escala de conocimientos y actitudes hacia algunos problemas de salud comunes no se pudo construir, por lo tanto no se discutirá sobre este tema. Únicamente se indicará que este tipo de escalas se han asociado con la utilización (*Sánchez FJ, 1992*).

En relación a la utilización de los distintos profesionales según el tipo de síntoma se puede comentar que la consulta al farmacéutico o a la enfermera es escasa pero se asocia a síntomas clásicos en los que éstos profesionales realmente pueden tener un protagonismo para el control del síndrome febril, y catarras en caso del farmacéutico. (Cunningham S, 1987) dibujaba al farmacéutico como una alternativa al médico para el diagnóstico diferencial y control del síndrome febril y heridas en el caso de la enfermera. También se muestra al médico privado asociado a síntomas que podrían ser alarmantes o persistentes como el ahogo y la tos.

La longitud media del episodio ya hemos comentado que en éste proyecto fue de 5.9 días por episodio, la duración del episodio es el factor predictivo más importante en la utilización del pediatra del centro de salud y el segundo en la utilización global, éste hecho ya lo señala Osman (Osman LM, 1995) que advierte como la presencia del síntoma más de 14 días era un fuerte predictor de la utilización.

El estudio del análisis para el tiempo que se tarda en consultar nos da una visión distinta de algunos síntomas en relación con la utilización. En concreto y en relación a la fiebre, sobre todo “alta” fue el síntoma más importante, junto con el catarro, para la probabilidad de consulta posterior en función del tiempo con el pediatra y profesionales de forma global. En cambio, los golpes y el llanto fueron los detonantes para una consulta inmediata con las urgencias hospitalarias (en la discusión posterior del análisis para el tiempo comentaremos algunos aspectos respecto a los síntomas).

6-Utilización de los profesionales según la red social

En la experiencia que presentamos ,como hemos ido describiendo, se han ido analizando los contactos con la red social, si hubo o no, con quién, cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del síntoma y su posible asociación con la utilización pero no el tipo de consejo ni otras variables que pueden aparecer en otros estudios centrados en la red social como el de Berkanovic (Berkanovic.E,1982).En nuestro trabajo el uso de la red social estuvo asociado a la utilización de los profesionales. Es un punto éste poco aclarado y con diferentes opiniones, a veces contradictorias en la bibliografía (Mackinley JB, 1973;Sallooway JC,1973) nos hablan como la red social pequeña y basada en amigos consulta más; Horwith (Horwith SM, 1985) en general vio como las tasas de utilización disminuían si se consultaba a la red social. En el estudio de Osman (Osman LM, 1995) con diarios de salud no señala la red social como predictora de uso, al contrario que en otros trabajos (Janicke DM, 2001; Mckinlay JB, 1973); Horwith (Horwith SM, 1985) resalta la importancia de la actitud frente a la salud y las redes sociales en el uso de cuidados médicos y muestra como una red social grande y poco dispersa se relaciona con mayor utilización de servicios

Otro debate todavía abierto es el que gira en torno a cuáles de los aspectos de la red social o el apoyo social, corresponderían a los mejores predictores de la utilización. En el estudio de Berkanovic (Berkanovic E, 1981), el consejo de acudir al médico ante un síntoma concreto por parte de la red social fue más determinante que la distancia entre los miembros de la red consultados, mientras que la cantidad de contactos con la red, el

tamaño de la red consultada y la percepción de influencia de la red no obtuvieron unos coeficientes significativos. En el mismo episodio sintomático, la percepción de la seriedad del síntoma y la percepción de la eficacia de los cuidados médicos fueron más influyentes que los factores de la red social.

En cuanto el tipo de la red social en nuestro trabajo es el marido seguido de la abuela el más consultado. 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 no profesional ("*lay referral system*") proporcionaría consejos y apoyo que actuarían tranquilizando y fomentando los autocuidados del paciente. También cabría la posibilidad de que las personas de la red social a las que se consulte provoquen el efecto contrario: un aumento de la ansiedad por el síntoma y una invitación a acudir al médico con prontitud. Esto último se ha observado en algunos individuos con unos lazos estrechos con la red social. La explicación que se le ha dado es que los componentes de la red social fueron personas con creencias de salud "pro-cuidados médicos" (Horwitz NA, 1985; Wan TTH, 1987). No obstante Berkanovic (Berkanovic E, 1981) nos plantea, las personas con una red social más amplia, intensa y cercana, tienden a realizar más autocuidados y consultar menos con el médico.

Los esfuerzos en educación sanitaria o con otras estrategias diseñadas para mejorar el aprovechamiento de servicios profesionales sanitarios para pediatría pasan por alguna actuación sobre el marido ya que podría influir y potenciar o no en la decisión posterior de utilizar o no al profesional. Como quedó demostrado (Berkanovic E, 1981) ,se consultaba más si el consejo de la red social era en ese sentido. En general para poder hacernos una idea sobre la influencia de la red social puede que haya que plantearse además, que el tipo de uso de la red social sea distinta en la utilización pediátrica respecto a la utilización de los adultos ya que probablemente no sea lo mismo que la madre perciba los síntomas de su hijo a que sean sus propios síntomas (por ejemplo para consultárselos a su marido).

Los estudios con diarios de salud además permitieron en este trabajo establecer la función de supervivencia (días desde el inicio del episodio hasta que se consulta con la red social, autocuidados o consulta con profesionales), para la utilización de la red social pasan solo 24 horas , y desde el inicio del síntoma hasta que consulta con el profesional pasan 5 días , así que podríamos plantear la hipótesis de que la red social es quizás una actitud muy temprana, probablemente la más precoz en la búsqueda de la salud ante la presencia de cualquier síntoma (los autocuidados también tienen una función de supervivencia de 1 día) y por tanto puede ser un pilar básico para regular e influir sobre el uso de servicios ,ya que es un paso previo e hipotéticamente modificable.(*Anexo 2*).

También en el estudio de las variables en función del tiempo que más tarde comentaremos, apreciamos como la consulta con la red, (sobre todo con la abuela y el marido), son variables asociadas (análisis uni y multivariante) con las consultas tanto para el pediatra del centro de salud, como para las urgencias hospitalarias y a los profesionales de forma global. Por tanto, a partir de los datos de nuestro estudio, se puede ver con claridad que la red social de consulta de los episodios sintomáticos en pediatría es una red "pro-cuidados médicos", es una red que invita a la utilización profesional, y la consulta al marido es la más representativa de esta afirmación.

7-Utilización de los profesionales según la percepción de gravedad

Bjarne (*Bjarne WL, 1994*) nos muestra como la otalgia, problemas respiratorios y accidentes eran los que más consultaban en base a una percepción aumentada como amenaza para la salud. (*Janicke DM, 2001*) refiere también como la preocupación materna de la salud de hijo influye claramente en la decisión y proceso de búsqueda de cuidados

Wycke (*Wycke S, 1990*) nos expone como predictor de la consulta médica los síntomas severos y cuando el síntoma afectaba el comportamiento, esto mismo lo decía Cunningham (*Cunningham S, 1987*) cuando en su estudio con diarios decía que se consultaban más si el síntoma era serio o no mejoraba, y Campion (*Campion PD, 1985*) también nos muestra como la severidad es el mayor predictor de uso. Saunders (*Saunders NR, 2003*) pone de manifiesto que si el síntoma era severo o duraba más de 24 se consultaba más. En el estudio de Feigelman (*Feigelman S, 1990*) la utilización de las urgencias asociaron a la preocupación materna, y al padecimiento de enfermedades agudas- recurrentes.

En nuestro trabajo queda claro que la percepción de gravedad se asocia de forma lineal a la consulta con el profesional (excepto en las urgencias del centro de salud). Además, en la regresión múltiple, la gravedad es una variable predictora muy importante para la utilización de cualquier tipo de profesional así como para la utilización del pediatra del centro de salud, y de las urgencias del hospital

Así en el 90% de los síntomas en que la percepción fue “grave” consultaron con el profesional y sin embargo, sólo algo más de la mitad de los casos moderados y sólo la quinta parte de los leves utilizaron los profesionales de la salud. Ahora bien cabría la posibilidad de pensar que la percepción de severidad como “episodio grave” podría hacer que la utilización de urgencias fuera prioritaria frente a la del pediatra del centro de salud con cita previa; parece que por lo general no hay grandes diferencias de utilización entre urgencias (tanto del centro de salud como del hospital) y cita previa en función de que la percepción de la enfermedad por las madres sea más o menos grave (de los 18 episodios graves, 70% van al pediatra del centro de salud y 30% a urgencias), de todas formas la utilización de urgencias fue proporcionalmente algo mayor cuando la gravedad se percibió como moderada o grave en relación al centro de salud, es decir un tercio de los episodios aproximadamente considerados como moderados o graves suelen acudir a urgencias y esta proporción es menor cuando la percepción de gravedad es leve. En nuestro caso la accesibilidad al pediatra con cita previa en el centro de salud es fácil de tal forma que una enfermedad aguda, al no haber lista de espera casi siempre es atendida ese mismo día con cita previa; además, ante un episodio grave (no implica “urgente”) puede que la madre prefiera que lo evalúe su pediatra a no ser que el tiempo la apremie o no consiga cita y acuda a servicios de urgencias.

En el estudio del análisis para el tiempo que tarda en consultar comentaremos más adelante, la gravedad del episodio fue sin duda, la variable más importante (análisis uni y multivariante) que condicionó la consulta posterior con el global de profesionales, el pediatra del centro de salud y sobre todo para las urgencias hospitalarias.

La percepción de gravedad creemos que es muy importante y potencialmente modificable para la adecuación y optimización de los servicios de salud a la población, es

una variable a tener en cuenta en una posible intervención para adecuar la hiperdemanda y no saturar los servicios. En cuanto a la posibilidad de ser un factor modificable queremos decir que es susceptible de que con intervenciones como por ejemplo de educación sanitaria pueda cambiarse la percepción ante un determinado síntoma y así tener la posibilidad de adecuar los servicios de forma más racional. No obstante, habría que investigar las variables que predicen la percepción de gravedad en la madre. Por ejemplo, a parte de la morbilidad en si misma, ¿qué papel jugaría los niveles de ansiedad, depresión o hipocondría maternos en la percepción de gravedad?, ¿Cuál sería el papel de la red social, en particular el marido, en la percepción de gravedad?

8-Utilización de los profesionales según el rebaje de actividad

Hace 25 años que Berkanovic (*Berkanovic E, 1981*) nos decía que el mayor predictor de la utilización son los días de incapacidad. Al comparar nuestros resultados con los escasos datos que hay en la bibliografía (en la gran mayoría de los estudios con o sin diarios de salud ,no se recoge esta variable) se puede apreciar que no siguen la misma línea, así Roghmann (*Roghmann KJ, 1972*) en población que incluía niños, no llega al 4% “ actividad restringida” debida al episodio sintomático y (*Benzent N, 1989*) con adultos no llega al 1% de los días sintomáticos en los que reduce la actividad.

En el estudio de Feigelman (*Feigelman S, 1990*) la utilización de las urgencias se asociaron con la “interferencia de la actividad normal”, que osciló entre 16-33% de” bastante”interferencia.

Puede que mínimos cambios en la actividad del niño se adviertan y anoten como disminución de la actividad pero por otro lado parece poco probable que tasas del 4% de rebaje de actividad sean extrapolables cuando sólo pensar que hay un mayor porcentaje de niños con síntomas como la fiebre en que la reducción de la actividad es casi invariable.

En nuestro trabajo el rebaje de la actividad no se asoció significativamente a la utilización pero una mayor proporción de niños con disminución de la actividad moderada o alta utilizan más tanto el centro de salud como las urgencias. Así un 3.5% de los niños sin rebaje de su actividad utilizan servicios profesionales, frente a un 38-60% de los que sí tuvieron disminución de su actividad.

Hay un mayor porcentaje de “disminución” moderada” de la actividad comparándola con la disminución “alta” en la utilización tanto en el centro de salud como en las urgencias, y ello puede estar debido a que la palabra moderada o alta va en función de la longitud de le episodio(número de días que reduce la actividad respecto a los días que dura el episodio) y no en función de que la disminución de la actividad del niño sea de poca o de gran cuantía ,de tal forma que reducción de actividades cualitativamente grandes como podría ser ,estar en cama , sí tengan paralelismo con la utilización , en comparación con otras de menor cuantía , pero el aspecto cualitativo no ha sido evaluado en este estudio.

9-Utilización de los profesionales y remedios caseros/medicamentos utilizados

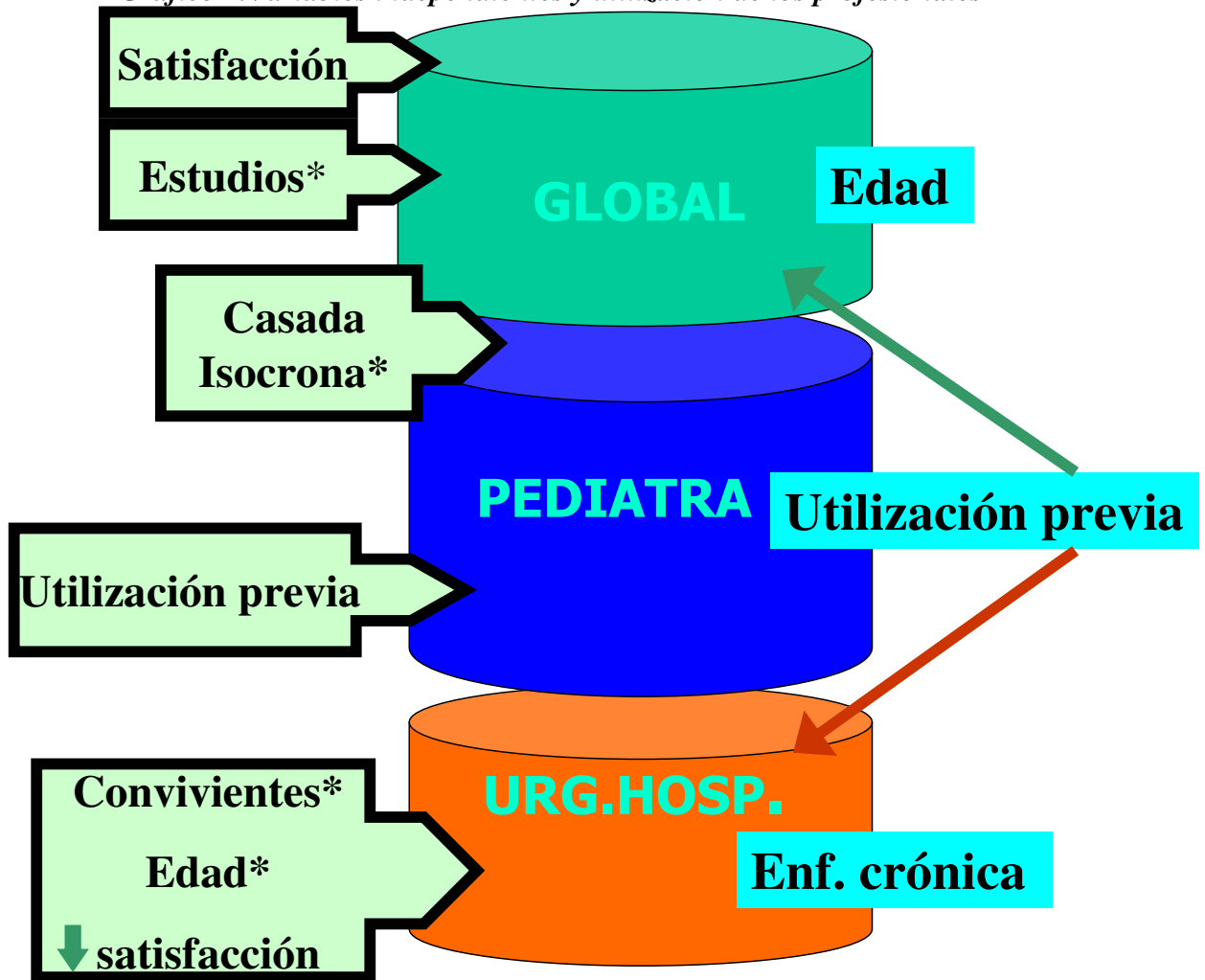
La utilización de remedios y medidas caseras en general se asocia a menor utilización aunque la asociación no es lineal. Se clasificó el empleo de medidas caseras como escasas moderadas o abundantes en función del índice acumulado por longitud del episodio. Los episodios (*Roghamann KJ, 1972*) en los que "no se hacía nada", son muy infrecuentes.

En la mayoría de los trabajos se ha estudiado la utilización de auto cuidados y remedios caseros (*Dean KJ, 1983;White KL, 1961;Stoller EP, 1993;Benzent N, 1989;Bush MR, 1998, 1976*) pero en muy pocos se ha relacionado la automedicación y los autotratamientos con la utilización del profesional así que se han analizado episodios en función de que tengan autocuidados, autocuidados y cuidados profesionales o cuidados profesionales sin autocuidados pero hay pocos datos que relacionen estas medidas con la utilización del profesional.

La función de supervivencia nos ponía de manifiesto como desde que se inicia el síntoma a la utilización de los autocuidados transcurren 24 horas ,éste es un dato que nos demuestra que los autocuidados son una de las primeras medidas que se toma ante la aparición de un episodio sintomático .Como hipótesis podríamos plantear que el actuar con algún remedio ante un síntoma, podría "actuar" retrasando o posponiendo otro tipo de decisión (como la de consultar al médico) y así si el síntoma no se percibe como grave y desaparece en poco tiempo (menor longitud del episodio) sería un episodio que no precisaría consulta profesional.

10-Utilización de los profesionales y las variables independientes madre e hijo

Gráfico 1. Variables independientes y utilización de los profesionales



*: variables predictoras (regresión múltiple)

-A la derecha del gráfico: variables significativas del Hijo

-A la izquierda del gráfico: variables significativas de la Madre

Como apunta Newacheck (*Newacheck PW, 1992*) en su análisis sobre la encuesta nacional de salud USA en la población pediátrica, la mayoría de los estudios clásicos sobre utilización sólo pueden explicar entre el 5 y el 25% de la variación sobre la utilización en la infancia, dato sin duda preocupante, y sugiere, que algunas variables importantes que explican el uso no han sido correctamente recogidas o analizadas. Además como se puede consultar en la introducción, para explicar la utilización, las variables sufren una ponderación distinta según los trabajos, así, hay muchas variables que en unos trabajos aparecen como asociadas claramente a la utilización y en otros desaparecen o se asocian negativamente.

En nuestro trabajo, con respecto a la **utilización general de los profesionales**, resultó significativa la menor edad del niño y la utilización previa del hijo, así como el menor nivel de estudios de la madre, también utilizaban más las madres casadas, con buen acceso al centro de salud, y con alta satisfacción con el pediatra (regresión múltiple), que tan importante es, por ejemplo en otros estudios (*Osman LM, 1995; Cunninngam S, 1987; Verbrugge LM, 1980; Hjortdahl P, 1992*). La utilización previa de la madre, tan destacada en los estudios de Newacheck (*Newacheck PW, 1986*) no pasó la barrera de la significación en el uso general, aunque sí en la utilización del pediatra del centro de salud. Es decir, una madre que utilice mucho la consulta de su médico de familia, tiene muchas probabilidades de que lleve a su hijo al pediatra con mucha frecuencia, y esto es independiente del resto de factores que influyen en la utilización pediátrica. Por tanto, se podría plantear la siguiente cuestión, si descendiera la utilización de la madre a su médico de familia, ¿también descendería la utilización pediátrica? Aunque previamente podríamos preguntarnos ¿por qué la madre acude tanto a su médico de familia?, ¿qué relación tiene esto con la utilización de su hijo al pediatra?

Otras variables que no alcanzaron el nivel de significación establecida fueron la enfermedad crónica del hijo, tan importante para Champion o Polo (*Champion PD, 1985; Polo P, 1998*), ni tampoco la utilización fuera del circuito de la seguridad social de la madre o del hijo. En el primer caso, quizá haya podido influir la forma de obtener el dato de enfermedad crónica, ya que se le preguntaba a la madre y no se obtuvo de la historia clínica.

La utilización del pediatra del centro de salud sí resultó ser significativo a diferencia del resto de los profesionales con la utilización materna (y también del hijo) de los servicios de salud estando este dato en consonancia con la literatura (*Janicke DM, 2001; Starfied B, 1979; Horwith SM, 1985*), así mismo el estar casada y el fácil acceso al centro de salud también fueron variables significativas.

En cuanto a la *utilización de diversos profesionales* y el resto de variables independientes cabe destacar que en la **utilización de los servicios de urgencia hospitalaria** la menor edad de la madre, la utilización previa del hijo en ese mismo sistema de urgencia hospitalaria y la presencia de enfermedad crónica en el hijo junto con la menor satisfacción con su pediatra del centro de salud se asociaron a la utilización mayor de la urgencia hospitalaria;

Podríamos pues, para mejorar las urgencias hospitalarias, centrar nuestros esfuerzos y trabajar sobre el conocimiento de las enfermedades crónicas, y disminuir las barreras de

acceso en los centros de salud sobre todo en madres jóvenes y en aquellas madres que ya han utilizado el servicio de urgencias hospitalarias en otras ocasiones.

Utilización de otros profesionales: El farmacéutico se asoció a la menor edad de la madre y a la utilización del médico privado. El médico privado se asoció a las clases sociales superiores, mayor prevalencia de enfermedad crónica y utilización del médico naturista por el hijo

A continuación comentamos algunas variables independientes importantes, asociadas a la utilización de servicios profesionales:

10.1-Utilización previa-

La utilización previa de los servicios sanitarios puede condicionar la utilización posterior. La explicación puede estar en el factor profesional. La visita inicial de un episodio estaría condicionada fundamentalmente por los factores del usuario y su familia; pero las visitas por el mismo episodio estaría también determinada por el profesional. Puede que el mismo profesional sea el que le diga a la madre “me trae al niño mañana para que le eche un vistazo”, independientemente de que sea adecuado hacerlo o no. También esto puede ocurrir en los servicios de urgencias hospitalarios. Sin embargo, en nuestro estudio no contemplamos los factores del profesional para predecir la utilización, centrándonos en los factores del hijo y la madre. Quizás estos factores del profesional sean más vulnerables para reducir la utilización, ¿cuál sería el volumen de visitas inapropiadas (que no produce más salud) que induciría el pediatra? ¿Sería más fácil educar al profesional para que induzca menos visitas de este tipo? Sin duda se trata de preguntas interesantes, que, de momento, no tienen respuesta en la literatura.

En nuestro estudio, la utilización previa de la madre y del hijo al pediatra, fueron factores determinantes (una vez ajustado por el resto de factores) para disminuir el tiempo que tarda en consultar al pediatra; y en el caso de la consulta a la urgencia del hospital, las visitas previas a urgencias. Luego el factor profesional no sólo influiría en las visitas por un mismo episodio, sino que también lo haría en la visita inicial del episodio. Es decir, puede que el pediatra más inseguro o menos tolerante a la incertidumbre, en la continuidad asistencial vaya inculcando estas características a sus pacientes y madres.

Janicke (*Janicke JM, 2001*) enfatiza que el mejor predictor de uso, es el uso materno retrospectivo junto con el uso pasado del propio hijo. Otros autores profundizan en la utilización pediátrica y el uso familiar, así ya Starfield (*Starfield B, 1985*) apuntó que las tres variables que más se asociaban el uso eran la enfermedad crónica recurrente del hijo, los problemas de salud mental y el patrón familiar de utilización. Otros muchos autores apoyan éste patrón familiar de uso: Soriano (*Soriano FJ 1999*) en un estudio en España muestra que la utilización materna influye independientemente en el uso. Otros autores (*Hakanson A, 1996; y Peterson C, 1996*) también relacionaron la utilización a hiperutilización de los padres, y Ward (*Ward A, 1996*): asociaba directamente la utilización del hijo al uso materno como asociación directa, también Riley (*Riley AW, 1993*): subrayó como determinante de la hiperutilización, la utilización materna.

En el trabajo de Osman (*Osman LM, 1995*) con diarios de salud, el haber tenido contacto previo con la enfermera o que el médico fuera previamente el médico de la madre, se relacionó con un aumento de los contactos en la consulta médica. Las visitas prenatales

(Hakanson A, 1996) también se relacionaron con un aumento de la utilización posterior del hijo. En concreto, algunos autores defienden que más que hablar de individuos HU habría que hacerlo de familias HU (De la Revilla L, 1987; Schor E, 1987). Estas afirmaciones se basan en que uno de los mejores predictores de la utilización individual es la utilización familiar previa (Newacheck PW, 1986; De la Revilla L, 1987; Knishokowy B, 1991) y que esto último es aún más cierto cuanto más HU es la familia (Schor E, 1987)

10.2-Edad del hijo

La edad del hijo, en la regresión múltiple sólo se mantuvo con la utilización de las urgencias del centro de salud, y en el bivariante, se asoció significativamente con la utilización global de los profesionales. La menor edad de la madre se relacionó con la mayor utilización de las urgencias hospitalarias en el modelo bivariante.

En las edades pediátricas, se puede observar un pico en la utilización que va descendiendo con la edad (Wolfe BL, 1980; Bruusgaard D, 1993); en algunos trabajos, cuando se controlan los factores de necesidad, facilitadores y predisponentes, la edad no es una variable significativamente asociada a la hiperutilización (Wolfe BL, 1980; Sanchez FJ, 1992). Si bien Roghmann (Roghmann KJ, 1979) encuentra la edad como el mayor predictor de las tasas de utilización, posteriormente otros autores enfatizan en la importancia de esta variable como factor predisponente (Soriano FJ, 1999; Arias MA, 2004; Bruusgaard D, 1993; Nevacheck P, 1992).

Así que, a menor edad hay más probabilidad de utilización de cuidados, pero esto no implica que haya más número de hiperutilizadores (estratificación por edades) (Sánchez FJ, 1992).

10.3-Nivel de estudios

Tanto en el análisis bivariante como en la regresión se asocia a la utilización de los profesionales (de forma global) y a las urgencias del centro de salud. En el estudio de Bellón (Bellón JA, 1999) con población de la zona básica del Zaidín en adultos, se puede afirmar que a mayor nivel cultural, menor probabilidad de asociarse a la utilización.. En las comparaciones por parejas, todas las categorías por encima de "sin estudios" mostraron una menor probabilidad de asociarse a la hiperutilización. En otros estudios pediátricos no se pudo establecer la relación con los HU (Soriano FJ, 1997). En la Encuesta Nacional de Salud Española se observó un gradiente entre la utilización y el nivel de estudios: a menor nivel educativo mayor utilización, para todos los estratos de edad y sexo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989). En el estudio realizado en el Centro de Salud de Cartuja (De la Revilla L, 1987) y en el 'Norway National Household Survey' (Grimsmo A, 1984) se encontraron resultados parecidos.

10.4- Numero de convivientes-Número de hijos-

El número de convivientes fue una de los factores predisponentes en el estudio de regresión que mantuvo la asociación con la utilización de las urgencias de hospital (inversamente con el uso de las urgencias del centro de salud), por lo que hacemos un breve comentario.

En cuanto a la variable, número de hijos y puesto que ocupa el hijo dentro de la familia (primogénito, hijo único) por error en la recogida del dato, no se pudo analizar dicha

variable; pero podemos decir que para algunos autores es una variable claramente asociada a la utilización (*Campion PD, 1985; Horwitz SM, 1985*) y en otros trabajos con diarios de salud (*Osman LM, 1995 o Bruijnzeels MA, 1998*) no se pudo demostrar su relación con la utilización. Tampoco en el estudio de (*Sánchez FJ, 1993*) en esta misma población de la zona básica del Zaidín se encontró asociación entre la utilización y la posición del hijo en la familia.

El tamaño familiar parece mostrar una relación inversa frente a la utilización (*Schor E, 1987; Bellón JA, 1990; Wolfe BL, 1980*) y directa con la función familiar (*Reeb KG, 1986*), mientras que no habría diferencias entre el uso de las familias nucleares y extensas (*Newacheck PW, 1986*). En un estudio se encontró que las familias con un único padre-madre realizaron un mayor número de visitas a las consultas, de llamadas telefónicas y de consultas "fuera de hora" con respecto a aquéllas en que convivían padre y madre (*Moreno C, 1989*). La mayoría de las variables relacionadas con la estructura familiar pierden su capacidad predictiva sobre la utilización cuando se controlan el resto de factores. A pesar de todo, en el presente estudio, al igual que en otras investigaciones, (*Horwitz SM, 1985; Andersen AS, 1987; Bowling A, 1991*) el número de convivientes se mantuvo en la ecuación de regresión como variable significativamente asociada sólo a la utilización de las urgencias hospitalarias e inversamente en las urgencias del centro de salud sin que tengamos explicación en base a investigaciones previas.

10.5-Accesibilidad física

Tanto en el modelo bivariante como en la regresión múltiple se asocia a la consulta del pediatra del centro de salud.

En términos generales existe una relación entre proximidad al centro proveedor de servicios de salud y utilización, hecho que se ha comprobado respecto de la atención primaria, el dentista y los hospitales (*Bashshur RL, 1981*). Esta relación entre distancias y utilización se ha confirmado en zonas metropolitanas (*Bailey W, 1990*) y en rurales (*Annis, 1981*); sin embargo, en otros estudios esta relación no ha sido demostrada (*Weiss JE, 1970; Aday LA, 1975; Berkanovic E, 1981, 1982*) *E, 1981; Tomas JW, 1984*). En otros servicios como los cuidados domiciliarios (en USA), parece ser que la distribución espacial del uso está más en relación con factores ligados a la accesibilidad económica, de cobertura por seguros médicos, y de la precocidad en las altas hospitalarias (*Kenney GM, 1992*). En población Española, la mayor distancia al Centro de Salud sería un factor decisivo a la hora de incrementar la utilización domiciliar urgente (*Bellón JA, 1994-b*).

Sobre población escandinava, las distancias a los centros de salud (mayor o menor de 30 minutos) fueron concluyentes en los pacientes sin patología crónica, pero no lo fueron en los que si las tenían (*Grimsmo A, 1984*). Esto quiere decir que la proximidad al servicio de salud es un factor que hay que tener en cuenta para explicar la utilización, pero el factor necesidad, en este caso la morbilidad crónica, es un factor mucho más trascendente; por lo cual, desde el punto de vista práctico, cuando se quieran conclusiones sobre la accesibilidad física, es imprescindible controlar por la morbilidad.

En el Centro de Salud de Cartuja (Granada) (*De la Revilla L, 1987*) la distancia al centro de salud (mayor o menor de 5 minutos) no estuvo significativamente asociada a la utilización. En la población del Centro de Salud Zaidín-Sur (Granada) fue una de las variables determinantes (distancia al Centro de Salud mayor o menor de 10 minutos) en la hiperutilización pediátrica (*Sánchez FJ, 1992*), y ahora se vuelve a confirmar su

importancia.

10.6-Enfermedad crónica del hijo

También merece un comentario el hecho de que no haya significación entre la enfermedad crónica del hijo y la utilización de los profesionales, salvo en las urgencias; en la regresión múltiple aparece asociada como variable predictora en el uso de las urgencias del centro de salud y en el análisis bivariante se asoció a las urgencias hospitalarias y a la utilización del médico privado.

La enfermedad crónica parece importante en otros muchos trabajos de utilización (*Newacheck, PW 1992, Starfield B, 1985, Johnsen N, 1998, Polo P, 1998*) donde la enfermedad crónica se muestra como principal predictor de uso de servicios.

Los dos trabajos más importantes en los que se refiere la enfermedad crónica como determinante del uso de las consultas (*Newacheck, PW 1992; Starfield B, 1985*), son trabajos de una gran muestra y sobre un tiempo prolongado, : de 1 año en la encuesta sobre población USA de Newacheck a seis años en el trabajo de Starfield y es aquí donde la enfermedad crónica se debe estudiar ya que estudios con diarios de salud (como se analizó en la introducción) la recogida de datos sobre procesos crónicos es mucho más limitado y además en diarios de salud en periodos como el nuestro, de un mes están pensados y dirigidos sobre todo a procesos agudos, así que podríamos pensar que un niño con una enfermedad crónica, por ejemplo, con una cardiopatía congénita puede que en un mes los episodios ocasionados por su enfermedad crónica sean escasos en comparación con episodios de morbilidad aguda y episodios de escasa importancia que se presenten en un mes, y sin embargo la cardiopatía congénita sí sea importante en los episodios de consulta que se puedan generar a lo largo de un año de recogida de datos de utilización; otra hipotética explicación de la no asociación de la enfermedad crónica y la utilización del pediatra sería la recogida insuficiente de la variable “enfermedad crónica” ya que la pregunta directa sobre si padece su hijo una enfermedad crónica, podría no incluir para la mayoría de las madres enfermedades crónico-recurrentes (patología ORL recidivante, hiperreactividad bronquial, problemas alérgicos ,etc.) que son las que verdaderamente habría que considerar para el estudio de esta variable.

Sin embargo la relación de la enfermedad crónica con el uso de las urgencias o del médico privado, se podría explicar a través de la influencia en otras variables, como la percepción de susceptibilidad, que como veremos sí se relacionó con la utilización de urgencias y con el médico privado.

10.7-Satisfacción con el pediatra

En nuestro estudio la satisfacción con el pediatra se asoció, en el modelo bivariante con el menor uso de las urgencias hospitalarias, y en la regresión múltiple al uso global de los profesionales.

Roghamann (*Roghamann KJ, 1979*) concluyó que la satisfacción del usuario explicó una variabilidad notable cuando se empleó la utilización como variable dependiente en la regresión múltiple, mientras que la utilización explicó poco la satisfacción. Esta última afirmación se comprobó recientemente, de tal forma que la continuidad del cuidador sí determinó el aumento de la satisfacción pero la intensidad de la utilización no influyó sobre la satisfacción (*Hjortdahl P, 1992*). .

En un estudio realizado sobre una amplia base muestral de usuarios de la atención primaria en Andalucía (*Delgado A, 1990*), la correlación positiva entre satisfacción global y utilización fue débil aunque significativa (0.13 en ambulatorios y 0.17 en Centros de Salud), las dimensiones de la satisfacción "cualidades personales y competencia profesional" también alcanzaron la significación, pero no lo hizo la dimensión "accesibilidad". En este mismo estudio, cuando se empleó la satisfacción como variable dependiente de la regresión múltiple, la utilización no fue una variable predictiva.

Ya, *Campion (Campion PD, 1985)* ponía de manifiesto como el considerar al pediatra como "serio" ante los problemas de salud de su hijo, era la variable predictiva más importante en la utilización, y en el estudio de *Osman (Osman LM, 1995)* se pone de manifiesto de como "si el médico era recomendado", fue la variable predictiva más importante en la utilización.

11-Utilización de los profesionales y las variables psicosociales de la madre

A continuación comentamos algunas de las variables más importantes:

11.1-Función familiar

El estar casada y las mejores relaciones familiares estuvieron asociadas significativamente en general con la utilización global y del pediatra del centro de salud pero estas variables se pierden en la regresión múltiple. La estructura familiar y la utilización, también tienen diversidad de valoración en la bibliografía, mientras que en muchos estudios no se puede establecer relación; *Jonhsen (Jonhsen N, 1988)* señaló como uno de los predictores de uso, la estabilidad psicosocial de los padres y los cambios en la composición familiar, y en el estudio de *Heck (Heck KE, 2002)* con nivel de educación apropiado, la estructura familiar no influía en la utilización, pero el menor nivel de educación y ser madres solteras se asociaba a la utilización. En España, (*Soriano FJ, 1999*) no pudo demostrar asociación entre disfunción familiar y utilización pediátrica.

La prevalencia de disfunción familiar sobre población consultante puede variar entre el 14% de una zona rural de Gran Canaria al 29% en un barrio periférico de Granada capital (*De la Revilla L, 1990*). En USA, también con diferentes perfiles en las poblaciones de estudio, las cifras rondaron entre el 15% (*Smilkstein G, Revilla L, 1994*) se señaló que la prevalencia de disfunción familiar en los HU fue del 77%, mientras que en los NU alcanzó un 23%. En algunos trabajos se ha demostrado la correlación entre la utilización de los distintos miembros familiares, que incluso es mayor en aquellas familias que son HU (*Schor E, 1987*). Cuando un paciente sea considerado HU, su familia también lo será en el 70% de los casos (*Orueta R, 1993*). La utilización familiar se encuentra particularmente relacionada entre madre e hijos, y uno de los mejores predictores de la utilización pediátrica es la utilización de la madre (*Newacheck PW, 1986*). 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 de las estrategias para resolver los episodios sintomáticos (incluyendo los patrones de utilización) (*Mechanic D, 1986; Huygen FJA, 1988*).

(Tcheng-Laroche F, 1983 y Berk (Berk ML, 1984), sobre datos del 'National Medical Care and Expenditure Survey' americano, encontraron mayores tasas de utilización en divorciadas. En nuestro trabajo, la utilización fue al contrario, más frecuente en mujeres casadas y con buenas relaciones familiares.

En cualquier caso, las relaciones función familiar-salud mental-apoyo social poseen aspectos que todavía no han sido totalmente aclarados; sobre todo, en lo que se refiere a las formas de influir sobre la utilización (Bellón JA, 1999).

11.2-Ansiedad y depresión

En nuestro trabajo las puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad de estado fueron en la regresión múltiple una de las variables predictoras de la utilización del pediatra, y la ansiedad de rasgo lo fue también en la utilización global. El nivel de hipocondría no apareció ni en el estudio bivalente ni en la regresión asociado al uso de los profesionales.

Aunque ocurre en la mayoría de los trabajos de utilización, en los estudios pediátricos tampoco hay uniformidad de conclusiones en la relación de los factores psicosociales, la enfermedad mental o el nivel de salud mental de la madre o del hijo con el uso pediátrico.

Así por ejemplo Horwith (Horwith SM, 1985; Watson JM, 1995) no pudieron demostrar en sus trabajos los efectos de los factores psicosociales en el uso y Dadds (Dadds MR, 1995) tampoco pudo establecer influencia entre el ajuste psicológico de la madre y el estado de salud del niño.

Sin embargo en otros estudios sí se demuestra una asociación entre actitudes maternas, estrés materno, estrés psicológico de la madre y utilización(Ward A, 1996; Tesder, R., & Mechanic, D., 1978; Woodward, CA, 1988; Garralda, 1982 M. E., & Bailey, D., 1989; Riley AW, 1993; Janicke DM 2003 -2001) .De forma similar otros autores (Starfield B, 1985) y (Campion PD, 1985) también encuentran relaciones de la utilización con los problemas de salud mental o ansiedad materna.

En nuestro país, algunos trabajos(Igual R, 2003; y Sánchez FJ, 1992) relacionan niveles elevados de ansiedad materna e hiperutilización y Soriano (Soriano FJ, 1999) no pudo establecer esta relación.

En el trabajo de Tomb(Tomb DC 1999) se muestra como si bien la salud mental de la madre influye claramente sobre la utilización, la influencia se modifica por la edad del hijo y la pobreza, sobre todo cuando la utilización es grande, también los síntomas depresivos en este trabajo mostraron asociación con los hiperutilizadores, sin embargo la salud mental del hijo no influía en el uso pero en otros muchos trabajos de la bibliografía sí influye (Starfield B, 1984; Riley AW 1993; Woodward, CA, 1988; Ward A, 1996; Ange RJ, 1996; Hankin, J. R, 1984).

Recientemente Minkovitz (Minkovitz CS, 2005) encuentra una clara relación entre depresión materna y un patrón desfavorable en la búsqueda de cuidados para el hijo incluyendo aumento de utilización por enfermedad aguda y disminución de cuidados preventivos y vacunas.

En general como demuestran la mayoría de los trabajos (*Horwitz SM, 1985;*, *Riley AW 1993;* *Ward A, 1996;*; *Woodward, CA, 1988*); quedan hipótesis inconclusas sobre la influencia de la enfermedad mental materna, así como los problemas emocionales o de conducta del niño.

Intentando aunar los factores psicosociales de la madre podemos plantear la hipótesis de que cuando ocurre un episodio sintomático en un niño que vive en una familia con buena función familiar y bajos niveles de ansiedad de estado de la madre, el hecho de consultar con el marido predispondría a corroborar o aumentar la percepción de gravedad de la madre y como consecuencia de todo ello, aumentaría la utilización pediátrica. Si la madre tuviera niveles elevados de ansiedad, tendría mayores consecuencias sobre la utilización de urgencias hospitalarias, probablemente también a través del aumento de la percepción de gravedad del episodio por parte de la madre y referendando o aumentado por la consulta a su red social. Otra cuestión aparte, sería el que predominase en la madre los síntomas depresivos, que por si mismo, o con apoyo del padre, predispondría a la valoración negativa de la gravedad del episodio del hijo y, de esta forma, también aumentaría la utilización pediátrica

12- Utilización de los profesionales y creencias de la madre

El estudio de las variables de *creencias de la madre*, en el modelo bivariante sólo la percepción de susceptibilidad del hijo tuvo relación significativa con la utilización global y con el pediatra del centro de salud., La percepción de gravedad, y barreras a la asistencia, se asociaron al uso de las urgencias hospitalarias y al pediatra del centro de salud(sólo la percepción de barreras).La peor percepción de la salud del hijo y la mayor percepción de la eficacia médica se asociaron a la utilización del farmacéutico.El locus de control no tuvo relación significativa ,en general, aunque el locus profesional en el modelo bivariante se asoció a la utilización del farmacéutico y el locus basado en el azar y en Dios se asoció a la no utilización del médico privado.

En la regresión múltiple fueron importantes en la utilización de las urgencias hospitalarias el locus de control por Dios y poco por el azar, así como la percepción de gravedad y existencia de barreras al centro de salud. Para el pediatra del centro de salud fue importante la percepción de susceptibilidad.

A continuación comentamos algunas variables importantes:

12.1-Percepción de Susceptibilidad y de gravedad

La percepción de susceptibilidad se asoció en el bivariante a la utilización global de los profesionales y a la del pediatra del centro de salud y en la regresión fue una variable que predijo la utilización del pediatra del centro de salud. La escala de percepción de gravedad se asoció a la utilización de las urgencias hospitalarias (bivariante y regresión) y del medico privado .La percepción de susceptibilidad 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. Ya hemos comentado antes la importancia de éste concepto en la utilización pediátrica, así Janicke (*Janicke DM, 2001*) nos habla de cómo la percepción materna de la salud del hijo influye en el proceso de decisión y búsqueda de cuidados médicos y Bjarne (*Bjarne WL, 1994*) nos muestra como la otalgia, problemas

respiratorios y accidentes eran los que más consultaban en base a una percepción aumentada como amenaza para la salud.

El “niño vulnerable” ocasiona más número de visitas (40% sin justificación médica, por miedo a la repetición de problemas resueltos) tanto en atención primaria como en urgencias (*Levy JC, 1980*); también la alta percepción de vulnerabilidad de las madres con hijos prematuros se asoció a cuidados adicionales y especiales de la salud de estos prematuros (*Allen EC, 2004*).

Esto no es una sorpresa, ya que en la mayoría de los estudios donde se han medido estas dimensiones, se ha relacionado de una forma muy directa y preponderante con la utilización (*Berkanovic E, 1982; Rosner TT, 1988; Antonovsky H, 1989; Bush MR, 1998 PJ, 1990; Hurwicz ML, 1991*). La percepción de susceptibilidad y gravedad, dentro del modelo de creencias de salud y en propias palabras de los autores, suponen la "fuerza" para actuar (*Rosenstock IM, 1974*).

Las creencias de la madre del modelo de Becker que hemos medido a través de los cuestionarios son creencias “generales”, no referidas a ningún episodio en particular; mientras que cuando hemos medido diariamente las creencias de gravedad de cada episodio sintomático del hijo, son totalmente específicas. Según nuestros resultados, las creencias de gravedad específicas del episodio son mucho más predictivas de la utilización pediátrica que las creencias de gravedad-susceptibilidad generales. Quedaría por explicar cuáles son las relaciones entre las creencias generales de la madre y las de un episodio concreto; dicho de otro modo, ¿hasta que punto una puntuación alta de percepción de gravedad-susceptibilidad general, condiciona puntuaciones altas de gravedad-susceptibilidad en un episodio concreto? La respuesta a esta pregunta puede ser clave para plantearse un proceso educativo de cambio en la percepción de creencias de las madres.

Así que una buena intervención para mejorar las utilidades de los servicios de Pediatría de atención primaria y las urgencias, pudiera ir en la dirección de mejorar la percepción de su susceptibilidad a enfermar y de gravedad (ya ha sido comentados estos aspectos en la discusión del índice de gravedad del síntoma) quizás basándonos en la educación sanitaria como ha sido apuntada en otros trabajos como el de (*Sánchez FJ, 1992*) realizado en el centro de salud del Zaidín y que ponía énfasis en que la mejora de la cultura sanitaria podrían mejorar la utilización de servicios.

12.2- Locus de control de la salud

En el modelo bivalente, sólo se asoció a la utilización del médico privado la menor puntuación del locus en Dios o el azar, lo contrario que para el uso del enfermero; La utilización del farmacéutico se asoció al locus basado en el profesional.

En el análisis de regresión, el locus basado en Dios y en el azar se comportó como una variable predictora del uso de las urgencias hospitalarias. Algunos autores (*Horwitz SM, 1985*) en el análisis univariante han encontrado una mayor utilización en los pacientes que poseían un mayor control interno, pero en la regresión múltiple este resultado fue no significativo. Otros investigadores (*Tessler R, 1976*) también han hallado relación entre el control interno y la mayor utilización pero sólo en la utilización global, ya que en la utilización inicial (utilización clínica aguda) esta relación no fue significativa. Bush (*Bush*

MR, 1998) mediante el "path analysis" ha demostrado que el control interno se asocia con una menor utilización, pero esta influencia se realizó indirectamente, por medio de la modulación de las variables de lectura (percepción de la susceptibilidad-gravedad y del beneficio médico). Otros autores (Browne GB, 1982) han relacionado el control externo con la mayor utilización. El grupo de Pope (Hibbard J, 1985) ha confeccionado una escala de orientaciones religiosas de la salud, ésta trata de la determinación de la salud-enfermedad por los poderes divinos, pero esta dimensión no se pudo relacionar con la utilización.

El control interno de la salud, estaría conectado con estrategias más activas hacia la salud-enfermedad, y se relacionaría con una mayor satisfacción con la vida; mientras que la externalización de las responsabilidades (hacia el azar, los profesionales de la salud u otros poderes superiores) se inclinaría hacia efectos más desfavorables (Shiessler G, 1992). Así por ejemplo, el lugar de control de la salud, junto con el concepto de enfermedad (conceptos de enfermedad de Pilowsky) fueron capaces de predecir la evolución de la enfermedad crónica con un $R^2=0.49$ (Shiessler G, 1992). Parece más coherente el pensar que las personas que tengan un mayor control interno tendrían una menor utilización; sin embargo, como hemos podido comprobar, tanto en la revisión de la literatura como en el presente estudio, no se encontró una relación clara en ninguna de las direcciones.

12.3-Percepción de barreras a la asistencia

En el estudio bivariante la percepción aumentada de barreras en el centro de salud se asocia significativamente con la utilización de las urgencias hospitalarias y del médico privado y con un menor uso del pediatra del centro de salud.

En nuestro estudio multivariante, la percepción de barreras aumentada para el centro de salud favoreció, la utilización de las urgencias hospitalarias.

La percepción de barreras, la cuarta dimensión del modelo de Becker, es la que menos veces se ha estudiado por los investigadores. En la revisión que los propios autores realizaron sobre su modelo de creencias (Janz NK, 1984), citaron tres trabajos que relacionaran la utilización global con el modelo de Becker; de estos tres, solo en uno de ellos se midió la dimensión barreras. En general, en los estudios de utilización, las barreras se han medido desde el punto de vista objetivo (costes económicos, isocronas, etc.), mientras que la vertiente subjetiva o de creencias, no ha sido considerada (Melnyk KAM, 1988). En uno de los últimos trabajos que aplicaron el modelo de Becker para explicar la utilización, las barreras tampoco fueron evaluadas (Bush MR, 1998).

13-Análisis del tiempo en consultar

El estudio da una nueva dimensión y una visión distinta de las variables, podemos conocer la probabilidad de consultar en el "tiempo "siguiente a la presencia de una variable.

Al interpretar los datos vemos como la fiebre es el síntoma más relacionado con la posibilidad de consulta inmediatamente posterior a su presencia, y además, se repite su significación tanto en el modelo univariante como en el multivariante y tanto para las

consultas al global de los profesionales, al pediatra del centro de salud o a las urgencias hospitalarias. Podemos apreciar por ejemplo como la presencia de fiebre (no termometrada) haría que la probabilidad de consultar fuese 2 veces mayor que si la madre no hubiese notado fiebre. También existe una asociación lineal entre el nivel de la fiebre y las odds ratio respecto a la utilización, lo cual demuestra la presencia de dosis-respuesta en este síntoma tan trascendente en la utilización pediátrica.

El catarro junto con la fiebre, son los síntomas asociados significativamente en el análisis multivariante a la consulta posterior con el pediatra. Sin embargo hay síntomas, (llanto y los golpes) que se asocian sólo a la probabilidad de consulta para las urgencias hospitalarias. Es decir parece que los síntomas que harían de detonantes para acudir a urgencias son los síntomas más llamativos o de consulta inmediata tras su presentación y sin embargo los síntomas más comunes son los que se asocian para consultar al centro de salud.

En el análisis de las variables en función del tiempo también fueron importantes para, la utilización global y del pediatra del centro de salud, la utilización previa de los servicios de salud tanto de la madre como del hijo y para la utilización de las urgencias del hospital lo fue la utilización previa de la misma urgencia hospitalaria por el hijo. Como ya hemos comentado, es posible que estas variables recojan parte de la influencia del factor profesional en la utilización.

La menor distancia al centro de salud y la edad del hijo (menor) volvieron a mostrar su influencia en la utilización global de los profesionales y del pediatra del centro de salud.

La consulta con la red social aporta datos que creemos interesantes, puesto que la consulta con el marido (uni y bivariante), con la abuela (univariante) y en general con la red social (univariante) son seguidas de una alta probabilidad de consulta posterior con el pediatra y en general con todos los profesionales incluidas las urgencias hospitalarias; con lo que se enfatiza el papel de la red social como predisponente de la consulta, en base al consejo dirigido a tal efecto, que ya hemos comentado anteriormente (se explicaba en base que los componentes de la red social eran personas con creencias de salud "pro-cuidados médicos") (Horwitz NA, 1985; Wan TTH, 1987)

La puntuación alta en la escala de depresión en la utilización del pediatra del centro de salud debe subrayarse, ya que por cada punto que se sube en la escala la probabilidad de utilizar aumenta un 35%. Así el riesgo de utilizar de un hijo cuya madre tiene 39 puntos en la escala de depresión (el máximo) respecto de la que tiene cero puntos es un 1364 % (se multiplica por 13) superior. En este sentido, si parecería oportuno que diagnosticar y tratar la depresión de las madres con la esperanza de que, además de curar la depresión, se produzca un descenso de la utilización pediátrica. No obstante, son necesarios estudios de intervención que lo demuestren.

Pero sin duda la percepción de gravedad del episodio sintomático es la variable que más se asocia a la consulta en el tiempo (odds ratio mayores); podemos comprobar como el considerar un episodio como grave, puede aumentar la probabilidad de consulta 4 veces para el pediatra y 5 veces para la consulta en urgencias hospitalarias (análisis bivariante para el tiempo: Tablas 27, 28, 29); con estos datos, podemos hacernos una idea de cómo se podría adecuar la demanda modificando la percepción de gravedad en algunas situaciones, de hecho todos los pediatras clínicos oímos a diario "lo traje a la consulta o lo llevé a urgencias, porque creía que el catarro le había bajado al pecho", frase muy común, que ilustra la posibilidad de que una adecuada educación sanitaria dirigida a mejorar la percepción de gravedad en los síntomas más comunes, puede influir en la adecuación de la demanda.

14-Utilización de los profesionales y variables predictoras .Regresión múltiple

La mayoría de las variables ya han sido comentadas en esta discusión y por lo tanto sólo vamos a insistir en la globalidad del resultado sin atender los comentarios a la luz de la bibliografía que hemos ido analizando al exponer cada una de las variables.

El estudio de regresión revela entre las variables predictoras en la utilización global de profesionales de como un *episodio febril que se prolonga varios días, que la madre (hiperutilizadora, con un fondo depresivo y ansioso) con poco nivel educativo interpreta como grave, y tras consultar a su marido lo lleva al médico, además teniendo en cuenta que está satisfecha con su pediatra y que el acceso físico al centro de salud es fácil.*

En cuanto a utilización del pediatra del centro de salud la situación es muy parecida a la utilización global de los profesionales por lo que cuadro que podríamos describir es prácticamente igual al descrito para la utilización global de los profesionales aunque se añade la percepción de susceptibilidad.

En cuanto a la utilización de las urgencias hospitalarias, su mayor utilización se pudo predecir *en madres con muchos convivientes en su hogar, en las que se perciben bastantes barreras de acceso al centro de salud, que creen más en el locus de control de la salud por Dios y que al final consultan ante un síntoma que creen grave de fiebre o ahogo.*

Así la urgencia hospitalaria se podría beneficiar mejorando las barreras de acceso en los centros de salud y abordando con la cultura sanitaria en aspectos como la gravedad de los síntomas que correspondiera más a la realidad así como el manejo de síntomas como la fiebre o el ahogo. Aunque el planteamiento puede parecer sencillo, probablemente en la práctica no lo sería tanto. Harían falta en primer lugar estudios que identificaran los factores asociados a la percepción de gravedad. A partir de esta información, se podrían diseñar estudios de intervención que demostraran que se puede conseguir tal objetivo.

Para terminar queremos comentar algunos aspectos de forma práctica a la vez que imaginamos un epílogo integrador con los factores más importantes asociados a la utilización que se ha expuesto en esta tesis.

En primer lugar ¿Cuántos problemas y qué problemas tiene la población pediátrica?: el 92% de todos los niños tienen algún síntoma en un mes de seguimiento y un tercio de todos los días de un niño son días sintomáticos, en esos días el niño suele presentar episodios catarrales a veces con fiebre ,inmediatamente, la madre con estudios incompletos y con un fondo depresivo -ansioso se hace cargo del problema y en la mayoría de las ocasiones tomará una decisión, la primera, en menos de 24 horas, suele aplicar algún remedio casero (suero fisiológico nasal) y un antitérmico si tiene fiebre y consulta con su marido, en los días siguientes va a decidir si consulta con algún profesional del centro de salud o de urgencia y ello va a depender fundamentalmente de que el episodio dure mucho tiempo, de que crea que el episodio es grave para su hijo o que sea un episodio febril en un niño que cree susceptible de enfermar.

Imaginamos ahora como modificando algunos factores, podríamos hacer que este niño pueda resolver su problema sin tener que consultar al profesional.

Tendríamos una madre sin fondo ansioso-depresivo, sin la creencia de que su hijo enferma con facilidad, a la que en charlas o por otros medios se le ha instruido sobre el control del síndrome febril, la interpretación correcta de la gravedad de los cuadros catarrales y febriles en pediatría y también la duración de los procesos pediátricos normales. Por su parte, el marido ha intervenido también en esa educación sanitaria y por tanto los detonantes que antes había para la consulta al pediatra, podrían haber desaparecido en parte.

Nos podríamos atrever a decir que las intervenciones en las que hay que centrarse para mejorar la utilización de servicios en atención primaria, en base a los datos de ésta tesis (a falta de estudios experimentales para demostrarlo), son la educación sanitaria correcta en la que intervenga el marido y que ésta educación incida en mejorar la percepción de gravedad, el manejo de la fiebre en el niño y la duración de los procesos pediátricos.

Los pediatras deberíamos estar sensibilizados para el diagnóstico y tratamiento de los síntomas ansioso-depresivos de las madres así como de mejorar la percepción de susceptibilidad de sus hijos.

CAPITULO 6. CONCLUSIONES

1. Los diarios de salud constituyen un instrumento de gran utilidad para el pediatra por la información que proporcionan y por las posibles modificaciones que pueden inducir en las estrategias sanitarias.
2. Los diarios de salud permiten explorar variables (desde el inicio del síntoma) sociales y de conducta que influyen en la utilización de recursos, que de otra forma permanecerían ocultas.
3. Tras la revisión de la literatura, llama la atención que los estudios con diarios de salud en el ámbito sanitario y más aún en pediatría, son poco utilizados, idea que es más relevante cuando se analiza su empleo en otras áreas de conocimiento.
4. A la luz de los resultados obtenidos, los episodios sintomáticos son de extraordinaria frecuencia y por razones muy diversas no requieren consultar a los profesionales, aspecto del que se derivan 2 consideraciones importantes:
 - a) En general las madres emplean sus conocimientos y aptitudes para el manejo de la mayoría de los síntomas de sus hijos sin precisar la consulta con profesionales.
 - b) Afortunadamente esa capacidad de las madres evita lo que sería una hiperdemanda que dificultaría en gran medida la organización sanitaria.
5. La consulta a la red social es muy frecuente y los elementos que finalmente determinan la consulta sanitaria está focalizada en gran medida por la consulta previa al marido, lo que nos induce a aconsejar que para planificar cualquier estrategia de adecuación y planificación de la demanda, se ha de incluir al marido.
6. Como se ha descrito en los últimos años, junto al desarrollo clínico de la Pediatría, se ha podido comprobar el excelente nivel de educación sanitaria alcanzado por las madres, afirmación que se basa en la experiencia clínica y en los datos del presente proyecto, en el que destacamos como en la mayoría de los síntomas se utilizan remedios caseros y que éstos influyen significativamente en una menor utilización de las consultas médicas.
7. Durante el mes de seguimiento, sólo en el 30 % de los episodios se visita al pediatra del centro de salud; de estos, en el 74 % se hizo en una ocasión y el 26 % más de una vez. Al farmacéutico fueron el 3.4 %, a la enfermera el 1 %, al privado el 2 %, a urgencias del centro de salud el 6 % y a urgencias del hospital el 4 %.
8. La utilización de los profesionales se efectúa en una escasa proporción de los episodios sintomáticos, siendo el pediatra del centro de salud y los servicios de urgencias los principales receptores: durante el mes de seguimiento, sólo en el 30 % de los episodios se visita al pediatra del centro de salud; de estos, en el 74 % se hizo en una ocasión y el 26 % más de una vez. Al farmacéutico fueron el 3.4 %, a la enfermera el 1 %, al privado el 2 %, a urgencias del centro de salud el 6 % y a urgencias del hospital el 4 %.
9. La utilización de los servicios sanitarios es un recurso posterior “en el tiempo” tanto a la consulta a la red social como para la utilización de los remedios caseros: la mediana de tiempo para consultar con la red y tomar medicinas (automedicación) es de 1 día (el mismo día de inicio del episodio). Para ir al pediatra del centro de salud es de 5 días.

10. La utilización de las urgencias del centro de salud no viene determinada por variables que justifiquen su uso (percepción de gravedad, mayor longitud del episodio), mientras que puede predecirse por variables de la mala relación pediatra-paciente (peor percepción de eficacia médica) y por factores predisponentes de la madre (menor nivel cultural, menor edad, primer hijo y de menor edad). Todo esto sugiere que este tipo de utilización no es adecuada.

11. En la utilización de las urgencias del hospital parece jugar un papel más importante la percepción de gravedad no sólo del síntoma sino de la gravedad en general, así como de síntomas a priori más preocupantes como el ahogo, los traumatismos o el llanto; esto puede indicar una utilización coherente. Sin embargo, la menor accesibilidad a la atención primaria es también un factor determinante.

12. En función de los resultados y para mejorar la utilización de las consultas de pediatría del centro de salud se podría incidir a través de una educación sanitaria sobre las creencias de las madres en cuanto a la percepción de gravedad de los síntomas. No obstante, aquella debería implicar al marido, tener en cuenta el manejo de la fiebre y los síntomas en función del tiempo de duración. Por último, la intervención debería incluir el diagnóstico y tratamiento de los síntomas depresivos de las madres y sus creencias en cuanto a la mayor susceptibilidad de sus hijos.

CAPITULO 7

BIBLIOGRAFIA

ADAY LA. Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services. *Med Care* 1975; 13:447-56.

ADAY LA, LEE ES, SPEARS B, CHUNG CW, YOUSSEF A, BLOOM B. Health insurance and utilization of medical care for children with special health care needs. *Med Care* 1993;31(11):1013-26.

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.

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.

ALLEN EC, MANUEL JC, LEGAULT C, NAUGHTON MJ, PIVOR C, O'SHEA TM. Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics* 2004; 113(2):267-73.

ALMENAR F, MARTI JF, MARTINEZ MJ, GRACIA C, PALOMAR A, POREAR F. Utilización de los servicios de medicina general de la seguridad social en la comunidad autónoma Valenciana. *Aten Primaria* 1986; 3:59-66.

ALONSO E, MANZANERA R, VARELA J, PICAS JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Aten Primaria* 1987; 4:148-54.

ANDERSEN AS, LAAKE P. A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian data. *Med Care* 1987;25:300-310.

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

ANDERSON SO, FERRY S, MATTSSON B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scan J Prim Health Care* 1993;11:61-7.

ANGEL, R. J., & ANGEL, J. L. Physical contorbilty and medical care use in children with emotional problem. *Public Health Reports* 1996; 111: 140-145.

ANNIS S. Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. *Soc Sci Med* 1981;15:515-23.

ANONIMO. Medicina holística y alopática. *JANO* 1994;47:375.

ANTONOVSKY H, MAOZ B, PILPEL D. Personal and health factors associated with frequency of visits to the primary care clinic. *Fam Pract* 1989; 6:182-7.

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. Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (8). 1988:273-84.

ARMSTRONG D. Going to the doctor. En: Armstrong D. An outline of sociology as applied to medicine. Cambridge. University Press. 1989:3-13.

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.

ASTROM AN, BLAY D. Multidimensional health locus of control scales: applicability among Ghanaian adolescents. East Afr Med J 2002; 79(3):128-33.

ARIAS ALVAREZ MA, SANCHEZ BAYLE M, GANCEDO GARCIA C, MARTIN MARTIN R, ESTEPA SOTO MR, DIAZ MARTINEZ ME .Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en atención primaria. An Pediatr (Barc) 2004; 61(4):292-7.

ARREDONDO A, MELENDEZ V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Mex 1992;34:36-49.

ASHBAUGH DG, MCKEAN RS. Continuing medical education. JAMA 1976;236:1485-8.

ASHER CC. The impact of social support networks on adult health. Med Care 1984;22:349-59.

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.

AZAGRA R, MENGUAL L, CALVET S, DE CASTRO C, SIMON C, MEDINA C. Demanda asistencial y sistemas de acceso en la atención primaria de salud. Gac Sanit 1992;6:212-15.

BAILEY W, PHILLIPS DR. Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica. Soc Sci Med 1990;30:1-12.

BALAJARAN R, YUEN P, RALEIGH VS. Ethnic differences in general practitioner consultations. Br Med J 1989; 299:958-60.

BARRON A. Apoyo social: definición. JANO 1990; 38:62-73.

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

BARSKY AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med 1981;94(part 1):492-8.

BARSKY AJ. The paradox of health. N Engl J Med 1988;318:414-18.

BARSKY AJ, CLEARY PD, KLERMAN GL. Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Soc Sci Med* 1992;34:1147-54.

BASHSHUR RL, SHANNON GW, METZNER A. Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Serv Res* 1971;6:61-75.

BASSUK EL, WEINREB LF, DAWSON R, PERLOFF JN, BUCKNER JC. Determinants of behavior in homeless and low-income housed preschool children. *Pediatrics* 1997; 100(1):92-100.

BATES AS, FITZGERALD JF, WOLINSKY FD. Reliability and validity of an instrument to measure Maternal Health Beliefs. *Med Care* 1994; 32:832-846.

BATES AS, FITZGERALD JF, WOLINSKY FD. The parent health beliefs scales: replication in an urban clinic population. *Med Care* 1994;32:958-964.

BECK AT, RIAL WY, RICKELS K. Short form of depression inventory (cross-validation). *Psychological Reports* 1974;34:1184-1186

BECK RG, HORNE JM. Utilization of public insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment. *Med Care* 1980;18:787-98.

BECKER MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr* 1974;2:324-508.

BECKER MH, DRACHMAN RH, KIRSCHT JP. A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Publ Hlth* 1974;64:205-76.

BECKER MH, MAIWAM LA. Strategies for enhancing patient compliance. *J Community Health* 1980;6:113-35.

BELAND F. Conceptualizing the utilization of ambulatory medical care as a process. *Med Care* 1988;26:115-23.

BELLON JA, HERNANDO I, TABOADA P, ANTOLIN H. Multivariant study of predisposition and need factors on the use services in a Health Centre. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine / General Practice. Barcelona. 1990:62.

BELLON JA. Metodología multivariante en los estudios de utilización y satisfacción en atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8:983.

BELLON JA (b). 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.

BELLON JA (c). ¿Es posible evitar la confusión en los estudios de utilización?. *Aten Primaria* 1993; 12:81-2.

BELLON JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P, CHAVES JB. Evaluación del sesgo de memoria en los estudios de utilización por encuesta. Escuela Andaluza de Salud Pública. IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. 1994:3-4.

BELLON JA (d), DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar "APGAR familiar". XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. 1994:117.

BELLON JA (e), DELGADO A, LUNA JD. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional "DUKE-UNC-11". XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. 1994:135.

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

BELLON JA (b). Intervención familiar simple: una herramienta al alcance del médico de familia. MEDIFAM 1995;3:150-5.

BELLON JA (c). Evaluación de una consulta programada de salud mental en atención primaria: cinco años de experiencia. Taller de evaluación de la calidad en cuidados comunitarios de salud mental: atención primaria y atención especializada. Bubión (Granada). 1995.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. Aten Primaria 1996; 18:289-296.

BELLÓN JA, DELGADO A, LUNA JD, LARDELLI P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. Aten Primaria 1996;18:17-31.

BELLÓN JA, SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO FJ, DELGADO A, LUNA JD. Validez y fiabilidad del cuestionario de "Creencias de Salud de las Madres" (CSM-45) inspirado en el modelo de Becker. X Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga, 1999: 85.

BELLÓN JA, SÁNCHEZ RUIZ-CABELLO FJ, DELGADO A, LUNA JD. Validez y fiabilidad del cuestionario "Locus de Control de la Salud de las Madres" (LCSM-30). X Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Málaga, 1999: 86.

BELLÓN JA, LARDELLI P, LUNA JD, DELGADO A. Validity of self reported utilization of primary Health care services in an urban population in Spain. J Epidemiol Community Health 2000; 54:544-551

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.

BENJAMIN S, BARNES D, FALCONER G, HOARE E. The effect of illness behaviour on the apparent relationship between physical and mental disorders. J Psychosom Res 1984;28:387-95.

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

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

BERKANOVIC E, TELESKY C, REEDER S. Structural and social psychological factors in the decision to seek medical care for symptoms. *Med Care* 1981;19:693-709.

BERKANOVIC E, TELESKY C. Social networks, beliefs, and the decision to seek medical care: an analisis of congruent and incongruent patterns. *Med Care* 1982;20:1018-26.

BERKANOVIC E, TELESKY C. Mexican-american, black-american, and withe-american differences in reporting illness, disability and the seeking of halth care for illness. *Soc Sci Med* 1985;20:567-74.

BERKANOVIC E, HURWICZ ML. Psychological distress and the decision to seek medical care among a Medicare population. *Med Care* 1989;27:1058-75.

BERMAN S. Mandated child health insurance: an approach whose time has come?. *Pediatrics* 2003; 111(4 Pt 1):893-5.

BERMAN S. El reto de transformar nuestros sistemas público y privado de asistencia sanitaria pediátrica para subrayar su valor. *Pediatrics (Ed esp)* 2005; 59(4):203-205

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

BERMÚDEZ J. Análisis funcional de la ansiedad. *Rev Psicología Gral y Apl* 1978; 153:617-634.

BHATT A, TOMENSON B, BENJAMIN S. Transcultural patterns of somatization in primary care: a preliminary report. *J Psychosom Res* 1989; 33:671-80.

BLENKINSOPP A ET AL. Patients, society, and the increase in self medication. *BMJ* 1996; 312:629-32.

BJARNE WL. acute illnesses in children. A description and analysis of parents`percepcion on illness theat. *Scand J Prim Health Care* 1994;12:15-19

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: De la Revilla L. Factores que interevienen en la utilizacion de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria (7). Barcelona. Ed Doyma. 1991:29-37.

BORGQUIST L, HANSSON L, NETTEBLADT P, NORDSTROM G, LINDELOW G. Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a

Swedish primary health care district. *Psychol Med* 1993;23:763-70.

BORGQUIST L, HANSSON L, NETTELBLADT P, NORDSTROM G, LINDELOW G. Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. *Psychol Med* 1993; 23:763-70.

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

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.

BOWLING A (b), FRQHAR M, BROWN P. Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Soc Sci Med* 1991;33:689-700.

BRADFORD WD, KASTE LM, NIETERT PJ. Continuity of medical care, health insurance, and nonmedical advice in the first 3 years of life. *Med Care* 2004; 42(1):91-8

BRANCH L, JETTE A, EVASHWICK C, POLANSKY M, ROWE G, DIEHR P. Toward understanding elders' health service utilization. *J Community Health* 1981;7:80-92.

BRIDGES KW, GOLDBERG DP. Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.

BRITT H, HARRIS M, DRIVER B, BRIDGES-WEBB C, O'TOOLE B, NEARY S. Reasons for encounter and diagnosed health problems: convergence between doctors and patients. *Fam Pract* 1992;9:191-4.

ROADHEAD 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.

BROADHEAD WE, GEHLBACH SH, DEGRUY FV, KAPLAN BH. Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care* 1989;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

BROWNE GB, HUMPHREY B, PALLISTER R, BROWNE JA, SHETZER L. Prevalence and characteristics of frequent attenders in a prepaid Canadian family practice. *J Fam Pract* 1982;14:63-71.

BROYLES RW, MANGA P, BINDER DA, DANGUS DE, CHARETTE A. The use of physician services under a National Health Insurance Scheme. An examination of the Canada Health Survey. *Med Care* 1983;21:1037-54.

BRUIJNZEELS MA, VAN DER WOUDE JC, FOETS M, PRINS A, VAN DEN HEUVEL WJ. Validity and accuracy of interview and diary data on children's medical utilisation in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1998 ;52(1):65-9.

BRUIJNZEELS MA, FOETS M, VAN DER WOUDE JC, VAN DEN HEUVEL WJ, PRINS A. Everyday symptoms in childhood: occurrence and general practitioner consultation rates. *Br J Gen Pract* 1998 ;48(426):880-4.

BRUIJNZEELS MA, FOETS M, VAN DER WOUDE JC, PRINS A, VAN DEN HEUVEL WJ. Measuring morbidity of children in the community: a comparison of interview and diary data. *Int J Epidemiol* 1998 ;27(1):96-100.

BUCHIARELLI RL.(AAP SUBCOMMITTEE ON ACCESS TO CARE).Efecto de la participación en Medicaid de los pediatras privados y de la red sanitaria sobre la creciente ampliación de la cobertura infantil. *Pediatrics (Ed esp)* 2003;56(2):72

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

BUCK CW, MCWHINNEY IR. Assessment of quality. En: Fry J. *Primary Care*. Londres. William Heidemann Med Col Book LTD. 1980:266-278.

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.

BUSH PJ, IANNOTTI RJ. A Children's health belief model. *Med Care* 1990;28:69-86.

BUSH MR. Influence of health locus of control and parental health perceptions on follow-through with school nurse referral. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1998 ;20(3):175-82.

CAFFERATA GL. Marital status, living arrangements, and the use of health services by elderly persons. *J Gerontol* 1987;42:613-23.

CALLAHAN CM, HUI SL, NIENABER NA, MUSICK BS, TIENEY WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:838-8.

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.

CALNAN M. Control over health patterns of health-related behaviour. *Soc Sci Med* 1989;29:131-6.

CAMPBELL TL. Family's impact on health: a critical review. *Fam Systems Med* 1986;4:135-200.

CAMPION PD, GABRIEL J. Illness behaviour in mothers with young children. *Soc Sci Med* 1985;20(4):325-30.

CAMPION PD, GABRIEL J. Child consultation patterns in general practice comparing "high" and "low" consulting families. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984 ;12,288(6428):1426-8.

CARNEY T. Ethnic population and general practitioner workload. *Br Med J* 1989;299:930-1.

CARSON J, NORRIS G, HAWORTH R. The difficult patient. *The Practitioner* 1993;237:313-17.

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*. (Vol. 5ª ed.), Barcelona, Elsevier España SA, 2003.

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.

CHEKIN DC, GROTHANS L, WAGNER EH. The effect of office visit copayments on utilization in a Health Maintenance Organization. *Med Care* 1989; 27:1036-45.

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.

CLEARY PD, JETTE AM. The validity of self-reported physician utilization measures. *Med Care* 1984;22:796-803.

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.

COLLINS E, KLEIN R. Equity and de NHS: self-reported morbidity, access and primary care. *Br Med J* 1980;281:111-5.

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;39:313-338.

CORNFORD CS, MORGAN M, RIDSDALE L. Why do mothers consult when their children cough?. *Fam Pract* 1993 Jun;10(2):193-6.

CONNELLY JE, PHILBRICK JT, SMITH GR, KAISER DL, WYMER A. Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization. *Med Care* 1989;22:S99-S109.

CONNELLY JE, SMITH GR, PHILBRICK JT, KAISER DL. Healthy patient who perceive poor health and their use of primary care services. *J Gen Intern Med* 1991;6:47-51.

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.

CORRETGER JM, FORTUNY C, BOTET F, VALLS O .Marginality, ethnic groups and health An Esp Pediatr 1992;36 Suppl 48:115-7.

CORTES JA, PEÑALVER C, ALONSO J, ARROYO A, GONZALVEZ L. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. Aten Primaria 1993; 11:127-32.

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.

COUGHLIN SS. Recall bias in epidemiologic studies. J Clin Epidemiol 1990;43:87-91.

COUNTE MA, GLANDON GL. A panel study of life stress, social support, and the health services utilization of older persons. Med Care 1991;29:348-61.

COVERLEY CT, GARRALDA ME, BOWMAN F. Psychiatric intervention in primary care for mothers whose schoolchildren have psychiatric disorder. Br J Gen Pract 1995;45(394):235-7.

CRANZ H. Over-the-counter drugs. The issues. Drug Saf 1990; 5(suppl 1):120-5.

CRANZ H. Health economics and self-medication. J Soc Adm Pharm 1990; 7(4):184-9.

CROUCH MA, WILIAMSON DS. Family Dynamics. En: Rakel RE. Essentials of family practice. Philadelphia. WB Saunders Company. 1993:24-31.

CRUTCHER JE, BASS MJ. The difficult patient and the trouble physician. J Fam Pract 1980;11: 933-8.

CUMMINGS KM, BECKER MH, MAILE MC. Bringing the models together: An empirical approach to combining variables used to explain health actions. Journal of Behavioral Medicine 1980;3:123-45.

CUNNINGHAM-BURLEY S, IRVINE S. "And have you done anything so far?" An examination of lay treatment of children's symptoms. Br Med J (Clin Res Ed) 1987 ; 19;295(6600):700-2.

DADDS MR, STEIN RE, SILVER EJ. The role of maternal psychological adjustment in the measurement of children's functional status. J Pediatr Psychol 1995;20(4):527-44

D'ARACY C, SIDDIGE C. Unemployment and health: an analisis of 'Canada Health Survey' data. Int J Health Serv 1985;15:609-35.

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, BAILON E, LUNA JD, DELGADO A, PRADOS MA, FLEITAS L. Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8:688-91.

DE LA REVILLA. Disfuncion familiar. *Aten Primaria* 1992;10:582-3.

DE LA REVILLA L. Qué es la familia. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Monografías en Atención Primaria. Barcelona. Ed. Doyma. 1993:7-15.

DE LA REVILLA L (b), FLEITAS L. Función Familiar. En: De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Monografías Clínicas en Atención Primaria. Barcelona. Ed. Doyma. 1993:79-100.

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;13:73-40.

DEAN KJ, HOLTS E, WAGNER MG. Self-care of common illness in Denmark. *Med Care* 1983;21: 1012-32.

DEAN KJ. Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research. *Soc Sci Med* 1989;29:117-23.

DEIGHTON CM. Problem patients in general practice: identifyin young women with recurrent abnormal illness behaviour. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:466-70.

DELGADO A. La satisfaccion de los usuarios en los dos modelos de asistencia sanitaria vigentes en Andalucía. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1990.

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 (b). Población censal o consultante. ¿A quién dirigir nuestros esfuerzos?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1994;1:183-6.

DELGADO A, LOPEZ LA, LUNA JD. Diferencias en la práctica profesional de los médicos y las médicas en Andalucía. (pendiente de publicación) 1995.

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.

DEWEY CR, HAWKINS NS. The relationship between the treatment of cough during early infancy and maternal education level, age and number of other children in the household. ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. Child Care Health Dev 1998 ;24(3):217-27.

DOMINGO A. Propuesta de un indicador de la 'clase social' basado en la ocupación. Gac Sanit 1988;10:320-6.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica. En: Donabedian A. La definición de la calidad. Una exploración conceptual: Accesibilidad, continuidad y coordinación. Mexico. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984:127-38.

DONALDSON C, GERARD K. Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. J R Coll Gen Pract 1989;39:114-7.

DONALDSON LJ, HILL PM. The domiciliary consultation service: time to take stock. Br Med J 1991;302:449-51.

DOWRICK C. Why do the O'Sheas consult so often? an exploration of complex family illness behaviour. Soc Sci Med 1992;34:491-7.

DUNSMORE JC, HALBERSTADT AG, ROBINSON ML. Mothers' negative evaluations of their children's performances enhance boys' memories for crafts. J Genet Psychol 2004 ;165(4):345-65.

DUPUY J, KARSENTY R. Las conductas de enfermar. En: Dupuy J, Karsenty R. La invasión farmacéutica. Madrid. Ed. Euros. 1974:31-43.

EISENBERG JM. Physician utilization. the state of research about physicians' practice patterns. Med Care 1985;23:461-83.

EISENBERG JM, NICKLIN D. Use of diagnostic services by physician in community practice. Med Care 1981;19:297-

ESCOBAR JI, GOLDING JM, HOUG RL, KARNOW M, BURNAM A, WELLS KB. Somatization in the community: relationship to disability and use of services. Am J Public Health 1987;77:837-40.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (CADIME).Automedicación :riesgos y beneficios.Bol Ter Andal 1996;12(5):17-19

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.

FEIGELMAN S, ET ALL. correlates of emergency room utilization in the first year of life. Clinical Pediatrics 1990; 29,12:698-705;

FISCHER LR, .Pharmaceutical Care and Health Care Utilization HMO. *Eff Clin Pract* 2002; 5(2):49-57

FLYNN HA, DAVIS M, MARCUS SM, CUNNINGHAM R, BLOW FC. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):316-22.

FRANKS P, CAMPBELL TL, SHIELDS CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 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.

FREED GL, NAHRA TA, VENUS PJ, SCHECH SD, WHEELER JR. Changes in the proportion and volume of care provided to children by generalists and subspecialists. *J Pediatr* 2005 ;146(1):14-9.

FREER B,1980 :Health diaries:a method of collecting health information.*Journal of the Royal College of General Practitioners* 1980;30:279-282

FUENTES J. El sistema, la comunicación y la familia. En: Suarez T, Rogero GF. *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 1983.

FYLKESNES K, FORDE OH. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Soc Sci Med* 1992;35:271-9.

FYLKESNES K (b), JOHNSEN R, FORDE OH. The Tromso study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health & Illness* 1992;14:275-92.

GARRALDA, M. E., & BAILEY, D. (1989). Psychiatric disorders in general pediatric clinics. *Archives of the Diseases of Childhood*; 64: 1727-1733.

GEERTSEN R, KLAUBER M, RINDFLESH M. A re-examination of Suchman's views on social factors in health care utilization. *J Health Soc Behav* 1975; 16:226-37.

GEEST SV ET AL. Self-medication in developing countries. *J Soc Adm Pharm* 1990; 7(4):199-204.

GERMAN PS, SHAPIRO S, SKINNER EA, VON KORFF M, KLEIN LE, TURNER RW, TEITELBAUM ML, BURKE J, BURNS BJ. Detection and management of mental health problems of older patients by primary care providers. *JAMA* 1987;257:489-93.

GERRARD TJ, RIDDELL JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br J Med* 1988;297:530 -2.

GERVAS JJ, PEREZ M. La implantación de los centros de salud. *Gac Sanit* 1984;1:229-32.

GILLMAN SJ, JARMAN B, WHITE P, LAW R. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *Br Med J* 1989;299:953-7.

GOH AY, CHAN TL, ABDEL-LATIFF ME. Paediatric utilization of a general emergency department in a developing country. *Acta Paediatr* 2003 ;92(8):965-9.

GOLDBERG DP, HUXLEY P. *Enfermedad mental en la comunidad*. Madrid. Ed. Nieva. 1990.

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.

GOOD MJD, SMILKETEIN G, GOOD BJ, SHAFER Y, ARONS T. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979;8:577-582.

GORDON KE, DOOLEY JM, WOOD E, BRNA P, BETHUNE P. Which characteristics of children with a febrile seizure are associated with subsequent physician visits?. *Pediatrics* 2004 ;114(4):962-4

GRIMSMO A, SIEM H. Factors affecting primary health care utilization. *Famiy Practice* 1984; 1:155-61.

GROENEWEGEN PP, HUTTEN JBF, VAN DER VELDEN K. List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1992;34:263-70.

GROL R, DE MAESENEER J, WHITFIELD M, MOKKINK H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and Netherlands. *Family Practice* 1990;7:100-3.

GUENDELMAN S..Medical care utilization by hispanic children How does it differ from black and white peers?.*Medical care* 1986;24,10:925-940.

HENEGHAN AM, MERCER M, DELEONE NL. Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician?. *Pediatrics* 2004 ;113(3 Pt 1):460-7

HAKANSON A.What factor are of importance for infants`use of health and medical care during the first 18 months. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:171-176

HANKIN JR, KESSLER LG, GOLDBERG ID, STEINWACHS DM, STARFIELD BH. A longitudinal study of offset in the use of nonpsychiatric services folowing specialized mental health care. *Med Care* 1983;21:1099-110.

HANKIN, J. R., STARFICID, B., STEINWACHS, D. M., BENSON, P., Livingston, G., & Katz, H. P. The relationship between spedalized mental health care and pattern of primary care me among children enrolled in a prepaid group practice. *Research in Conununity and Mental Health* 1984; 4, 203-220

HANNAG DR. Illness behaviour. En: Hannag DR. Lecture notes on medical sociology. London. Blackwele Scientific Publications. 1988:135-51.

HANSSON L, NETTELBLADT P, BORGQUIST L. Patterns of care in patients utilizing both primary health care and psychiatric care in a Swedish health distric. Scand J Prim Health Care 1990 ;8:173-8.

HARRIS M. La naturaleza de la cultura. En: Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid. Alianza Editorial Textos. 1981:123-35.

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.

Hassell K, et all .Managing demand: transfer of management of self limiting conditions from general practice to community pharmacies. BMJ 2001;323:146-147

HAUG MR, WYKLE ML, NAMAZI KH. Self-care among older adults Soc Sci Med 1989;29:171-83.

HAYNES R. Inequalities in health and health service use: evidence from the General Household Survey. Soc Sci Med 1991;33:361-8.

HEARNE J, KLOCKARS AJ. Applicability of the Parcel-Meyer Children's Health Locus of Control Scale. J Sch Health 1988;58(1):16-9.

HECK KE, PARKER JD. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. Health Serv Res 2002 ;37(1) :173-86.

HEGGENHOUGEN HK, SHORE L. Cultural componentes of behavioural epidemiology: implications for primary health care. Soc Sci Med 1986;22:1235-45.

HELSING KJ, SZKLO M, COMSTOCK GW. Factors associated with mortality after widowhood. Am J Publ Health 1981;71:802-9.

HEMEMWAY D, FALLON D. Testing for physician-induced demand with hipothetical cases. Med Care 1985;23:344-9.

HEMENWAY D, KILLEN A, CASHMAN SB, PARKS CL, BICKNELL WJ. Physicians' response to financial incentives. Evidence from a for-profit ambulatory care center. N Engl J Med 1990;322:1059- 63.

HENEGHAN AM, SILVER EJ, BAUMAN LJ, STEIN RE. Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? .Pediatrics 2000 ;106(6):1367-73.

HERZLICH C, GRAHAM D. Conceptions of illness and illness behaviour. En: Herzlich C, Graham D. Health and illness: a social psychological analisis. London. Academic Press. 1973:104- 40.

HIBBAR J, POPE CR. Age differences in health attitudes and beliefs: aging and/or cohort effects? Int Quat Com Health Educ 1985;6:61-76.

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.

HICSON GB, ALTEMEIER WA, PERRIN JM. Physician reimbursement by salary of fee-for service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987; 80:344-50.

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.

HOEPER EW, NYCZ GR, REGIER DA, GOLBERG ID, JACOBSON A, HANKIN J. Diagnosis of mental disorder in adults and increased use of health services in four outpatient setting. *Am J Psychiatry* 1980;137:207-10.

HOLT GA ET AL. The self-care movement. In: American Pharmaceutical Association, editors. *Handbook of Nonprescription Drugs*. 9th ed. Washington: The Association, 1990:1-10.

HORDER J, BASANQUET N, STOCKING B. Ways of influencing the behavior of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986;36:517-21.

HORWITZ N, FLORENZANO R, RINGELING I. Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam* 1985;98:144-54.

HORWITZ, S. M., MORGENSTERN, H., & BERÍANAN, L. F. The use of pediatric medical care: A critical review. *Journal of Chronic Disease* 1985 ; 38: 935-945.

HORWITZ SM, MORGENSTERN H, BERKMAN LF. The impact of social stressors and social networks on pediatric medical use. *Med Care* 1985;23:956-59.

HOWIE JGR, PORTER AMD, HEANEY DJ, HOPTON JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991;41:48-54.

HUGHES JM, CALLERY P. Parents' experiences of caring for their child following day case surgery: a diary study. *J Child Health Care* 2004 ;8(1):47-58.

HUANG FY. Health insurance coverage of the children of immigrants in the United States. *Matern Child Health J* 1997 ;1(2):69-80

HUGHES D. Consultation length and outcome in two group general practice. *J R Coll Gen Pract* 1983;33:143-7.

HULKA BS, WHEAT JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care* 1985;23:438- 60.

HURWICZ ML, BERKANOVIC E. Care seeking for musculoskeletal and respiratory episodes in a Medicare population. *Med Care* 1991;29:1130-45.

HUYGEN FJA. Longitudinal studies of family units. *J R Coll Gen Pract* 1988;38:168-70.

IGUAL ROSADO R, CASTRO NICOLAU E, ALONSO MARTINEZ I, TERRADAS COROMINAS M, DE FRUTOS GALLEGO E, CEBRIA ANDREU J. Hyperfrequent consultations: is there a relationship with the mother's personality? *An Pediatr(Barc)* 2003 ;58(1):29-33

ILIFFE S, TAI SS, BOOROFF A, GOLDENBERG E, MORGAN P, GALLIVAN S. Assessment of elderly people in general practice: 4. depression, functional ability and contact with services. *Br J Gen Pract* 1993;43:371-4.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo poblacional Español. Madrid. 1991.

IRVINE S, CUNNINGHAM-BURLEY S. Mothers' concepts of normality, behavioural change and illness in their children. *Br J Gen Pract* 1991;41(350):371-4.

JACOBSON DE. Types and timing of social support. *J Health Soc Behav* 1986;27:250-64.

JANICKE DM, FINNEY JW, RILEY AW. Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Med Care* 2001;39(9):990-1001.

JANICKE DM, FINNEY JW. Children's primary health care services: social-cognitive factors related to utilization. *J Pediatr Psychol* 2003 ;28(8):547-57.

JANSA JM, VILLABI JR. La salud de los inmigrantes y la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:320-7.

JANZ NK, BECKER MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Quart* 1984;11:1- 47.

JOHN C, SCHWENK TL, ROI LD, COHEN M. Medical care and demographic characteristics of 'difficult patients'. *J Fam Pract* 1987;24:607-10.

JOHNSEN N, ENGELSTAD F, BRUUSGAARD D. The general practitioner and the family. A study of the use of general practitioners' services by families with children. *Scand J Prim Health Care* 1988 ;6(3):155-60.

KANDRACK MA, GRANT KR, SEGALL A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;32:579-90.

KAPLAN SH, GREENFIELD S, WARE JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-S127.

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.

KENNEY GM, DUBAY LC. Explaining area variation in the use of medicare home health services. *Med Care* 1992;30:43-57.

KERRUISH N.J., SETTLE K., CAMPBELL-STOKES P., TAYLOR B.J. Vulnerable Baby Scale: development and piloting of a questionnaire to measure maternal perceptions of their baby's vulnerability. *J Paediatr Child Health* 2005 ;41(8):419-23.

KESSLER LG, STEINWACHS DM, HANKIN JR. Episodes of psychiatric care and medical utilization. *Med Care* 1982;20:1209-21.

KLEINMAN JC, GOLD M, MAKUC D. Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity. *Med Care* 1981;19:1011-29.

KNISHKOWY B, FURST A, FASSBERG Y, ANOR E, MATHEWS S, PAZ Y. Multiple family member visits to family physician: terminology, classification, and implications. *J Fam Pract* 1991;32:57- 64.

KOOIKER S.E. Exploring the iceberg of morbidity:a comparison of diferent survey methods for assesing the occurrence of everyday illness.*Soc Sci Med* 1995;41:317-332

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.

KRONENFELD JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. *J Health Soc Behav* 1978;19:68-76.

KRONENFELD JJ. Sources of ambulatory care and utilization models. *Health Serv Res* 1980;15: 3-20.

KVIZ FJ, DAWKINS CE, ERVIN NE. Mothers' health beliefs and use of well-baby services among a high-risk population. *Res Nurs Health* 1985 ;8(4):381-7.

LASK B, MATTEW B. Childhood asthma: a controlled trial of family psychotherapy. *Arch Dis Child* 1979;54:116-9.

LATOUR J, ALVAREZ-DARDET C. La medición del nivel socioeconómico. *Med Clin (Bar)* 1989;92: 470-4.

LEAVITT F. The health belief model and utilization of ambulatory care services. *Soc Sci Med* 1979;13A:105-12.

LEVY JC. Vulnerable children: parents' perspectives and the use of medical care. *Pediatrics* 1980 ;65(5):956-63.

- LEE GM ,FRIEDMAN JFEL ALL .conceptos erróneos sobre los resfriados y elementos predictivos de la utilización de los servicios sanitarios. Pediatrics (Ed esp) 2003;55(2):120-130.
- LIBERATOS P, LINK BG, KELSEY JL. The measurement of social class in epidemiology. Epidemiologic Reviews 1988;10:87-121.
- LIN N, DEAN, ENSEL WM. Social support, life events and depression. New York. Academic Press. 1986.
- LINN M, SANDIFER R, STEIN S. Effects of unemployment on mental and physical health. Am J Publ Health 1985;75:502-6.
- LIPOWSKY ZJ. Physical illness, the individual and the coping process. Psychiat Med 1979;1: 91-102.
- 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.
- LOPEZ LA. Estructura organizativa de los centros de salud. Los puestos de gestión. En: Gallo FJ. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid. Ed I.M.& C. 1993:250-6.
- LOPEZ FRANCO M, RODRIGUEZ NUNEZ A, FERNANDEZ SANMARTIN M, MARCOS ALONSO S, MARTINON TORRES F, MARTINON SANCHEZ JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics.An Pediatr (Barc) 2005;62(3):248-51.
- LOPEZ MA, USIETO R, RODRIGUEZ-CONTRERAS R, CUETO A, GALVEZ R. Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario. Aten Primaria 1989;6:17-22.
- LOPEZ-TORRES J, ESCOBAR F, FERNANDEZ C, GONZALEZ C, URBISTONDO L, REQUEZA M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. Aten Primaria 1992;10:665-70.
- LORIG K, KRAINES RG, BROWN BWM, RICHARDSON N. A workplace health education program that reduces outpatient visits.Med Care 1985;23:1044-54.
- LUNDE I. Self-care: what is it?. J Soc Adm Pharm 1990; 7(4):150-5.
- LYDEARD S. JONES R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consulters and non-consulters. J R Coll Gen Pract 1989;39:495-8.
- MAHEUX B, DUFORT F, BELAND F, JACQUES A, LEVESQUE A. Female medical practitioners. more preventive and patient oriented? Med Care 1990;28:87-92.
- MAHEUX B, DUFORT F, LAMBERT J, LEVESQUE A. The professional attitudes and practice characteristics of male and female specialists. J Am Med Wom Assoc

1989;44:154-8.

MAIMAN LA, BECKER MH, KATLIC AW. How mothers treat their children's physical symptoms. *J Community Health* 1985 ;10(3):136-55.

MAIMAN LA, BECKER MH, KATLIC AW. Correlates of mothers' use of medications for their children. *Soc Sci Med* 1986;22(1):41-51.

MANGA P, BROYLES RW, ANGUS DE. The determinant of hospital utilization under a universal public insurance program in Canada. *Med Care* 1987;25:658-70.

MANT A ET AL. Over-the-counter self-medication. *Drugs Aging* 1992; 2(4):257-61.

MARSHALL GN, COLLINS BE, CROOKS VC. A comparison of two multidimensional health locus of control instruments. *J Pers Assess* 1990;54(1-2):181-90.

MARTIN J, DE MANUEL E, CARMONA G, MARTINEZ J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II. El "cambio interno". *Gac Sanit* 1990;19:162-7.

MARTINEZ J, MATEOS C, PERULA LA, RODRIGUEZ A, CRIADO A, JIMENEZ C, BAENA M. Los factores socioeconómicos: ¿influyen en la demanda asistencial y el grado de satisfacción en atención primaria? *Aten Primaria* 1990;7:106-11.

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.

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.

MATHERS N, JONES N, HANNAY D. Hearsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-96.

McCALL N, WAI H. An analysis of the use of Medicare services by the continuously enrolled aged. *Med Care* 1983;21:567-85.

McCUE JD. The effects of stress on physician and their medical practices. *N Engl J Med* 1982;306:458-63.

McKINLAY JB. Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. *J Health Soc Behav* 1972;18:115-52.

McKINLEY JB. Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking. En: Eisenberg L, Kleiman A. *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht (Holland). Ed. D. Reidel Publishing Company. 1981:77-103.

MCKINLEY JB. Social network lay consultation and help-seeking behaviour. *Soc. Forces* 1973;51:275-292

- McNABB R. Family function and depression. *J Fam Pract* 1983;16:169-70.
- McWHINNEY IR. La enfermedad en la comunidad. En: Mcwhinney IR. *Medicina de Familia*. Barcelona. Editorial Doyma. 1995:27-35.
- MECHANIC D. Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints. *N Engl J Med* 1972;286:1132-9.
- MECHANIC D. Practitioner and patient. En: Mechanic D. *Medical Sociology*. New York. The Free Press (2^oed). 1978:407-32.1978.
- MECHANIC D (b). Illness behavior. En: Mechanic D. *Medical Sociology* (2^aed). New York. The Free Press. 1978:249-89.
- MECHANIC D. Correlates of physician utilization: Why do mayor multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?. *J Health Soc Behav* 1979;20:387-96
- MECHANIC D (b). The stability of health and illness behavior: results from a 16 year follow-up. *Am J Publ Hlth* 1979;69:1142-45.
- MECHANIC D, CLEARY PD, GREENLEY JR. Distress syndromes, illness behaviour, access to care and medical utilization in a defined population. *Med Care* 1982;20:361-72.
- MECHANIC D. Adolescent health and illness behaviour: review of the literature and the new hypothesis for the study of stress. *J Human Stress* 1983;9:4-13.
- MECHANIC D (b). Does psychiatric care reduce the demand for medical care services? *Med Care* 1983;21:1126-7.
- MECHANIC D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predispostion. *Psychological Medicine* 1986;16:1-7.
- MECHANIC D. Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Soc Sci Med* 1992;34:1345-50.
- MEININGER JC. Sex differences in factors associated with use medical care and alternative illness behaviors. *Soc Sci Med* 1986;22:285-92.
- MELNYK KAM. Barriers: a critical review of recent literature. *Nursing Research* 1988;37:196- 201.
- MEMORIA ESTADÍSTICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD (SAS), 2001
- MENGEL M. The use of the Family APGAR in screening for family disfunction in a Family Center. *J Fam Pract* 1987;24:394-98.
- MINKOVITZ CS, STROBINO D, SCHARFSTEIN D, HOU W, MILLER T, MISTRY KB, SWARTZ K. Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics* 2005 ;115(2):306-14.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Encuesta Nacional de Salud de Madrid. 2004

MINTEGUI RASO S ET ALL. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr* 2004 ;61(2):156-161.

MOORE SH, LOGERFO J, INUI TS. Effect of a self-care book on physician visits: a randomized trial. *JAMA* 1983;243:2317-20.

MOORE SH, MARTIN DP, RICHARDSON WC. Does the primary-care gatekeeper control the cost of health care? Lesson from the SAFECO experience. *N Engl J Med* 1983;309:1400-4.

MOOS RH, MOOS EJ, TRICKETT EJ. Escalas de clima social (FES, WES, CIES, CES). TEA ediciones. Madrid. 1995.

MORAGAS R. Concepciones de salud. *Revista de Sociología Papers* 1975;5:33-54.

MORAL SERRANO S. ET ALL. ¿Se automedican correctamente los pacientes?. *Aten Prim* 1994;13(5):242-6

MORRELL DC, AVERY AJ, WATKINS CJ. Management of minor illness. *Br Med J* 1980;280:769-71.

MORRELL DC, ROLAND MO. How can good general practitioner care be achieved?. *Br Med J* 1987; 294:161-2.

MORRELL D. The characteristics of general practice. En: Morrell D. *The art of general practice*. Oxford. Oxford Medical Publications. 1991:12-25.

MORRIS JK, COOK DG, WALKER M, SHAPER G. Non-consulters and high consulters in general practice: cardio-respiratory health and risk factors. *J Public Health Medicine* 1992;14:131- 7.

MORRISON JM, GILMOUR H, SULLIVAN F. Children seen frequently out of hours in one general practice. *Br Med J* 1991;303:1111-4.

MOZOS A, BELLON JA. Los flujos de comunicación del centro de salud. Relaciones con el segundo nivel de atención, con otras instituciones de la zona básica de salud y con la comunidad. En: Gallo FJ. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid. Ed I.M.& C. 1993:295-303.

NAVARRO A, SERNA JM, GILLEN C, MARTINEZ MN, GOMEZ P, SAURA J. La consulta programada como estrategia para disminuir la consulta a demanda: una aproximación. *Aten Primaria* 1992;10: 1025-7.

NEWACHECK PW, BUTLER LH. Patterns of physician use among low-income, chronically ill persons. *Med Care* 1983;21:981-9.

NEWACHECK PW, HALFON N. The association between mother's and children's use of physician services. *Med Care* 1986;24:30-8.

NEWACHECK PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med Care* 1992;30:30-42.

NIETO J, ABAD MA, GARCÍA C, LÓPEZ C, MORALES JM. Factorización del cuestionario de conducta de enfermedad (I.B.Q.) de Pilowsky en población clínica española. *Anales de Psiquiatría* 1989; 5:104-107.

NORBECK JS, TILDEN VP. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav* 1983;24: 30-46.

NORMAN GR, MCFARLANE AH, STREINER DL, NEALE K. Health diaries: strategies for compliance and relation to other measures. *Med Care* 1982 ;20(6):623-9.

O'DOWD TC. Five years of heartsink patients in general practice. *Br Med J* 1988;297:528-30.

O'DOWD TC. 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.

OLIVAN,G. Foreign minors in the protection system of the Autonomous Community of Aragon (Spain) *An Pediatr (Barc)* 2004 ;60(1):35-41.

OLIVAN GONZALVO G .Social characteristics and health status of children entering foster care centers. *An Esp Pediatr* 1999;50(2):151-5

OLSEN O, IVERSEN L, SABROE S. Age and the operationalization of social support. *Soc Sci Med* 1991;32:767-71.

OLVERA N, REMY R, POWER TG, BELLAMY C, HAYS J. Observed maternal strategies and children's health locus of control in low-income Mexican American families. *J Fam Psychol* 2001 ;15(3):451-63.

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.

OSMAN LM, DUNT D. Factors influencing mothers' decisions to consult a general practitioner about their children's illnesses. *Br J Gen Pract* 1995 ;45(395):310-2.

O'TOOLE B, DRIVER B, BRITT H, ET AL. Using general practitioners to measure community morbidity. *Int J Epidemiol* 1991; 29:1125-32.

OXMAN TE, BERKMAN LF, KASL S, FREEMAN DH, BARRET J. Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 1992;135:356-68

- PARCEL GS, MEYER MP. Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Educ Monogr* 1978 ;6(2):149-59.
- PARKES CM, BROWN R. Health after bereavement: a controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosom Med* 1972;34:449-61.
- PASTOR MA, LOPEZ-ROY S, RODRIGUEZ-MARIN J, SANCHEZ S, SALAS E, PASCUAL E. Expectativas de control sobre la experiencia del dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional del locus de control de la salud. *Revista de Psicología de la Salud* 1990; 2:91-112.
- PEART A.F.W. Canada`s sickness survey: review of methods. *Can J Public Health* 1952; 43:401,
- PEDERSEN KM, CHRISTIANSEN T. On the use of treatment and illness episodes in health economics. Third Meeting for Scandinavian Health Economists. Finlandia. 1982.
- PEIRO JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Endema.1992.
- PENCHANSKY R, THOMAS JW. The concept of acces: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19:127-38.
- PETERSSON C HAKANSSON A. High-consulting children indicate illness-prone families. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:7178.
- PILOWSKY I. A general classification of abnormal illness behaviours. *Br J Med Psychol* 1978; 51:131-7.
- PILOWSKY I, ESPENCE ND. *Manual for the illness behaviour questionnaire*. 2nd Edn. 1983.
- PINES A, ARONSON E, KAFRY I. *Bornout*. New York. Free Press. 1981.
- POLO MARTIN P, ET ALL. An análisis of the relationship between morbidity and the level of demand for pediatrics primary care. A study on 1359 children. *An Esp Pediatr* 1998; 49(3) :273-9
- PRIETO A. ¿Se puede gestionar la presión asistencial en los servicios de atención primaria?. *Rev San Hig Púb* 1990;64:329-41.
- PRITCHARD P, LOW K, WHELER M. El rol del médico general en la gestión. En: Pritchard P, Low K, Wheler M. *Gestión en atención primaria*. INSALUD. Madrid. 1990:129-53.
- QUILL TE. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med* 1989;111:51-7.
- QUIRCE F, GIL V, ALONSO A, RIGO F, VAZQUEZ MA, MERINO J. *Unidad de*

cumplimentación de prescripciones crónicas: estudio de frecuentación. *Aten Primaria* 1994;13:492-4.

RADLEY A. *Making sense of illness: the social psychology of health and disease*. London. SAGE.1994.

RAMSEY CN, LEWIS JM. Family structure and functioning. En: Rakel RE. *Textbook of family practice*. Philadelphia. W.B. Saunders. 1990:23.

RASMUSSEN F. The utilization of formal medical services for young children. The lack of impact of medical professionals in social networks. *Ups J Med Sci* 1995;100(3):249-60

REEB KG, GRAHAM AV, KITSON GC, ZYZANSKI SJ, WEBER MA, ENGEL A. Defining family in family medicine: perceived family vs household structure in an urban black population. *J Fam Pract* 1986;23:351-5.

REEB KG, GRAHAM AV, KITSON GC, ZYZANSKY SJ, WEBER MA, ENGEL A. Defining family in family medicine: perceived family vs household structure in an urban black population. *J Fam Pract* 1986;23:351-5.

REY E, VILLAVI JR. Impacto potencial de la reforma de la atención primaria sobre la prescripción farmacéutica en España: la experiencia de Ciutat Badía. *Med Clin (Bar)* 1987; 89:141-3.

RIDSDALE L, CARRUTHERS MARIA, MORRIS R, RIDSDALE J. Study of the effect of time availability on the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1989;39:488-91.

RILEY AW, FINNEY JW, MELLITS ED, STARFIELD B, KIDWELL S, QUASKEY S, CATALDO MF, FILIPP L, SHEMATEK JP. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care* 1993 ;31(9):767-83

ROBERTS CR, IMREY PB, TURNER JD, HOSOKAWA MC, ALSTER JM. Reducing physician visits for colds through consumer education. *JAMA* 1983;250:1986-9.

ROBINSON JO, GRANFIELD AJ. The frequent consulter in primary medical care. *J Psychosom Res* 1986;30:589-600.

ROGERS A. A patient led NHS: managing demand at the interface between lay and primary care. *BMJ* 1998;316:1816-1819

ROGHMANN KJ, HAGGERTY RJ. The diary as a research instrument in the study of health and illness behavior: experiences with a random sample of young families. *Med Care* 1972 ;10(2):143-63.

ROGHMANN KJ, HENGST A, ZASTOWNY TR. Satisfaction with medical care. Its measurement and relation to utilization. *Med Care* 1979;17:461-79.

ROGHMANN KJ, HOEKELMAN RA, MCINERNY TK. The changing pattern of primary pediatric care: update for one community. *Pediatrics* 1984 ;73(3):363-74.

ROLAND MO, BARTHOLOMEW J, COURTENAY MJF, MORRIS RW, MORRELL DC. The "five minute" consultation:effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986;292:874-6.

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.

ROSENTOCK IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:94-127.

ROSNER TT, NAMAZI KH, WYKLE ML. Physician use among the old-old. Factors affecting variability. *Med Care* 1989;26:982-91.

RUBERMAN W, WEINBLATT E, GOLDBERG JD, CHAUDHARY BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984;311:552-7.

SABINI J. Attitudes and attitude change. En: Sabini J. *Social Psychology*. New York. W.W. Norton & Company. 1992:611-72.

SABINI J (b). Attitudes and behavior. En: Sabini J. *Social Psychology*. New York. W.W. Norton & Company. 1992:673-74.

SAENZ MC, GONZALEZ R, RODRIGO N. Estudio comparativo de tres indicadores de clase social familiar: ingresos, estudios y barrio de residencia. *Rev San Hig Púb* 1987;61:1159-66.

SAENZ MC, MIRON JA, GONZALEZ R. Valoración de la demanda y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población rural de la provincia de Salamanca. Encuesta por entrevista personal. *Rev San Hig Púb* 1991;65:61-70.

SALKEVER DS. Accesibility and the demand for preventive care. *Soc Sci Med* 1976;10:469-75.

SALLOWAY JC. A comparison of family networks and friend networks in health care utilization. *J Comp Fam Stud* 1973;4:131-142

SANCHEZ FJ, BELLON JA, CASTILLO R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1993;38:423-7.

SANCHEZ FJ, BELLON JA, CASTILLO R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Aten Primaria* 1992;10:91-7.

SASTRE GUSSONI E, MIRANDA LEON MT, MUNOZ HOYOS A, GALDO MUNOZ G. Health status of gypsy and non-gypsy children in a health district in Granada. *An Esp Pediatr* 2000 ;53(3):223-8

SAUNDERS N R, TENNIS O, JACOBSON S, GANS M, DICK P. Parents' responses

- to symptoms of respiratory tract infection in their children. *CMAJ* 2003 ; 7: 168 (1)
- SCHOR E, STALFIELD B, STIDLEY C, HANKIN J. Family health: utilization and effects of family membership. *Med Care* 1987;25:616-26.
- SCHOR EL. American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics* 2003 ;111(6 Pt 2):1541-71
- SCHOR EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics* 2004 ;114(1):210-6.
- SCHRIRE S. Frequent attenders. A review. *Family Practice* 1986;3:272-5.
- SCHUR CL, BERNSTEIN AB, BERK ML. The importance of distinguishing Hispanic subpopulation in the use of medical care. *Med Care* 1987;25:627-41.
- SCHUSSLER G. Coping strategies and individual meanings of illness. *Soc Sci Med* 1992;34:427-32.
- SCHWENK TL, MARQUEZ JT, LEFEVER D, COHEN M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationship. *J Fam Pract* 1989;28:59-63.
- SEMCHUK KM, EAKIN JM. Children's health and illness behaviour: the single working mother's perspective. *Can J Public Health* 1989 ;80(5):346-50
- SERWINT JR, NELLIS ME. Deaths of pediatric patients: relevance to their medical home, an urban primary care clinic *Pediatrics* 2005 ;115(1):57-63
- SEVILLA E. Factores que intervienen en la utilización de los servicios preventivos. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en atención primaria (7). Barcelona. Ed Doyma. 1991:61-8.
- SHAPIRO E, TATE RB. Is health care using changing? a comparison between physician, hospital, nursing-home and home-care use of two elderly cohorts. *Med Care* 1989;27:1001-14.
- SHERBOURNE CT, STEWART AL. The MOS (Medical Outcome Study) social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-14.
- SHUGERMAN R, LINZER M, NELSON K, DOUGLAS J, WILLIAMS R, KONRAD R. Career Satisfaction Study Group. Pediatric generalists and subspecialists: determinants of career satisfaction. *Pediatrics* 2001;108:3:E40
- 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.
- SIMPSON N, STALLARD P. Referral and access to children's health services. *Arch Dis Child* 2004 Feb;89(2):109-11.

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.

SMITH GR, MONSON RA, RAY DC. Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986;314:1407-13.

SMITH GR (b), MONSON RA, RAY DC. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146:69-72.

SOLON JA, FEENEY JJ, JONES S. Episodes of medical care. *Am J Publ Hlth* 1967;57:401-8.

SORIANO FAURA J, LAZARO ARMENGOL C, GOMEZ GIL A. Determinants of the use of pediatric consultations: study of child morbidity and maternal variables. *Aten Primaria* 1999; 28;23(3):132-6.

SORIANO FAURA FJ, LAZARO ARMENGOL C, ROIG ORTS A. Maternal anxiety, family dysfunction, morbidity and attendance at pediatric consultations. *Aten Primaria* 1997 31;20(7):385-8.

SOX HC, MARGULIES I, SOX CH. Psychologically mediated effects of diagnostic test. *Ann Intern Med* 1982;95:680-5.

SPIELBERG CD, GORSUCH RL, LUSHENE RE. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual 3ª edición. TEA ediciones. Madrid. 1988.

ST CLAIR PA, SMERIGLIO VL, ALEXANDER CS. Social network structure and prenatal care utilization. *Med Care* 1989;27:823-32.

STANTON WR, NADA RAJA S, LANGLEY J. Stability in the structure of health locus of control among adolescents. *Br J Clin Psychol* 1995 ;34 (Pt 2):279-87.

STARFIELD B, VAN DEN BERG BJ, STEINWACHS DM, KATZ HP, HORN SD. Variations in utilization of health services by children. *Pediatrics* 1979 ;63(4):633-41.

STARFIELD B, HANKIN J, STEINWACHS D, HORN S, BENSON BA, KATZ J, GABRIEL A. Utilization and morbidity: random or tandem? *Pediatrics* 1985;75:241-7.

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.

STEWART M, BROWN JB, WESTON WW. Patient-centred interviewing part III: five provocative questions. *Can Fam Physician* 1989;35:159-61.

STOLLER EP, FORSTER LE, PORTUGAL S. Self-care responses to symptoms by older people: a health diary study of illness behavior. *Med Care* 1993;31:24-42.

STUART MR, LIEBERMAN JA. How patients react to stress. En: Stuart MR, Lieberman JA. The fifteen minute hour: applied psychotherapy for the primary care physician (Second edition). Westport (Connecticut). Praeger. 1993:15-32.

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.

TAIT R, DEGOOD D, CARRON H. A comparison of health locus of control beliefs in low-back patients from the U.S. and New Zealand. Pain 1982 ;14(1):53-61.

TANNER JL, COCKERHAM WC, SPAETH JL. Predicting physician utilization. Med Care 1983;21:360-9.

TAPIA COLLADOS C.ET ALL. Hiperfrecuentacion en las consultas de pediatria de Atención primaria.Rev Pediatr Aten Primaria 2004;6:547-557.

TAYLOR SE. Health psychology: the science and the field. Am Psychologist 1990;45:40-50.

TCHENG-LAROCHE F, PRINCE R. Separated and divorced women compared with married controls: selected life satisfaction, stress and health indices from a community survey. Soc Sci Med 1983;17:95-105.

TESSLER R, & MECHANIC D. Psychological distress and perceived health status. J Health Soc Behav 1978;19(3): 254-262.

TESSLER R, MECHANIC D, DIMOND M. The effect of psychological distress on physician utilization: a prospective study. J Health Soc Behav 1976;17:353-64.

THOITS PA. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Soc Behav 1982;22:145-59.

THOMAS DHT ET AL. The interface between self medication and the NHS. BMJ 1996; 312:688-91.

THOMAS JW, PENCHANSKY R. Relating satisfaction with access to utilization of services. Med Care 1984;22:553-68.

THOMAS TH. The effect of managed care on health services use by dually eligible elders. Med Care 1989;27:983-1001.

THOMPSON JW, BURNS B, BARTKO J, BOYD JH, TAUBE CA, BOURDON KH. The use ambulatory services by persons with and without phobia. Med Care 1988;26:183-98.

THOMSON, H. ROSS, S. WILSON, P MCCONNACHIE, A. ANDWATSON R. Randomised controlled trial of effect of Baby Check on use of health services in first

6 months of life. *BMJ* 1999;26, 318(7200): 1740 - 1744.

TINSLEY BJ, HOLTGRAVE DR. Maternal health locus of control beliefs, utilization of childhood preventive health services, and infant health. *J Dev Behav Pediatr* 1989 ;10(5):236-4

TONB DALAL C, HORWITZ SARAH M, LEAF PHILIP J. Mental Health Factors in the Utilization of Pediatric Primary Care . *Mental Health Services Research* 1999 ; 1(1):47-56

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, JAEN I. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Púb* 1988;62:1645-54.

TUKEY JW. *Exploratory Data Analysis*. Reading. Massachussets. Addison-Wesley. 1977.

UMBERSON O. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992;34:907-17.

USHERWOOD TP. Development and randomized controlled trial of a booklet of advice for parents. *Br J Gen Pract* 1991;41:58-62.

VAN DE KAR A, KNOTTNERUS A, MEERTENS R, DUBOIS V, KOK G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42:313-16.

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.

VERBRUGGE LM. *Health Diaries*. *Medical Care* 1980;18,(1): 73-95

VIRTANEN P. Unemployment, re-employment and the use of primary health care services. *Scand J Prim Health Care* 1993;11:228-33.

WALLSTON BS, WALLSTON KA, KAPLAN GD, MAIDES SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scales. *J Consult Clin Psychol* 1976;44:580-5.

WALLSTON KA, WALLSTON BS. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978;6:160-70.

WAN TTH, SIFER SJ. Determinants of physician utilization: a causal analysis. *J Health Soc Behav* 1974;15:100-8.

WAN TTH. Functionally disabled elderly: health status, social support and use of health services. *Research on Aging* 1987;9:61-72.

WANN TTH. The effect of managed care on health services use by dually eligible elders. *Med Care* 1989;27:983-1001.

WAN PO AL, editor. *Non-prescription drugs*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications 1982;2:35

WARD A, PRATT C. Psychosocial influences on the use of health care by children. *Aust N Z J Public Health* 1996;20(3):309-16.

WARDLE J, STEPTOE A. The European health and behaviour survey: rationale, method and initial results from the United Kingdom. *Soc Sci Med* 1991;33:925-36.

WATSON, J. M., & KEMPER, IR- J. Maternal factor and child's health care use. *Social Sciences and Medicine* 1995; 40: 623-628.)

WAXMAN HM, CARNER EA, BLUM A. Depressive symptoms and health service utilization among the community elderly. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:417-20.

WEINREB L, WEHLER C, PERLOFF J, SCOTT R, HOSMER D, SAGOR L, GUNDERSEN C. Hunger: its impact on children's health and mental health. *Pediatrics* 2002 ;110(4):e41.

WEISS JE, GREENLICK MR. Determinants of medical care utilization: the effect of social class and distance on contacts with the medical care system. *Med Care* 1970;8:456-62.

WENNBERG JE, BARNES BA, ZUBKOFF M. Professional uncertainty and the problem of supplier- induced demand. *Soc Sci Med* 1982;16:811-21.

WENNBERG JE. On patient need, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome fo common medical practices. *Med Care* 1985;23:512-20.

WESTHEAD JN. Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985;35:337-40.

WESTON WW, BROWN JB, STEWART MA. Patient-centred interviewing part I: understanding patients'experiences. *Can Fam Physician* 1989;35:147-51.

WHITE GM. The role of cultura explanations in 'somatization' and 'psychologization'. *Soc Sci Med* 1982;16:1519-30.

WHITE K, KOLMAN ML, MEXLER P, POLING G, WINTER RJ. Unstable diabetes and unstable families: a psychosocial evaluation of diabetic children with recurrent ketoacidosis. *Pediatrics* 1984 ;73:749-55.

WHITE KL, WILLIAMS F, GREENBERG BG, HILL C. The ecology of medical care. *New Engl J Med* 1961;265:885-92.

WILKIN D, METCALFE DH. List size and patient contact in general medical practice. *Br Med J* 1984;289:1501-5.

WILKIN D, SMITH AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *J R Col Gen Pract* 1987;37:350-3.

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.

WILSON A, CHILDS S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002;52:1012-20

WOLFE BL. Children's utilization of medical care. *Med Care* 1980;18:1196-207.

WOLINSKY FD. Assessing the effects of predisposing, enabling, and illness-morbidity characteristics on health service utilization. *J Health Soc Behav* 1978;19:384-96.

WOLINSKY FD, MOSELY RR, COE RM. A cohort analysis of the use of health services by elderly Americans. *J Health Soc Behav* 1986;27:109-20.

WOLINSKY FD. Seeking and using health services. En: Wolinsky FD. *The sociology of health. Principles, practitioners and issues.* Belmont (California). Wadsworth Publishing Company. 1988:117-44.

WOODWARD, C. A., BOYLE, M. H., OFFORD, D. R., CADMAN, D. T., ET AL. Ontaño child health study: Patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics* 1988; 82: 425-434.

WYKE S, HEWISON J, RUSSELL IT. Respiratory illness in children: what makes parents decide to consult?. *Br J Gen Pract* 1990 ;40(335):226-9.

YATES WR. The National Institute of Mental Health Epidemiologic Study: implications for family practice. *J Fam Pract* 1986;22:251-5.

YELIN EH, KRAMER JS, EPSTEIN WV. Is health care use equivalent across social groups? a diagnosis-based study. *Am J Public Health* 1983;73:563-71.

YUEN P, BALAJARAN R. Unemployment and patterns of consultations with general practitioner. *Br Med J* 1989;298:1012-4.

ZOLA IK. Culture and symptoms: an analysis of patients' complaints. *Am Social Rev* 1966;31: 615-30.

ZOLA IK. Pathways to the doctor. From person to patient. *Soc Sci Med* 1973;7:677-84.

ANEXOS

ANEXO 1

DIARIO DE SALUD

Fecha:

En el día de hoy: (marcar lo verdadero)

- No ha tenido ningún síntoma o enfermedad.
- Ha tenido algún síntoma o enfermedad: Anótelos en la siguiente lista:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Fiebre baja (37°-38°) | <input type="checkbox"/> 10. Dolor de oídos |
| <input type="checkbox"/> 2. Fiebre moderada (38°-39°) | <input type="checkbox"/> 11. Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> 3. Fiebre alta (más de 39°) | <input type="checkbox"/> 12. Dolor de barriga |
| <input type="checkbox"/> 4. Fiebre (no sé más) | <input type="checkbox"/> 13. Llanto excesivo |
| <input type="checkbox"/> 5. Catarro | <input type="checkbox"/> 14. Decaimiento excesivo |
| <input type="checkbox"/> 6. Tos | <input type="checkbox"/> 15. Golpe |
| <input type="checkbox"/> 7. Ahogo | <input type="checkbox"/> 16. Herida. |
| <input type="checkbox"/> 8. Vómitos | <input type="checkbox"/> 17. Otros síntomas: anotar |
| <input type="checkbox"/> 9. Diarrea | |

	Sintoma	Sintoma	Sintoma
Poner el número de síntoma que presentó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-Marque si presentó este síntoma en alguno de sus hijos en alguna ocasión:	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
-Marque si no fue a la escuela o disminuyó su actividad normal	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
-Marque en el recuadro como considera cada síntoma.	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> grave
Ahora marque en cada síntoma lo que hizo:			
Esperé sin hacer nada	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Hablé con alguien para buscar solución	<input type="checkbox"/> marido <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> otra familiar <input type="checkbox"/> vecino <input type="checkbox"/> vecina <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> otros	<input type="checkbox"/> marido <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> otra familiar <input type="checkbox"/> vecino <input type="checkbox"/> vecina <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> otros	<input type="checkbox"/> marido <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> abuela <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> otra familiar <input type="checkbox"/> vecino <input type="checkbox"/> vecina <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> amiga <input type="checkbox"/> otros
-Tomé soluciones caseras. (infusiones, baños ...)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
-Lo llevé a consultar:	<input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico C. de Salud <input type="checkbox"/> Médico Particular <input type="checkbox"/> Urgencias C. Salud <input type="checkbox"/> Urgencias Hospital	<input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico C. de Salud <input type="checkbox"/> Médico Particular <input type="checkbox"/> Urgencias C. Salud <input type="checkbox"/> Urgencias Hospital	<input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Médico C. de Salud <input type="checkbox"/> Médico Particular <input type="checkbox"/> Urgencias C. Salud <input type="checkbox"/> Urgencias Hospital

-Le dí medicamentos: Anote en el recuadro el nombre.

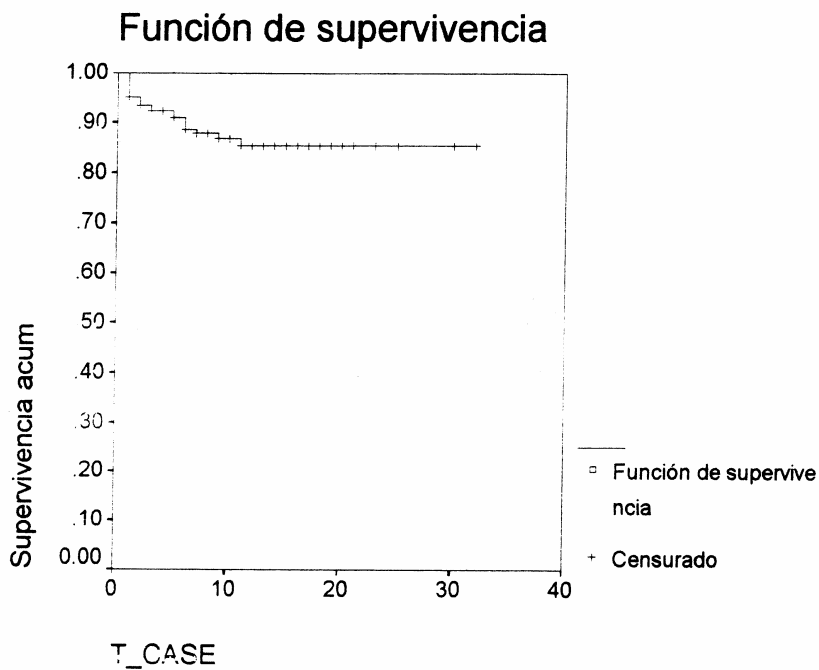
ANEXO 2

FUNCIÓN DE SUPERVIVENCIA

Survival Analysis for T_CASE

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	27.97	.63	(26.74,	29.20)
(Limited to	32.00)			
Median:	.	.	(. ,	.)

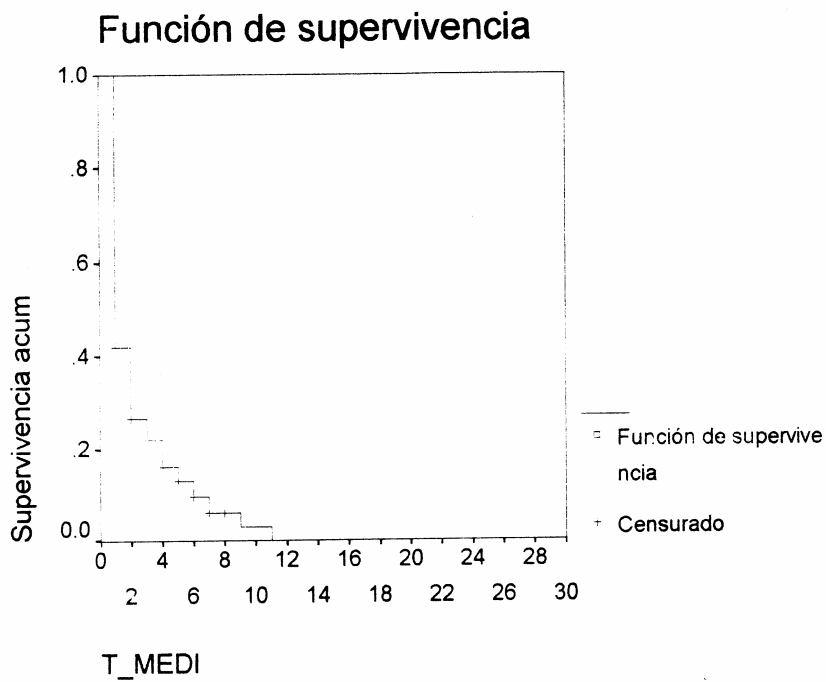
	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	.	.	.
Standard Error	.	.	.



Survival Analysis for T_MEDI

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	2.48	.14	(2.20,	2.75)
Median:	1.00	.	(. ,	.)

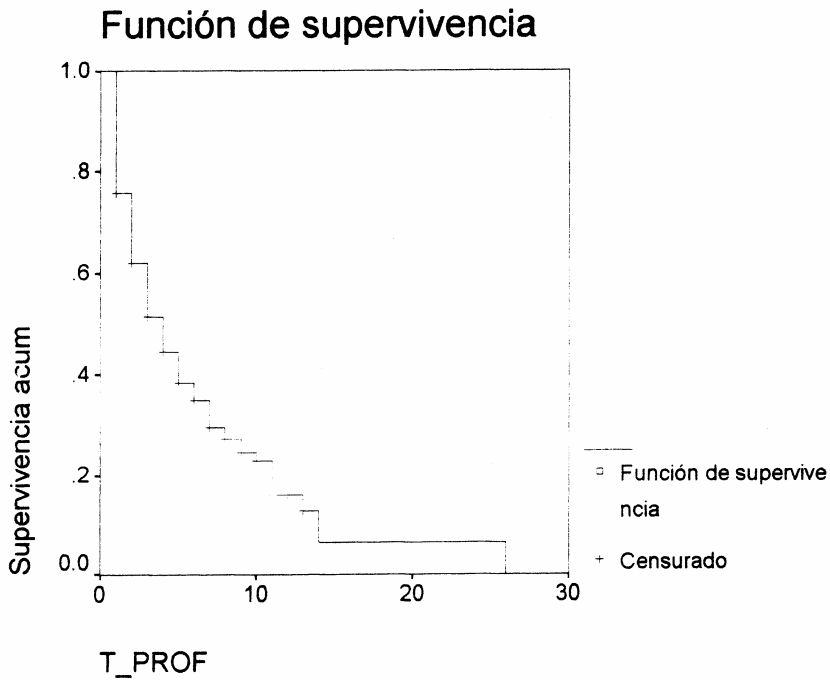
	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	3.00	1.00	1.00
Standard Error	.23	.	.



Survival Analysis for T_PROF

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	6.34	.74	(4.89,	7.79)
Median:	4.00	.28	(3.44,	4.56)

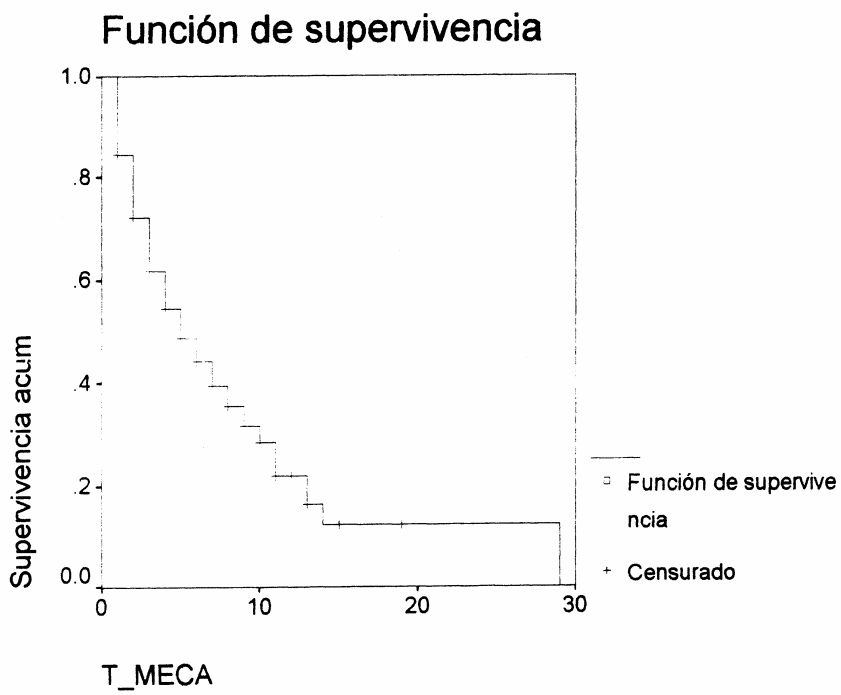
	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	9.00	4.00	2.00
Standard Error	.92	.28	.



Survival Analysis for T_MECA

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	8.47	.93	(6.65,	10.29)
Median:	5.00	.46	(4.10,	5.90)

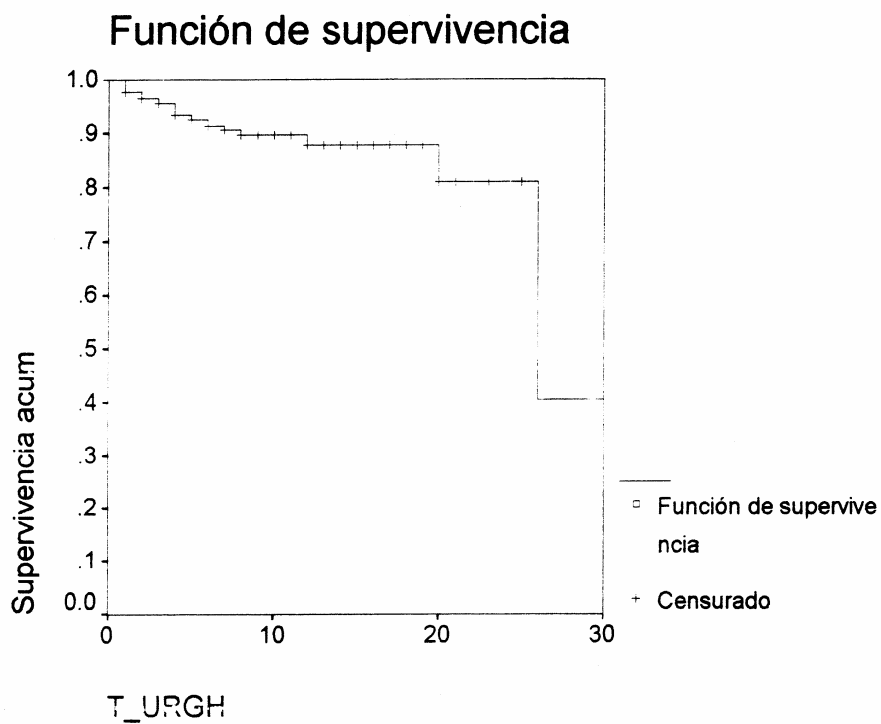
	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	11.00	5.00	2.00
Standard Error	1.18	.46	.16



Survival Analysis for T_URGH

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	24.68	1.36	(22.01,	27.34)
(Limited to	30.00)			
Median:	26.00	4.27	(17.62,	34.38)

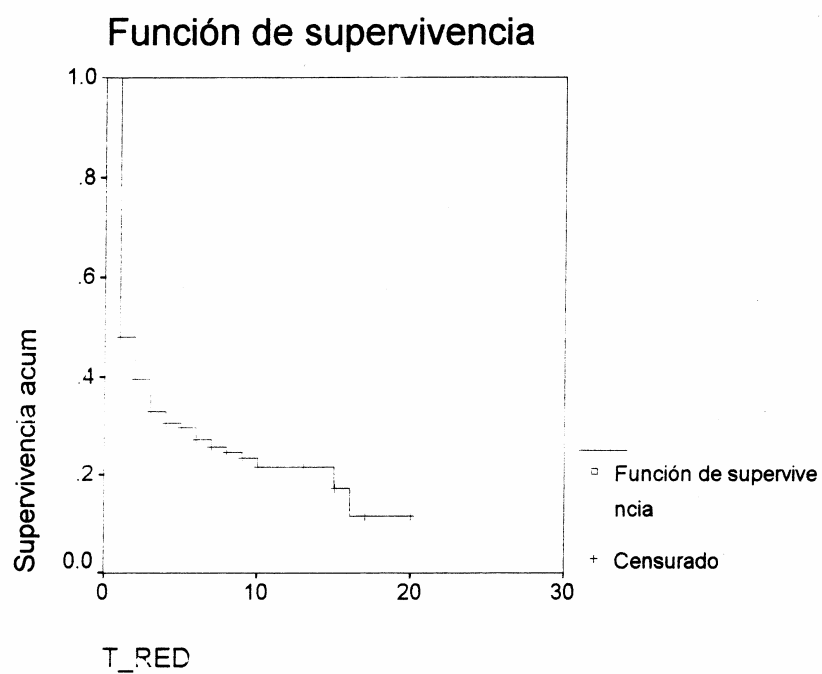
	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	.	26.00	26.00
Standard Error	.	4.27	4.27



Survival Analysis for T_RED

	Survival Time	Standard Error	95% Confidence Interval	
Mean:	5.54	.44	(4.68,	6.40)
(Limited to	20.00)			
Median:	1.00	.	(. ,	.)

	Percentiles		
	25.00	50.00	75.00
Value	8.00	1.00	1.00
Standard Error	2.03	.	.



ANEXO 3

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS

**Validez y fiabilidad del cuestionario
de creencias "Locus de Control de la Salud
de las Madres" : LCSM-30.**

Tabla 1: Perfil socio-demográfico de la población sobre la que se realiza la validación del cuestionario "Locus de Control de la Salud de las Madres" (N = 385)

Variables	Valores (%)*
<u>Edad de la madre (años)</u>	
Media (d.t.)	33.0 (4.93)
Rango	13 - 50
<u>Estado civil</u>	
Casada	358 (93.2)
Separada - divorciada	15 (3.9)
Soltera	10 (2.6)
Viuda	1 (0.3)
<u>Estudios</u>	
Primarios incompletos	20 (5.2)
Graduado escolar o FP1	223 (57.9)
COU o FP2	81 (21.0)
Diplomada	36 (9.4)
Licenciada	23 (6.0)
<u>Situación Laboral</u>	
Sus labores	188 (48.8)
Trabaja	130 (33.8)
Paro	53 (13.8)
Estudia	7 (1.8)
Pensionista	4 (1.0)
Otras	2 (0.5)
<u>Clase Social</u>	
I	13 (3.5)
II	28 (7.6)
III	94 (25.4)
IV	198 (53.5)
V	29 (7.8)
VI	8 (2.2)
<u>Número de Convivientes</u>	
Media (d.t.)	4.06 (0.93)
Rango	2 - 9
<u>Percepción Salud Materna</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	23 (6.0)
Ni buena ni mala	66 (17.1)
Aceptable	224 (58.2)
Excelente	71 (18.4)
<u>Genero del hijo</u>	
Hombre	199 (51.7)
Mujer	186 (48.3)
<u>Edad del hijo (meses)</u>	
Media (d.t.)	40.96 (23.54)
Rango	2 - 96
<u>Salud percibida del hijo</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	24 (6.2)
Ni buena ni mala	28 (7.3)
Aceptable	192 (49.9)
Excelente	140 (36.4)
<u>Enfermedad crónica del hijo</u>	
No	341 (88.6)
Si	44 (11.4)

Tabla 2: Análisis descriptivo y de la fiabilidad test-retest de los ítems del cuestionario "locus de Control de la Salud de las Madres" (N = 385).

Item	Mediana	Media	Desviación Típica	N del test- Retest	C. Correlac. Intraclase	I.C. 95% C.C.I
1	4	4.21	1.30	376	0.56	0.48 - 0.62
2	2	2.39	1.35	375	0.50	0.43 - 0.57
3	4	3.38	1.60	375	0.73	0.68 - 0.55
4	3	3.38	1.47	376	0.58	0.51 - 0.65
5	4	4.39	1.31	374	0.54	0.46 - 0.61
6	3	2.56	1.43	370	0.55	0.48 - 0.62
7	3	3.05	1.59	366	0.70	0.64 - 0.75
8	4	1.26	1.32	374	0.52	0.44 - 0.59
9	6	5.30	1.00	373	0.51	0.43 - 0.58
10	3	2.48	1.38	370	0.63	0.57 - 0.70
11	3	3.22	1.54	368	0.70	0.64 - 0.75
12	4	4.02	1.46	375	0.61	0.55 - 0.67
13	5	4.80	1.20	373	0.53	0.46 - 0.60
14	3	2.70	1.31	368	0.65	0.59 - 0.71
15	3	2.64	1.31	360	0.66	0.60 - 0.71
16	3	3.04	1.28	360	0.62	0.56 - 0.68
17	4	4.06	1.24	371	0.54	0.46 - 0.61
18	3	2.25	1.14	369	0.61	0.55 - 0.67
19	3	3.06	1.47	363	0.75	0.70 - 0.79
20	3	2.92	1.40	373	0.58	0.51 - 0.64
21	4	3.62	1.32	370	0.56	0.48 - 0.62
22	3	2.38	1.21	367	0.64	0.58 - 0.70
23	3	2.71	1.43	365	0.73	0.68 - 0.78
24	4	3.58	1.38	367	0.56	0.49 - 0.63
25	5	5.06	1.04	372	0.52	0.45 - 0.59
26	3	2.63	1.36	371	0.56	0.49 - 0.63
27	3	2.35	1.26	364	0.57	0.50 - 0.64
28	5	4.94	1.18	368	0.50	0.42 - 0.57
29	5	4.76	1.13	370	0.58	0.51 - 0.64
30	3	2.66	1.29	364	0.64	0.58 - 0.70
31	3	2.76	1.38	362	0.68	0.62 - 0.73
32	1	1.62	1.03	376	0.42	0.33 - 0.50

N del test-retest = tamaño de muestra del análisis del test-retest. C.C.I. = Coeficiente de Correlación intraclase. I.C. 95% = Intervalo de Confianza al 95%. El tiempo medio entre el test y el retest fue de 9.15 días (desviación típica = 7.10; rango = 3 - 67).

Tabla 3: Análisis factorial del cuestionario "Locus de Control de la Salud de las Madres".

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
19	0.869			
11	0.860			
7	0.840			
3	0.781			
31	0.746			
23	0.705	0.354		
15	0.621	0.341		
27	0.554	0.335		
28				
10		0.801		
14		0.769		
18		0.761		
22		0.725		
30		0.723		
26		0.681		
6		0.668		
2		0.660		
17			0.693	
1			0.687	
5			0.656	
25			0.629	
13			0.627	
29			0.623	
9			0.526	
21			0.434	0.376
16				0.746
24				0.671
20				0.631
4			0.323	0.593
12			0.350	0.520
8			0.388	0.482
32				

*N= 380. Análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.878. Prueba de esfericidad de Barlett = Chi cuadrado 5743.042; 496 gl; $p < 0.001$. Variabilidad explicada de la solución factorial = 52%: **Factor 1 (Dios)** = 25,3%; **Factor 2 (Azar)** = 12.5%; **Factor 3 (Interno)** = 8.1%; **Factor 4 (Profesional)** = 6.1%. Se han suprimido las puntuaciones factoriales por debajo de 0.30.*

Tabla 4: Análisis de la Consistencia Interna de las escalas del Locus de Control de la Salud de las madres (N = 385).

Escalas	¹ Correlación ítem-Escala corregida	² Coefficiente de Correlación Múltiple	Alfa si el ítem es Suprimido De la escala
"Dios" (alfa = 0.92)			
Item 19	0.840	0.728	0.898
Item 11	0.832	0.739	0.899
Item 7	0.788	0.676	0.903
Item 3	0.705	0.551	0.910
Item 31	0.700	0.505	0.910
Item 23	0.707	0.540	0.909
Item 15	0.658	0.469	0.913
Item 27	0.604	0.406	0.917
"Azar" (alfa = 0.90)			
Item 10	0.757	0.587	0.874
Item 14	0.667	0.504	0.883
Item 18	0.673	0.518	0.883
Item 22	0.708	0.517	0.879
Item 30	0.697	0.506	0.880
Item 26	0.672	0.501	0.882
Item 6	0.662	0.476	0.884
Item 2	0.584	0.393	0.891
"Interno" (alfa = 0.78)			
Item 17	0.609	0.426	0.733
Item 1	0.571	0.388	0.739
Item 5	0.518	0.353	0.749
Item 25	0.467	0.295	0.758
Item 13	0.490	0.399	0.754
Item 29	0.483	0.415	0.755
Item 9	0.372	0.211	0.771
Item 21	0.354	0.209	0.778
"Profesional" (alfa = 0.74)			
Item 16	0.571	0.413	0.671
Item 24	0.478	0.328	0.695
Item 20	0.450	0.297	0.703
Item 4	0.472	0.311	0.697
Item 12	0.426	0.221	0.711
Item 8	0.432	0.292	0.708

¹ Coeficiente de correlación entre el ítem y la escala una vez extraído de la escala el ítem de estudio.

² Coeficiente de Correlación Múltiple cuando el ítem de estudio es la variable dependiente y el resto de los ítems de la escala las independientes.

Tabla 5: Análisis descriptivo y de la fiabilidad test-retest de las escalas del cuestionario "Locus de Control de la Salud de las Madres" (N = 385).

Escala	Mediana	Media	Desviación típica	¹ Mínimo-Máximo	² N Test Retest	³ C.C.I.	⁴ I.C.95% C.C.I.
Dios	24	23.12	9.29	8 - 46	338	0.83	0.79 - 0.86
Azar	20	20.04	7.99	8 - 45	351	0.77	0.72 - 0.80
Interno	36	36.20	6.01	18 - 48	356	0.75	0.71 - 0.80
Profesional	21	21.19	5.45	6 - 36	363	0.75	0.71 - 0.80

¹ Valores reales mínimos y máximo que toman las escalas. Los valores teóricos mínimos y máximos para las escalas de 8 ítems (Dios, Azar e Interno) son de 6 - 48 y para la escala de 6 ítems (Profesional) de 6 - 36.

² Tamaño muestral para el análisis de la fiabilidad test-retest de las escalas.

³ C.C.I. Coeficiente de Correlación Intraclase.

⁴ I.C.95% Intervalo de Confianza al 95%.

El tiempo medio entre el test y el retest fue de 9.15 días (desviación típica = 7.10; rango = 3 - 67).

Tabla 6: Relaciones entre las escalas del "Locus de Control de la Salud de las Madres" (Coeficientes Rho de Spearman; N = 385).

Escalas	Dios	Azar	Interno	Profesional
Dios	1.000			
Azar	0.528 ^{**}	1.000		
Interno	- 0.062	- 0.103 [*]	1.000	
Profesional	0.293 ^{**}	0.267 ^{**}	0.237 ^{**}	1.000

** La correlación es significativa al nivel <0.05 bilateral.*

** La correlación es significativa al nivel <0.01 bilateral*

Tabla 7: Análisis de los constructos de validez de las escalas del "Locus de Control de la Salud de las Madres" (Coeficiente de Correlación de Pearson), N = 385.

Variables	Dios	Azar	Interno	Profesional
Utilización de la madre (lg)	0.049	0.064	- 0.119 a	0.058
Utilización del hijo (lg)	0.022	0.122 a	- 0.118 a	0.029
Eficacia Médica	0.132 a	0.190 b	0.166 b	- 0.028
Importancia de la Salud	0.038	0.179 b	0.033	0.052
Susceptibilidad	0.141 b	0.154 b	- 0.118 a	0.173 b
Gravedad	0.033	0.022	- 0.048	0.045
Barreras (lg)	0.077	0.061	- 0.017	0.048
APGAR familiar (x³)	- 0.137 b	- 0.087	0.040	- 0.028
FES - cohesión familiar (x³)	- 0.047	0.005	0.083	0.029
FES - conflicto familiar (lg)	- 0.076	- 0.115	- 0.038	- 0.167 b
FES - expresividad familiar (x³)	- 0.114 a	0.032	- 0.024	- 0.065
Indice de Witheley de Hipocondría (lg)	0.236 b	0.160 b	0.008	0.132 a
STAI - ansiedad de rasgo (r2)	0.264 b	0.174 b	- 0.107 a	0.115 a
BDI (depresión) (lg)	0.107 a	0.076	- 0.058	0.145 b
Duke-UNC-11 (apoyo social) (x²)	- 0.109 a	- 0.058	0.036	- 0.094

(a) significativo al nivel $p < 0.05$ bilateral y (b) significativo al nivel $p < 0.01$ bilateral.
 (lg) logaritmo; (r2) raíz cuadrada; (x²) exponencial al cuadrado y (x³) exponencial al cubo.

Tabla 8: Análisis de los constructos de validez de las escalas del "Locus de Control de la Salud de las Madres" (*T de Student*), N = 385.

Variables	Dios	Azar	Interno	Profesional
Salud del hijo			(b)	(a)
¹ Buena (n=332)	23.0 (22.0-24.0)	20.2(19.4-21.1)	36.8 (36.2-37.4)	21.5 (20.9-22.1)
Mala (n=53)	23.7 (21.0-26.3)	18.7 (16.4-21.0)	32.4 (30.7-34.1)	19.5 (17.9-20.9)
Salud de la madre			(a)	
¹ Buena (n=295)	23.0 (22.0-24.1)	20.0 (19.1-20.9)	36.6 (35.9-37.2)	21.1 (20.5-21.7)
Mala (n=90)	23.4 (21.3-25.5)	20.1 (18.4-21.8)	35.0 (33.8-36.3)	21.4 (20.2-22.7)
Satisfacción con el pediatra			(a)	
² Si (n=311)	22.7 (21.6-23.7)	20.0 (19.1-20.9)	36.5 (35.9-37.2)	21.2 (20.6-21.8)
No (n=74)	25.0 (22.8-27.2)	20.1 (18.1-21.9)	34.8 (33.3-36.2)	21.1 (19.8-22.3)
Nivel de estudios	(b)	(b)	(b)	(b)
COU o >	20.4 (18.8-22.6)	17.5 (16.2-18.8)	37.6 (36.7-38.5)	20.2 (19.4-21.0)
(n=140)	24.7 (23.6-25.8)	21.5 (20.5-22.5)	35.4 (34.6-36.1)	21.8 (21.1-22.5)
< COU (n=245)				
Clase Social	(b)	(a)	(a)	
³ I-II-III (n=135)	21.4 (19.8-22.9)	18.6 (17.3-19.9)	37.1 (36.1-38.1)	20.7 (19.8-21.6)
IV-V-VI (n=250)	24.1 (22.9-25.2)	20.8 (19.9-21.8)	35.7 (34.9-36.2)	21.4 (20.7-22.1)
Situación laboral	(a)		(b)	(b)
Trabajo o paro	21.8 (19.5-21.0)	19.5 (18.3-20.7)	37.1 (36.2-38.0)	20.3 (19.5-21.0)
(n=183)	24.3 (21.3-22.8)	20.5 (19.4-21.6)	35.4 (34.6-36.1)	22.0 (21.2-22.8)
Sus labores u otras (n=202)				

(a) nivel de significación <0.05 bilateral y (b) nivel de significación <0.01.

(¹) Percepción de salud Buena = aceptable o excelente; Mala = ni buena ni mala, regular o mala.

(²) Si = casi siempre o siempre; No = algunas veces, casi nunca o nunca.

(³) Clase social I = altos ejecutivos, empresarios, liberales; II = Técnicos; III = Administrativos; IV = Obreros especializados; V = Obreros no especializados; VI= Otros.

Tabla 9: Análisis de la validez de constructo de las escalas del "Locus de control de Salud de las Madres": análisis de la regresión lineal múltiple, coeficientes de correlación parcial, N = 385.

Variables	Dios	Azar	Interno	Profesional
<u>Variables de la madre</u>				
Edad	- 0.060	- 0.015	0.033	- 0.004
Estudios (< COU-FP2)	0.134 *	0.196 **	- 0.117 *	0.126 *
Clase social (IV-V-VI)	0.081	0.048	- 0.033	- 0.043
Situación laboral (sus labores)	0.051	- 0.052	- 0.145 **	0.023
Estado civil (soltera, separada o viuda)	- 0.044	- 0.083	0.007	- 0.057
Nº convivientes	0.033	0.020	- 0.104	- 0.051
Peor autopercepción de salud	- 0.086	- 0.143 *	0.048	- 0.022
Insatisfacción con el pediatra	0.051	0.022	- 0.050	- 0.009
Isocrona mayor	0.058	0.027	- 0.087	0.092
Utilización (visitas/año)	- 0.016	- 0.028	- 0.068	- 0.041
<u>Variables del hijo</u>				
Edad	- 0.054	0.072	- 0.023	- 0.016
Sexo (mujer)	- 0.011	- 0.029	- 0.074	0.000
Peor percepción de salud	0.006	- 0.013	- 0.205 **	- 0.087
Presencia de enfermedad crónica	0.093	- 0.033	- 0.060	0.039
Utilización (visitas/año)	0.107 *	0.025	- 0.060	0.013
<u>Creencias de salud materna</u>				
Eficacia	0.101	0.069	0.219 **	0.368 **
Susceptibilidad	0.119 *	0.113 *	- 0.048	0.186 **
Susceptibilidad I.R.A.	- 0.063	- 0.066	0.008	- 0.081
Gravedad	- 0.016	0.118 *	- 0.073	0.012
Importancia de la salud	0.148 **	- 0.060	0.000	0.037
Barreras	0.062	0.021	- 0.063	- 0.054
<u>Variables psicosociales</u>				
Ansiedad de rasgo (STAI-R)	0.147 **	0.213 **	- 0.121 *	0.008
Depresión (BDI-13)	0.047	- 0.049	0.033	0.099
Hipocondría (Witheley)	- 0.023	0.079	0.058	0.009
Apoyo social (Duke-11)	0.046	- 0.012	- 0.042	- 0.099
Conflicto familiar (FES)	- 0.136 *	- 0.129 *	- 0.032	- 0.195 *
Expresividad familiar (FES)	0.060	- 0.073	- 0.052	0.048
Cohesión Familiar (FES)	- 0.017	0.052	0.044	- 0.042
R²	0.196	0.202	0.212	0.274
Test de Durbin-Watson.	1.859	1.921	1.848	1.917

En ninguna de las 4 ecuaciones de regresión ni el histograma, ni el gráfico P-P normal de regresión de residuos tipificados, mostraron desviaciones de la normalidad.

* nivel de significación <0.05 bilateral.

** nivel de significación <0.01 bilateral.

Resultados: El análisis factorial confirmó las dimensiones teóricas del LCSM de Wallstor. Aquél explicó el 52% de la varianza y los factores subyacentes fueron: locus de control de la salud de Dios (8 ítems, $\alpha = 0.92$), del azar (8 ítems, $\alpha = 0.90$), interno (8 ítems, $\alpha = 0.78$) y profesional (6 ítems, $\alpha = 0.74$). Sólo el ítem 32 mostró un coeficiente de correlación íntraclass < 0.5 , que además coincidió con uno de los 2 ítems que no se situaron en ninguno de los factores y que fueron eliminados. Ningún ítem de los 30 restantes aumentó el α cuando era retirado de su correspondiente escala. Los coeficientes de fiabilidad del retest de las escalas fueron: Dios = 0.83 (0.79-0.86); Azar = 0.77 (0.72-0.80); Interno = 0.75 (0.71-0.80) y profesional = 0.75 (0.71-0.80).

Conclusiones: El cuestionario "Locus de salud de las madres" es válido y fiable. Este cuestionario en su versión española (LCSM-30) está listo para su aplicación en la investigación de variables de salud y de resultado.

**Validez y fiabilidad de un cuestionario
"Creencias de Salud de las Madres" (CSM)
inspirado en el modelo de Becker.**

Tabla 1: Perfil socio-demográfico de la población sobre la que se realiza la validación del cuestionario "Locus de Control de la Salud de las Madres" (N = 385)

Variables	Valores (%)*
<u>Edad de la madre (años)</u>	
Media (d.t.)	33.0 (4.93)
Rango	13 - 50
<u>Estado civil</u>	
Casada	358 (93.2)
Separada - divorciada	15 (3.9)
Soltera	10 (2.6)
Viuda	1 (0.3)
<u>Estudios</u>	
Primarios incompletos	20 (5.2)
Graduado escolar o FP1	223 (57.9)
COU o FP2	81 (21.0)
Diplomada	36 (9.4)
Licenciada	23 (6.0)
<u>Situación Laboral</u>	
Sus labores	188 (48.8)
Trabaja	130 (33.8)
Paro	53 (13.8)
Estudia	7 (1.8)
Pensionista	4 (1.0)
Otras	2 (0.5)
<u>Clase Social</u>	
I	13 (3.5)
II	28 (7.6)
III	94 (25.4)
IV	198 (53.5)
V	29 (7.8)
VI	8 (2.2)
<u>Número de Convivientes</u>	
Media (d.t.)	4.06 (0.93)
Rango	2 - 9
<u>Percepción Salud Materna</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	23 (6.0)
Ni buena ni mala	66 (17.1)
Aceptable	224 (58.2)
Excelente	71 (18.4)
<u>Genero del hijo</u>	
Hombre	199 (51.7)
Mujer	186 (48.3)
<u>Edad del hijo (meses)</u>	
Media (d.t.)	40.96 (23.54)
Rango	2 - 96
<u>Salud percibida del hijo</u>	
Mala	1 (0.3)
Regular	24 (6.2)
Ni buena ni mala	28 (7.3)
Aceptable	192 (49.9)
Excelente	140 (36.4)
<u>Enfermedad crónica del hijo</u>	
No	341 (88.6)
Si	44 (11.4)

Tabla 2: Análisis descriptivo y de la fiabilidad test-retest de los ítems del cuestionario de "Creencias de Salud de las Madres" (N = 385).

Item	Mediana	Media	Desviación Típica	N del test- Retest	C. Correlac. Intraclase	I.C. 95% C.C.I
Percepción de Susceptibilidad						
1	3	2.85	0.79	376	0.61	0.54 - 0.67
3	3	3.23	0.74	375	0.53	0.46 - 0.60
5	3	2.50	0.82	375	0.52	0.44 - 0.59
7	2	1.98	0.77	367	0.56	0.49 - 0.63
9	2	2.31	0.80	376	0.66	0.60 - 0.71
11	2	1.81	0.81	375	0.63	0.56 - 0.69
13	2	2.09	0.79	374	0.62	0.55 - 0.68
15	2	2.46	0.83	375	0.66	0.59 - 0.71
17	2	2.23	0.84	374	0.48	0.40 - 0.55
19	2	2.22	0.86	375	0.62	0.56 - 0.68
21	2	1.95	0.79	370	0.62	0.55 - 0.68
23	2	2.30	0.83	375	0.63	0.57 - 0.69
Percepción de Gravedad						
2	2	2.08	0.71	375	0.54	0.46 - 0.60
4	2	1.88	0.71	374	0.53	0.46 - 0.60
6	2	2.34	0.80	375	0.49	0.41 - 0.56
8	3	2.83	1.01	374	0.61	0.55 - 0.67
10	2	1.95	0.69	375	0.52	0.44 - 0.59
12	2	2.23	0.95	374	0.62	0.55 - 0.69
14	4	3.30	1.00	372	0.77	0.72 - 0.80
16	2	2.24	0.75	375	0.56	0.49 - 0.63
18	2	2.20	0.77	371	0.57	0.50 - 0.63
20	2	1.75	0.71	376	0.51	0.43 - 0.58
22	3	2.52	0.95	369	0.61	0.55 - 0.67
24	2	2.24	0.81	376	0.54	0.48 - 0.61

N del test-retest = tamaño de muestra del análisis del test-retest. C.C.I. = Coeficiente de Correlación intraclase. I.C. 95% = Intervalo de Confianza al 95%.

Tabla 2 (continuación): Análisis descriptivo y de la fiabilidad test-retest de los ítems del cuestionario de "Creencias de Salud de las Madres" (N = 385).

Item	Mediana	Media	Desviación Típica	N del test- Retest	C. Correlac. Intraclase	I.C. 95% C.C.I
Percepción de Eficacia Médica						
1	2	2.18	0.94	376	0.67	0.61 - 0.73
2	2	1.99	0.88	377	0.64	0.58 - 0.70
3	3	2.48	0.99	374	0.60	0.53 - 0.66
4	3	2.84	0.95	375	0.66	0.60 - 0.61
5	2	2.25	0.93	372	0.61	0.54 - 0.67
6	3	2.39	0.98	373	0.58	0.51 - 0.64
7	2	2.10	1.04	375	0.65	0.59 - 0.70
8	3	2.51	1.04	373	0.67	0.62 - 0.73
9	2	2.18	0.91	374	0.65	0.59 - 0.71
10	3	2.74	0.90	376	0.54	0.47 - 0.61
11	3	2.48	1.04	377	0.69	0.63 - 0.74
12	2	2.09	0.92	376	0.59	0.52 - 0.65
13	3	3.38	0.65	376	0.60	0.53 - 0.66
Percepción de Barreras en la Asistencia						
1	1	1.34	0.66	376	0.45	0.36 - 0.52
2	1	1.44	0.84	376	0.50	0.42 - 0.57
3	2	1.84	0.94	377	0.58	0.51 - 0.64
4	2	1.84	0.77	377	0.58	0.51 - 0.64
5	2	1.81	0.95	377	0.61	0.54 - 0.67
Percepción de Importancia de la Salud						
1	3	2.40	0.83	374	0.58	0.51 - 0.65
2	3	2.66	0.84	374	0.45	0.36 - 0.52
3	2	2.56	0.86	373	0.50	0.42 - 0.57
4	3	2.77	1.02	374	0.58	0.51 - 0.65
5	2	2.48	0.89	374	0.43	0.35 - 0.51

N del test-retest = tamaño de muestra del análisis del test-retest. C.C.I. = Coeficiente de Correlación intraclase. I.C. 95% = Intervalo de Confianza al 95%.

Tabla 3: Análisis factorial del cuestionario "Creencias de Salud de las Madres".

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Eficacia con la otitis	0.829		
Eficacia con los vómitos repetidos	0.819		
Eficacia con la diarrea	0.809		
Eficacia con el ojo irritado	0.769		
Eficacia con la fiebre alta	0.762		
Eficacia con la tosferina	0.735		
Eficacia con el resfriado	0.709		
Eficacia con la pulmonía	0.707		
Eficacia con las anginas	0.705		
Eficacia con la anemia	0.683		
Eficacia con la meningitis	0.658		
Eficacia con la erupción en la piel	0.637		
Eficacia con las vacunas			
Gravedad de la anemia		0.724	
Gravedad de la erupción en la piel		0.720	
Gravedad de la tosferina		0.714	
Gravedad de la pulmonía		0.705	
Gravedad de la otitis		0.676	
Gravedad de los vómitos repetidos		0.671	
Gravedad de la fiebre alta		0.646	
Gravedad de la diarrea		0.624	
Gravedad de la meningitis		0.591	
Gravedad de la irritación del ojo		0.555	
Gravedad del resfriado		0.507	
Gravedad de las anginas		0.505	
Susceptibilidad a la tosferina			0.682
Susceptibilidad a los vómitos repetidos			0.673
Susceptibilidad a la irritación de ojo			0.672
Susceptibilidad a la pulmonía			0.637
Susceptibilidad a la diarrea			0.624
Susceptibilidad a la meningitis			0.619
Susceptibilidad a la anemia			0.577
Susceptibilidad a la erupción en la piel			0.547

*N= 385. Análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.836. Prueba de esfericidad de Barlett = Chi cuadrado 7546.681; 1081 gl; $p < 0.001$. Variabilidad explicada de la solución factorial = 52,3%: **Factor 1 (Eficacia médica)** = 15.4%; **Factor 2 (Gravedad)** = 11.1%; **Factor 3 (Susceptibilidad)** = 8.0%. Se han suprimido las puntuaciones factoriales por debajo de 0.40.*

Tabla 3 (continuación): Análisis factorial del cuestionario "Creencias de Salud de las Madres".

Ítem	Factor 4	Factor 5	Factor 6
P. barreras organizativas	0.749		
P. barreras de tiempo de espera	0.732		
P. barreras de incomodidad del C. S.	0.725		
P. barreras para la consulta "niño sano"	0.680		
P. barreras de distancia al C. Salud	0.518		
Importancia de la salud (ítem 3)		0.745	
Importancia de la salud (ítem 1)		0.722	
Importancia de la salud (ítem 5)		0.636	
Importancia de la salud (ítem 4)		0.635	
Importancia de la salud (ítem 2)		0.473	
Susceptibilidad a las anginas			0.649
Susceptibilidad a la fiebre alta			0.628
Susceptibilidad al resfriado			0.602
Susceptibilidad a la otitis			0.533

C.S. = Centro de Salud. N= 385. Análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin = 0.836. Prueba de esfericidad de Barlett = Chi cuadrado 7546.681; 1081 gl; $p < 0.001$. Variabilidad explicada de la solución factorial = 52.3%: **Factor 4 (Barreras)** = 6,3%; **Factor 5 (Importancia de la salud)** = 6.0%; **Factor 6 (Susceptibilidad a infecciones respiratorias agudas)** = 5.5%. Se han suprimido las puntuaciones factoriales por debajo de 0.40.

Tabla 4: Análisis de la Consistencia Interna de las escalas de "Creencias de Salud de las Madres" (N = 385).

Escalas	¹ Correlación ítem-Escala corregida	² Coefficiente de Correlación Múltiple	Alfa si el ítem es Suprimido De la escala
"Susceptibilidad" (alfa = 0.81)			
Item 7	0.553	0.332	0.779
Item 9	0.482	0.293	0.790
Item 11	0.454	0.230	0.794
Item 13	0.511	0.324	0.785
Item 19	0.450	0.275	0.795
Item 21	0.550	0.344	0.779
Item 23	0.571	0.377	0.776
Item 27	0.579	0.343	0.775
"Gravedad" (alfa = 0.88)			
Item 2	0.477	0.368	0.879
Item 4	0.445	0.376	0.879
Item 6	0.623	0.462	0.871
Item 8	0.664	0.624	0.868
Item 10	0.580	0.373	0.874
Item 12	0.647	0.507	0.869
Item 14	0.552	0.489	0.876
Item 16	0.629	0.422	0.871
Item 18	0.621	0.448	0.871
Item 20	0.485	0.362	0.869
Item 22	0.645	0.491	0.870
Item 24	0.621	0.424	0.871
"Eficacia Médica" (alfa = 0.92)			
Item 1	0.652	0.567	0.916
Item 2	0.664	0.599	0.915
Item 3	0.704	0.576	0.914
Item 4	0.640	0.539	0.916
Item 5	0.776	0.717	0.911
Item 6	0.780	0.715	0.910
Item 7	0.573	0.507	0.919
Item 8	0.669	0.596	0.915
Item 9	0.762	0.649	0.912
Item 10	0.602	0.506	0.918
Item 11	0.591	0.433	0.919
Item 12	0.700	0.552	0.914

¹ Coeficiente de correlación entre el ítem y la escala una vez extraído de la escala el ítem de estudio.

² Coeficiente de Correlación Múltiple cuando el ítem de estudio es la variable dependiente y el resto de los ítems de la escala las independientes.

Tabla 4 (continuación): Análisis de la Consistencia Interna de las escalas de "Creencias de Salud de las madres" (N = 385).

Escalas	¹ Correlación ítem-Escala corregida	² Coefficiente de Correlación Múltiple	Alfa si el ítem es Suprimido De la escala
"Percepción de Barreras" (alfa = 0.74)			
Item 1	0.500	0.274	0.696
Item 2	0.369	0.195	0.737
Item 3	0.561	0.349	0.665
Item 4	0.539	0.312	0.677
Item 5	0.554	0.382	0.668
"Importancia de la salud" (alfa = 0.67)			
Item 1	0.520	0.310	0.582
Item 2	0.241	0.110	0.695
Item 3	0.543	0.323	0.568
Item 4	0.424	0.263	0.625
Item 5	0.424	0.201	0.622
"Susceptibilidad a Infecciones Respiratorias Agudas" (alfa = 0.64)			
Item 1	0.371	0.144	0.596
Item 2	0.479	0.240	0.517
Item 3	0.452	0.217	0.538
Item 4	0.360	0.130	0.604

¹ Coeficiente de correlación entre el ítem y la escala una vez extraído de la escala el ítem de estudio.

² Coeficiente de Correlación Múltiple cuando el ítem de estudio es la variable dependiente y el resto de los ítems de la escala las independientes.

Tabla 5: Análisis descriptivo y de la fiabilidad test-retest de las escalas del cuestionario de "Creencias de Salud de las Madres" (N = 385).

Escalas	¹ Mínimo / Máximo	Mediana	Media	² D.T.	³ N.	⁴ C.C.I.	⁵ I.C. 95% del C.C.I.
Susceptibilidad	8 / 29	17	16.86	4.22	358	0.74	0.69 - 0.78
Gravedad	12 / 47	28	27.55	6.58	358	0.76	0.72 - 0.80
Eficacia Médica	12 / 48	29	28.22	8.4	357	0.76	0.71 - 0.80
Barreras	5 / 20	8	8.27	2.93	375	0.54	0.46 - 0.61
Importancia de la salud	6 / 20	13	13.36	2.92	370	0.63	0.58 - 0.69
Susceptibilidad a I.R.A.⁶	4 / 16	11	11.04	2.21	371	0.66	0.60 - 0.71

¹ Valores reales mínimos y máximo que toman las escalas. Los valores teóricos mínimos y máximos para las escalas de 12 ítems (Gravedad y Eficacia Médica) son de 12 - 48, para la escala de 8 ítems (Susceptibilidad) de 8 - 32, para las escalas de 5 ítems (Barreras e Importancia de la Salud) de 5 - 20 y para la escala de 4 ítems (Susceptibilidad a I.R.A.) de 4 - 16

² D.T. = Desviación Típica.

³ Tamaño muestral para el análisis de la fiabilidad test-retest de las escalas.

⁴ C.C.I. Coeficiente de Correlación Intraclase. ⁵ I.C.95% Intervalo de Confianza al 95%.

⁶ I.R.A = Infección Respiratoria Aguda.

Tabla 6: Relaciones entre las escalas de "Creencias de la Salud de las Madres"(Coeficientes R de Pearson; N = 380).

Escalas	Susceptibilidad	Gravedad	Eficacia Médica	Barreras	Importancia De la Salud	Susceptibilidad a I.R.A.
Susceptibilidad	1.000					
Gravedad	0.390*	1.000				
Eficacia Médica	0.042	0.042	1.000			
Barreras (lg.)	0.069	0.042	0.041	1.000		
Importancia de la Salud	-0.043	-0.010	0.071	-0.039	1.000	
Susceptibilidad a I.R.A.	0.423*	0.334*	-0.043	-0.039	-0.043	1.000

* La correlación es significativa al nivel <0.01 bilateral (lg.) Se ha usado la transformación logarítmica.

Tabla 7: Análisis de los constructos de validez de las escalas de "Creencias de Salud de las Madres" (Coeficientes de Correlación de Pearson), N = 385.

Variables	Eficiencia	Gravedad	Importancia De la salud	Barreras	Susceptib.	Susceptib. I.R.A.
Índice Witheley¹	0.048	0.024	0.390 ^b	0.093	0.085	0.015
Utilización madre²	0.124 ^a	0.046	0.119 ^a	- 0.118 ^a	0.139 ^b	- 0.007
Utilización hijo²	0.126 ^a	0.023	- 0.078	- 0.123 ^a	0.132 ^b	0.216 ^b
Locus Control³ Salud Profesional	0.399 ^b	0.045	0.052	0.034	0.073	0.020

¹ Escala de Hipocondría.

² Utilización en el año anterior (logaritmo de las visitas/año).

³ Escala sobre la percepción del control de salud puesto en los profesionales.

^a Significación al nivel $p < 0.05$ bilateral.

^b Significación al nivel $p < 0.01$ bilateral.

Tabla 8: Análisis de los constructos de validez de las escalas de "Creencias de Salud de las Madres" (*T-Student*), N = 385.

Escalas de Creencias	Satisfacción con el pediatra ¹		Salud percibida del hijo ²		Isocrona ³		
	Media (I.C. 95%)	Si (n=311)	No (n=74)	Buena (n=332)	Mala (n=53)	> 10 minutos (n=95)	<10 minutos (n=290)
Eficacia	28.1 (27.1-29.0)	28.8 (26.7-30.9)	28.3 (27.3-29.2)	27.9 (25.7-30.1)	27.9 (26.0-29.2)	28.3 (27.4-29.2)	
Gravedad	27.5 (26.8-28.3)	27.6 (25.8-29.3)	27.5 (26.8-28.2)	30.5 (a) (28.3-32.6)	27.2 (26.0-28.4)	27.6 (26.9-28.4)	
Importancia de la Salud	13.3 (12.9-14.4)	13.8 (13.1-14.4)	13.4 (13.1-13.7)	12.8 (12.0-13.7)	12.8 (12.3-13.9)	13.5 (13.2-13.9)	
Barreras (lg)	7.9 (7.6-8.3)	9.6 (a) (9.0-10.2)	8.2 (7.9-8.5)	8.6 (7.8-9.4)	9.0 (8.4-9.6)	(a) (7.7-8.3)	
Susceptibilidad	16.8 (16.4-17.3)	17.0 (15.8-18.2)	16.8 (16.4-17.3)	17.1 (15.9-18.2)	16.4 (15.6-17.5)	17.0 (16.5-18.2)	
Susceptibilidad I.R.A.	11.0 (10.8-11.2)	11.2 (10.6-11.8)	10.9 (10.6-12.5)	11.9 (a) (11.2-11.3)	10.9 (10.5-11.3)	11.1 (10.8-11.3)	

¹ Satisfacción con el pediatra: Si = siempre o casi siempre, No = algunas veces, casi nunca o nunca.

² Salud percibida del hijo: Buena = aceptable o excelente, Mala = ni buena ni mala, regular o mala.

³ Isocrona: Tiempo que tarda en ir al centro de salud caminando.

(a) diferencia de medias significativa al nivel $p < 0.001$ bilateral. I.C. = Intervalo de confianza.

I.R.A. = Infecciones Respiratorias Agudas. Lg = transformación logarítmica.

Tabla 9: Análisis de la validez de constructo de las escalas de "Creencias de Salud de las Madres": análisis de la regresión lineal múltiple, coeficientes de correlación parcial, N = 385.

Variables	Eficacia	Gravedad	Importancia de la salud	Barreras	Susceptibilidad	Susceptibilidad I.R.A.
<u>Variables de la madre</u>						
Edad	0.090	- 0.023	- 0.113 *	0.046	0.012	- 0.037
Estudios (< COU-FP2)	- 0.009	- 0.127 *	0.074	- 0.012	- 0.093	- 0.001
Clase Social (IV-V-VI)	0.091	- 0.009	0.004	- 0.046	0.054	- 0.077
Situación laboral (sus labores)	0.057	0.133 *	- 0.048	- 0.014	0.091	0.098
Estado civil (soltera, separada o viuda)	- 0.063	0.091	- 0.021	0.037	0.011	- 0.007
Nº convivientes	- 0.071	- 0.019	- 0.066	0.043	0.010	0.059
Peor autopercepción salud	- 0.054	0.115 *	- 0.141 *	- 0.025	0.067	- 0.007
Insatisfacción con pediatra	0.062	- 0.042	0.141 *	0.247 **	- 0.005	0.029
Isocrona mayor Utilización (visitas/año)	- 0.052	0.037	- 0.053	0.030	- 0.089	- 0.018
	0.021	0.013	0.080	- 0.159 **	0.079	- 0.066
<u>Variables del hijo</u>						
Edad	- 0.036	- 0.105	0.183 **	0.067	- 0.126	- 0.084
Sexo (mujer)	- 0.115 *	- 0.059	0.048	- 0.040	0.098	0.007
Peor percepción salud	0.020	- 0.032	- 0.027	0.009	- 0.018	0.080
Presencia enf. crónica	0.059	0.058	- 0.124 *	0.013	- 0.093	0.047
Utilización (visitas/año)	0.085	0.008	0.032	0.035	0.086	0.180 **
<u>Locus de control de la salud</u>						
Dios	0.029	- 0.074	0.193 **	0.043	- 0.011	- 0.032
Azar	- 0.025	0.136 *	- 0.169 **	0.019	0.087	0.031
Interno	0.093	- 0.075	0.018	- 0.052	- 0.116 *	0.048
Profesional	0.305 **	0.047	- 0.009	0.012	0.164 **	- 0.013
<u>Variables psicosociales</u>						
Ansiedad (STAI-R)	0.057	0.167	- 0.008	- 0.060	0.104	- 0.010

	**					
Depresión (BDI-13)	- 0.045	0.029	- 0.120 *	0.058	0.029	0.059
Hipocondría (Witheley)	- 0.001	0.113 *	0.433 **	0.019	0.090	0.066
Apoyo social (Duke-11)	0.048	0.024	- 0.007	- 0.117 *	0.031	0.063
Conflicto familiar ¹	0.090	0.031	- 0.064	0.083	0.009	0.066
Expresividad familiar ¹	- 0.073	- 0.033	0.042	0.081	- 0.033	0.055
Cohesión familiar ¹	0.061	- 0.045	0.088	- 0.052	- 0.020	- 0.016
R²	0.216	0.114	0.339	0.155	0.155	0.086
Test de Durbin-Watson	1.941	1.856	1.536	1.974	1.954	1.810

En ninguna de las 6 ecuaciones de regresión, el histograma ni el gráfico P-P normal de regresión de residuos tipificados mostraron desviaciones significativas de la normalidad.

** nivel de significación <0.05 bilateral.*

*** nivel de significación <0.01 bilateral.*

¹ Escalas de clima social en la familia (FES)

Resultados: El análisis factorial confirmó las dimensiones teóricas del modelo de Becker. Aquél explicó el 52.3% de la varianza y los factores subyacentes fueron: percepción de eficacia médica (12 ítems, $\alpha = 0.92$), percepción gravedad de la enfermedad (12 ítems, $\alpha = 0.88$), percepción de susceptibilidad a la enfermedad (8 ítems, $\alpha = 0.81$), percepción de barreras a la asistencia (5 ítems, $\alpha = 0.74$), importancia de la salud (5 ítems, $\alpha = 0.70$) y percepción de susceptibilidad a infecciones respiratorias agudas (IRA) (4 ítems, $\alpha = 0.64$). Un ítem incrementó el α al quitarlo de su escala de importancia de salud y otro ítem cuya dimensión teórica correspondía a la percepción de eficacia médica no puntuó en ningún factor, por lo que fueron eliminados. Los coeficientes de fiabilidad del retest de las escalas fueron eficacia medica 0.76 (0.71-0.80), Gravedad 0.76 (0.72-0.80), Susceptibilidad 0.75 (0.71-0.80), barreras 0.54 (0.46-0.61), importancia de la salud 0.63 (0.58-0.69) y susceptibilidad a IRA 0.66 (0.60-0,71).

Conclusiones: El cuestionario "Creencias de Salud de las Madres" es válido y fiable. Este cuestionario en su versión española (CSM-45) está listo para su aplicación en la investigación de variables de salud y de resultado.

ANEXO 4

**CARTA DE PRESENTACIÓN
FICHA DE EVALUACIÓN
MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS**



Servicio Andaluz de Salud
Gerencia Provincial de Granada
Distrito Sanitario Granada Sur

JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

CENTRO DE SALUD Zaidín-SUR

Granada, Enero de 1998.

Estimado Señor / Señora:

Nos satisface ponernos en comunicación con usted para solicitarle su colaboración en un proyecto de investigación. Como pediatras de su hijo/hija estamos interesados en la salud de el/ella y de toda su familia. En los próximos días o semanas se pondrá en contacto con usted una persona adjunta al centro de salud Zaidín-Sur que la citará para hablar de este tema en el mismo centro.

Esperando su colaboración quedamos a su entera disposición y le saludamos atentamente.


Dr. Javier Sánchez Ruiz-Cabello.


Dr. Prudencio Sañudo.


Dra. Amelia López Cueto.


Dr. José Cañavate.

FICHA DE EVALUACION DEL SEGUIMIENTO

Filiación

1. Nombre y apellidos de la madre: _____
2. Nombre y apellidos del hijo en seguimiento: _____
3. Dirección y teléfono de contacto: _____
4. N° de historia clínica: _____ / _____

Intentos de contacto inicial

- 1° contacto: fecha / / / hora: telefónico [] domicilio []
2° contacto: fecha / / / hora: telefónico [] domicilio []
3° contacto: fecha / / / hora: telefónico [] domicilio []

- Familia excluida por: [1] fallaron los 3 intentos.
[2] se niega a participar.
[3] se sabe que está ausente o vive fuera del barrio.
[4] la madre seleccionada está impedida.
(impedimento mental o sensorial o físico)
[5] la madre o el hijo seleccionado han fallecido.
[6] otras causas: _____

En el caso de que se niegue a participar, ¿rellena la hoja de pérdidas?

[1] SI [2] NO N° HISTORIA: _____ / _____

Seguimientos

1. cumplimenta cuestionario:
[1] si [2] no ; fecha ___ / ___ / ___
2. cumplimenta test de fiabilidad:
[1] si [2] no ; fecha ___ / ___ / ___
3. primer contacto de refuerzo:
[1] si [2] no ; fecha ___ / ___ / ___
4. segundo contacto de refuerzo:
[1] si [2] no ; fecha ___ / ___ / ___
5. tercer contacto de refuerzo:
[1] si [2] no ; fecha ___ / ___ / ___

En el caso de que se "pierda" durante el seguimiento: fecha ___ / ___ / ___

- [1] se niega. [2] imposible contactar. [3] impedimento físico-psíquico-sensorial de la madre.
[4] fallecimiento del hijo o de la madre.
[5] otras causas: _____

MANUAL DE NORMAS DEL PROYECTO MOCAUT-2

1. ¿Cómo captar a las madres que se encuestarán?

En la semana del 12 al 16 de Enero del 97 se enviarán 500 cartas con el nombre del niño/niña seleccionado para el estudio. Esta carta está dirigida a sus padres y se adjunta en el anexo 1. A éstas familias seleccionadas se las llamará por teléfono o se las visitará en el domicilio una vez transcurrido el periodo de 4 días hábiles tras haber mandado las cartas. En esta llamada o visita se les invitará a venir al centro de salud en un día y a una hora convenida para que participen en el estudio. Si la madre elegida indicara que no puede ir al centro de salud, se les ofrecerá la entrevista en su domicilio, dándoles facilidades e intentando no demorarla demasiado.

2. ¿Qué ocurre si no se puede contactar con la madre elegida?

Para dar a una madre 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 la madre a encuestar ya que puede facilitar su descarte (por ejemplo; "no, esa señora ya no vive aquí").

3. ¿Qué ocurre cuando, una vez establecido el contacto, una madre 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 se cumplimentan en la hoja de pérdidas (anexo 2).

Si esto no fuera posible, al menos se le pedirá el número de la historia clínica con la excusa de poder quitarle del estudio.

Después de esto, de la lista de sustitutos se escogerá uno siguiendo el orden establecido. Se indicará con una marca que ha sido elegido como sustituto para que nadie más lo pueda elegir.

4. ¿Cómo se hace la encuesta inicial?

La encuesta inicial se hará en el lugar determinado del centro de salud y a la hora prefijada. Se citara un número máximo de madres y tras identificarse y explicar el objetivo de la reunión, se les facilitará a todas las que deseen participar un diario de salud para cada hijo seleccionado. Se les informará que para las madres que decidan participar en el estudio y lo acaben, se les dará papeletas para un sorteo de cuatro premios consistentes en una minicadena y un jamón (se explica más adelante). La forma de entrenarlas en el diario de salud también se explica más adelante. Las que decidan no participar se les facilitará las hojas de las no participantes para que las rellenen. Si esto último no fuera posible, se le pedirá al menos el número de historia clínica con la excusa de poder quitarla del estudio.

Después de la explicación de cómo se rellena el diario de salud se les dará el cuestionario para que lo autocumplimenten. Preferentemente el cuestionario se rellenará en la misma reunión. La reunión terminará citándolas a los 7 días para comprobar como van cumplimentando el diario de salud y la ejecución del test de fiabilidad. Esta segunda citación se hará en el centro de salud o en su casa según la disponibilidad de la madre.

5. ¿Cómo se entrena la cumplimentación del diario de salud?

En la reunión inicial, una vez que se les ha facilitado el diario de salud y tras una breve presentación, se les dirá que deben leer la primera hoja y rellenarla ellas solas. En este ejercicio se les indica que se refiere al último día en el que su hijo/hija seleccionado presentó algún problema de salud o síntoma, independientemente de que fuera al médico o no. A continuación se les darán las instrucciones verbalmente y se pasa a un turno de preguntas sobre sus dificultades y dudas en la cumplimentación. Llegado este momento, se debe comprobará una a una como lo han relleno y se les corregirán los fallos en el momento.

Si alguna madre participa con dos hijos, se le facilitará los dos diarios de salud que debe cumplimentar, asegurándose que cada uno lleva el nombre correspondiente de cada hijo.

Que no se olvide la cumplimentación de la hoja de filiación del diario de salud. Debe quedar claro que el diario de salud sólo se refiere al hijo elegido.

6. ¿Cómo se cumplimenta el cuestionario?

El cuestionario es autocumplimentado. Si alguna madre es claramente incapaz de auto-cumplimentarlo, se la excluye de la muestra seleccionada y se le rellena la hoja pérdidas. Preferiblemente deben relleno el cuestionario en la misma reunión o en el domicilio (cuando se haga en casa) estando presente el entrevistador. Se debe vigilar y comprobar que responden a todas las preguntas y no se saltan involuntariamente alguna hoja o pregunta. Cuando se rellene en casa conviene que sea en un ambiente relajado, sin el marido u otros familiares presentes. Cuando se rellene en el centro de salud se debe facilitar el lápiz o bolígrafo, que estén sentadas, cómodas y que las otras madres no estén tan próximas 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 indicar el nombre del entrevistador, que a todos los efectos será el entrevistador de contacto definitivo.

Si alguna madre participa con dos hijos en el estudio, sólo cumplimentará un cuestionario aunque rellene dos diarios de salud. Con la excepción del cuestionario de creencias y el de variables de control que se

refieren al segundo hijo.

7. ¿Qué se hace en la segunda reunión?

La primera reunión se acaba citándolas para una segunda reunión a los 7 días para comprobar como van rellenando el diario de salud. Si alguna madre pone alguna pega para poder venir a los 7 días, de forma individual se le indicará que puede venir unos días antes o unos días después y a la hora predeterminada, o bien si hay mayor resistencia se les pedirá una cita en el domicilio siendo más o menos flexible (entre el 5º y el 10º día después de comenzar a rellenar el diario de salud).

En esta segunda reunión se les dará el cuestionario de fiabilidad para que lo rellenen.

No hay que olvidarse de anotar los datos de filiación de la primera página. Es muy importante la fecha.

8. ¿Cómo serán los siguientes contactos de refuerzo?

Los siguientes contactos serán semanales y preferiblemente telefónicos. En la llamada lo único que se pretende es "reforzar" y "estimular" la cumplimentación del diario de salud. Si por parte de la madre surgiera alguna duda se intentará darle solución.

Cuando las madres acaben los 30 días de cumplimentación del diario, deben entregarlos al entrevistador de contacto.

9. ¿Qué es la ficha de seguimiento?

La ficha de seguimiento es un documento que sirve para saber en todo momento la situación en que se encuentra todo paciente seleccionado para el estudio (anexo 3). En ella se encuentra los datos de filiación, las veces que se ha llamado por teléfono y cuando, si ha cumplimentado el cuestionario y el test de fiabilidad, si ha rechazado participar en el estudio, si ha cumplimentado la hoja de rechazo, etc.

Es un documento fundamental para poder organizarse los contactos con los pacientes.

Habrà una ficha por cada paciente seleccionado, participe o no en el estudio.

10. ¿Cómo es el sorteo?

Hay 4 premios, consistentes cada uno en una minicadena y un jamón. Da derecho a participar en el sorteo si se ha cumplimentado los cuestionarios y se ha entregado el diario completo. Si se cumple estas condiciones, se le entregará a la madre dos números al azar del 0 al 999. Serán premiados los números que coincidan con las 3 últimas cifras del sorteo de la ONCE de los días 4, 5, 6 y 7 de Mayo de 1998. El plazo para recoger el premio expira al mes del sorteo. El premio no se puede canjear por otro artículo o dinero.

ANEXO 5

CUESTIONARIOS

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

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 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.

A-E = 30 + -	A-E =
--------------------------------	--------------

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

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



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. Contestes 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

DUKE- UNK-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
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

FAMILIA

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 a veces 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.*

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
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

DEPRESIÓN DE BECK

Por favor, lea íntegro 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:.....

LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD

A continuación le presentamos una serie de frases a cerca de la salud o enfermedad de su hijo/ hijasobre las que queremos que usted manifieste su grado de acuerdo o desacuerdo.

El grado máximo de acuerdo viene representado por el número 6 o estado de totalmente de acuerdo; mientras que el número 1 representa el grado de mínimo de acuerdo o estado de totalmente desacuerdo. Por favor, rodee con un círculo el número que elija en cada respuesta.

[1] totalmente desacuerdo; [2] bastante desacuerdo; [3] desacuerdo;

[4] de acuerdo; [5] bastante de acuerdo; [6] totalmente de acuerdo.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo no caiga enfermo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. La buena salud de mi hijo depende de la buena suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Dios protege la salud de mi hijo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Los médicos y enfermeras pueden evitar que mi hijo caiga enfermo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Yo puedo hacer mucho para combatir la enfermedad de mi hijo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. La buena salud de mi hijo depende del destino..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Dios decide lo que ocurre con la salud de mi hijo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Mi hijo puede evitar la enfermedad gracias a los profesionales de la salud..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo tenga unos dientes saludables..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Si mi hijo no cae enfermo es porque tiene buena suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Mi hijo permanecerá sano si Dios lo dispone..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Llevar a mi hijo periódicamente al médico
es la mejor forma de que permanezca sano..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Yo puedo hacer mucho para prevenir que mi hijo tenga accidentes..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Si a mi hijo no le ocurren accidentes es porque tiene buena suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Si tengo fe en Dios, mi hijo permanecerá sano..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Sólo los médicos y enfermeras pueden hacer que mi hijo permanezca sano..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Yo puedo hacer mucho para evitar que mi hijo enferme..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Si mi hijo sale herido es porque tiene mala suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. La salud de mi hijo depende en gran parte de Dios..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Sólo el dentista puede hacer que mi hijo tenga unos dientes sanos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. La salud de mi hijo depende de mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. La suerte es la gran responsable de la salud de mi hijo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Si mi hijo cae enfermo es porque Dios así lo ha dispuesto..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Sólo los médicos y enfermeras pueden controlar la salud de mi hijo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo se críe fuerte y saludable..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Si mi hijo cae enfermo o permanece sano, es cosa del destino..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Cuando mi hijo cae enfermo, sólo Dios puede sanarle..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Si mi hijo enferma, enseguida busco al médico
para que me diga lo que tengo que hacer..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Yo puedo hacer mucho para prevenir que mi hijo tenga accidentes..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. La buena salud de mi hijo depende en gran parte de la buena suerte..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Cuando mi hijo cae enfermo, la fe en Dios puede curarle..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. La única forma de que mi hijo permanezca sano
es hacer lo que me dice otra gente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

INTERNALIDAD

1. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo no caiga enfermo.
2. Es mi deber como madre evitar que mi hijo caiga enfermo.
3. Yo puedo hacer mucho para combatir la enfermedad en mi hijo.
4. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo tenga unos dientes saludables.
5. Yo puedo hacer mucho para prevenir que mi hijo tenga accidentes.
6. Yo dispongo de las habilidades necesarias para mejorar la salud de mi hijo.
7. Yo puedo hacer mucho para evitar que mi hijo enferme.
8. En casa, yo puedo hacer cosas que son importantes para la salud de mi hijo.
9. La salud de mi hijo depende de mí.
10. Yo puedo hacer mucho para que mi hijo se críe fuerte y saludable.

SUERTE-DESTINO

1. La buena salud de mi hijo depende de la buena suerte.
2. La buena salud de mi hijo depende del destino.
3. La mala suerte puede hacer que mi hijo caiga enfermo.
4. El destino puede hacer que mi hijo caiga enfermo.
5. Si mi hijo no cae enfermo es porque tienen buena suerte.
6. Si a mi hijo no le ocurren accidentes es porque tiene buena suerte.
7. Si mi hijo sale herido es porque tiene mala suerte.
8. La suerte es la gran responsable de la salud de mi hijo.
9. Si mi hijo cae enfermo o permanece sano, es cosa del destino.
10. La buena salud de mi hijo depende en gran parte de la buena suerte.
11. Si mi hijo no cae enfermo, es cuestión del destino.

DIOS-FE

1. Dios protegerá la salud de mi hijo.
2. Dios decidirá lo que ocurra con la salud de mi hijo.
3. Mi hijo permanecerá sano si Dios lo dispone.
4. Si tengo fe en Dios mi hijo permanecerá sano.
5. La salud de mi hijo depende en gran parte de Dios.
6. Si mi hijo cae enfermo es porque Dios así lo ha dispuesto.
7. Cuando mi hijo cae enfermo, sólo Dios puede sanarle.
8. Cuando mi hijo cae enfermo, la fe en Dios puede curarle.

EXTERNALIDAD-PROFESIONALES

1. Los médicos y enfermeras pueden evitar que mi hijo caiga enfermo.
2. Mi hijo puede evitar la enfermedad gracias a los profesionales de la salud.
3. Llevando a mi hijo periódicamente al médico es la mejor forma de que permanezca sano.
4. Sólo los médicos y enfermeras pueden hacer que mi hijo permanezca sano.
5. Sólo el dentista puede hacer que mi hijo tenga unos dientes sanos.
6. Sólo los médicos y enfermeras pueden controlar la salud de mi hijo.
7. Los maestros de mi hijo son los que tienen que evitar que mi hijo tenga un accidente.
8. Si mi hijo enferma, enseguida busco a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
9. La única forma de que mi hijo permanezca sano es hacer lo que me dice otra gente.
10. Gracias a los consejos de la gente puedo conseguir que mi hijo permanezca sano.

ITEMS DE CONTROL

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.

<p>1. Cuando necesita ir al centro de salud con su hijo desde su casa, tarda aproximadamente [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.</p>	<p>1. [.....]</p>
<p>2. De la consulta del pediatra sale satisfecha... [1] nunca; [2] casi nunca; [3] algunas veces; [4] casi siempre; [5] siempre.</p>	<p>2. [.....]</p>
<p>3. Actualmente, su estado civil es... [1] casada; [2] soltera; [3] viuda; [4] separada – divorciada.</p>	<p>3. [.....]</p>
<p>4. Actualmente, su edad es..... (en años)</p>	<p>4. [.....]</p>
<p>5. ¿Hasta donde ha llegado en sus estudios? [1] no sabe leer ni escribir; [2] sabe leer y escribir un poco; [2] ha ido 4 años o menos al colegio; [3] ha conseguido el graduado o FP1; [4] ha conseguido COU o FP2; [5] es diplomada o técnica; [6] es licenciada.</p>	<p>5. [.....]</p>
<p>6. Actualmente, su situación laboral es... [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.</p>	<p>6. [.....]</p>
<p>7. Actualmente, ¿Cuál es la profesión del “cabeza” de su familia? 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.....</p>	<p>7. [.....]</p>
<p>8. Actualmente, ¿Cómo diría que es su estado de salud?</p>	<p>8.</p>

[1] malo; [2] regular; [3] ni bueno ni malo; [4] aceptable; [5] excelente.	[.....]
9. Actualmente, y contando con usted ¿Cuántas personas conviven en su hogar?	9. [.....]
10. En el último año, ¿Cuántas veces ha ido al médico de cabecera para usted?	10. [.....]
11. En el último año, ¿Alguna vez ha ido al médico privado para usted? [1] no [2] sí	11. [.....]
12. En el último año, ¿Alguna vez ha ido a algún curandero para usted? [1] no [2] si	12. [.....]
13. En el último año, ¿Alguna vez ha ido a algún médico naturista para usted? [1] no [2] si	13. [.....]

Las siguientes preguntas tratan sobre su hijo/hija..... Como en las anteriores, si las opciones están 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.

<p>1. ¿Cuál es el sexo de su hijo/hija? [1] varón; [2] mujer.</p>	<p>1. [.....]</p>
<p>2. Actualmente, ¿Qué edad tiene su hijo/hija? (si es menor de un año anótelo indicando la palabra “meses” y si es mayor de un año, hágalo con la palabra “años”).....</p>	<p>2. [.....]</p>
<p>3. Actualmente, ¿Cómo diría que es el estado de salud de su hijo/hija? [1] mala; [2] regular; [3] ni bueno ni malo; [4] aceptable; [5] excelente.</p>	<p>3. [.....]</p>
<p>4. Actualmente, ¿ su hijo/hija padece de algún tipo de enfermedad crónica o de larga Duración? [1] no [2] sí</p>	<p>4. [.....]</p>
<p>5. En el caso de que su hijo padeciera de alguna o algunas enfermedades crónicas, anótelas en las siguientes líneas de puntos:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>5. [.....]</p>
<p>6. En el último año y pidiendo cita, ¿Cuántas veces habrá llevado a su hijo/hija al pediatra de su centro de salud?.....</p>	<p>6. [.....]</p>
<p>7. En el último año y sin pedir cita, ¿Cuántas veces habrá llevado a su hijo/hija al pediatra de su centro de salud?.....</p>	<p>7. [.....]</p>
<p>8. En el último año, ¿Cuántas veces habrá llevado a su hijo/hija a las urgencias del hospital?</p>	<p>8. [.....]</p>

.....	
9. En el último año, ¿Alguna vez ha llevado a su hijo/hija al pediatra privado? [1] Sí [2] no	9. [.....]
10. En el último año, ¿Alguna vez ha llevado a su hijo/hija a algún curandero? [1] Sí [2] no	10. [.....]
11. En el último año, ¿Alguna vez ha llevado a su hijo/hija al médico naturista? [1] si [2] no	11. [.....]

ANEXO 6

CUADROS.TABLAS.GRÁFICOS

Tabla 1 .DIARIOS DE SALUD Y UTILIZACIÓN PEDIÁTRICA

	Nº de niños	Pérdidas	Duración	Episodios	Síntomas	Consultas	Objetivos
Bruijnzeels 1998	1805	42%	3 semanas	14% días sintomáticos	Catarro y S. Resp. Otalgia: la que más Probabil. de consulta	11%	Tasa de consultas ante síntomas
Osman 1995	150	72%	4 semanas	12% días sintomáticos		38%	Factores que influyen en la consulta
Bentzen 1989	1321 hogares	40%	27 semanas	140 episodios	Catarro, cafalea y S.digestivos	20%	Autocuidados y utilización
Cunningham 1987	113		22 días	49% días sintomáticos		7%	Conducta ante síntomas
Campion 1985	79	30%	1 año	1 síntoma nuevo/semana	Fiebre, la que más Probabil. de consulta	8%	Conducta ante síntomas
Roghman 1972	112	18%	28 días	14% días sintomáticos	Infecciones respiratorias (52%)	6,8%	Conducta ante síntomas

Cuadro 1. APROXIMACIÓN EPISÓDICA

SEGÚN EL TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS.

Aproximación episódica completa.

- * Autocuidados puros.
- * Cuidados médicos puros.
- * Cuidados mixtos.

Centrado sobre la decisión de ir al médico.

- * Consulta con el médico.
- * No consulta con el médico.

SEGÚN EL MODELO DE LA DEMANDA INDUCIDA POR EL MÉDICO.

- * Visita inicial.
- * Revisitas por un mismo episodio.

SEGÚN OTRAS TAXONOMÍAS.

- * Episodio agudo.
- * Episodio crónico.
- * Episodio de agudización de uno crónico.
- * Episodio preventivo

Cuadro 2. FACTORES DEL USUARIO QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACIÓN

FACTORES DE NECESIDAD: subjetivos y objetivos.

- * Síntomas percibidos (número y tipo).
- * Valoración subjetiva y global de la salud (escala ordinal).
- * Enfermedades crónicas (número y tipo).
- * Días en cama.
- * Escalas de funcionalismo.
- * Percepción de severidad y vulnerabilidad?
- * Salud mental ?

FACTORES FACILITADORES

- * Accesibilidad física o espacial.
- * Satisfacción con el proveedor.
- * Percepción de barreras.

FACTORES PREDISPONENTES:

***Factores no modificables:**

- * Edad.
- * Género y nº hijo.
- * Raza-etnia e inmigración
- * Ingresos económicos.
- * Situación laboral.
- * Educación.
- * Estado civil.

*** factores modificables:**

- * Cultura sanitaria:
 - cultura y salud.
 - el rol de enfermo.
 - conducta ante la enfermedad.
 - expectativas técnicas y afectivas.
 - creencias de salud.
 - educación sanitaria.
- * Red social y apoyo social.
- * Función familiar.
- * Salud mental

Cuadro 3. FACTORES DEL PROFESIONAL Y DE LA ORGANIZACIÓN

FACTORES DEL PROFESIONAL QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACIÓN.

- * Demanda inducidas por el proveedor.
- * Características del profesional:
 - * Edad.
 - * Sexo.
 - * Experiencia y formación.
- * Satisfacción y estrés profesional.
- * Estilos de práctica clínica:
 - * médicos influenciados por la industria farmacéutica
 - * médicos rápidos.
 - * médicos con deficiencias en habilidades comunicacionales.

FACTORES DE LA ORGANIZACIÓN QUE INFLUYEN SOBRE LA UTILIZACIÓN.

- * Disponibilidad y accesibilidad de los cuidados.
- * Continuidad de los cuidados.
- * Derivaciones y relaciones con el segundo nivel.
- * Trabajo en grupo / trabajo en equipo.
- * Tamaño y estructura del cupo.
- * Programas de salud y utilización previa
- * Satisfacción laboral.
- * Normas administrativas, incentivos y sanciones

Cuadro 4.VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES INDEPENDIENTES

Variables de la madre

Edad
Estudios
Clase Social
Situación laboral
Estado civil
Nº convivientes
Peor autopercepción salud
Insatisfacción con pediatra
Isocrona
Utilización (visitas/año)

Variables psicosociales

Ansiedad (STAI-R)
Depresión (BDI-13)
Hipocondría (Witheley)
Apoyo social (Duke-11)
Conflicto familiar
Expresividad familiar
Cohesión familiar
Apgar

Variables del hijo

Edad
Sexo
Peor percepción salud
Presencia enfermedad crónica.
Utilización (visitas/año)

Creencias

Gravedad
Susceptibilidad I.R.A.
Importancia de la salud
Barreras
Susceptibilidad
Eficacia
Locus de control de la salud
Dios
Azar
Interno
Profesional