

El apoyo social percibido en pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria

» Autores

Raquel Vidal Estrada¹, Jordi Cebria Andreu², Carolina Palma Sevillano³, Gemma Planells Palome⁴, Josep Espinassa Rifa⁴, Anna Estafanell Celma⁴.

1. Licenciada en Psicología, Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
2. Doctor en Medicina y Cirugía, Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.) Centro de Atención Primaria de Granollers Sud.
3. Doctora en Psicología, Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
4. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Atención Primaria de Granollers Sud.

» Correctores

Ernest Vinyoles y Xavier Bayona

» Correspondencia

Raquel Vidal Estrada

Dirección electrónica: raquelvidal.e@gmail.com

Publicado: el 1 de diciembre de 2010

Raquel Vidal Estrada, Jordi Cebria Andreu, Carolina Palma Sevillano, Gemma Planells Palome, Josep Espinassa Rifa, Anna Estafanell Celma (2010). "El apoyo social percibido en pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria" *Butlletí*. Vol. 28: Iss. 3, Article 3.
Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss3/3>

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

RESUMEN:

Introducción: Los pacientes hiperfrecuentadores son motivo de preocupación para el sistema sanitario ya que ocupan más del 50% del tiempo de consulta del médico. Además, significa que son unos pocos usuarios los que generan la mayoría de trabajo.

Objetivo: Observar la relación entre la hiperfrecuentación y el apoyo social percibido por los pacientes de Atención Primaria.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Emplazamiento: CAP de Granollers-Sud

Participantes: Participaron un total de 107 sujetos. Un grupo de 52 sujetos hiperfrecuentadores y un grupo control de 55 sujetos normofrecuentadores. Se obtuvo esta segunda muestra mediante el emparejamiento por pares con el grupo hiperfrecuentador en las variables sexo, edad, estado civil y enfermedades.

Intervenciones: Se valoró el criterio de hiperfrecuentación siguiendo el criterio de estudios pioneros. Se obtuvieron estos datos mediante los registros informáticos del centro. Se evaluó el apoyo social percibido por los pacientes mediante la Escala de Apoyo Social SS-B.

Resultados: se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto al apoyo total percibido ($p=0.000$), siendo la media menor para el grupo hiperfrecuentador en todas las subescalas del apoyo recibido de los familiares (apoyo emocional, socialización, asistencia práctica asistencia económica y consejo).

Conclusiones: los pacientes hiperfrecuentadores tienen una percepción de menor apoyo social del grupo primario (familia) respecto al grupo normofrecuentador, pudiendo ser este apoyo el que ofreciera un marco de contención en el paciente y por tanto, el tipo de apoyo relacionado con el patrón de frecuentación en las consultas de Atención Primaria

Palabras clave: hiperfrecuentación, normofrecuentación, apoyo social percibido, medicina de familia, Atención Primaria.

Fuentes de financiación: Este trabajo ha sido Financiado por una Beca Colaboración del Ministerio de Educación y Ciencia, y Facultad de Psicología Blanquerna, Universidad Ramón Llull.

Aceptado en otros congresos:

Presentación de comunicación (póster) en el *II Congrés de les societats de Medicina Familiar i Comunitària de València, Balears i Catalunya*. 22 y 23 de mayo 2008. Castellón.

Comunicación oral en las *IV Jornadas de Recerca en Salut del Vallès Oriental*. Junio 2009.

ABSTRACT:

Title: The social support perceived by overusers of Primary Care.

Objectives: to detect de prevalence of social support perceived in over-users patients in Primary Care.

Design: Observational, descriptive and cross sectional study.

Setting: the health centre Granollers Sud (CAP Sant Miquel). Granollers is an eastern country of Vallès, in Barcelona with a total population of 57,200 inhabitants that are attended by this health centre in the territory of the Catalan Health Institute (ICS).

Participants: A total of 107 subjects. A group of 52 frequent users and a control group of 55 no over-user patients (1). This second sample was obtained by pairing the frequent users with non frequent users in sex, age, marital status and disease. Inclusion criteria were: a) to be a patient of the health centre b) have an age equal to or exceeding 18 years. There were only excluded those subjects that didn't were patients of the health centre, with difficulties in communication and difficulties for the comprehension of the items (mental retardation, cognitive or sensory difficulties).

Measurements: we considered frequent users those patients that adhered to the criterion of other studies. We obtained this information through computer records of the centre. We evaluated the social support received by patients with the Social Support Scale SS-B .

Results: there were significant differences between the two groups regarding the total support received ($p=0.000$), being the over-users group the one with less social support perceived in the family social support scale (emotional support, socialization, practical assistance, economic assistance and council).

Conclusions: the family social support perceived is a variable associated with the phenomenon of frequent use. This means that the family support could be the one that contain the patient and the kind of social support related to the use of Primary Health Care services.

Introducción

Los pacientes hiperfrecuentadores son motivo de preocupación para el sistema sanitario ya que ocupan más del 50% del tiempo de consulta del médico (3). Además, significa que son unos pocos usuarios los que generan la mayoría de trabajo en los centros mientras que otros, probablemente necesitados de cuidados de salud, no acuden nunca (4). La hiperfrecuentación engloba aspectos de tipo biológico, psicológico y social, siendo estos últimos factores los menos estudiados. Nuestro estudio intenta observar la relación existente entre este fenómeno y un factor psicosocial muy importante en nuestros días: el apoyo percibido.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en un Centro de Atención Primaria en un municipio donde el total de población es de 57.200 habitantes. Se obtuvo una muestra de 107 sujetos. Un grupo de 52 sujetos que cumplían criterios de hiperfrecuentación (HF) ¹ y un grupo de 55 sujetos que no cumplían dichos criterios, normofrecuentadores (NF). Se obtuvo esta segunda muestra mediante el emparejamiento por pares con el grupo hiperfrecuentador en las variables sexo, edad, estado civil y enfermedades.

- Criterios de inclusión:
 - Sujetos que pertenecieran al área asistencial.
 - Edad igual o superior a 18 años
 - Sujetos que aceptaran participar en el estudio
- Criterios de exclusión:
 - Sujetos no pertenecientes al área asistencial.
 - Con dificultades para la comunicación y comprensión de los ítems (retraso mental, deterioro cognitivo, sensorial).
 - Sujetos que no aceptaron participar en el estudio.

Mediciones: de esta muestra se estudiaron los datos sociodemográficos a través de un cuestionario donde se preguntaba por la edad, el sexo, el estado civil y enfermedades principales que se utilizaron para aparear a los sujetos del estudio y también el motivo de consulta, clasificándose este como "malestar físico" o "malestar físico y psicológico".

*Respecto la variable de apoyo social percibido se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social SS-B ² que es la adaptación española del *Social Support Behaviors Scale* (SS-B) de Vaux, Riedel y Stewart en 1987. Esta escala consta de 45 ítems de respuesta tipo Lickert. Permite distinguir diferentes formas de apoyo aportadas por familiares y amigos mediante cinco sub-escalas: apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, asistencia económica y consejo. Entendiendo el apoyo social percibido como el *apoyo que el sujeto ha recibido en situaciones concretas de su pasado* ⁵.*

Respecto a la variable de hiperfrecuentación, se evaluó mediante el número de visitas registradas en la base de datos del centro. Teniendo en cuenta otros estudios ¹, consideramos como pacientes hiperfrecuentadores a aquellos que consultaron más de 10 veces al médico de familia el año anterior por iniciativa propia; es decir, 10 visitas espontáneas; descartando aquellas visitas programadas por el médico ni derivadas de enfermería ¹.

Procedimiento: a partir del sistema informático del centro se pudo obtener un listado de pacientes que cumplían los criterios de hiperfrecuentación establecidos en el estudio. Se informó a los médicos de sobre el estudio y se pasó a evaluar mediante los cuestionarios mencionados a los pacientes que consultaron durante los meses que duró el estudio.

Por otro lado, el grupo normofrecuentador, se formó una vez constituido el grupo hiperfrecuentador, con pacientes no hiperfrecuentadores que consultaron el CAP durante la investigación, emparejándose con los sujetos del grupo no hiperfrecuentador según las variables sexo, estado civil, edad y enfermedades y descartando aquellos sujetos que no eran emparejables en estas variables.

Previa a la administración de los cuestionarios, se explicó su objetivo, explicitando que su uso era exclusivamente para la investigación y respetando su total confidencialidad, siendo informado el

consentimiento para la participación en la investigación.

Análisis: una vez finalizada la obtención de datos, se procedió al análisis de los resultados obtenidos utilizando el paquete estadístico SPSS 14.0.

En primer lugar, comparamos las características sociodemográficas de los grupos realizando un análisis bivariado incluyendo las características sociodemográficas de la muestra: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y motivo principal de consulta. Los análisis confirmaron la homogeneidad de los grupos aparejados en el diseño previamente (**ver tabla 1**).

Tabla 1. Análisis bivariado de los datos sociodemográficos y de motivo de consulta de la muestra de hiperfrecuentadores.

También se llevó a cabo un análisis de frecuencias descriptivo de todas las variables exploradas y

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Hiperfrecuentadores</i>	<i>Normofrecuentadores</i>	<i>p</i>
Sexo	%	%	
Femenino	57,69	56,31	0,890
Masculino	42,33	43,63	
Edad			
Media	61,44	62,04	0,906
Desviación estándar	18,6	18,3	
Estado civil	%	%	
Soltero	11,5	10,9	0,998
Casado	63,5	61,8	
Separado	3,8	1,8	
Divorciado	1,9	3,6	
Viudo	19,2	21,8	
Estudios	%	%	
Primarios no finalizados	30,8	30,9	0,999
Primarios	46,2	47,3	
Secundaria	21,2	20,0	
Universitarios	1,9	1,8	
Motivo de consulta	%	%	0,982
Malestar físico	69,2	70,9	
Malestar físico y psicológico	26,9	25,5	
No contestaron	3,8	3,6	

correlaciones Pearson. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para el contraste de hipótesis ya que la forma de la muestra y las variables no cumplieron con los criterios de normalidad y de homocedasticidad.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra fue de 61,75 años. Encontrándose una mayor frecuencia de asistencia en mujeres (57%) frente al 43% de hombres. Referente al estado civil, la mayoría de la población atendida estaban casados (62,6%) y un 20,6% eran viudos. El resto apuntaban menores frecuencias.

Respecto al nivel de estudios, la mayoría tenían estudios primarios y en relación al motivo de consulta la mayoría declaró acudir al médico de familia por malestar físico, aunque un porcentaje nada desdeñable afirmó acudir por motivos tanto físicos como psicológicos (alrededor del 25%).

Se observó una media de visitas anuales de 26 (DS=4,2). Esto supone que el grupo de hiperfrecuentadores acude a visitarse a las consultas de atención primaria una proporción de 4 veces más que la media de normofrecuentadores.

En cuanto a las enfermedades físicas padecidas que constaban como motivo de consulta, alrededor del 52% eran catalogados por sus médicos como "no graves" para justificar la hiperfrecuentación". Del resto de enfermedades las más frecuentes fueron los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas (sin causa en la obesidad ni diabetes) (6,6%), obesidad (8,8%), diabetes (4,4%), hipertensión (15,4%), problemas cardiovasculares (2,2%) y ansiedad (6,6%).

Respecto al apoyo total percibido se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0,000$) siendo la media del grupo normofrecuentador (67,23) más elevada que la del grupo de hiperfrecuentadores (40,01). Se observaron diferencias significativas en todas las sub-escalas (**ver tabla 2**).

Tabla 2. Diferencias entre el apoyo total recibido en ambos grupos

	<i>Apoyo total</i>		<i>Apoyo Familia</i>		<i>Apoyo Amigos</i>	
	<i>HF</i>	<i>NF</i>	<i>HF</i>	<i>NF</i>	<i>HF</i>	<i>NF</i>
Media (*)	231,15	292,05	138,37	152,80	105,62	135,67
U de Mann	702,500	904,500			732,000	
Z	-4,536	-3,295			-4,353	
p	0,000	0,000			0,000	

HF (Grupo Hiperfrecuentador); NF (Grupo Normofrecuentador)

(*) La media hace referencia a las puntuaciones obtenidas en la escala de apoyo social, dato que muestra como el Grupo Hiperfrecuentador obtiene puntuaciones más bajas.

Las diferencias obtenidas son altamente significativas ($p < 0,001$) tanto para el apoyo social percibido de la familia, como de la red social secundaria de apoyo.

En relación al número de visitas y las puntuaciones en la escala de apoyo social se observa una correlación inversa y significativa ($r = -0,756$; $p = 0,001$) tal y como era esperable por las diferencias grupales observadas en el análisis entre los grupos.

En el análisis de las sub-escalas del SS-B se observan diferencias entre el grupo primario de apoyo (familia) y el secundario (amigos). En el grupo primario de apoyo se obtienen medias superiores en las subescalas de apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, asistencia económica y consejo, siendo el grupo NF más aventajado (**ver tabla 3**).

Tabla 3. Diferencias entre el apoyo percibido de la familia en las sub-escalas del SS-B.

	Emocional	Socialización	A. Práctica	Económica	Consejo					
Familia	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF
Media	30,9	33,9	21,75	24,53	24,92	28,33	23,31	26,35	37,4	41,1
U de Mann	988,000	930,000	975,000	875,000	1108,500					
Z	-2,798	-3,157	-2,916	-3,510	-2,045					
P	0,005	0,002	0,004	0,000	0,041					

HF (Grupo Hiperfrecuentador); NF (Grupo Normofrecuentador)

Lo contrario sucede con el grupo secundario de apoyo, en el que las medias superiores en todas las sub-escalas las obtienen los pacientes que conformaron el grupo HF (**ver tabla 4**).

Tabla 4. Diferencias entre el apoyo percibido de los amigos en las sub-escalas del SS-B

Amigos	Emocional		Socialización		Práctica		Económica		Consejo	
	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF
Media	35,3	30,2	29,08	22,6	29	25,5	25,3	21,2	38,1	36,5
U de Mann	882,500		758,000		678,000		715,500		810,500	
Z	-3,421		-4,215		-4,705		-4,461		-3,878	
P	0,001		0,000		0,000		0,000		,000	

HF (Grupo Hiperfrecuentador); NF (Grupo Normofrecuentador)

DISCUSIÓN

Respecto a los datos sociodemográficos de nuestra muestra, otros estudios muestran que los hiperfrecuentadores son personas con mayor edad respecto al grupo normativo ^{2,6}. De la misma forma, otros estudios también han encontrado correlación entre la hiperfrecuentación y el sexo femenino ^{7,8}.

Por una parte, en edades mayores, el individuo debe enfrentarse a cambios físicos, intelectuales, de estilo de vida, etc. Y estas situaciones llevan a los adultos mayores a estar constantemente expuestos a situaciones estresantes ⁹. Por otra parte, se ha demostrado que el apoyo social es una variable amortiguadora de la vivencia de estrés ¹⁰. Por lo que podríamos sugerir que a mayor apoyo social, menor vivencia de estrés y menor frecuentación en las consultas de Atención Primaria. También se ha mostrado correlación entre la hiperfrecuentación y la presencia de cierto grado de disfunción familiar ¹¹ aspecto que podría relacionarse con el menor apoyo percibido de las familias de estos pacientes.

No obstante, el hecho de evaluar apoyo social implica ciertas limitaciones ya que el apoyo social es una variable percibida, pues está afectada por procesos cognitivos y subjetivos de quien informa ⁴. Aun así, percibir que existe o no existe apoyo social, aunque esto no sea así, es lo que realmente afecta al paciente y lo que puede determinar su conducta ¹².

Por otro lado, existe una importante falta de unificación de los criterios conceptuales y metodológicos del constructo de apoyo social. Como también muchos estudios consideran otros criterios para la inclusión de pacientes en estudios de hiperfrecuentación, más de 14 veces al año ¹³.

Respecto a los estudios que relacionan hiperfrecuentación y variables psicosociales, existen datos contradictorios. Se ha encontrado que en un 8,1% de los casos, se podía relacionar la frecuencia de consultas con las variables de apoyo social ⁸ concluyendo que se trata de una variable poco relevante.

No obstante, el citado estudio tiene una importante limitación metodológica y es que no se descartaron las visitas programadas para considerar los casos de hiperfrecuentación. Quizás dada esta limitación, existe otro estudio que muestra como un 41% de la hiperfrecuentación se atribuye a las enfermedades de los pacientes, un 30% a los trastornos mentales y un 15% a factores

psicosociales ¹⁴.

Otra de las limitaciones del estudio es que no se pudieron analizar descriptivamente las visitas del grupo HF ni realizar otros tipos de análisis respecto al número de visitas, dado que por los objetivos del estudio se clasificaron directamente los sujetos de la muestra si cumplía los criterios de inclusión.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra una correlación entre dos variables dentro de un modelo biopsicosocial de la hiperfrecuentación y por lo tanto, no descarta que también contribuyan otros factores en la presencia de dicho fenómeno. Por lo tanto, aun las limitaciones citadas, la presente investigación muestra como los pacientes hiperfrecuentadores tienen una percepción de menor apoyo social del grupo primario respecto al grupo normofrecuentador. Dados los datos obtenidos en diferencias entre el grupo primario y secundario de apoyo, parece que es el primero el que podría ofrecer un marco de contención.

Estos resultados abren una nueva hipótesis respecto al paciente hiperfrecuentador ya que podría estar buscando en las consultas de Atención Primaria un apoyo que de manera natural ofrece el contexto familiar. Por tanto, en líneas de intervenciones psicosociales futuras deberían estar orientadas a favorecer el ajuste adecuado del grupo primario de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bellón J.A. *Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria* [tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada, 1995.
- (2) Sandín B, Chorot P. Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel & Stewart. Madrid: UNED a Sandín. *El estrés psicosocial: concepto y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik, 1990.
- (3) Rodríguez C, Cebrià J, Corbella S, Segura J, Sobrequés J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria* 2003; 13(3):23-30.
- (4) De la Revilla L. *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Monografías clínicas de Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1999.
- (5) Tardy C. Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology* 1995; 13 (2): 187-202.
- (6) Fuertes M. C, Álvarez E, García M.D, Fernández M, Echarte E. Abad,J. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Atención Primaria* 1994; 1(14): 809-14.
- (7) Llorente S, López T, García L.J, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. *Atención Primaria* 1996; 1 (179): 100-6.
- (8) Rubio M.L, Adalid C, Cordón F, Solanas P, Masó D, Fernández D. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Atención Primaria* 1998; 1 (22): 627-30.
- (9) Meléndez A. Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Gerokomos* 1998; 9(2): 60-66.
- (10) Carrobles J.A., Remor E, Rodríguez-Alzamora L. Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema* 2003; 15 (3): 420-426.
- (11) Orueta R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria* 1993; 1 (12): 92-96.
- (12) Vaux A, Riedel S, Stewart D. Modes of social Support: The Social Support Behaviours (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology* 1987; 15 (2): 209-237
- (13) Rivera Casares F, Illana A, Oltra A, Narváez M, Benlloch C, Rovira B. Características de los pacientes que no utilizan las consultas de atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14: 117-121.
- (14) Báez K, Aiaraguena J.M., Grandes G., Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated attendance in primary care: a case-comparación study. *British Journal of General Practice* 1998; 1 (48): 1824-1827.