

# El recolzament social percebut en pacients hiperfreqüentadors d'Atenció Primària

## >> Autors

**Raquel Vidal Estrada<sup>1</sup>, Jordi Cebria Andreu<sup>2</sup>, Carolina Palma Sevillano<sup>3</sup>, Gemma Planells Palome<sup>4</sup>, Josep Espinassa Rifa<sup>4</sup>, Anna Estafanell Celma<sup>4</sup>.**

1. Psicòloga clínica, Blanquerna.
2. Doctor en Medicina i Cirurgia, CAP Granollers.
3. Doctora en Psicologia, Blanquerna.
4. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària, CAP Granollers.

## >> Correctors

Ernest Vinyoles i Xavier Bayona

## >> Correspondència

**Raquel Vidal Estrada**

Adreça electrònica: [raquelvidal.e@gmail.com](mailto:raquelvidal.e@gmail.com)

Publicat: 1 de desembre de 2010

Raquel Vidal Estrada, Jordi Cebria Andreu, Carolina Palma Sevillano, Gemma Planells Palome, Josep Espinassa Rifa, Anna Estafanell Celma (2010). "El recolzament social percebut en pacients hiperfreqüentadors d'Atenció Primària" *Butlletí*: Vol. 28: Iss. 3, Article 3.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss3/3>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## RESUM

**Introducció:** Els pacients hiperfreqüentadors són motiu de preocupació per al sistema sanitari ja que ocupen més del 50% del temps de consulta del metge. A més, significa que són uns pocs usuaris els que generen la majoria de feina.

**Objectiu:** Observar la relació entre la hiperfreqüentació i el recolzament social percebut pels pacients d'Atenció Primària.

**Disseny:** Estudi observacional, descriptiu i transversal.

**Emplaçament:** CAP de Granollers-Sud

**Participants:** Hi van participar un total de 107 subjectes. Un grup de 52 subjectes hiperfreqüentadors i un grup control de 55 subjectes normofreqüentadors. Es va obtenir aquesta segona mostra mitjançant l'emparellament per parells amb el grup hiperfreqüentador en les variables sexe, edat, estat civil i malalties.

**Intervencions:** Es va valorar el criteri d'hiperfreqüentació seguint el criteri d'estudi pioners. Es van obtenir aquestes dades mitjançant els registres informàtics del centre. Es va avaluar el recolzament social percebut pels pacients mitjançant l'Escala de Recolzament Social SS-B.

**Resultats:** Es van obtenir diferències significatives entre ambdós grups respecte al recolzament total percebut ( $p=0.000$ ), essent la mitjana menor per al grup hiperfreqüentador en totes les subescales del recolzament rebut dels familiars (recolzament emocional, socialització, assistència pràctica assistència econòmica i consell).

**Conclusions:** els pacients hiperfreqüentadors tenen una percepció de menor recolzament social del grup primari (família) respecte al grup normofreqüentador, i podria ser aquest recolzament el que oferís un marc de contenció en el pacient, i per tant, el tipus de recolzament relacionat amb el patró de freqüentació en les consultes d'Atenció Primària.

**Paraules clau:** hiperfreqüentació, normofreqüentació, recolzament social percebut, medicina de família, Atenció Primària.

**Fonts de finançament:** Aquests treball ha estat finançat per una Beca Col·laboració del Ministeri d'Educació i Ciència, i la Facultat de Psicologia Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

### Acceptat en altres congressos:

Presentació de comunicació (pòster) en el *II Congrés de les societats de Medicina Familiar i Comunitària de València, Balears i Catalunya*. 22 i 23 de maig de 2008. Castellón.

Comunicació oral en les *IV Jornades de Recerca en Salut del Vallès Oriental*. Juny de 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 <sup>1</sup>. 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.

## INTRODUCCIÓ

Els pacients hiperfreqüentadors són motiu de preocupació para el sistema sanitari ja que ocupen més del 50% del temps de consulta del metge <sup>3</sup>. A més, significa que són uns pocs usuaris els que generen la majoria de feina en els centres mentre que altres, probablement necessitats de més atencions de salut, no acudeixen mai <sup>4</sup>. La hiperfreqüentació engloba aspectes de tipus biològic, psicològic i social, essent aquests últims factors els menys estudiats. El nostre estudi intenta observar la relació existent entre aquest fenomen i un factor psicosocial molt important actualment: el recolzament percebut.

## MATERIAL I MÈTODE

**Subjectes:** es va realitzar un estudi observacional, descriptiu i transversal en un Centre d'Atenció Primària en un municipi on el total de població és de 57.200 habitants. Es va obtenir una mostra de 107 subjectes. Un grup de 52 subjectes que acomplien criteris d'hiperfreqüentació (HF) <sup>1</sup> i un grup de 55 subjectes que no acomplien els esmentats criteris, normofreqüentadors (NF). Es va obtenir aquesta segona mostra mitjançant l'emparellament per parells amb el grup hiperfreqüentador en les variables sexe, edat, estat civil i malalties.

- Criteris d'inclusió:
  - Subjectes que pertanyessin a l'àrea assistencial.
  - Edat igual o superior a 18 anys
  - Subjectes que acceptessin participar en l'estudi
- Criteris d'exclusió:
  - Subjectes no pertanyents a l'àrea assistencial.
  - Amb dificultades per a la comunicació i comprensió dels ítems (retard mental, deteriorament cognitiu, sensorial).
  - Subjectes que no van acceptar participar en l'estudi.

**Mesuraments:** d'aquesta mostra es van estudiar les dades sociodemogràfiques a través d'un qüestionari on es preguntava per l'edat, el sexe, l'estat civil i malalties principals que es van utilitzar per aparellar els subjectes de l'estudi i també el motiu de consulta, classificant-se com a "malestar físic" o "malestar físic i psicològic".

Respecte a la variable de recolzament social percebut, es va avaluar mitjançant la "Escala de Apoyo SS-B" <sup>2</sup> que és l'adaptació espanyola del *Social Support Behaviors Scale* (SS-B) de Vaux, Riedel i Stewart el 1987. Aquesta escala consta de 45 ítems de resposta tipus Lickert. Permet distingir diferents formes de recolzament aportades per familiars i amics mitjançant cinc subescales: recolzament emocional, socialització, assistència pràctica, assistència econòmica i consell. Entenent el recolzament social percebut com el *recolzament que el subjecte ha rebut en situacions concretes del seu passat* <sup>5</sup>.

Respecte a la variable d'hiperfreqüentació, es va avaluar mitjançant el nombre de visites enregistrades en la base de dades del centre. Tenint en compte altres estudis <sup>1</sup>, considerem com a pacients hiperfreqüentadors a aquells que van consultar més de 10 vegades el metge de família l'any

anterior per iniciativa pròpia; és a dir, 10 visites espontànies; descartant aquelles visites programades pel metge, ni derivades d'infermeria <sup>1</sup>.

**Procediment:** a partir del sistema informàtic del centre es va poder obtenir un llistat de pacients que complien els criteris d'hiperfreqüentació establerts en l'estudi. Es va informar els metges sobre l'estudi i es va passar a avaluar mitjançant els qüestionaris esmentats als pacients que van consultar durant els mesos que va durar l'estudi.

D'altra banda, el grup normofreqüentador, es va formar un cop estava constituït se el grup hiperfreqüentador, amb pacients no hiperfreqüentadors que van consultar el CAP durant la investigació, aparellant-se amb els subjectes del grup no hiperfreqüentador segons les variables sexe, estat civil, edat i malalties i descartant aquells subjectes que no eren aparellables en aquestes variables.

Prèvia a l'administració dels qüestionaris, es va explicar el seu objectiu, explicitant que el seu ús era exclusivament per a la investigació i respectant la seva total confidencialitat, essent informat el consentiment per a la participació en la investigació.

**Anàlisi:** un cop finalitzada l'obtenció de dades, es va procedir a l'anàlisi dels resultats obtinguts utilitzant el paquet estadístic SPSS 14.0. En primer lloc, comparem les característiques sociodemogràfiques dels grups realitzant una anàlisi bivariada incloent les característiques sociodemogràfiques de la mostra: edat, sexe, estat civil, nivell d'estudis i motiu principal de consulta. Les anàlisis van confirmar l'homogeneïtat dels grups aparellats en el disseny prèviament **(vegeu taula 1)**.

També es va dur a terme una anàlisi de freqüències descriptiu de totes les variables explorades i correlacions Pearson. Es va utilitzar la prova U de Mann-Whitney per al contrast d'hipòtesi ja que la forma de la mostra i les variables no van complir amb els criteris de normalitat i d'homocedasticitat.

**Taula 1.**

Anàlisi bivariada de les dades sociodemogràfiques i de motiu de consulta de la mostra

Característiques sociodemogràfiques	Hiperfreqüentadors	Normofreqüentadors	p
<b>Sexe</b>	%	%	
Femení	57,69	56,31	0,890
Masculí	42,33	43,63	
<b>Edat</b>			
Mitjana	61,44	62,04	0,906
Desviació estàndard	18,6	18,3	
<b>Estat civil</b>	%	%	
Solter	11,5	10,9	0,998
Casat	63,5	61,8	
Separat	3,8	1,8	
Divorciat	1,9	3,6	
Vidu	19,2	21,8	
<b>Estudis</b>	%	%	
Primaris no finalitzats	30,8	30,9	0,999
Primaris	46,2	47,3	
Secundària	21,2	20,0	
Universitaris	1,9	1,8	
<b>Motiu de consulta</b>	%	%	0,982
Malestar físic	69,2	70,9	
Malestar físic i psicològic	26,9	25,5	
No van respondre	3,8	3,6	

**RESULTATS**

La mitjana d'edat de la mostra va ser de 61,75 anys. Es va trobar una major freqüència d'assistència en dones (57%) enfront del 43% de homes. Referent a l'estat civil, la majoria de la població atesa estaven casats (62,6%) i un 20,6% eren vidus. La resta apuntaven menors freqüències.

Respecte al nivell d'estudis, la majoria tenien estudis primaris i en relació al motiu de consulta la majoria va declarar anar al metge de família per malestar físic, encara que un bon percentatge va afirmar anar-hi per motius tant físics com psicològics (al voltant del 25%).

Es va observar una mitjana de visites anuals de 26 (DS=4,2). Això suposa que el grup d'hiperfreqüentadors va a visitar-se a les consultes d'atenció primària una proporció de 4 cops més

que la mitjana de normofreqüentadors.

Respecte a les malalties físiques patides que constaven com a motiu de consulta, al voltant del 52% eren catalogats pels seus metges com a “no greus” per justificar la hiperfreqüentació”. De la resta de malalties les més freqüents van ser els trastorns del metabolisme de les lipoproteïnes (sense causa en l’obesitat ni diabetis) (6,6%), obesitat (8,8%), diabetis (4,4%), hipertensió (15,4%), problemes cardiovasculars (2,2%) i ansietat (6,6%).

Respecte al recolzament total percebut es van obtenir diferències significatives entre els dos grups ( $p=0,000$ ) essent la mitjana del grup normofreqüentador<sup>67,23</sup> més elevada que la del grup d’hiperfreqüentadors<sup>40, 01</sup>. Es van observar diferències significatives en totes les subescales (**vegeu taula 2**).

**Taula 2.** Diferències entre el recolzament total rebut en ambdós grups

	Recolzament total		Recolzament Família		Recolzament Amics	
	HF	NF	HF	NF	HF	NF
Mitjana (*)	231,15	292,05	138,37	152,80	105,62	135,67
<b>U de Mann</b>	702,500	904,500			732,000	
<b>Z</b>	-4,536	-3,295			-4,353	
<b>p</b>	0,000	0,000			0,000	

HF (Grup Hiperfreqüentador); NF (Grup Normofreqüentador)

(\*) La mitjana fa referència a les puntuacions obtingudes en l’escala de recolzament social, dada que mostra com el Grup Hiperfreqüentador obté puntuacions més baixes.

Les diferències obtingudes són altament significatives ( $p<0,001$ ) tant per al recolzament social percebut de la família, com de la xarxa social secundària de recolzament.

En relació al nombre de visites i les puntuacions en l’escala de recolzament social s’observa una correlació inversa i significativa ( $r=-0.756$ ;  $p=0,001$ ) tal i como era esperable per les diferències grupals observades en l’anàlisi entre els grups.

En l’anàlisi de les subescalas del SS-B s’observen diferències entre el grup primari de recolzament (família) i el secundari (amics). En el grup primari de recolzament s’obtenen mitjanes superiors en les

subescales de recolzament emocional, socialització, assistència pràctica, assistència econòmica i consell, essent el grup NF més avantatjós (**vegeu taula 3**).

**Taula 3.** Diferències entre el recolzament de la família en las subescales del SS-B.

Família	Emocional		Socialització		A. Pràctica		Econòmic		Consell			
	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF		
Mitjana	30,9	33,9	21,75		24,53		24,92	28,33	23,31	26,35	37,4	41,1
<b>U de Mann</b>	988,000	930,000	975,000		875,000		1108,500					
<b>Z</b>	-2,798	-3,157	-2,916		-3,510		-2,045					
<b>P</b>	0,005	0,002	0,004		0,000		0,041					

HF (Grup Hiperfreqüentador); NF (Grupo Normofreqüentador)

El contrari succeeix amb el grup secundari de recolzament, en el qual les mesures superiors en totes les subescales les obtenen els pacients que van conformar el grup HF (**vegeu taula 4**).

**Taula 4.** Diferències entre el recolzament percebut dels amics en les subescales del SS-B

Amics	Emocional		Socialització		Pràctica		Econòmica		Consell	
	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF	HF	NF
Mitjana	35,3	30,2	29,08	22,6	29	25,5	25,3	21,2	38,1	36,5
<b>U de Mann</b>	882,500		758,000		678,000		715,500		810,500	
<b>Z</b>	-3,421		-4,215		-4,705		-4,461		-3,878	
<b>P</b>	0,001		0,000		0,000		0,000		,000	

HF (Grup Hiperfreqüentador); NF (Grup Normofreqüentador)

## DISCUSSIÓ

Respecte a les dades sociodemogràfiques de la nostra mostra, altres estudis mostren que els hiperfreqüentadors són persones amb més edat respecte al grup normatiu <sup>2,6</sup>. De la mateixa manera, altres estudis també han trobat correlació entre la hiperfreqüentació i el sexe femení <sup>7,8</sup>.



D'una banda, en edats majors, l'individu ha d'enfrontar-se a canvis físics, intel·lectuals, d'estil de vida, etc. I aquestes situacions porten els adults majors a estar constantement exposats a situacions estressants <sup>9</sup>. D'altra banda, s'ha demostrat que el recolzament social és una variable amortidora de la vivència d'estrès <sup>10</sup>. Per la qual cosa, podríem suggerir que com més recolzament social, menor vivència d'estrès i menor freqüentació a les consultes d'Atenció Primària. També s'ha mostrat correlació entre la hiperfreqüentació i la presència de cert grau de disfunció familiar <sup>11</sup> aspecte que podria relacionar-se amb el menor recolzament percebut de les famílies d'aquests pacients.

No obstant això, el fet d'avaluar recolzament social implica certes limitacions ja que el recolzament social és una variable percebuda, ja que està afectada per processos cognitius i subjectius de qui informa <sup>4</sup>. Toy i així, percebre que existeix o no existeix recolzament social, encara que això no sigui així, és el que realment afecta el pacient i el que pot determinar la seva conducta <sup>12</sup>.

D'altra banda, existeix una important manca d'unificació dels criteris conceptuals i metodològics del constructe de recolzament social. Com també molt estudis consideren altres criteris per a la inclusió de pacients en estudis d'hiperfreqüentació, més de 14 cops a l'any <sup>13</sup>

Respecte als estudis que relacionen hiperfreqüentació i variables psicosocials, existeixen dades contradictoris. S'ha trobat que en un 8,1% dels casos, es podia relacionar la freqüència de consultes amb les variables de recolzament social <sup>8</sup> conclouent que es tracta d'una variable poc rellevant.

No obstant, l'esmentat estudi té una important limitació metodològica i és que no es van descartar les visites programades per considerar els casos d'hiperfreqüentació. Potser, atesa aquesta limitació, existeix un altre estudi que mostra com un 41% de la hiperfreqüentació s'atribueix a les malalties dels pacients, un 30% als trastorns mentals i un 15% a factors psicosocials <sup>14</sup>.

Una altra de les limitacions de l'estudi és que no es van poder analitzar descriptivament les visites del grup HF ni realitzar altres tipus d'anàlisi respecte al nombre de visites, atès que pels objectius de l'estudi es van classificar directament els subjectes de la mostra si complia els criteris d'inclusió.

## CONCLUSIONS

El nostre estudi mostra una correlació entre dos variables dins d'un model biopsicosocial de la hiperfreqüentació i, per tant, no descarta que també contribueixen altres factors en la presència de l'esmentat fenomen. Per tant, malgrat les limitacions esmentades, la present investigació mostra com els pacients hiperfreqüentadors tenen una percepció de menor recolzament social del grup primari respecte al grup normofreqüentador. Ateses les dades obtingudes en diferències entre el grup primari i secundari de recolzament, sembla que és el primer el que podria oferir un marc de contenció.

Aquests resultats obren una nova hipòtesi respecte al pacient hiperfreqüentador ja que podria estar buscant en les consultes d'Atenció Primària un recolzament que de manera natural ofereix el context familiar. Per tant, en línies d'intervencions psicosocials futures haurien d'estar orientades a afavorir l'ajustament adequat del grup primari de recolzament.

## BIBLIOGRAFIA

- (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.