



HIPERUTILIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DISFUNCIÓN FAMILIAR.

Ortega Ruiz Rosa María *, **Compañ Poveda Elena ****, **Moreno i Marin Josep*****, **Uris Sellés Joaquín ******, **Garberí Pedrós Rafael ******* .

* Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Servicio de Atención a la Familia. Excma. Diputación Provincial de Alicante.

** Terapeuta Familiar. Antropóloga. Trabajadora Social. Jefa de Programas del Servicio de Atención a la Familia. Excma. Diputación Provincial de Alicante.

*** Médico especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de la Asociación Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Florida-Babel. Alicante.

**** Médico Pediatra. Miembro de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Profesor colaborador del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Alicante.

***** Médico Psiquiatra. Terapeuta Familiar. Jefe del Servicio de Atención a la Familia. Excma. Diputación Provincial de Alicante.

Introducción

La familia ha sido descrita como un sistema abierto, compuesto por individuos que forman una unidad bio-psico-social. Constituye el primer núcleo de relaciones significantes para las personas y un lugar primordial para su socialización, así como para la transmisión de normas y valores. Además, el comportamiento de cada miembro de la familia influye y es influido por el resto, en un permanente feed-back de comunicación. En constante evolución, desarrolla su propia historia y modelos de vida.

Inmersa en un entorno social más amplio, la adaptación a los cambios se convierte en la clave principal para su desarrollo y crecimiento. Este se alcanza a través de un proceso de autorregulación, donde el equilibrio entre el reforzamiento de sus reglas o la creación de otras nuevas es necesario para enfrentarse a los acontecimientos de la vida cotidiana.

Así mismo, la capacidad de adaptación a los cambios está en relación directa a la buena salud, tanto física como mental, de la población. Vivimos momentos de cambios rápidos y constantes en nuestra sociedad: Las nuevas formas de familia nos ofrecen dispersión de modelos y de relaciones; las interacciones a través de la telecomunicación aumentan, en detrimento del contacto personal y cercano.

De lo expuesto se desprende que las relaciones interpersonales son determinantes de la salud de

la población, y las que se generan en el grupo familiar marcarán estilos de vida saludables o disfunciones que disminuirán el capital social de los sujetos y sus consiguientes fracasos a nivel personal y social.

En contraposición al modelo reduccionista, este proyecto favorece una visión integradora de los fenómenos, capaz de relacionar circularmente las partes y de sustituir los conceptos que hablan de "sumatividad" por aquellos que hablan de "totalidad". Esta visión sistémica, también llamada ecológica, permite ver como familia - centro de salud - escuela - centro social - etc., no se adaptan a un ambiente dado sino que coevolucionan con él.

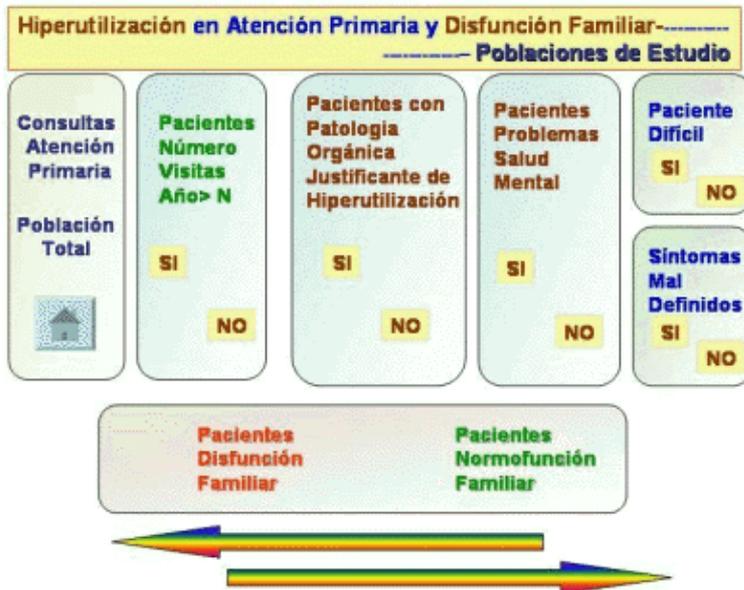
Vivir de forma saludable no es únicamente una tarea de los profesionales sanitarios, es una cuestión de co-responsabilidad, es una cuestión de todos.

Justificación

No abundan los estudios sobre estilos de vida saludable enfocados a las relaciones interpersonales y familiares, sin embargo pueden destacarse algunos que justifican el planteamiento de este:

- El empobrecimiento de las relaciones interpersonales y familiares disminuye el capital social de los sujetos, conduciéndoles a sucesivos fracasos sociales y a la disminución de su salud física y mental. (Kuh D, Power Ch, Blane D, et al. Social pathways between childhood and adult health. In: Kuh D, Ben-Shlomo Y, eds. A life course approach to chronic disease epidemiology. London:Oxford University Press, 1997:169-98)
- La práctica de rituales familiares previene la aparición de sintomatología en los adolescentes: trastornos de la alimentación, síndromes depresivo-ansiosos, trastornos de conducta. Compañ E, Moreno J, Ruiz M T. Doing things together: adolescent health and family rituals. Journal of epidemiology & community health. February 2002. Vol 56, nº 2
- La falta de rituales familiares tiene relación con problemas de alcoholismo en los jóvenes. Wolin S J, Bennet L A, Nooman D L. Family rituals and de recurrence of alcoholism over generations. Am Psychiatry 1979:589-93
- El 70% de usuarios hiperutilizadores de la red de atención primaria de salud dice tener malas relaciones familiares. Revilla L, Aranda J M, Luna J D. Influencia de las variables sociodemográficas y de la cultura familiar en el uso de consultas médicas. Atención Primaria 1987; 4:472

Mapa de procesos de la investigación



Resultados esperados

El profesional identifica una Población de Pacientes que el considera como "Difíciles-Hiperutilizadores"

El profesional identifica una Población de Pacientes que utilizan la consulta > N veces al año

El profesional identifica en la Población de estudio los casos con patologías "justificantes" de la utilización

El profesional identifica en la Población de estudio los casos con motivos de consultas "mal definidos"

El profesional identifica en la Población de estudio los casos con "problemas de salud mental"

El profesional identifica en la Población de estudio los casos con "**DISFUNCION FAMILIAR**"

Objetivos generales

Mediante el modelo sistémico, que entiende a la familia como una unidad bio-psico-social, este estudio pretende incidir en el conocimiento del funcionamiento familiar y la prevención de sus disfunciones. El abordaje para mejorarlas, por motivación y no por prescripción, debe contemplarse desde una perspectiva multidisciplinar e integradora.

Hipotesis

El empobrecimiento de las relaciones familiares y las disfunciones que generan tienen una relación directa con los síntomas por los que acuden gran número de hiperutilizadores de la Red de Atención Primaria de salud.

Material y Métodos

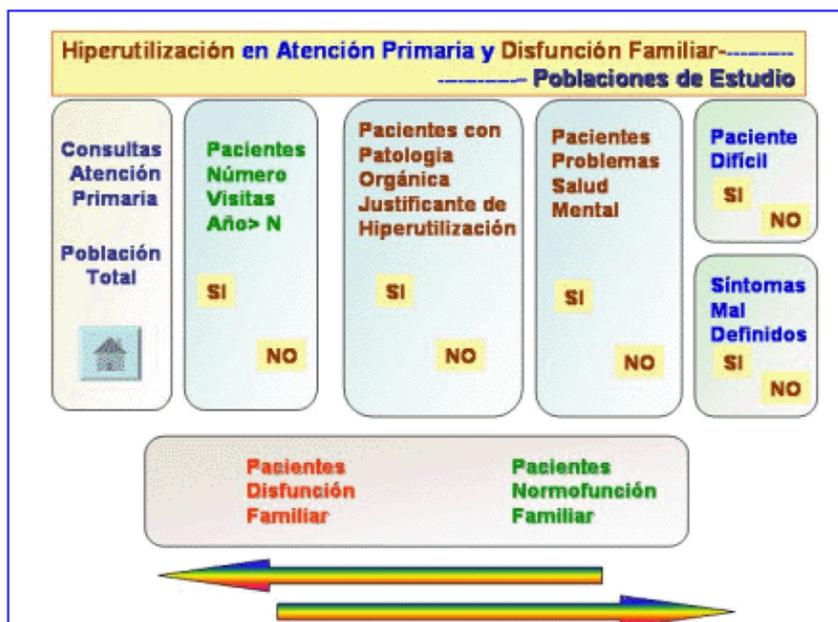
La investigación referente a la hiperutilización de los servicios asistenciales en Atención Primaria que se presenta en el estudio se ha realizado a partir de los datos de pacientes de las consultas de Medicina de Familia de los Centros de Salud de Alfac del Pi, Callosa dEn Sarriá, La Florida (Alicante), La Bassa (Alcoi), La Cala y Tomás Ortuño (Benidorm), de la provincia de Alicante, tratándose de una primera aproximación a posteriores investigaciones que pudieran realizarse de forma amplia , con un numero mayor de casos y con un carácter multicéntrico buscando la representatividad de la población para la provincia de Alicante.

. Metodología

- Estudio descriptivo de la hiperutilización y la disfunción familiar mediante el analisis de un cuestionario para pacientes en las consultas de atención primaria

El tipo de muestreo es oportunista sistemático a partir de los casos que se pueden localizar en las consultas, tanto mediante la demanda de los mismos, como a partir de la información de los sistema de registros, como es el caso de la Historia de Salud de Atención Primaria. Son diferentes las hipótesis que se plantean en el diseño del estudio lo que lleva a considerar las diferentes posibilidades que se deben tener en cuenta respecto alas preguntas a realizar a los casos del estudio y a las diferentes poblaciones y subpoblaciones que entran en el diseño.

Con el fin de exponer de forma clara algunas de las preguntas clave a desarrollar para la realización de la investigación se presentan de forma esquemática estas distintas preguntas:



De la misma forma, y a modo de resumen, se pueden exponer las diferentes actividades a realizar por los profesionales que participen en el estudio, con el fin de poder obtener los datos e información necesaria para la contestación de las preguntas de la investigación.

El profesional Identifica una Población de Pacientes que el considera como "Difíciles-Hiperutilizadores"
El profesional Identifica una Población de Pacientes que utilizan la consulta > 11 veces al año
El profesional identifica en la Población de estudio los casos con patologías "justificantes" de la utilización
El profesional Identifica en la Población de estudio los casos con motivos de consultas "mal definidos"
El profesional Identifica en la Población de estudio los casos con "problemas de salud mental"
El profesional Identifica en la Población de estudio los casos con " DISFUNCIÓN FAMILIAR "

Se administran cuestionarios, mediante entrevista personal, que incluyen:

- variables referentes al tipo de paciente en lo que se refiere a datos de utilización de la consulta de Atención Primaria,.
- datos personales y de sus problemas orgánicos y enfermedades tanto agudas como problemas crónicos
- estructura y ciclo vital familiar, función familiar mediante test de APGAR familiar y realización del genograma
- datos sobre el malestar psíquico usando el General Health Questionare (GHQ) en su versión simplificada de 12 items.

Se define como Hiperfrecuentador ,según el parámetro cuantitativo del numero de visitas realizadas, aquel que realiza 10 o más visitas al año; considerando las consultas a demanda y las programadas registradas en las historias clínicas, excluyendo a los menores de 15 años y las consultas burocráticas.

La Clasificación de los motivos de consulta se realizará a partir de la evaluación de la Historia de Salud, centrándose en el concreto de motivos de consulta y no de diagnostico, con una posible clasificación de los mismos como se indica en el esquema siguiente en el que hay que destacar todos los casos que se encasillarían en el apartado de salud mental y en el de síntomas y signos mal definidos.

Clasificación de los motivos de consulta

- 1 - Procesos Agudos (infecciones, traumatismos, intoxicaciones, ,reacciones alérgicas, reagudización o brote de enfermedad crónica)
- 2 - Procesos Crónicos (Diabetes, Hipertensión arterial, EPOC)
- 3 - Salud Mental (Enfermedades incluidas dentro d ela clasificación de los transtornos mentales)
- 4 - Signos y síntomas mal definidos (problemas de salud y demandas que no tienen una base

orgánica bien definida que los justifique y que suelen manifestarse con multitud de síntomas que no se pueden encuadrar fácilmente.

Se preguntará sobre las personas que viven en el domicilio con el fin de construir el genograma de la familia , como otra de las variables a tener en consideración en el estudio.

Se realizara el cuestionario del APGAR familiar que consta de cinco preguntas como se expone a continuación

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:	A	B	C
A: Casi nunca B: A veces C: Casi siempre			
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			
TOTAL:			

Los valores obtenidos en el APGAR familiar de siete o superior se considerarán como normofuncionales, mientras que valores entre 4 y 6 puntos serán tenidos en cuenta como disfunción familiar moderada y los que tengan entre 0 y 3 se considerarán como disfunción familiar severa.

Los problemas de salud mental y de tipo psicosocial se evaluarán mediante la utilización del test resumido del GHQ-28 que es el General Health Questionnaire de Goldberg, validado en España por Lobo y que consta de 12 ítems.

El tratamiento estadístico de los datos se basará fundamentalmente en la comparación de las proporciones pertinentes a las diferentes poblaciones de los casos del estudio y su comparación con los casos en lo que no exista la hiperutilización que se consideraran como población de control, con lo que se realizarán diferentes pruebas estadísticas de tipo no paramétrico, como es el caso del test de Chi cuadrado.

Cuestionario

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:	A	B	C
A: Casi nunca B: A veces C: Casi siempre			
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			
TOTAL:			

Test GHQ simplificado

Escala de Salud General. GHQ

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

.Mejor que lo habitual .Igual que lo habitual .Menos que lo habitual .Mucho menos que lo habitual

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

3) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

.Más que lo habitual .Igual que lo habitual . Menos útil que lo habitual .Mucho menos

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

.Más capaz que lo habitual .Igual que lo habitual .Menos capaz que lo habitual .Mucho menos

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

.Más que lo habitual .Igual que lo habitual .Menos que lo habitual .Mucho menos

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

.Más capaz que lo habitual .Igual que lo habitual .Menos capaz que lo habitual .Mucho menos

9) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

10) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

.No, en absoluto .No más que lo habitual .Bastante más que lo habitual .Mucho más

12)¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

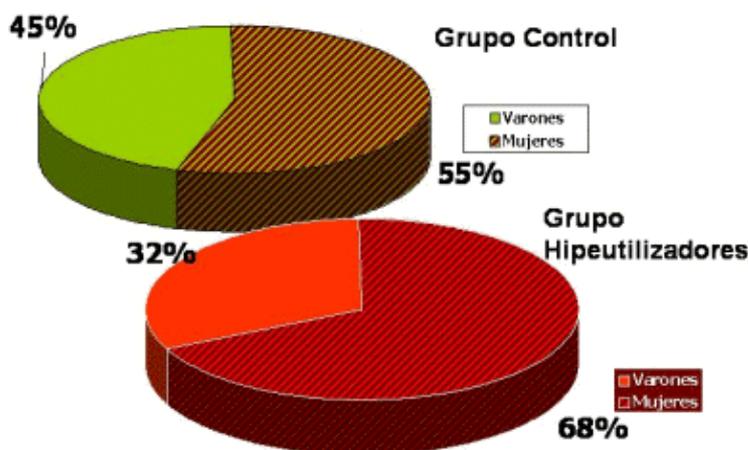
.Más feliz que lo habitual .Aproximadamente lo mismo que lo habitual

.Menos feliz que lo habitual .Mucho menos que lo habitual

El estudio se plantea sobre 90 cuestionarios que se han considerados como completos y de los que 50 casos son catalogados como hiperutilizadores y 40 casos han formado parte del grupo control.

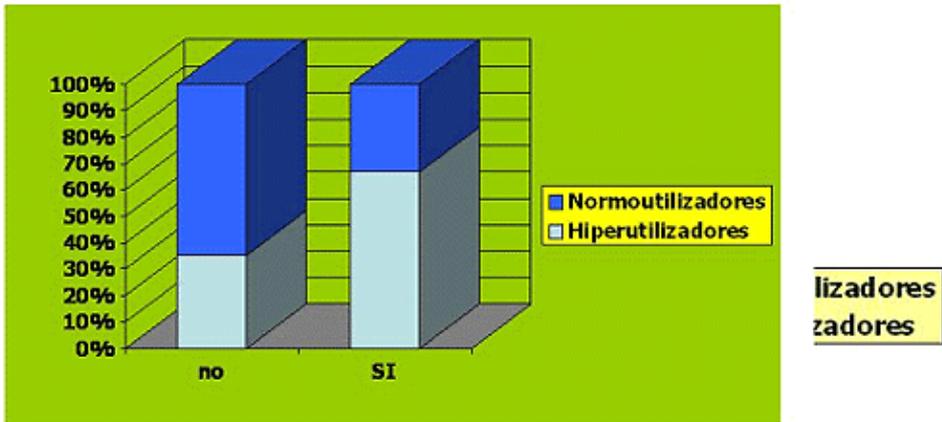
La media de visitas al año de los hiperutilizadores es de 17.9 con una desviación estándar de 8.1, mientras que el grupo control ha tenido una media de visitas anuales de 4.6 con una desviación estándar de 2.2. La razón de medias según estos datos es de 3.86, es decir los hiperutilizadores consultan casi cuatro veces más que los considerados como "normales".

Al comparar el sexo de los pacientes en los dos grupos se aprecia que el número de mujeres en los hiperutilizadores es mayor que en el grupo control, con porcentajes de 68% y 45% respectivamente.



La edad también es mayor en el caso de los pacientes hiperutilizadores, con una media de 57.3 años frente a los 46.3 años en el caso del grupo control.

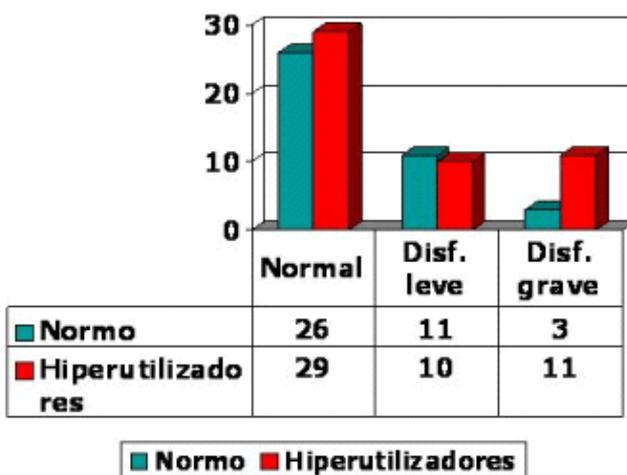
La presencia de enfermedades crónicas en el caso de los pacientes hiperutilizadores se evidenció en el 81.4% de los casos, mientras que este porcentaje era del 48.5% en el grupo control y de la misma forma los problemas de salud mental y otros problemas de carácter psicosocial de forma genérica se valoraban en el 55.2% y 66.7% respectivamente en los los casos hiperutilizadores, frente al 25 % y 33% en los controles.



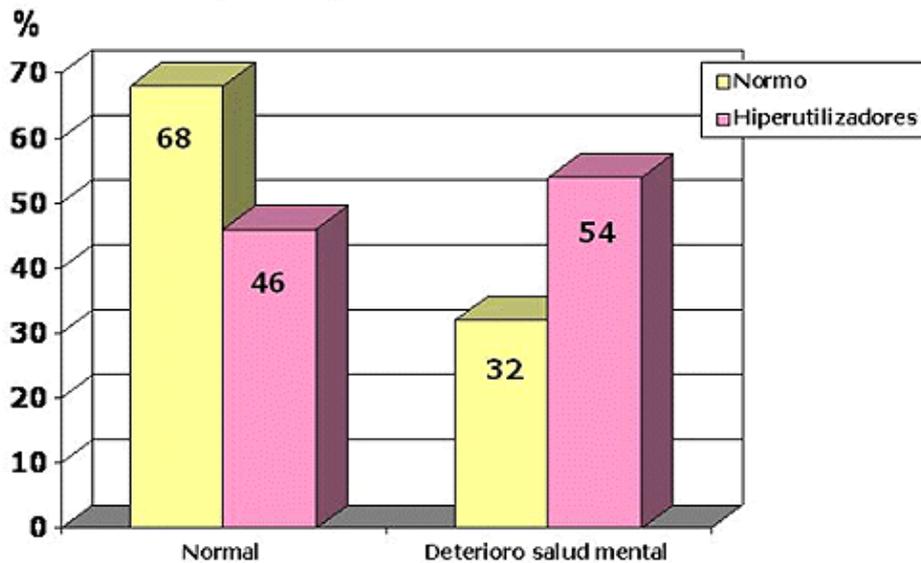
Sin embargo la concepción de que los pacientes tenían un problema valorado como "grave" no coincidía con la mayor utilización de las consultas, pues en el caso de los valorados como hiperutilizadores esta valoración se hacia solamente en el 51.7 % de los casos y entre el grupo control se contestaba afirmativamente en el 66.7%.

Los pacientes hiperutilizadores estaban básicamente en el ciclo vital catalogado como fase final de la extensión, es decir desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar y en la fase de contracción del ciclo vital familiar, es decir desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge, que son catalogadas básicamente como épocas de crisis.

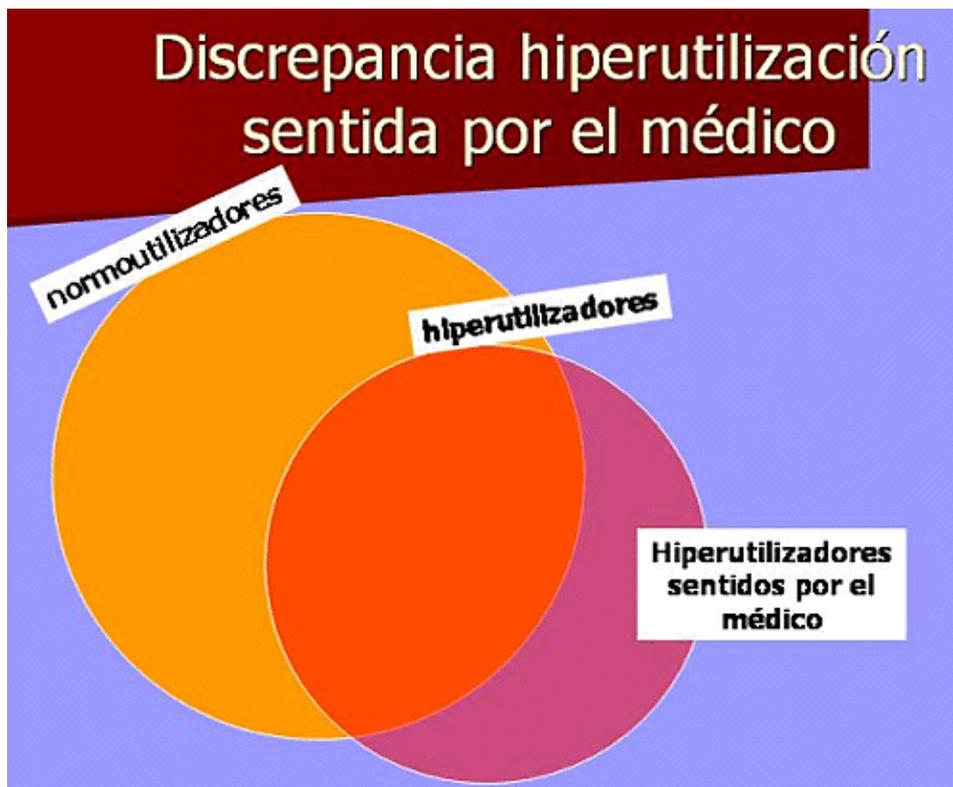
Si consideramos las situaciones de disfunción familiar grave según el test de APGAR familiar, estas son mucho mas frecuentes 22% en los casos de hipertulizadores que en el caso de grupo control con solo un 7,5 %. Esta diferencia de tres veces mas frecuente la disfunción grave según el test de APGAR entre los pacientes hiperutilizadores es mucho menor cuando se considera la disfunción de forma global con porcentajes del 42% y 35% respectivamente.



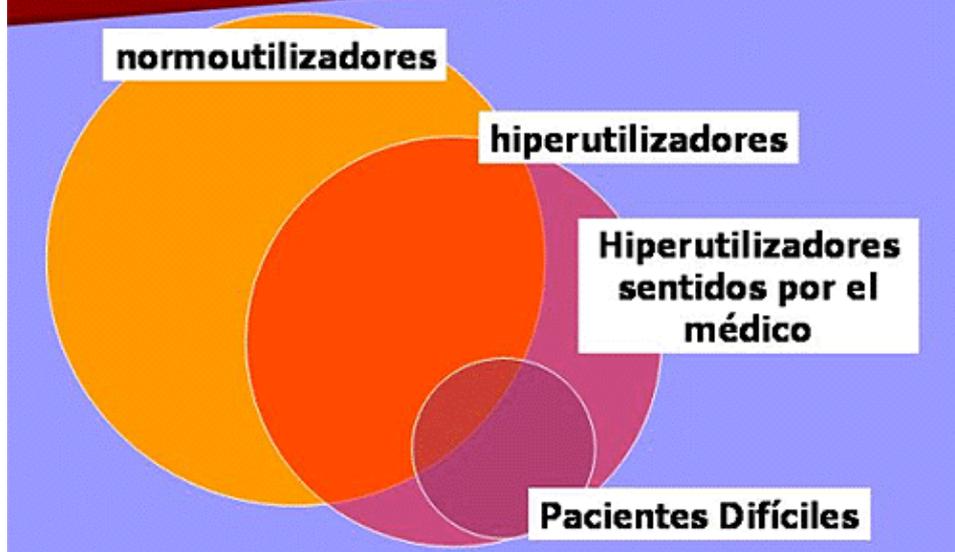
La valoración del test de salud mental GHQ-12 plantea valoraciones de deterioro de la salud mental más frecuentes en los hiperutilizadores. El grupo de pacientes hiperutilizadores con resultados desfavorables en el 54% frente al grupo control con estos resultados desfavorables en el 32%.



La concepción de "paciente hiperutilizador" por el medico y de "paciente difícil" por los profesionales no se pone en evidencia en este tipo de pacientes que utilizan mucho mas la consulta. Sólo un tercio de los hiperconsultantes son sentidos como tales por los profesionales y de estos sólo la tercera parte fueron etiquetados por sus médicos como "pacientes difíciles".



Hiperutilización y pacientes difíciles sentidos por el médico



Así, en una visión global podemos decir que hay un grupo numeroso de pacientes que destacan por consultar al médico mucho más que el resto de los pacientes (recordemos, casi cuatro veces más), incluso que muchos de los que tienen problemas crónicos habitualmente atendidos en los centros de salud: diabetes, hipertensión, etc.

Así, en una visión global podemos decir que hay un grupo numeroso de pacientes que destacan por consultar al médico mucho más que el resto de los pacientes (recordemos, casi cuatro veces más), incluso que muchos de los que tienen problemas crónicos habitualmente atendidos en los centros de salud: diabetes, hipertensión, etc.

Su perfil sería el de una mujer, unos once años mayor que la media de pacientes, con uno o más problemas crónicos y algún diagnóstico relacionado con su salud mental. En cualquier caso presenta un mayor o menor grado de deterioro de su bienestar psíquico.

Es muy probable que viva sola o que viva con el marido pero sus hijos se hayan marchado ya de casa. En mayor o menor grado, pero de forma significativa, siente que ella (o él) con su familia no acababan de funcionar bien.

Hemos encontrado en el estudio una curiosa disparidad entre los pacientes que eran identificados por su mayor demanda de servicios y aquellos que eran sentidos como hiperutilizadores por sus médicos de cabecera. De hecho, los médicos no percibieron como tales a casi los dos tercios de los estudiados.

En cambio, un grupo mas pequeño de hiperutilizadores, aproximadamente la tercera parte, que eran los percibidos por el médico, eran a su vez etiquetados por ellos como "pacientes difíciles".

Esto nos hace pensar en que además de la característica de "hiperutilizador" con el perfil que

hemos estudiado y que coincide con muchos de los estudios consultados, deben de existir otras variables de los pacientes y, quizás, algunas relacionadas con los propios profesionales, que delimiten mejor a aquellos pacientes, hiperfrecuentadores, que suponen un mayor problema para su atención por sus médicos.

Bibliografía consultada

Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. Aten Primaria 1996; 18: 289-296.

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Landelli P. Influencias de edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en Atención Primaria. Gac Sanit 1995; 9: 343-353.

Berenguer J, Manzanera R, Picas JM, Comas O. Consumos sanitarios de cobertura pública en la población de una mutua de afiliación obligatoria (PANEM). Gac Sanit 1998; 2: 77-87.

Bertalanffy, LV. "Perspectivas en Teoría General de Sistemas". Madrid: Alianza Editorial, 1986

Bowen, M. "De la familia al individuo", la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós, 1991 (1979)

Castells, M. "La Era de la Información". Madrid: Alianza, 1999 (1996). Volúmenes 1 y 2 (La sociedad Red y El Poder de la Identidad)

Cortés JA, Peñalver C, Alonso J, Arroyo A, González L. La prevalencia de malestar psíquico en Atención Primaria y su relación con el grado de frecuentación de las consultas. Aten Primaria 1993; 11: 459-460.

De la Revilla, L., de los Rios A.M. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria 1994 , 13. 2 : 37 - 42

De la Revilla, L., Aybar R , de los Rios , A y Castro J.A. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Atención Primaria 1977 19.3 : 71-75

De la Revilla L. La disfunción familiar. Aten Primaria 1992; 10: 7-8.

De la Revilla L. , Fleitas L. La familia como subsistema social regulador. En: De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria nº 7. Ediciones Doyma S.A. Barcelona 1991: 21-27.

Garberi, R. , Compañ, E. "Evolución, Sistemas y Terapia Familiar". Alicante: Diputación Provincial, 1990

García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS, Muñoz Baraño P, Blanco Suárez AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 18: 484-489.

Geertz, C. "La interpretación de las culturas". Barcelona: Gedisa, 1997

Gervas JJ, Pérez MM, García P, Abraira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Aten Primaria* 1990; 7: 346-348.

Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9: 139-145.

Gómez D, Hernández F, Gómez B. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. *Formación Médica Continuada* 1996; 3: 229-242.

Gómez Rodríguez E, Moreno Raymundo P, Hernández Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. *Fam Pract* 1996;13: 382-385.

Lobo A, Pérez Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ) in Spain population. *Psicol. Med* 1986; 16: 135-140.

Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 20-26.

Mancera Romero, J. et al.- Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Atención Primaria*. Vol. 27. Núm. 9. 31 de mayo 2001

Ouerta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 92-94.

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

Rubio Montañés ML, Adlid Vilar C, Cordón Granados F, Solanas SauraçP, Masó Casadellà P, Fernández Punset D, Ràfols Crestani A, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-630.

Segovia Martínez , A., Pérez Fuentes ,C., J. Torío Duranteza ,J. , García Tirado M.C. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Unidad Docente Provincial de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Aten Primaria* 1998; 22: 562-569

Selvini , M. et al "Al frente de la Organización". Barcelona: Paidós, 1986

Van Gennepe, A. "Los Ritos de Paso". Madrid: Taurus, 1986.

Varela Ruiz F J Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria *Medicina de Familia (And)* 2000; 2: 141-144.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. "Teoría de la Comunicación Humana". Barcelona:

Herder, 1981