



ORIGINAL

Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores

M. Sandín-Vázquez^{a,*}, P. Conde-Espejo^b y Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria

^aDepartamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España

^bAgencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 11 de mayo de 2009; aceptado el 29 de julio de 2009

Disponible en Internet el 25 de octubre de 2009

PALABRAS CLAVE

Servicios de salud;
Hiperfrecuentación;
Atención primaria;
Investigación
cualitativa;
Entrevistas
semiestructuradas

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) sobre los criterios para definir la hiperfrecuentación, así como sus percepciones sobre los motivos de las visitas de los pacientes denominados hiperfrecuentadores, las situaciones asociadas al fenómeno y su relación con ellos.

Método: Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas abiertas en centros de AP de 6 áreas de salud de la Comunidad de Madrid. Se realizaron 18 entrevistas, 3 por área (2 profesionales de medicina y uno de enfermería). Se llevó a cabo un muestreo estructural en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud, profesión, sexo y número de años de trabajo. Dos investigadoras realizaron el análisis y buscaron la concordancia entre ambas.

Resultados: Los profesionales definen la hiperfrecuentación por una serie de criterios cualitativos en los que el número de visitas tiene poca importancia. Acuden por problemas médicos relacionados con enfermedades crónicas pero también por motivos psicosociales o laborales. Hay hiperfrecuentadores de todas las edades y de ambos sexos, y la relación médico-paciente depende de cada caso concreto.

Conclusiones: Según los profesionales de AP, la definición de un paciente como hiperfrecuentador no depende del número sino de la calidad de la visita. Las razones de consulta y las características de los pacientes son múltiples, por lo que no se puede determinar un perfil único. Un factor común en los discursos es que muchos de los hiperfrecuentadores acuden a consulta por problemáticas psicosociales, por lo que sería de gran ayuda agilizar la coordinación con recursos psicosociales para conseguir consultas de AP más eficientes y efectivas.

© 2009 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.sandin@uah.es (M. Sandín-Vázquez).

KEYWORDS

Health services;
Frequent attendance;
Primary care;
Qualitative research;
Semi-structured
interviews

Frequent attendance: Primary Care Professional's perceptions of definitions, motives, situations and relationships with frequent attenders patients

Abstract

Objective: To find out how health professionals in Primary Care (PC) perceive the definition criteria for frequent attendance, as well as their perceptions of the reasons for the visits of patients referred to as frequent attenders, their situations and their relationships with them.

Method: We performed a qualitative study using semi-structured interviews in Primary Care centers of six health areas of the Community of Madrid. Eighteen interviews were conducted, three per area (two physicians and one nurse). Structural sampling was carried out with regards to the variables that could influence the discourse: health area, occupation, sex and number of years worked. The transcriptions were analyzed by two investigators who gave a consensus interpretation.

Results: The proportion of frequent attenders varies according to each professional and it is defined more by quality reasons than by number of visits. They make appointments associated with chronic diseases, but also for psychosocial or work problems. There are frequent attenders of all ages and both sexes, and the doctor-patient relationship depends on each individual case.

Conclusions: Frequent attendance is defined by the professionals by a number of qualitative criteria in which the number of visits is of little importance. The reasons for consultation and patient characteristics are numerous, so a unique profile cannot be determined. A common factor in the discourses is that many of the frequent attenders' reasons for consultation were psychosocial problems, so streamlining coordination with psychosocial resources would help to make PC consultations more efficient and effective.

© 2009 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La hiperfrecuentación es uno de los aspectos más complejos y preocupantes de la práctica diaria en la atención primaria (AP)^{1,2} ya que, unido a la falta de tiempo para la consulta y la consecuente masificación³, afecta a la calidad del servicio prestado en la consulta. Se ha descrito que un 50% del personal médico de AP considera que más del 20% de las visitas que reciben serían innecesarias⁴, y este fenómeno ocasiona emociones de difícil manejo entre los profesionales.

A pesar del uso generalizado del término, la definición de hiperfrecuentador todavía no es clara⁵. En los estudios revisados⁵ se aplican diferentes criterios cuantitativos a la hora de investigar el problema y sus posibles causas (número de visitas al año, pacientes que superan el percentil 95 o el percentil 90 de visitas, pacientes que superan la media+2DE). Debido a esta variabilidad resulta difícil comprender el fenómeno y desarrollar las estrategias efectivas para el manejo del problema en la asistencia diaria del profesional de AP.

Para la comprensión de un fenómeno tan complejo es necesario un análisis desde el punto de vista de los actores implicados, como son los profesionales sanitarios. Por esto, el objetivo de esta investigación fue conocer, desde un punto de vista cualitativo, la percepción de los profesionales sanitarios de AP sobre los criterios para definir la hiperfrecuentación. Como objetivos específicos se plantearon conocer sus percepciones sobre los motivos de las visitas de los pacientes denominados hiperfrecuentadores, sus características y su relación con ellos.

Métodos

Dada la naturaleza de los objetivos de este trabajo, se optó por la metodología cualitativa, y se realizó un estudio descriptivo, desde una perspectiva estructural, que permite realizar el análisis del discurso⁶. Este método de investigación toma como centro a los sujetos actores⁷, en nuestro caso, los profesionales sanitarios de los equipos de AP de 6 áreas de salud de la Comunidad de Madrid. Se trata de captar la riqueza de las experiencias de las personas en sus propios términos, palabras y visiones, e intentar entender el mundo subjetivo de los participantes del estudio⁸.

Como técnica de recogida de información se utilizó la entrevista semiestructurada (técnica adecuada para clarificar los dominios o los factores centrales del estudio y desarrollar hipótesis preliminares). La técnica de entrevista es especialmente útil cuando interesa recoger la visión subjetiva de los actores sociales, máxime cuando se desea explorar los diversos puntos de vista representativos de las diferentes posturas que pudieran existir en torno a lo investigado⁹.

En la *tabla 1* se adjunta la guía temática de las entrevistas referida a los objetivos específicos de la investigación. El análisis de la última pregunta sobre la influencia de la organización de su entorno sanitario en el trabajo diario, por su extensión, se prevé publicar en un futuro.

El diseño muestral fue estructural, en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud (para intentar recoger posibles diferencias por población atendida), profesión (medicina o enfermería, por las

diferentes funciones del trabajo), sexo (por posibles diferencias de opinión entre hombres y mujeres) y número de años de trabajo. La población del estudio está constituida por 18 profesionales (de medicina y enfermería) de las áreas 1, 3, 7, 8, 9 y 10 de salud de la Comunidad de Madrid. En la tabla 2 se recoge el perfil de los profesionales entrevistados.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2007 y abril de 2008. Se realizaron 18 entrevistas con los profesionales de las áreas ya citadas. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron llevar al menos un año en atención de los mismos pacientes y mostrar interés en el tema de hiperfrecuentación. El contacto inicial con los profesionales se realizó por parte de los técnicos de

salud de las 6 áreas que participaron en el diseño del estudio.

Las entrevistas, realizadas por 2 investigadoras, tuvieron una duración media de 45 min y se realizaron en los centros de salud donde desarrollan su labor asistencial los profesionales entrevistados. El discurso producido se grabó en audio, previo consentimiento informado del entrevistado, se transcribió y se realizó el posterior análisis e interpretación.

Sobre la base del enfoque de análisis en progreso¹⁰, se seleccionaron las frases de los profesionales que mejor reflejaban sus opiniones en relación con los objetivos; se relacionaron y se agruparon en función de la estructura de las entrevistas, y se identificaron grupos de temas y categorías emergentes que surgieron durante éstas. Finalmente, se estructuraron en los ejes informativos que dan cuenta de las perspectivas de los profesionales, a partir de la comprensión de las significaciones y los sentidos incorporados en sus discursos.

En primera instancia, la investigadora que realizó las entrevistas efectuó este análisis e interpretación de la información recogida y, posteriormente, la otra investigadora del estudio los contrastó y los supervisó. Ninguna de las 2 investigadoras conocía ni tuvo contacto previo con los participantes antes de realizar la entrevista.

Resultados

De manera general, tras el análisis se puede indicar que no se han encontrado diferencias en los discursos de los profesionales por áreas de salud, sexo ni años trabajados. Se exponen a

Tabla 1 Guía temática de la entrevista realizada a los profesionales de atención primaria referida a los objetivos específicos de investigación

Proporción de pacientes que acuden en exceso
Criterio para definir a un paciente como hiperfrecuentador
Motivos por los que estos pacientes acuden en exceso a la consulta
Perfil de estos pacientes
Motivos que justifiquen médicamente al paciente hiperfrecuentador
Relación con el paciente hiperfrecuentador
Influencia de la organización de su entorno sanitario en el trabajo diario

Tabla 2 Perfiles de los profesionales entrevistados

Área de salud	Profesión	Sexo	Edad	Años de trabajo en el CS	Cupo
Área 1	Medicina	Mujer	45	16	1.554
	Medicina	Hombre	61	20	1.500
	Enfermería	Mujer	49	16	1.800
Área 3	Medicina	Mujer	62	11	1.700
	Medicina	Hombre	41	12	1.710
	Enfermería	Hombre	47	15	1.835
Área 7	Medicina	Mujer	34	7	1.413
	Medicina	Hombre	51	18	1.500
	Enfermería	Mujer	40	18	2.100
Área 8	Medicina	Mujer	41	8	1.800
	Medicina	Hombre	50	21	1.800
	Enfermería	Mujer	52	25	1.900
Área 9	Medicina	Mujer	40	14	1.600
	Medicina	Hombre	46	17	1.600
	Enfermería	Mujer	40	18	2.213
Área 10	Medicina	Mujer	42	14	1.850
	Medicina	Hombre	40	11	1.800
	Enfermería	Hombre	33	10	2.300

CS: centro de salud.

continuación los resultados de los ejes informativos aportados por los profesionales en función de los objetivos del estudio.

Crterios para definir la hiperfrecuentación

El criterio utilizado por los profesionales para definir a un paciente como hiperfrecuentador es de una gran variabilidad. Como muestra de esta variabilidad, existen profesionales que consideran que en su cupo hay alrededor de un 30% de pacientes hiperfrecuentadores y otros profesionales que indican que éstos no superan el 3%. Es decir, no hay un criterio compartido acerca de la proporción de hiperfrecuentadores en la consulta diaria en cuanto a su número. Sin embargo, sí existe un discurso común en relación con la gran carga que éstos suponen en la consulta, independientemente de cuántos sean.

“...Es que como vienen mucho. Parecen más, yo creo, pero no lo veo una proporción muy alta, yo no creo que llegue a un 5%, poquitos...”

En este sentido, los profesionales hablan más de la calidad de la visita y no tanto de un criterio numérico. La característica que aparece recurrentemente en los discursos es la de personas que demandan atención repetidamente para resolver problemas que el profesional no puede solucionar en la consulta de AP por ser más de salud psicosocial. Llegados a este punto, no podemos continuar sin destacar la aparición durante todas las entrevistas del significado “paciente difícil”¹¹. Parece que los profesionales utilizan indistintamente los conceptos de hiperfrecuentador y paciente difícil para referirse al mismo tipo de paciente.

“...Los hiperfrecuentadores por esos síntomas que no acaban de responder, desde luego, después a lo mejor de arremangarte y no llegar absolutamente a nada, y entender que detrás hay eso, una mala adaptación al estrés, un trastorno de ansiedad. Bueno, pues son enfermos que vuelven y que siguen dándole vueltas al asunto...”

Motivos para acudir a consulta

Los profesionales diferencian los motivos de consulta de los pacientes hiperfrecuentadores en 2: por motivos de salud y por motivos no estrictamente médicos.

Entre los motivos médicos, destacan pacientes crónicos o con pluripatología (hipertensión, diabetes, cardiopatía, tumores o infartos), pacientes con procesos agudos que acuden por dolores inespecíficos y síntomas poco concluyentes (cefaleas, dolor de estómago o fibromialgia)¹², pacientes con dolores relacionados con la edad (artrosis y dolores articulares), con problemas ginecológicos, con dolores musculares relacionados con el trabajo, y con enfermedad psicológica (ansiedad, estrés, mala adaptación, depresión o trastornos de personalidad).

“...Personas mal adaptadas, con trastornos de adaptación al estrés realmente, su familia, su trabajo, pues que bueno, pues sufren cualquier mínima adversidad y ya o el estrés, la ansiedad o la depresión, pero acuden para, pues muchas veces para buscar incluso un período de baja laboral para huir del problema...”

“...gente joven, el hiperfrecuentador que no tiene ningún motivo para a lo mejor venir tanto al médico es ese, su problema realmente de adaptación a las situaciones que se va a encontrar normales en la vida, en el trabajo y demás...”

Entre los motivos no estrictamente médicos, todos los profesionales coinciden en que habitualmente el hiperfrecuentador lleva asociada una problemática social o familiar, que lo hace acudir a la consulta de AP como un servicio de ayuda.

“...tenía problemas psicosociales que venía a la consulta del médico, principalmente, demandando otra cosa, o demandaba mucho, o demandaba mal o venía muchas veces y tenía otro problema no resuelto, o familiar, o a lo mejor es de difícil resolución, que era difícil resolver por nuestra parte, pero que eso le hacía que estuviese aquí muchas veces, con muchos problemas físicos, con muchas cefaleas, con somatizaciones y, a lo mejor, tenía otro problema social detrás...”

El tema laboral también aparece como motivo de visitas en exceso, aunque la interpretación es diferente entre profesionales:

“...mucho rentista, mucha gente que quiere intentar a toda costa estar de baja y que le mantengan la baja (...) en fin, este tipo de gente también viene bastante...”
“...el ambiente laboral hostil, que muchas veces ocurre, es decir, hay gente que está fatal en su trabajo... y... el único recurso que encuentra para evadirse de ahí y conseguir mantener cierto nivel económico, es buscar una baja...”

Características y situaciones asociadas a la hiperfrecuentación

Los profesionales están de acuerdo en que no hay un perfil de hiperfrecuentador. Hay múltiples características y situaciones que hacen que los pacientes acudan más.

“Múltiples. Podría haber sacado de todo, por lo que te he dicho antes hay como 4, 5 o 6 o más motivos, hay de todo”

Una de estas múltiples situaciones es la de pacientes con polipatología crónica y muy dependientes del sistema, mayores de 65 años, que acuden por los seguimientos que se realizan a su enfermedad y por problemas sintomáticos.

“...en personas mayores lo que hemos dicho, la patología crónica, física propiamente dicha, el campo del dolor, podíamos clasificar así...”

Otra de las situaciones destacadas por los profesionales es la soledad. Según su opinión, las mujeres sin una red familiar o de apoyo son las que más tienen este problema.

“...señora, de 60-65 para arriba, que ya tiene el nido vacío, como se suele decir, que ya los hijos no viven en casa, que no la visitan, que no habla con ellos tanto como quisiera ella, no te digo que sea verdad o sea mentira, pero vamos, sensación, y que tiene pues cierto grado de”

patología crónica, que ya además sirve de excusa pues para que venga”.

La entrada en la etapa de jubilación supone, sobre todo en los hombres, otra característica asociada según los profesionales a este tipo de pacientes.

“...hay una población que trabaja en el polígono, en fábrica, que están prejubilando y yo no sé qué pasa, que antes de prejubilarse están deseando a lo mejor que les prejubilén, porque si les duele la espalda, porque si no sé qué, y vienen 40 veces, y tal. Y una vez jubilados vienen porque están tan aburridos que ya no saben qué inventarse”.

Los profesionales también hablan de problemas familiares, sociales y laborales que afectan a la población en general y se manifiestan en concreto en hipocondrías o situaciones de sobresaturación e insatisfacción. En el caso de la hipocondría, la percepción es que se trataría más de hombres y, en el segundo caso, se encontrarían más mujeres, algunas al cuidado de familiares, y en algunas de ellas se destaca el diagnóstico de fibromialgia.

“...varones de 40 y tantos, yo creo que los que vienen sí que son muy hipocondriacos, los que vienen, vienen la mayor parte pues eso, tengo tos, te da un cáncer de pulmón, me duele un pie será un cáncer de huesos o...”.
“...mujeres, o bien que trabajan sólo en casa y tienen una insatisfacción y no están contentas con su rol, o tienen problemas de pareja y tal, y parece como que vuelcan aquí, pero que no tienen una..., no piden realmente lo que vienen buscando, sino que viene pues me duele la cabeza o estoy mareada, y realmente lo que traducen es, estoy insatisfecha o mi pareja me va mal, o pues no estoy contenta y me gustaría hacer otra cosa...”.

Otro caso serían los hombres que acuden en exceso para mantener las bajas laborales, que según los profesionales buscan que el sistema les otorgue beneficios al considerarse enfermos.

“Jóvenes más socio-laboral-económico, hay gente rentista, hay gente que busca mucho beneficio al estar enfermo, o de considerarse enfermo, o de conseguir que se le catalogue de algo, y gente que viene muy a menudo por esos motivos, es decir, gente buscadora de bajas, gente buscadora de pensiones o de incapacidades. Gente más joven, en edad laboral, predominantemente varones, aunque hay de todo, y de 30 y tantos, 40 años (...)”.

También hablan de que en el grupo de población inmigrante, que acude frecuentemente, las visitas están relacionadas con ámbitos de trabajo físico duro y estresante y, en el caso concreto de las mujeres, las visitas estarían también relacionadas con problemas ginecológicos. Uno de los discursos recabados hace referencia a la demanda de pruebas que en su país no se pueden realizar por falta de medios económicos.

“(...) ellas suelen ser más por motivos de problemas ginecológicos, y ellos suelen ser mucho por problemas de trabajo, de dolores de espalda, suelen consultar mucho (...)”.

“(...) problemas de situaciones de empleos más o menos duros, esto se da más, por ejemplo ahora con la población inmigrante, que viene específicamente por manifestaciones musculares, dolores, o situaciones de estrés (...)”.

Una característica emergente que no se ha encontrado en la bibliografía es el hiperfrecuentador joven. En este grupo, los profesionales destacarían 2 tipos de situaciones: por hipocondría y por problemas de afrontamiento y adaptación a situaciones vitales. El acceso y uso de una información inadecuada sobre cuestiones de salud (sobre todo en Internet) es una circunstancia novedosa, y hace que los jóvenes piensen que presentan síntomas de múltiples enfermedades, y acuden en busca de diagnósticos (que incluso en ocasiones, ellos mismos adelantan). La segunda situación serían jóvenes que somatizan problemas triviales, ya que detrás hay un problema psicológico de afrontamiento de esa etapa vital (en este caso hay más chicas).

“...chicas jóvenes, sobre todo chicas adolescentes, que no te haces una idea la cantidad de veces que vienen porque es que me duele la cabeza, es que me mareo, es que me caigo, es que tal, es que tiene crisis de ansiedad por aquí, tiene por allá, y luego pues esto, que si ha discutido con el novio, que si deja de discutir, que si suspendo los exámenes...”.

“...Antiguamente la población joven no pensaba en las enfermedades para nada. Y ahora si lo están pensando y vienen, y vienen y vienen...”.

Relación profesional-paciente

La relación que tienen los profesionales con estos pacientes varía dependiendo de cada profesional y de cada paciente:

“...depende, porque hay gente que no toleras, con quien no tienes afinidad, que en principio no hay “feeling”, y te cae mal, y ya te revuelve el estómago, o sólo con verle en la lista, y hay gente con la cual tienes más tolerancia tú mismo pues porque te cae bien, o empatizas más, no sé cómo decirlo, nosotros también somos personas...”.

Los profesionales reconocen que hay pacientes que les inspiran más cercanía, mientras que otros les causan rechazo.

“...porque si no se les viera, o alguien fuera más borde, no sé, no es que me las esté dando de simpático, pero es que no me sale, muchas veces hay muchas abuelillas que es que me caen bien...”.

“...a lo mejor vienen demandando una cosa y le vuelves a repetir por enésima vez lo que ya le has dicho 50 veces, y esa sí que muchas veces estás deseando que ya se vayan, francamente...”.

Desde enfermería se ha profundizado más en adoptar estrategias para controlar la hiperfrecuentación, mediante la negociación o la derivación a servicios sociales:

“...ofrecer un lugar donde contar, estar, hablar directamente, en vez de un problema físico en concreto, intentar buscar la raíz, si es un problema en la familia, si hay algún problema que le preocupa, laboral y, si le

podemos ayudar, ayudar. Y lo que normalmente hacemos con los problemas sociales también es, los que puedan atenderse en el punto municipal del ayuntamiento, en el centro municipal, derivarlo al centro municipal...”.

Todos los profesionales tienen la sensación de falta de tiempo para llevar a cabo un buen diagnóstico. Como consecuencia, el paciente hiperfrecuentador vuelve a consulta y añade mayor presión al profesional.

“...y estás viendo que estás perdiendo el tiempo y hay personas esperando que también lo necesitan, y te da un poquito de rabia, vamos...”.

Los profesionales manifiestan sensación de agotamiento, *burn-out* y la falta de reconocimiento de su trabajo. Volvemos a destacar también en este apartado la coincidencia de los conceptos de hiperfrecuentador y paciente difícil: el trato con pacientes calificados como “difíciles” por los profesionales les supone un gran desgaste psicológico o emocional¹¹.

“...en general yo creo que hay médicos que están muy quemados... si te implicas pues al final acabas agotado, y luego yo me encuentro a gusto; lo que pasa que laboralmente pues estoy bien pagada, pero hay mucha gente que no le parece mucho reconocimiento, no sé...”.

La mayoría opina que con este tipo de pacientes, al cabo del tiempo se produce un deterioro de la relación y al final acaban apareciendo resistencias.

“...bien porque llega un día en que estás más... tienes más prisa y él percibe que no le estás haciendo caso, entonces eso son situaciones que lógicamente pueden repercutir negativamente...”.

“...siempre me vienen 4 o 5 pesaditos, pesaditos, de los que dices, jo, si vino ayer y anteayer, ¿y qué quiere ahora, qué se le ha olvidado?, a ver. Y a alguno le he llegado a decir, pero bueno, ya está bien, esta semana no venga más”.

Los profesionales manifiestan que los hiperfrecuentadores no obtienen mejores resultados en salud por acudir más veces a consulta, aunque éstos así lo consideren.

“...realmente no hay necesidad de que venga, que no le beneficia en nada, que al final cuántas más cosas se le hagan, más riesgo hay de que haya alguna iatrogenia, algún efecto secundario, alguna complicación, algún falso positivo que obligue a hacer más cosas, ¿sabes?, pero esas son difíciles de hacérselas entender a la gente, porque entonces, si voy más veces voy a estar mejor porque estoy más vigilado, entre otras cosas, y a la mínima...”.

Crean que no sólo no mejoran su salud, sino todo lo contrario, ya que pueden entrar en el “sistema” y acabar recibiendo pruebas o incluso intervenciones que realmente no necesitaban.

“...acabas haciéndoles cosas y alguna complicación de las pruebas hay, alguna cosa que de repente te encuentras que dices y ahora qué y acaban operados de algo que a lo mejor no tenían que haberse operado porque no hacía falta... si estás buscando cosas, al final encuentras algo”.

Discusión

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe reseñar que quizá la técnica de recogida de información de grupos de discusión hubiese podido dar una visión general como “grupo social”, pero logísticamente era muy complicado conseguir tiempos y espacios comunes para reunir a los profesionales de 6 áreas de salud diferentes.

Mediante el enfoque cualitativo se han podido explorar las diversas percepciones de los profesionales de AP en su trabajo diario respecto al fenómeno de la hiperfrecuentación, y aparece una descripción diferente a la que actualmente se utiliza, mucho más detallada en cuanto a los motivos, las características y las situaciones de estos pacientes (que en ninguno de los casos son definidos en función del número de visitas), así como de su relación con ellos y las consecuencias en su desgaste emocional.

Queda reflejado en el discurso de los profesionales de AP (tanto de enfermería como de medicina) que el paciente hiperfrecuentador no se define por el número de consultas que realiza, sino por la calidad de éstas. Quizá, sea más complicado para el profesional en la consulta diaria el tratamiento de un paciente con una problemática social no solucionable en el centro de salud que acude menos veces, que un paciente crónico que, por motivos de seguimiento, debe acudir todas las semanas. Esta situación de menos visitas, pero más problemáticas, se relaciona con el concepto de “paciente difícil”, en el que, según otros estudios, no hay relación lineal entre este fenómeno con el número de visitas¹. Como apunta el estudio cualitativo de Hodgson¹³, mientras que los pacientes sigan percibiendo que sus síntomas y enfermedades están tratados inadecuadamente por parte de sus médicos, siempre tendrán una razón justificada para acudir de nuevo a la consulta.

La proporción que suponen estos pacientes es muy variable entre profesionales, pero para todos conlleva un desgaste psicológico y emocional elevado¹¹. Teniendo en cuenta que los profesionales han identificado en otros estudios¹⁴ que para el paciente lo verdaderamente esencial es la resolución de problemas (como criterio de calidad de la atención), esto puede contribuir a la sensación de frustración que refieren.

Las características de estos pacientes definidos como hiperfrecuentadores por los profesionales son muy variadas y están asociadas a determinantes sociales de salud (como pueden ser red de apoyo social¹⁵, desigualdad de sexo, condiciones laborales o incluso acceso a la información, como es el caso de los jóvenes). Parafraseando al doctor Marañón en su expresión “No hay enfermedades, sino enfermos”, podríamos concluir que según los profesionales de AP “no hay hiperfrecuentación, sino hiperfrecuentadores”. Hay múltiples situaciones vitales y biográficas que enmarcan motivos de consulta. Estos motivos siempre van a estar influidos por las situaciones en las que vive la persona, si éstas cambian, muy probablemente los motivos de consulta serán otros.

Es decir, son los contextos y las circunstancias psicosociales¹⁶ los que influyen en que una persona acuda en mayor o menor grado a la consulta. Así pues, cada paciente, según sus características y factores determinantes, necesitará un abordaje diferente¹⁷. Para poder atacar la raíz de este problema, habrá que tener en cuenta el discurso de las personas que diariamente lo viven en sus consultas y analizar los determinantes, eminentemente sociales, que van asociados

a este tipo de pacientes^{18,19} para poder encontrar la estrategia de solución. Dentro del Marco Estratégico para la mejora de la AP en España: 2007–2012²⁰, la estrategia 27 es “mejorar la coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales en la atención a los usuarios”. La respuesta a necesidades psicosociales también se ha identificado como un pilar de la satisfacción del paciente²¹.

Para poder manejar el fenómeno de la hiperfrecuentación en AP (tan relacionado con los determinantes sociales de salud) y favorecer con esto la calidad asistencial, sería de gran ayuda agilizar la coordinación con recursos psicosociales para descargar a los profesionales de un trabajo que ni está en sus manos ni les es reconocido. Esto mejoraría la calidad de las consultas de AP y proporcionaría a muchos pacientes (entre ellos los hiperfrecuentadores) una vía efectiva para la solución de sus problemas reales.

Financiación

El Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación FIS multicéntrico: 06/1122) ha financiado este trabajo con una subvención de investigación.

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales pertenecientes al Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria (grupo multicéntrico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Instituto de Salud Carlos III], Universidad de Alcalá, y de las Áreas de Atención Primaria 1, 3, 7, 8, 9 y 10 del Servicio Madrileño de Salud): Antonio Sarría Santamera, María Auxiliadora Martín Martínez, María Sandín Vázquez, Paloma Conde Espejo, Rosario Riesgo Fuertes, Esperanza Escortell Mayor, Sofía Garrido Elustondo, Teresa Sanz Cuesta, Luisa Cabello Ballesteros, Angel Asúnsolo del Barco, Juan Luis Ruiz Jiménez, Concha Sebastián Fernández, María Luisa Benito Herranz, Concepción del Amo, Isidro Rodríguez Salceda, Jorge Geanini Torres, Pedro Nogales Aguado, Ester Valdés Cruz, Nury Alejo Bru, Elena Ayuso, Juan Carlos Muñoz, Carmen Mas, Miguel Angel Barajas Gutiérrez, Pilar Conde Sánchez, Montserrat Jurado Sueiro, Beatriz Herrera y Raúl Sánchez.

Bibliografía

1. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:47–58.
2. Turabian JL, González Morales MA, López de Castro F, Gallego JC, González Palanis P, Moya A, et al. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub*. 1988;62:1.645–54.
3. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. La masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria. 1 y 2 de Junio de 2001. [consultado 13/7/2009]. Disponible en <http://www.comtf.es/doc/MasificacionAtencionPrimaria.htm>.
4. Sihvonen M, Kekki P. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scand J Prim Health Care*. 1990;8:233–9.
5. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471–2.
6. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423–36.
7. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:545–59.
8. Fernández de Sanmamed MJ. Introducción a la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1995;2:23–8.
9. Blasco Hernandez T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: la entrevista (I). *Nure Investigación [revista electrónica]* 2008 Mar-Abr n.º 33. [consultado 13/7/2009]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm.
10. Taylor SJ, Bogdan R. El trabajo con los datos. Análisis de los datos en la investigación cualitativa. In: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990. p. 152–76.
11. Mas Garriga X, Cruz JM, Fananas N, Allue A, Zamora I, Vinas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria*. 2003;31:214–9.
12. Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios. *Aten Primaria*. 2004;33:78–85.
13. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: A qualitative study in primary care. *Ann Fam Med*. 2005;3:318–23.
14. Hernán García M, Gutiérrez Cuadra JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. *Aten Primaria*. 2002;30:425–34.
15. Guerra de Hoyos JA, De Anca Contreras IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2007;39:349–54.
16. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: A case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1824–7.
17. Vergeles JM. Paciente difícil, una aproximación a la “desazón” del profesional. *Aten Primaria*. 2003;31:220–1.
18. Varela Ruiz F J. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Medicina de Familia (And)*. 2000;2:141–4.
19. Díaz Berenguer JA, Cabeza Mora A, López Cabañas A, Espiñeira Francés AJ, Cervera Valverde C, Cabrera Padrón CD. El software de gestión integral de la atención primaria, una herramienta de análisis de los indicadores de utilización. *Aten Primaria*. 2002;29:287–93.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007–2012 (Proyecto AP-21) SANIDAD: 2007; p.55.
21. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez B, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. 2005;36:358–66.