

R. Robles<sup>1</sup>  
M. Gili<sup>2</sup>  
J. Gelabert<sup>2</sup>  
M. Llull<sup>3</sup>  
F. Bestard<sup>3</sup>  
C. Vicens<sup>4</sup>  
N. Bauzá<sup>2</sup>  
M. Roca<sup>2</sup>

# Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria

<sup>1</sup> Centro de Salud Son Pisà. Ib-Salut  
Palma de Mallorca

<sup>3</sup> Centro de Salud Son Goteu. Ib-Salut  
Palma de Mallorca

<sup>2</sup> Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut  
(IUNICS). Hospital Juan March  
Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca

<sup>4</sup> Centro de Salud Son La Vileta. Ib-Salut  
Palma de Mallorca

**Objetivo.** Determinar las características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas de un grupo de pacientes hiperfrecuentadores comparándolo con otro grupo de normofrecuentadores en tres centros de atención primaria.

**Método.** La muestra está compuesta por 232 hiperfrecuentadores (definidos por un número de consultas igual o superior a 12 en el último año) y 93 normofrecuentadores. Los instrumentos utilizados son: un cuestionario de elaboración propia para la evaluación de las características sociodemográficas y clínicas y el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 28 ítems (GHQ-28).

**Resultados.** La regresión logística muestra que el aumento de edad, un nivel educativo bajo, la presencia de enfermedad crónica (diabetes e hipertensión), un diagnóstico psiquiátrico y presencia de sintomatología psicopatológica «menor» establecen diferencias significativas en el grupo de hiperfrecuentadores frente al grupo de normofrecuentadores. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**Conclusión.** Los pacientes hiperfrecuentadores presentan altas tasas de quejas físicas, mentales y sociales. La edad, determinadas enfermedades crónicas y la psicopatología son los factores más importantes en relación a la hiperfrecuentación.

**Palabras clave:**

Hiperfrecuentadores. Atención primaria. Utilización de servicios.

*Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(6):320-325

## Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in Primary Care

**Objective.** To determine the sociodemographic and clinical characteristics of frequent attenders and compare

them with another group of routine attenders in three primary care centers.

**Method.** The sample is composed by 232 frequent attenders (defined by number of consultations in the last year of 12 or more) and 93 routine attenders. The instruments used are: a questionnaire for the evaluation of the sociodemographic and clinical characteristics and the 28-item Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28).

**Results.** The logistic regression shows that increase of age, low level of education, presence of chronic disease, psychiatric diagnosis and presence of psychopathological «minor» symptomatology establish significant differences in the group of frequent attenders in relation to the routine attenders group. There are no significant differences between men and women.

**Conclusion.** Frequent attenders present higher rates of physical, mental and social complaints. Age, some chronic conditions and psychopathology are the most important factors for frequent attendance.

**Key words:**

Frequent attenders. Primary Care. Health services utilization.

## INTRODUCCIÓN

La decisión de acudir a los servicios sanitarios de una comunidad constituye uno de los aspectos más importantes en relación al gasto sanitario. Un grupo de pacientes, a menudo denominados hiperfrecuentadores, no utiliza estos servicios de manera racional y ello repercute en unos costes sanitarios desproporcionados. Las cifras de hiperfrecuentación publicadas son dispares, en función de la definición y del país en el que se desarrolla el estudio. Se calcula que estos pacientes utilizan entre el 21 y el 67% de los recursos de atención primaria (AP)<sup>1-3</sup>. Un 15% del total de visitas se produce a expensas del 3% de quienes acuden con mayor frecuencia a su centro de atención primaria<sup>4</sup>.

Este trabajo ha sido financiado por el ISCIII (MD07/00279).

**Correspondencia:**

Margarida Gili  
Universitat de les Illes Balears  
Edifici Guillem Cifre  
Carretera de Valldemossa km 7,5  
07071 Palma de Mallorca (Spain)  
Correo electrónico: mgili@uib.es

Los factores que influyen sobre la hiperutilización son numerosos y parecen interactuar de manera clara. Existen factores que están relacionados con el individuo, otros con los profesionales sanitarios y un último grupo tendría que ver con la estructura y funcionamiento del sistema de salud.

El presente trabajo se centra en aquellos relacionados con el propio sujeto. En este sentido cabe señalar que los estudios realizados muestran que quienes acuden de manera excesiva a los centros de salud de AP constituyen un grupo de pacientes heterogéneo, pero del que pueden señalarse algunas características comunes: edad elevada, ser mujer o pertenecer a grupos con bajo nivel social, educativo y económico<sup>5-7</sup>.

Respecto a la edad, cabe señalar que la mayoría de los estudios muestran de manera clara que a mayor edad, mayor utilización de recursos<sup>5,8-10</sup>. Sin embargo esta asociación no es lineal, siendo los mayores de 65 años el estrato que concentra el mayor consumo de servicios en AP<sup>11</sup>. Aunque algunos trabajos han apuntado la posibilidad de que esta mayor utilización esté asociada a la jubilación y a la posibilidad de disponer de más tiempo libre, cuando se han realizado análisis multivariantes las únicas variables que se han demostrado moduladoras de la utilización han sido la morbilidad y la percepción de salud<sup>12</sup>.

En relación al sexo, y aunque muchos estudios señalan una mayor presencia de mujeres entre los hiperfrecuentadores<sup>5,13,14</sup>, cuando se controlan los factores de confusión como la edad o el nivel educativo y económico, esta diferencia no resulta tan clara<sup>3</sup>. Parece más evidente en los diferentes estudios realizados en países con Sistema Nacional de Salud la relación inversa entre nivel socioeconómico, nivel educativo y situación laboral<sup>3</sup>.

Si atendemos a aspectos no puramente sociodemográficos, los factores clínicos que se han asociado a la hiperfrecuentación son la presencia de enfermedades crónicas, patología psiquiátrica y problemas sociales<sup>6,7,15,16</sup>. En general, los datos publicados indican que entre los pacientes hiperfrecuentadores más del 50% tienen una enfermedad física y más de la mitad presenta algún tipo de malestar psicológico<sup>13,17</sup>. Puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión y somatización caracterizan a esos pacientes en comparación con normofrecuentadores<sup>18</sup>.

Con el objetivo de conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos, especialmente somatización y evaluar la eficacia de una estrategia de intervención cognitivo-conductual en dichos pacientes, se diseñó un estudio en dos fases. Los resultados que se presentan en el presente artículo corresponden a la primera fase que intenta determinar las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes en nuestra comunidad.

## METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio descriptivo en tres centros de atención primaria de Mallorca que fueron escogidos según los siguientes criterios: informatización de las consultas, nivel socioeconómico de la zona básica de salud que cubren (alto, medio y bajo) y ámbito geográfico (urbano/rural).

La muestra del estudio está formada por 324 pacientes de atención primaria, de los que un grupo son pacientes hiperfrecuentadores (N = 232), definidos como aquellos que han consultado, en alguno de estos tres centros de salud, 12 veces o más en el año anterior, excluyendo las consultas de enfermería, las consultas programadas, las consultas burocráticas urgentes y a demanda y las visitas domiciliarias; y otro grupo control de pacientes normofrecuentadores (N = 92). Se incluyeron pacientes de edad comprendida entre los 18 y los 65 años y que firmaron un consentimiento informado para participar.

El muestreo utilizado para seleccionar a los sujetos de ambos grupos fue aleatorio sistemático, estratificado por centro de salud. Mediante un estudio piloto previo realizado en diversos centros de salud de Mallorca, se estimó la prevalencia de hiperfrecuentadores en el 20%, siguiendo el criterio antes citado de número de visitas/año. Para un nivel de confianza de 95,5% el tamaño muestral necesario fue de 232 pacientes.

El procedimiento seguido fue el de contactar telefónicamente con los pacientes y, tras haber obtenido una respuesta positiva a la colaboración en el estudio, se concertó día y hora para realizar la entrevista dirigida a la obtención de datos referentes a las variables sociodemográficas y clínicas relevantes: edad, sexo, ocupación, nivel educativo, antecedentes familiares de trastornos mentales, enfermedades crónicas, trastornos mentales y tratamientos actuales.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio para recabar la información relativa a variables clínicas y, a continuación, se les administró el General Health Questionnaire de Goldberg, en su versión de 28 ítems (GHQ-28). Este cuestionario se utilizó como instrumento de *screening* para una segunda fase, posterior al trabajo que aquí se muestra. En el presente estudio hemos utilizado la puntuación total que se deriva del GHQ-28 y la de las cuatro subescalas (síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social en las actividades diarias y depresión) para detectar patología psiquiátrica de carácter menor, así como el punto de corte 6/7 recomendado por sus autores para detectar posibles casos.

## Análisis de datos

Para la comparación de variables cualitativas se ha utilizado la prueba de chi cuadrado, y para la comparación de

Tabla 1		Frecuencias, porcentajes, medias y significación de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes hiperfrecuentadores comparados con normofrecuentadores		
		Normofrecuentadores N = 92	Hiperfrecuentadores N = 232	Significación
<b>Variables sociodemográficas</b>				
Edad	18 a 35	31 (45,6%)	37 (54,4%)	p < 0,001
	36 a 55	50 (36%)	89 (64%)	
	+ de 55	11 (6,4%)	106 (90,6)	
	Media de edad (DT)	41,3 (11,9)	50,9 (12,8)	
Género	Hombre	25 (24,3%)	78 (75,7%)	NS
	Mujer	67 (30,3%)	154 (69,7%)	
Estado civil	Pareja	56 (25,5%)	164 (74,5%)	NS
	Sin pareja	36 (34,6%)	68 (65,4%)	
Nivel de estudios	Bajo	12 (13,8%)	75 (86,2%)	p = 0,004
	Medio	45 (28,3%)	114 (71,7%)	
	Alto	35 (49,4%)	43 (55,1%)	
Situación laboral	Trabaja	68 (40,2%)	101 (59,8%)	p < 0,001
	Sin trabajo	24 (15,5%)	131 (84,5%)	
Enfermedad crónica	Sí	34 (16,7%)	169 (83,3%)	p < 0,001
	No	58 (47,9%)	63 (52,1%)	
HTA	Sí	9 (9,8%)	83 (90,2%)	p < 0,001
	No	83 (35,8%)	149 (64,2%)	
Diabetes	Sí	3 (7,9%)	35 (92,1%)	p = 0,003
	No	89 (31,1%)	197 (68,9%)	
Dislipemia	Sí	13 (18,3%)	58 (81,7%)	NS
	No	79 (31,2%)	174 (68,8%)	
EPOC	Sí	2 (11,1%)	16 (88,9)	NS
	No	90 (29,4%)	216 (70,2%)	
Asma	Sí	4 (17,4%)	19 (82,6%)	NS
	No	88 (29,2%)	213 (70,8%)	
Media de enfermedades crónicas (DT)*		1,15 (0,3)	1,88 (0,9)	p < 0,001
Control previo USM	Sí	15 (14,6%)	88 (85,4%)	p < 0,001
	No	77 (34,8%)	144 (65,2%)	
Diagnóstico psiquiátrico previo	Sí	24 (16,8%)	119 (83,2%)	p < 0,001
	No	68 (37,6%)	113 (62,4%)	

\*No se analizan los casos que no presentan enfermedad crónica.

medias la prueba t de Student. En aquellos casos en los que no se cumplen los supuestos de normalidad se han utilizado las pruebas no paramétricas correspondientes. Se ha realizado también un análisis de regresión logística para valorar la asociación de cada una de las variables sociodemográficas y de los factores de asociados a la hiperfrecuentación. Inicialmente se introdujeron en el modelo de regresión cada una de las variables por separado, obteniéndose las *odds ratio* crudas (ORc) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. Posteriormente se introdujeron todos los factores o variables simultáneamente para obtener las *odds ratio* ajustadas (ORa) por dichos factores. En el caso de categorías ordinales se ha estimado también la tendencia lineal cuando fue pertinente. Todos los análisis han sido realizados mediante el paquete estadístico SPSS.14 para windows.

## RESULTADOS

La edad, el nivel de estudios y la situación laboral son variables sociodemográficas que establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes hiperfrecuentadores y el grupo de normofrecuentadores. Así, una mayor edad, un menor nivel de estudios y no estar trabajando son aspectos relacionados con la elevada utilización de servicios sanitarios en atención primaria (tabla 1).

Respecto a las variables clínicas analizadas, la presencia de enfermedad crónica, en concreto la hipertensión arterial y la diabetes, el control previo en la Unidad de Salud Mental y la existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo son variables que señalan diferencias estadísticamente significativas.

Finalmente, en relación a las dimensiones que analiza el GHQ (tabla 2), tanto la puntuación global como la somatización, la ansiedad, la disfunción social y la depresión establecen diferencias significativas entre ambos grupos, siendo en todos los casos más elevada la puntuación en el grupo de pacientes que hiperfrecuenta las consultas estudiadas.

En el análisis de regresión logística (tabla 3), el aumento de edad, un menor nivel de estudios, la presencia de enfermedad crónica, la existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo y la puntuación obtenida en el GHQ son factores asociados a la hiperfrecuentación. Los mejores predictores de la hiperfrecuentación son edad, probable caso psiquiátrico menor y enfermedad crónica, con OR de 4,5, 3,3 y 3,1, respectivamente.

## CONCLUSIONES

Este estudio confirma algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos previos que analizan las características de los pacientes conocidos como hiperfrecuentadores. En este sentido se constata un mayor grado de frecuentación de las consultas de atención primaria en los sectores de la población con mayor edad, nivel de estudios más bajo y laboralmente no productivos (amas de casa, parados y jubilados)<sup>19</sup>. En algunos aspectos el presente estudio no confirma las asociaciones descritas por trabajos anteriores. Así, no se encuentran diferencias entre hombres y mujeres y en relación al estado civil.

También estudios previos han demostrado la relación entre la hiperfrecuentación y la presencia de enfermedades crónicas<sup>13</sup>. En nuestro caso, se han analizado las patologías crónicas más prevalentes en la población estudiada y los resultados muestran que únicamente la hipertensión arterial y la diabetes establecen una relación significativa con un mayor número de consultas a los centros de atención primaria. Aunque en un principio cabría suponer que esta significación esté relacionada con la variable edad, puesto que ambos problemas están relacionados con el envejecimiento, análisis estadísticos más complejos realizados por otros autores demuestran de manera clara que los pacientes hiperfrecuentadores presentan, independientemente de la edad y el nivel laboral y socioeconómico, en mayor medida enfermedades crónicas<sup>10,20</sup>.

La existencia de un diagnóstico psiquiátrico previo, así como una alta probabilidad de ser un caso psiquiátrico, en

Tabla 2	Medias y significación de los factores y la puntuación total del GHQ		
	Normofrecuentadores N = 92 X (DT)	Hiperfrecuentadores N = 232 X (DT) X (DT)	Significación
Somatización	1,05 (1,5)	1,69 (1,9)	p = 0,005
Ansiedad	0,99 (1,5)	1,82 (2,1)	p = 0,001
Disfunción social	0,39 (0,8)	1,33 (1,6)	p < 0,001
Depresión	0,23 (0,5)	0,85 (1,7)	p = 0,001
Puntuación total GHQ	2,66 (3,6)	5,68 (6,1)	p < 0,001

**Tabla 3** | **Análisis multivariante de los factores relacionados con la hiperfrecuentación**

Variables sociodemográficas		Wald	p	OR	IC del 95%
Edad	18 a 35			1	
	36 a 55	1,942	0,163	1,540	0,83- 2,82
	+ de 55	8,814	0,003	4,559	1,67-12,4
Género	Mujer			1	
	Hombre	1,125	0,289	1,383	0,75-2,52
Estado civil	Sin pareja			1	
	Con Pareja	0,265	0,613	1,173	0,63-2,17
Nivel de estudios	Alto			1	
	Medio	1,12	0,289	1,399	0,75-2,6
	Bajo	3,91	0,048	2,375	1,07-5,55
Situación laboral	Trabaja			1	
	Sin trabajo	3,44	0,063	1,85	0,96-3,54
Enfermedad crónica	No			1	
	Si	12,9	< 0,001	3,17	1,69-5,96
Control previo USM	No			1	
	Si	2,16	0,142	1,88	0,81-4,36
Diagnóstico psiquiátrico previo	No			1	
	Si	7,94	0,005	2,96	1,39-6,31
Puntuación GHQ	≤ 6 (probable caso psiquiátrico)			1	
	> 7 (probable no caso psiquiátrico)	7,55	0,006	3,31	1,4-7,74

las cuatro dimensiones que evalúa el GHQ-28, constituyen también variables que quedan de manera clara asociada a una mayor frecuentación de las consultas de atención primaria. Estos resultados también son coherentes con los hallados en la literatura revisada <sup>6</sup>.

En este estudio se ha comparado una muestra relativamente amplia de hiperfrecuentadores con normofrecuentadores, utilizando un diseño transversal para establecer asociaciones, aspecto que constituye uno de los puntos fuertes del trabajo. Sin embargo, este tipo de estudio no permite establecer relaciones causales. Posteriores estudios longitudinales permitirían llegar a este tipo de conclusiones.

Las variables analizadas en este estudio se seleccionaron a partir de estudios publicados con anterioridad. Sin embargo una de las limitaciones es la no inclusión de otras variables independientes que, tal y como apuntan algunos trabajos, podrían estar implicadas. La percepción de salud, la hipocondría o rasgos de personalidad<sup>21, 6</sup> son ejemplos de variables no contempladas en este trabajo y que pueden condicionar una menor capacidad explicativa del análisis realizado.

La conclusión más importante del estudio es que los pacientes hiperfrecuentadores presentan altas tasas de quejas físicas, mentales y sociales. Las variables que han mostrado ser más relevantes en relación a este fenómeno son la edad,

determinadas enfermedades crónicas y la psicopatología. Asimismo, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Una mejor comprensión de los factores implicados en la hiperfrecuentación sin duda ayudará a entender y manejar mejores estrategias de asistencia e intervención, con evidentes repercusiones en un menor coste sanitario.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Vedsted P, Christensen MB, Sorensen HT, Fink P, Olesen F. Special status consultation for frequent attenders. Who are the candidates? *J Public Health Med* 2002;24(1):53-57.
2. Gill D, Sharpe M. Frequent attenders in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999;47(2):115-30.
3. Vedsted P, Olesen F (2005). Social environment and frequent attendance in Danish general practice. *Br J Gen Pract* 2005;55:510-5.
4. Neal R, Heywood P, Morley S, Clayden A, Dowell A. Frequency of patient consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparison between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48:895-8.
5. Savageu JA, McLoughlin M, Ursan A, Bai Y, Collins M, Cashman SM. Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med* 2006;19:265-75.
6. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological medicine* 1999;129(6):1347-57.
7. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attenders patients in primary care. *J Psychosom Res* 1997;42:157-66.
8. Karlsson H, Letinen V, Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Fam Pract* 1994;11:424-30.
9. Scaife B, Gill PS, Heywood PL, Neal RD. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Fam Pract* 2000;17:298-304.
10. Menchetti M, Cevenini N, De Ronchi D, Quartesan R, Berardi D. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 2006;28:119-124.
11. Beland F. Conceptualizing the utilization of ambulatory medical care as a process. *Med Care* 1988;29:115-23.
12. Rubio ML, Adalid C, Cerdón F, Solanas P, Masó D, Fernández D. Hiperfrecuentación en atención Primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Prim* 1998;22:627-30.
13. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005;119:118-37.
14. Heywood PL, Cameron Blackie G, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract* 1998;15:198-204.
15. Jyväskylä S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Väisänen E, Larivaara P. Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. *Scand J Prim Health Care* 1998;16:141-8.
16. Lynke I, Munk-Jorgensen P, Lynge Pedersen A, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2004;63 (Suppl. 2):377-83.
17. Karlsson H, Letinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:19-25.
18. Williams E, Guthrie E, Mackway-Jones K, James M, Tomenson B, Eastham J, McNally D. Psychiatric status, somatization, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department. A comparison with routine attenders. *J Psychosom Res* 2001;50:161-7.
19. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:174-7.
20. Foster A, Jordan K, Croft P. In frequent attendance in primary care disease-specific? *Fam Pract* 2006;23:444-52.
21. Fernández R, Fernández C. Factores asociados a la preocupación hipocondríaca en pacientes de un centro de salud de atención primaria. *Psicothema* 2001;13(4):659-70.