

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

PREVALENCIA DE HIPERFRECUENTACION EN ADULTOS EN EL PRIMER  
NIVEL DE ATENCION

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**P R E S E N T A**

DRA. ORTIZ ARREOLA NELLY.

TUTORA: DRA. MARIA LUISA PERALTA PEDRERO    ASESOR  
METODOLÓGICO: DR. AGLES CRUZ AVELAR



IMSS

Generación 2004-2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TUTORA**

---

**DRA. MARIA LUISA PERALTA**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Unidad de Medicina Familiar 93 del IMSS del Estado de México**  
**Certificada y maestra en Ciencias**

**Vo Bo**

---

**DR. AGLES CRUZ AVELAR**

**ASESOR METODOLÓGICO**  
**Jefe del Departamento de Personal Docente y Alumnos.**  
**División de Estudios de Posgrado.**  
**Facultad de Medicina, UNAM**

**Vo Bo**

---

**DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO**  
**Jefe de Enseñanza e Investigación.**  
**Titular del Curso de especialidad en Medicina Familiar**  
**Unidad de Medicina Familiar No20 Vallejo del I.M.S.S.**

**Vo Bo**

---

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Profesora adjunta de la Especialización en Medicina Familiar adscrita a la UMF**  
**No20**

**Vo Bo**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Profesora titular del curso de especialización en Medicina Familiar adscrita a la**  
**UMF No20**

## AGRADECIMIENTOS

A mis asesoras, por haber compartido sus valiosos conocimientos, así como el tiempo y dedicación que me otorgaron durante la elaboración de esta tesis, cuya importancia es de gran magnitud para mi futuro profesional.

A mis queridos padres, con el cariño y amor que les profeso, por apoyarme y darme la oportunidad de superarme, y por el tiempo que les robé para alcanzar mis metas.

Con gratitud y cariño infinito a mis hermanos, familiares y amigos por la oportunidad y el apoyo brindado durante mi realización personal.

A Dios, por haberme permitido ver culminado mi sueño.

Gracias.

*Dra. Ortiz Arreola Nelly.*



## ÌNDICE

<b>Marco Teórico</b> .....	1
<b>Justificación</b> .....	7
<b>Planteamiento del problema</b> .....	8
<b>Pregunta de investigación</b> .....	10
<b>Objetivos</b>	
Objetivo General.....	11
Objetivo Específicos.....	11
<b>Material y Métodos</b>	
Sitio de estudio.....	12
Diseño de estudio.....	13
Propósito del estudio.....	13
Población de estudio.....	13
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	14
Criterios de eliminación.....	14
Tipo de muestreo.....	15
Tamaño de muestra .....	15
Definición de Variables.....	16
Descripción del estudio .....	28
<b>Análisis de datos</b> .....	29
<b>Factibilidad y aspectos éticos</b> .....	30
<b>Consentimiento informado</b> .....	32
<b>Resultados</b> .....	33
<b>Discusión</b> .....	40
<b>Conclusión</b> .....	44
<b>Comentario y sugerencias</b> .....	44
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	45
<b>Anexos</b> .....	50

## **Prevalencia de hiperfrecuentación en adultos en el primer nivel de atención.**

Dra. Ortiz Arreola Nelly<sup>1</sup>, Dra. María Luisa Peralta Pedrero<sup>2</sup>  
Dr. Agles Cruz Avelar<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Residente de Medicina Familiar

<sup>2</sup> Especialistas en Medicina Familiar. Certificada y maestra en ciencias (Tutor)

<sup>3</sup> Jefe de departamento de Personal docente y alumnos. División de estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina UNAM, (asesor metodológico)

**Introducción:** La Hiperfrecuentación es un problema referido por los médicos de Primer Nivel de Atención. Puede tener consecuencias negativas, para el médico (burnout profesional) como para el sistema sanitario (costes excesivos). **Objetivo:** Determinar la existencia y magnitud de la hiperfrecuentación en los servicios de Primer nivel de Atención y explorar factores asociados. **Material y Métodos:** se realizó un estudio observacional, ambispectivo descriptivo, en derechohabientes entre 20 y 59 años de la UMF No20 turno matutino. Aplicando un instrumento que consta: 1) datos generales 2) Test de Golberg, 3) Ciclo vital Familiar /Tipología familiar, 4) Instrumento de Holmes, 5) FACES III, 6) Encuesta de Salud SF36 y 7) Escala de Maslach para valorar al médico que atendió a la muestra. **Resultados:** Se encuestaron 384 pacientes de 20 a 59 años con promedio de  $37 \pm 7$  años, 264 (69%) femenino y 120 (31%) masculino con escolaridad media predominante, trabajo remunerado estado socio-económico medio bajo. Ciclo vital en dispersión e independencia, integradas, con cohesión y adaptabilidad, relacionadas y semirelacionada, de tipo obrera y técnica, tradicional y moderna. Con un total de 1805 consultas en un año. Se determinó una prevalencia de hiperfrecuentación del 22% (85 pacientes) ( $IC_{95\%}$  18-26). Los hiperfrecuentadores recibieron 7 o más consultas durante un año (promedio  $8 \pm 1$ ) y los nomofrecuentadores 6 o 9 menos (promedio  $4 \pm 1$ ) de acuerdo a los criterios establecidos en este estudio (t de student  $p=.000$ ). De las 1805 consultas los hiperfrecuentadores consumieron 689 (38%) consultas. **Conclusiones** Los pacientes presentaron una alta prevalencia de hiperfrecuentación; que no se explica por factores como edad, sexo, estado socioeconómico, estado de salud, malestar psíquico, disfunción familiar, eventos estresantes de la vida y que aparentemente se favorece por el tiempo corto de traslado a la unidad médica y alteración de la función social.

**Palabras clave:** Hiperfrecuentación, Primer Nivel de Atención.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Medicina Familiar ha demostrado su eficacia como primer escalón asistencial, aunque no ha logrado desarrollar plenamente la función para la que fue instituida. Después de 25 años de actividad, el primer nivel de atención no ha logrado satisfacer ni a médicos ni a pacientes. Los primeros se quejan de la excesiva carga asistencial y de los llamados pacientes Hiperfrecuentadores, que aumentan día con día la carga de trabajo y consecuentemente limitan el tiempo de las consultas y los segundos de la larga espera para ser atendidos y la poca dedicación que el médico les presta.

El paciente que acude con gran frecuencia a la consulta no tiene que ser un problema, pero a menudo lo es. Esta elevada demanda tiene graves consecuencias a muchos niveles y entre ellos el organizativo, administrativo y económico.

Los pacientes hiperfrecuentadores plantean una problemática social debido a que los médicos de familia tienen una gran responsabilidad y una gran diversidad de tareas, una de ellas es la de la promoción y prevención de la salud. Un esfuerzo que es aún más notable si se tiene en cuenta el escaso tiempo de que disponen para atender a los pacientes. Con los cupos de enfermos asignados a cada médico no es posible dedicarle más de quince minutos a cada uno salvo que se prolongue la jornada laboral y ello a costa de exasperar a los demás que esperan. Además los médicos deben atender los avisos domiciliarios que se hayan producido, tareas de tipo administrativo, la labor docente, etc.

"Las mayores expectativas de niveles de salud por parte de los ciudadanos han convertido a los beneficiarios del sistema en clientes y cada vez más críticos con respecto a la prestación de atención".

Por ello cree necesario "dar nuevas respuestas a este incremento de la demanda y adecuar los medios de gestión, formación y distribución de cargas de los sanitarios.

Esto redundará en mayores niveles de satisfacción para usuarios y profesionales y en un aumento de la calidad asistencial, entendida como aumento de salud y capacidad de resolución de problemas".

Las alternativas socio sanitarias impedirían una frecuentación innecesaria de consultas que padecen muchas veces el problema de la masificación y resolverían el problema de dicho colectivo.

## ANTECEDENTES.

Muchos médicos de primer nivel de atención no entienden porqué algunos pacientes deciden usar frecuentemente los servicios de atención primaria. Aunque el problema de la hiperfrecuentación ha sido estudiado durante más de 25 años para describir las diferentes variables asociadas (1). Las variables asociadas con la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios son tanto de tipo externo como interno (2).

La cuestión de si estos individuos se comportan de forma inapropiada o por el contrario, lo hacen en respuesta a necesidades genuinas de salud, está todavía por resolver. Los pacientes hiperfrecuentadores buscan atención médica con quejas somáticas, difíciles de ser diagnosticados ya que los problemas biológicos, a menudo son combinados con acontecimientos vitales estresantes y factores psiquiátricos, biológicos y sociales(3).

Tomando los criterios de la valoración por percentiles por consultas anuales o el promedio anual  $\pm 1$  ó  $2$  DS se define como **hiperfrecuentador** aquel que realiza más de 15 visitas/año equivalente a utilización alta, **normofrecuentadores**, hasta 10 visitas/año correspondiendo a utilización media e **hipofrecuentadores**, menos de 6 visitas/año correspondiendo a baja utilización(4).

Además, la hiperfrecuentación a iniciativa del paciente, parece ser problemática para el médico debido a que, en muchas ocasiones, las demandas del paciente no pueden ser justificadas por los hallazgos del médico. Los resultados de diferentes estudios, sin embargo, están influenciados por el efecto que ejercen los proveedores de los servicios ya que la demanda generada por la propia iniciativa del paciente, no ha sido específicamente abordada (5). Otras razones de los resultados controvertidos, incluyen el método utilizado para la selección de los pacientes hiperfrecuentadores, así como las diferencias en los sistemas de salud y el contexto sociocultural. Para entender esta factores biopsicosociales para evaluar su asociación y cuantificar el impacto de las enfermedades físicas crónicas, los trastornos mentales, los acontecimientos vitales estresantes y diferentes factores sociodemográficos sobre la hiperfrecuentación a iniciativa del paciente en el ámbito de la atención primaria(6).

Sin embargo, muchos médicos de atención primaria no comparten esta opinión justificativa de la hiperfrecuentación y defienden que en gran medida este fenómeno no tiene explicación (7). Como sucede en otros estudios, hasta en el 50% de todas las visitas realizadas en atención primaria no se identifica la presencia de un problema médico, o una demostrable patología orgánica, que explique las quejas del paciente (8).

La medición del estrés con la escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rahe ha sido criticada fundamentalmente en cuanto a los pesos asignados a cada suceso, sin embargo es sencilla de utilizar en la práctica clínica y ha ganado amplia aceptación para estimar la contribución de los factores vitales estresantes al malestar psicológico (9).

Los hiperfrecuentadores son un reto y un escaparate de los déficits de nuestra capacidad de detección y manejo de los problemas que nos plantean los pacientes. Nuestros resultados indican que trabajar con un modelo biopsicosocial de atención es esencial para entender y manejar la mayor parte de los casos de hiperfrecuentación a iniciativa propia de los pacientes (10). Aunque este enfoque es el deseable para cualquier consulta realizada por los pacientes de atención primaria, sería incorrecto asumir que esto se corresponde con la realidad del trabajo diario de los médicos de familia (11).

El estudio de este fenómeno ha tratado de identificar si existen rasgos de personalidad comunes a los hiperfrecuentadores que puedan explicar los síntomas depresivo-ansiosos, disfunción familiar, la relación de estos factores con otras variables que pueden causar impacto emocional como son las enfermedades crónicas y los factores estresantes (Life-events) y ayudar de esta manera, al médico de familia a identificar y afrontar el fenómeno en la consulta diaria(12). En este sentido, partimos de algunos elementos como que: a) los hiperfrecuentadores se caracterizan por unos determinados perfiles de personalidad, y algunos tienen patología en esta área; b) son personas que sufren, y presentan la mayoría síntomas depresivo-ansiosos; y c) han pasado por un acontecimiento de alto impacto emocional como puede ser un estresante o la influencia de una enfermedad orgánica crónica, propia o de un familiar (13).

En España, el grado y las características de la utilización de los servicios sanitarios de primer nivel de atención están siendo objeto de análisis desde, por lo menos, los años ochentas. Este interés no ha sido independiente de los procesos de reforma del sistema sanitario que, desde entonces, se han llevado a cabo en prácticamente todos los países de la Unión Europea (UE) (14). De hecho, se ha establecido como prioridad generalmente aceptada un servicio de salud adecuado para los pacientes que más lo necesitan. A veces, nos referimos a la demanda que, aunque es un concepto económico, lo utilizamos aquí simplemente como sinónimo de utilización (15).

La implementación de tales procesos, así como la evaluación de las posibles implicaciones de dichas reformas, requiere algún conocimiento sobre los factores determinantes de la utilización de dichos servicios. Como primer (y principal) determinante, se podría decir que el individuo utiliza los servicios de primer nivel de atención, a veces de forma reiterada, porque se encuentra en una situación de necesidad (experimentada), entendiéndose ésta como la percepción de malestar o de enfermedad (16). Existen también determinadas diferencias biológicas (p. ej., sexo y edad) que podrían explicar algunas de las variaciones observadas en la relación entre esa situación de necesidad y la frecuentación. Sin embargo, ¿podrían existir otros motivos de frecuentación? Si así fuese, se podría crear una innecesaria sobrecarga de trabajo al profesional de primer nivel de atención, impidiéndole dedicarse a las «auténticas» necesidades de la población que atiende. Por otra parte, si existiese alguna motivación (además de la no necesidad, obviamente) por las que algún individuo o un grupo no pudiesen cubrir sus necesidades de atención, podrían situarse en una situación de riesgo (17).

Existen diferentes factores condicionantes de la utilización de los servicios de salud y que varios autores han estudiado. Dichos factores se pueden resumir en cuatro grandes bloques: individuales, médicos, familiares y dependientes de la organización de servicios sanitarios (18). Cuando se intenta evaluar la utilización de los servicios sanitarios, dentro de los factores individuales, la situación de necesidad, desempeña un papel principal, entendiéndose como la percepción de malestar o de enfermedad que mueve al paciente a consultar, a veces de forma reiterada (19).

**Variables familiares y culturales.** Algunas variables familiares y/o culturales podrían explicar también parte de la variabilidad observada en la utilización de los servicios de primer nivel de atención. Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar, definiéndose como familia disfuncional aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno (20). Algunos autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de las crisis y la disfunción familiar y la hiperfrecuentación. El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial. (21)

**Variables relacionadas con el profesional sanitario.** Diversos estudios han encontrado que la utilización (sobre todo, la administrativa, y en especial, la programada) está muy influida por el profesional de salud, en concreto por variables como su edad, sexo, formación, motivación, especialidad y estilo de práctica (22).

Por último, no debemos de olvidar los factores relacionados con la propia organización de los servicios sanitarios, entre ellos con la accesibilidad, que facilitarían o impedirían el uso de los mismos. Por estos motivos, se plantea determinar la prevalencia de hiperfrecuentadores y describir sus características familiares así como si existe malestar psíquico en dichos hiperfrecuentadores (23).

**Variables socioeconómicas.** Se argumenta que esta paradoja podría ser explicada porque en países como el nuestro, con un sistema público de salud, el paciente está asegurado y, por tanto, cubierto ante las contingencias que condicionarían su utilización. Los individuos con mayores recursos utilizan más algunos servicios de medicina preventiva (mamografía, cribado cervical, vacunación contra la gripe y control de colesterol) (24).

En este sentido, Regidor et al encuentran grandes diferencias en la accesibilidad a los servicios sanitarios, en especial en el tiempo de espera en la consulta, en función del nivel socioeconómico de los individuos y aproximan el nivel socioeconómico por el nivel



de estudios de los individuos. Los individuos con menor nivel socioeconómico utilizan más los servicios de atención primaria de medicina general (25). Halldórsson et al señalan que las variables socioeconómicas, el bajo nivel educativo de los padres, especialmente de la madre, y no tanto la situación financiera de la familia, resulta el determinante más importante de la utilización de los servicios de primer nivel de atención. Jiménez-Martín et al encuentran diferencias significativamente estadística de la relación entre educación y ocupación y la utilización de los servicios sanitarios de atención primaria (26).

En un estudio realizado se encontró un alto índice de bajo nivel de instrucción, lo que pudiera hacer pensar como destacan otros autores, que las personas con menor nivel socioeconómico, presenten peor salud y por tanto, más necesidad de asistencia sanitaria con el consiguiente aumento de las visitas médicas, por lo que podría ser un predictor de hiperfrecuentación.(27).

**Factor psicológico.** En general parece indicar que el fenómeno de la hiperfrecuentación se relaciona con una amalgama de situaciones externas como la situación vital, los sucesos estresantes; juntos a unos perfiles de personalidad vulnerables que darían como resultado patrones de demanda de ayuda (28). Conocer estos detalles permite un juicio más claro de la situación (el porqué de la hiperfrecuentación). Somos partidarios del manejo desde la Atención Primaria de este tipo de pacientes. En algunos estudios realizados el test de Goldberg mostró puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad, lo que explica que más allá de la causa, los hiperfrecuentadores son personas que sufren. Así mismo, se ha observado que a mayor puntuación en el Test de GOLBERG mayor malestar psíquico; aunque en ningún caso se ha encontrado diferencias significativas (29).Otros factores que se han evaluado también han resultado interesantes. Una buena parte de los hiperfrecuentadores (8 de cada 10) habían sufrido acontecimientos estresantes (*life-events*) importantes en el último año. Los acontecimientos familiares estresantes son los que tienen más influencia y explican gran parte de las razones por las que determinadas personas acuden con una frecuencia aparentemente excesiva a la consulta de su médico de familia. Los cambios de domicilio, la pérdida del empleo, el

fallecimiento de un familiar o amigo, la llegada del primer hijo, la edad, el sexo y el grado de apoyo social han sido algunos de los aspectos estudiados (30).

Los rasgos patológicos de personalidad pueden tener un importante impacto en la calidad de vida y en la satisfacción de los pacientes y por lo tanto una persona considerada hiperfrecuentadora no siempre significa que haga un uso inadecuado de la consulta (31).

No hay que olvidar por tanto que una de las causas de hiperfrecuentación pueden ser patologías orgánicas "enmascaradas" (32).

El objetivo es comprender los factores individuales y familiares de los usuarios, que den motivo de recurrir a los servicios médicos muchas veces al año, como **frecuentación innecesaria de consultas originando una situación de masificación y falta de resolución al problema de dicho colectivo.**

"El estudio demuestra además que **es conveniente intervenir a los pacientes desde una concepción de la salud más holística, incluyendo lo biológico, psicológico, social y emocional**" (33).

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar la frecuencia y factores asociados del fenómeno de Hiperfrecuentación de los pacientes de 20 a 59 años que acuden a consulta a la Unidad Médico familiar No 20 del Instituto Mexicano del Seguro social

### **ESPECÍFICOS**

- Determinar las principales variables sociodemográficas del derechohabiente: edad, sexo, estado civil, escolaridad, estado emocional actual: ansiedad y depresión.
- Determinar los factores familiares: crisis familiar actual, estructura familiar, funcionalidad familiar,
- Determinar la auto-percepción de salud
- Clasificar a los pacientes de la muestra de acuerdo al número de consultas recibidas un año previo al estudio.
- Determinar los motivos de consulta mas frecuentes en los grupos.

## JUSTIFICACIÓN

El fenómeno de la hiperfrecuentación de los servicios de primer nivel de atención representa un grave problema de salud pública y por lo tanto es motivo de preocupación en todo el sistema sanitario debido a que es generadora de una gran parte de la carga de trabajo, causa frustración, tedio y una relación médico-paciente disfuncional.

En la actualidad no existen estudios acerca de este fenómeno en ningún estado de la república mexicana por lo que no existen antecedentes, solo se ha documentado en España, por lo cual considero que puede tener importantes resultados para modificar las políticas de salud evitando así la saturación de los servicios que desde hace unos años se viene viviendo.

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, tanto para prevenir como para resolver un problema de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población y evitar así el fenómeno de la hiperfrecuentación. Al definir los mecanismos que favorecen el uso oportuno y adecuado de los servicios, es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones.

Parece claro que no existe una cultura de prevención entre la población. Si bien este fenómeno sólo puede explicarse mediante la conjunción de múltiples factores socioculturales, es indudable que la falta de educación de la población juega un papel muy importante en la hiperfrecuentación.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **SITIO DEL ESTUDIO**

Se realizó el estudio en la Unidad de Medicina Familiar No 20. IMSS, localizada en Calzada Vallejo num.675 Colonia Magdalena de las Salinas, México D. F. C. P 07760 Unidad de primer nivel de atención. De Marzo de 2006 a febrero de 2007.

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Observacional, ambispectivo, descriptivo.

## **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Determinar si existe la hiperfrecuentación, su magnitud y describir las características de los pacientes de acuerdo al número de consultas recibidas un año previo al estudio. Explorar posibles factores asociados individuales y familiares a la hiperfrecuentación en primer nivel de atención.

## **POBLACIÓN DEL ESTUDIO**

Adultos de 20 a 59 años de edad, ambos sexos, con un mínimo de un año de ser derechohabiente adscrito a la UMF 20 del IMSS, del turno matutino.

## **CRITERIOS**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **Expedientes de:**

- Derechohabientes de la UMF 20
- Adultos de entre 20 a 59 años de edad.
- Sexo femenino o masculino
- Mínimo un año de ser derechohabiente.
- Pertenecer al turno matutino
- Consultas solicitadas por el paciente.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

### **Expedientes de:**

- Pacientes de programas prioritarios del IMSS: diabetes mellitus, HAS, y control de embarazo.
- Discapacitados (KATZ) con tratamiento continuo y que requieran control médico mensual.
- Pacientes con enfermedades crónicas en tratamiento médico mensual.
- Pacientes que acuden por accidente de trabajo.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- No aceptar participar en el estudio
- Haber acudido solo por trámites administrativos:
- Que el paciente refiere que acude frecuentemente a servicios médicos fuera del IMSS.
- Que el paciente este inhabilitado para contestar el cuestionario.

## TIPO DE MUESTREO

No probabilística, mediante casos consecutivos.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula para estimar una proporción, con confianza de 95% y prevalencia probable de hiperfrecuentación de 50% y precisión de 5%, la cual aplicada dio un aproximado de n=384 pacientes.

Fórmula para estimar una proporción:

$$n = \frac{Z\alpha^2 p(q)}{e^2}$$

Substituyendo:

$$n = \frac{(3.84)(0.50)(0.50)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.50)(0.50)}{(0.0025)} = 384$$



# DEFINICIÓN DE VARIABLES

## VARIABLE DEPENDIENTE

### PACIENTE HIPERFRECUENTADOR

**Definición Conceptual (DC):** Valora el número de asistencias a consulta en el primer nivel de atención al año.

**Definición Operacional (DO):** se consideraran hiperfrecuentadores en los que el número registrado de consultas rebase el promedio mas una desviación estándar .Por debajo de este punto se consideraran normofrecuentadores.

**Escala de medición (EM):** Cualitativa Nominal

**Unidades de medida (UM):** Normofrecuentador, e Hiperfrecuentador

## VARIABLES INDEPENDIENTES

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

#### EDAD

**DC:** Duración de la existencia del individuo expresada como el periodo trascurrido considerada desde el nacimiento hasta el momento actual.

**DO:** Medida en unidades de tiempo (años vida cursado).

**EM:** cuantitativa de razón

**UM :**20 a 59 años

#### SEXO

**DC:** Clasificación en hombre (masculino) o mujer (femenino) basada en las características fenotípicas (anatómicas) y genotípicas (cromosómicas).

**DO:** Se determinara según su fenotipo y asignación social

**EM:** Cualitativa nominal

**UM:** Masculino y Femenino

## **ESCOLARIDAD**

**DC:** Se refiere al máximo grado de escolaridad que un individuo ha recibido y logrado en su vida.

**DO:** Indica el grado de desarrollo intelectual.

**EM:** Cualitativa Ordinal

**UM:** Escolar o menos, Secundaria, Preparatoria o Técnico y Profesional.

## **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

**DC:** valoración cuantitativa y objetiva de los medios de existencia económica en relación a su grupo social.

**DO:** mediante la aplicación del método Graffar que evalúa cuatro bloques (profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingresos, condiciones de la vivienda) otorgando una puntuación numérica.

**EM:** cualitativa ordinal.

**UM:**

Puntuaje	Nivel socioeconómico
4.6	Alto
7.9	medio alto
10.12	medio bajo
13.16	obrero
17-20	marginal

## **OCUPACIÓN**

**DC:** Se refiere a la actividad que realiza en la vida diaria para

La obtención de recursos económicos.

**DO:** Se preguntara a cada paciente, mediante cuestionario de características sociodemográficas.

**EM:** Cualitativa Ordinal

**UM:** 1) trabajo remunerado o no remunerado.

## **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ( MALESTAR PSIQUICO)**

**DC:** La escala de fue concebida para permitir la detección de ansiedad y la depresión, los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Primer Nivel de Atención. Así también como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos<sup>(34)</sup>. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Asistencia Primaria. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%> y valor predictivo positivo (95.3%> adecuados)<sup>(35)</sup>.

**DO:** Para conocer la existencia de problemas psico-sociales, se utilizará el General Health Questionare (GHQ) DE Golberg , validado en España por Lobo et al , que consta de 28 ítems con 4 sub-escalas referidas a síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, disfunción social y depresión.

**EM:** Cualitativa Ordinal (Test de Golberg reducido de 28 ítems).

**UM:** Sub-escala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas y Sub-escala de Depresión : 2 o más respuestas afirmativas. Consideraremos como patológicos cuando el número de respuestas es  $\geq 7$  puntos. <sup>(36)</sup>.

## **VARIABLES FAMILIARES DE ESTUDIO**

### **CICLO VITAL FAMILIAR**

**DC:** El ciclo vital familiar es un concepto ordenador (etapas evolutivas), para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesa en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

**DO:** Para estudiar la relación entre el uso de servicios médicos y el ciclo vital familiar, atenderemos al modelo de ciclo vital familiar según Gemían, se interrogara en forma directa al paciente .

**EM:** Cualitativa Ordinal ( Ciclo Vital familiar según Geyman)

**UM:**

Las fases del ciclo vital familiar son

1. Fase de matrimonio (1)
2. fase de Expansión (2)
3. Fase de Dispersión (3)
4. Fase de Independencia (4)
5. Fase de Retiro y Muerte (5)

**TIPOLOGÍA FAMILIAR**

**DC:** Se refiere a la descripción de la familia en relación a su conformación, desarrollo, integración y ocupación.

**DO:** Para estudiar la relación entre el uso de servicios médicos y la tipología familiar, atenderemos a la Clasificación de la familia según Irigoyen en : 1) Con base en su desarrollo (Moderna/Tradicional) 2) En base a su demografía (Urbana/ Rural) 3) En base a su integración (Integrada /Semi-integrada /Desintegrada) y 4) En base a la ocupación del jefe(s) (campesina/Obrera/Técnica/Profesional técnica/Profesional) , se interrogará en forma directa al paciente .

**EM:** Cualitativa Ordinal ( Clasificación de Tipología Familiar según Irigoyen)

**UM:**

1) Con base en su desarrollo :

Moderna  Tradicional

2) En base a su demografía :

Urbana  Rural

3) En base a su integración :

Integrada  Semiintegrada  Desintegrada)

4) En base a la ocupación del jefe(s) :

Campesina  Obrera  Técnica  Profesional técnica  Profesional

### **FASES III**

**DC:** La funcionalidad familiar se mide según el FACES III en términos de adaptabilidad y cohesión.

**Cohesión:** Vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectado, aglutinada.

**Adaptabilidad:** Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones<sup>(37)</sup>.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad así como la adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente de las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis medicas agudas<sup>(38)</sup>.

**DO:** La persona que responde será cuestionada a leer las aseveraciones y a decidir para cada una la frecuencia, en una escala con rango del 1 (casi nunca) al 5 (casi siempre), para describir la conducta que ocurre en su familia. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, y la de adaptabilidad de la suma de los pares<sup>(39)</sup>. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación para utilizarse en el análisis de datos.

Para obtener la puntuación para el tipo de familia sume el puntaje de cohesión y adaptabilidad y se divide entre 2. La interpretación del puntaje del tipo de familia se indica en la tabla de puntaje lineal e interpretación<sup>(40-41)</sup>.

**EM:** Cualitativa Ordinal ( Dimensiones de evaluación de la familia a través de FACES III.)

**UM:**

DIMENSIÓN	FAMILIAS	PUNTUACIÓN
Cohesión	No relacionadas	10-34*
	Semirrelacionadas	35-40**
	Relacionadas	41-45**
Adaptación	Aglutinadas	46-50*
	Caóticas	10-19*
	Flexibles	20-24**
	Estructuradas	25-28**
	Rígidas	29-50*

\* Familias extremas. \*\* Familias balanceadas (equilibrada.)

## ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF36

**DC:** SF-36 Health Survey . El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Hay 2 versiones del cuestionario en cuanto al período recordatorio: la «estándar» (4 semanas) y la «aguda» (1 semana). El cuestionario está dirigido a personas de  $\geq 14$  años de edad y preferentemente debe ser auto administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal y telefónica. La consistencia interna no presentó diferencias entre los cuestionarios auto-administrados y los administrados mediante entrevista.

El SF-36 Health Survey es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional. Se refiere a la descripción de la auto percepción de salud.

**DO:** El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (*Medical Outcome Study* -MOS).

Los ítems del cuestionario informan de estados tanto positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a como era un año antes (CS). Se describen las dimensiones de salud evaluadas por el SF-36 y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con los resultados bajos o altos por cada escala.

Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario. Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida<sup>(41)</sup>.

**EM:** Cualitativa Ordinal (ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF36)

**UM:** El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad y e) insatisfacción. Los ocho conceptos de salud (dimensiones) determinados en este cuestionario se resumen en la siguiente tabla:



---

**INTERPRETACION DEL SF 36**

<b>Dimensión</b>	<b>Significado</b>
<b>Función física</b>	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
<b>Rol físico</b>	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
<b>Dolor corporal</b>	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
<b>Salud general</b>	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
<b>Vitalidad</b>	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
<b>Función social</b>	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
<b>Rol emocional</b>	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
<b>Salud mental</b>	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

---

## Subescalas de índice de Salud SF36 e interpretación de los resultados

Áreas	No de Ítems	Adaptada de Ware y Sherbourne	
		Baja Puntuación	Alta Puntuación
<b>Función Física</b>	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin gran limitación
<b>Rol Físico</b>	4	Problemas para el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.
<b>Dolor</b>	2	Dolor muy severo y altamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debidas al mismo.
<b>Salud General</b>	5	El sujeto evalúa su salud como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa su salud personal como buena /excelente.
<b>Vitalidad</b>	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
<b>Función Social</b>	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debidas a problemas físicos o emocionales.
<b>Rol emocional</b>	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.
<b>Salud Mental</b>	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo.	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.
<b>Transición de Salud</b>	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año.

## ESCALA DE MASLACH

**DC:** La escala de Maslach, fue descrita por la psicóloga social **Cristina Maslach**, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, y calificó a los afectados de “**Sobrecarga emocional**” o **síndrome del Burnout** (quemado.) El S. de Burnout es un importante mediador patogénico que daña la salud del médico(42).

Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

**DO:** La escala mide el desgaste profesional (Síndrome de Burnout). Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas , por debajo de 34. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes (43).

Incluye:

**Agotamiento emocional**, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

**Despersonalización o deshumanización**, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.

**Falta de realización personal**, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal

**Síntomas físicos de estrés**, como cansancio y malestar general.

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y

la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo .

**EM:** Cualitativa Ordinal.

**UM:** Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

1. **Subescala de agotamiento emocional.** Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

2. **Subescala de despersonalización.** Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30

3. **Subescala de realización personal.** Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome<sup>(44)</sup>.

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la zona norte de la Ciudad de México, en la Unidad de Medicina Familiar No 20 en el periodo comprendido entre marzo del 2006 a febrero del 2007, empleándose un cuestionario ex profeso, previo consentimiento informado verbal a nuestra población en estudio que son derechohabientes de entre 20 y 59 años de la consulta externa en turno matutino, por el investigador y con apoyo de servicio medico. Con un tiempo aproximado de aplicación de 10 a 15 minutos por sección. El instrumento consta de rubros sobre: 1) Edad, Genero, Escolaridad, ocupación, datos socioeconómicos (reactivos con opción de respuesta múltiple, aplicando el método de Graffar) 2) Malestar Psíquico (Ansiedad y Depresión) aplicando el Test de Golberg con 28 ítems 3) Ciclo vital Familiar /Tipología familiar 4)Disfunción familiar (crisis familiar) aplicando el instrumento de evaluación para eventos críticos de Holmes. 5) Escala de adaptabilidad y cohesión. FACES III. 6) Encuesta de Salud SF36. 7)Escala de Maslach para evaluar el Síndrome de Burnout en los médicos que atendieron a nuestra población en estudio. Además, se integró un instrumento para recabar datos del expediente electrónico . Todo con la intención de detectar factores vinculados.

## RESULTADOS

Se encuestaron 384 pacientes con edad de 20 a 59 años con promedio de  $37\pm 7$  años, del sexo femenino 264 (69%) y 120 masculino (31%) con escolaridad media predominante, trabajo remunerado estado socio-económico medio bajo. **Cuadro I**

**Cuadro I.** Características socio-demográficas y familiares de los adultos que acuden a una unidad de medicina familiar.

<b>Adultos que acuden a medicina familiar</b>	
<b>n=384(%)</b>	
<b>Escolaridad</b>	
Primaria ó menos	96 (25.0)
Secundaria	130 (33.9)
Preparatoria ó técnico	120 (31.3)
Profesional	38 (09.9)
<b>Ocupación</b>	
Trabajo remunerado	292 (76.0)
Trabajo no remunerado	92 (24.0)
<b>Estrato social (graffar)</b>	
Medio alto	39 (10.2)
Medio bajo	235 (61.2)
Obrero	110 (28.6)

Del estudio de la función y estructura familiar se observó que la mayoría se encuentra en fase de dispersión e independencia, la mitad de la muestra correspondió a una familia moderna en su mayoría integrada, de tipo obrera o técnica predominantemente, en cuanto a su cohesión en su mayoría semi-relacionada y relacionada, en cuanto a su adaptabilidad flexible y estructural. **(cuadro II).**

**Cuadro II.** Características de estructura y función familiar de los adultos que acuden a una unidad de medicina familiar.

	<b>Adultos que acuden a medicina familiar n=384(%)</b>
<b>Ciclo vital</b>	
Matrimonio	12 (03.1)
Expansión	73 (19.0)
Dispersión	136 (35.4)
Independencia	141 (36.7)
Retiro y muerte	22 (05.7)
<b>Desarrollo</b>	
Moderna	196 (51.0)
Tradicional	188 (49.0)
<b>Integración</b>	
Integrada	309 (80.5)
Semi-integrada	75 (19.5)
<b>Tipo de familia por ocupación</b>	
Obrera	202 (52.6)
Técnica	146 (38.0)
Profesional técnica	2 (00.5)
Profesional	34 (08.9)
<b>Cohesión</b>	
No relacionada	53 (13.8)
Semi-relacionada	169 (44.0)
Relacionada	126 (32.8)
Aglutinada	36 (09.4)
<b>Adaptabilidad</b>	
Caótica	1 (00.3)
Flexible	184 (47.9)
Estructural	171 (44.5)
Rígida	28 (07.3)

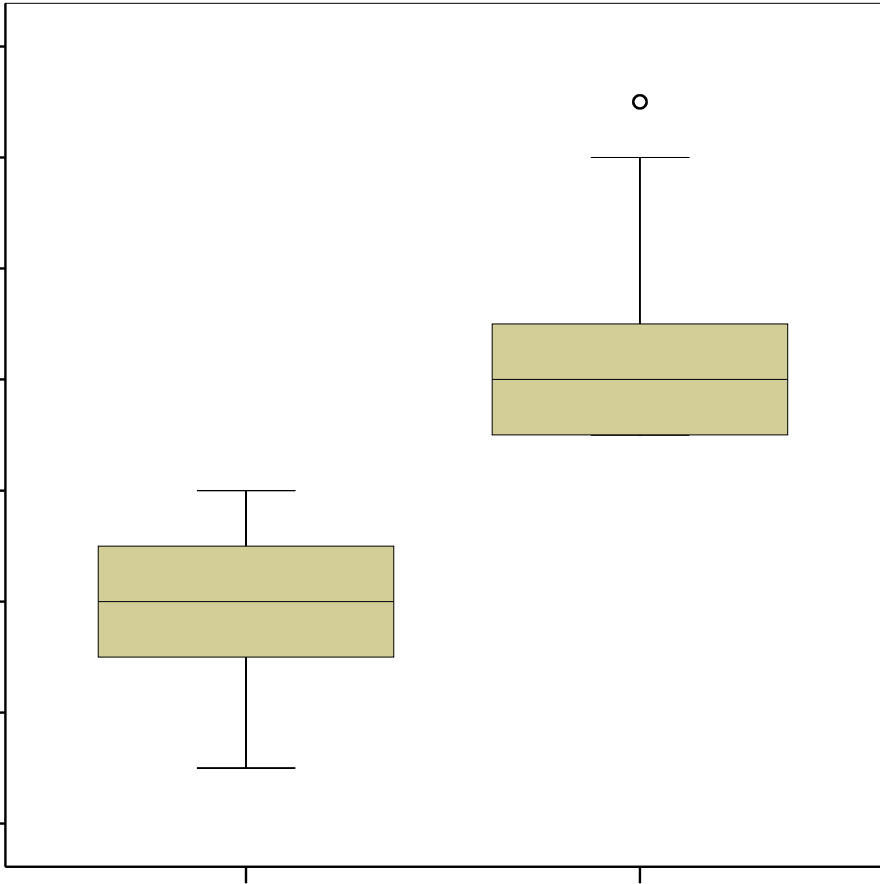
Recibieron en medicina familiar, un total de 1805 consultas en un año (promedio  $5\pm 2$ ; mínimo una y máximo 13. De acuerdo al punto de corte establecido para determinar la hiperfrecuentación, se obtuvo 85 pacientes hiperfrecuentadores correspondiendo al 22% ( $IC_{95\%}$  18-26) de pacientes. De esta forma se obtuvieron dos grupos de pacientes, los hiperfrecuentadores y los hipofrecuentadores. Los hiperfrecuentadores resultaron ser los que recibieron 7 o más consultas durante un año y los nomofrecuentadores 6 a 9 menos. En el primer grupo el promedio de consultas fue  $8\pm 1$  y en el segundo  $4\pm 1$  (t de student  $p=.000$ ). De las 1805 consultas los hiperfrecuentadores consumieron 689 (38%) consultas. **(cuadro III y figura1).**

**Cuadro III.** Frecuentación de pacientes adultos que acudieron a Medicina Familiar durante un año.

<b>Número de consultas</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes(%)</b>
1	21	5.5
2	44	11.5
3	73	19.0
4	67	17.4
5	44	11.5
6	50	13.0
7	37	9.6
8	20	5.2
9	19	4.9
10	4	1.0
11	2	0.5
12	2	0.5
13	1	0.3
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100.0</b>



**Figura 1.** Comparación del promedio de consultas recibidas en un año entre pacientes hiperfrecuentadores y normofrecuentadores.



Comparando el promedio de edad de los dos grupos no se obtuvo diferencias significativas ( t de student para muestras independientes p=0.44)

Entre los factores que se exploraron en relación a la hiperfrecuentación; los correspondientes a los pacientes solo encontramos como factor de riesgo el tiempo de traslado corto. La mayoría de los pacientes refirieron ser atendidos usualmente por el mismo médico y la proporción fue mayor en los hiperfrecuentadores. **(cuadro IV)**

**Cuadro IV.** Características personales y socio-demográficas de los adultos que acuden a una unidad de medicina familiar.

	Hiperfrecuentación		OR (IC95%)	(X <sup>2</sup> )*p
	SI	NO		
	85 (22%)	299 (78%)		
<b>Sexo Femenino</b>	54 (43.5)	210 (70.2)	1.4 (0.82-2.2)	0.15
<b>Escolaridad baja (&lt; secundaria)</b>	37 (43.5)	121 (40.5)	0.9 (0.5 -1.4)	0.35
<b>Ocupación no remunerada</b>	69 (81.8)	23 (07.7)	1.2 (0.7-2.1)	0.27
<b>Tiempo de traslado &lt;30min.</b>	68 (80.0)	176 (58.9)	2.8 (1.5-5.2)	0.000
<b>Estrato socioeconómico</b>				
<b>Obrero</b>	28 (33.0)	82 (27.4)	1.3 (0.8-2.2)	0.19
<b>Holmes</b>	41(48.2)	124 (41.5)	1.3 (0.81-2.1)	0.16
<b>(con crisis)</b>				
<b>Goldberg</b>	25 (29.4)	79 (26.4)	0.86 (0.51-1.5)	0.34
<b>(Ansiedad)</b>				
<b>Goldberg</b>	38 (44.7))	127(42.5)	0.91(0.56-1.5)	0.40
<b>(Depresión)</b>				
<b>Tipo de transporte</b>				
<b>(Público)</b>	74 (87.0)	262(87.6)	1.0 (0.5-2.2)	0.51

\*significancia estadística <0.05

En el **cuadro V** exploramos la asociación del estado de salud de los pacientes de la muestra con el fenómeno de la Hiperfrecuentación. Existe probable asociación de la hiperfrecuentación con alteraciones en la Función social, es decir que existe una interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales obteniendo una P de 0.006. En las demás áreas estudiadas no se encontró asociación alguna.

**Cuadro V.** Valoración del estado de Salud SF36 de los adultos que acuden a una unidad de Medicina Familiar.

ÁREA	HIPERFRECUENTACIÓN		OR (IC95%)	(X <sup>2</sup> )*p
	SI 85 (22%)	NO 299 (78%)		
Función Física	1(01.2)	1(0.33)	&	
Rol Físico	19 (22.4)	78 (26.0)	0.82(0.4-1.5)	0.48
Dolor	1 (01.2)	1 (00.3)	&	
Salud General	43 (50.6)	118 (39.5)	1.6 (0.94 - 2.6)	0.6
Vitalidad	34 (40.0)	103 (34.4)	1.3 (0.75-2.14)	0.35
Función Social	10 (11.8)	12 (04.0)	3.2 (1.2 - 8.2)	0.006
Rol Emocional	16 (18.8)	69 (23.0)	0.8 (0.4 - 1.5 )	0.40
Salud Mental	16 (18.8)	67 (22.4)	0.8 (0.42-1.5 )	0.48
Transición de Salud	41(48.2)	130 (43.5)	1.2 (0.73-2.0)	0.44

\* significancia estadística <0.05  
& tamaño de la muestra insuficiente.

Los pacientes participantes fueron atendidos por 14 médicos, que en su mayoría reportaron tener especialidad en medicina familiar y que presentaron un nivel alto de cansancio emocional 194 (51%), de despersonalización 170 (44%) y de sensación de logro 94 (25%), en el cuadro VI se presentan estos resultados en relación a los pacientes hiperfrecuentadores y normofrecuentadores. En su mayoría contaban con especialidad de medicina familiar. El tiempo promedio utilizado por paciente fue menor de 15 minutos en 188 (49%) de 15 a 20 minutos 150 (39%) y más de 20 minutos 46 (12%). (**Cuadro VI**)

**Cuadro VI.** Nivel de Síndrome de Desgaste Profesional de los médicos que atendieron a los pacientes de la muestra.

<b>Síndrome de desgaste profesional</b>	<b>Hiperfrecuentación</b>	
	<b>Si</b> 85(%)	<b>No</b> 299(%)
<b>Cansancio emocional</b>		
Alto	45 ( 53.0)	149 (49.9 )
Intermedio	31(36.5 )	116 (38.8 )
Bajo	9 (10.5 )	34 (11.4)
<b>Despersonalización</b>		
Alto	36(42.4 )	134(44.9)
Medio	43(50.6 )	137(45.8)
Bajo	6(07.05)	28(09.4)
<b>Falta de realización</b>		
Bajo	0	0
Intermedia realización personal	65 ( 76.5)	225 (75.3)
Alta sensación de logro	20 ( 23.5 )	74 (25.0)

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Las características sociodemográficas de tipo cuantitativo con distribución normal se describieron mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Las de tipo cualitativo mediante porcentajes y rango intercuartílico. De acuerdo al tipo de distribución que se obtuvo se consideraron hiperfrecuentadores a los pacientes en los que el número registrado de consultas rebasó el promedio mas una desviación estándar. Por debajo de este punto se consideraran normofrecuentadores.

La prevalencia de hiperfrecuentación se describió mediante porcentajes e intervalos de confianza.

Se exploraron los factores asociados a la hiperfrecuentación mediante razón de momios con intervalos de confianza y significancia estadística.

Los Porcentajes se analizaron en sistema electrónico en programa de SPSS versión 12 y EPI NFO IV.

## DISCUSION

El fenómeno de la hiperfrecuentación ha sido identificado en otros países entre los que destaca España. En México aunque existen estudios sobre la utilización de primer nivel de atención médica, en ninguno se ha determinado si existe este fenómeno. El presente trabajo de investigación es de suma importancia porque determina la existencia y magnitud de este fenómeno en población de bajo riesgo para la hiperfrecuentación, entendiendo esto último como pacientes “relativamente sanos” sin enfermedades o condiciones administrativas que requieran valoraciones frecuentes y constantes por largo tiempo por el médico familiar; la decisión de estudiar este grupo poblacional se basó en que probablemente es el más susceptible de modificar para disminuir la frecuentación y optimizar los recursos de Medicina Familiar.

A pesar de ser una población de bajo riesgo para la hiperfrecuentación en este estudio se determinó que existe una alta prevalencia, aproximadamente una cuarta parte de nuestra muestra utiliza con más frecuencia los servicios de primer nivel de atención, nuestros resultados son similares a los reportados en España, donde se describe la hiperfrecuentación como un problema en el que entre un 15 y un 25% de la población consume más del 50% del trabajo y por lo tanto, del tiempo asistencial del médico de familia. Esta elevada demanda tiene graves consecuencias a nivel organizativo, administrativo y económico, siendo además uno de los factores identificados como precipitantes del llamado burnout profesional. (45). En Canaria los trabajos de Backett, realizados hace más de 50 años, se observó que la frecuentación no se distribuye homogéneamente, un 16% de los pacientes efectuaban un 52% de las consultas. Este fenómeno sigue dándose en la actualidad, de forma que, como veremos en el área de salud de Gran Canaria un poco más de la octava parte de los pacientes genera más de la mitad de las consultas (52). En nuestro estudio se observó, en cambio que, los hiperfrecuentadores consumieron más de la tercera parte del total de consultas.

Por otro lado no se encontró asociación estadísticamente significativa de ser paciente hiperfrecuentador con respecto al ser de sexo femenino, contar con escolaridad baja,

ocupación no remunerada, el ser obrero, el utilizar transporte público para su traslado a la unidad, o relación con algún estado ansioso depresivo, sin embargo si se encontró fuerte asociación con el tiempo de traslado corto hacia la UMF. En comparación con algunos estudios de Primer nivel de Atención que han encontrado relación entre la hiperfrecuentación y el sexo femenino y que además de consultar más, presentan puntuaciones menores en el test de APGAR, indicando mayor disfunción familiar (46). Por otra parte, diversas características del paciente además del sexo como edad, estado civil, nivel de instrucción, actúan como moduladores de dicha necesidad de atención primaria. El sexo y la edad también condicionan la utilización y hasta cierto punto, podrían ser consideradas *proxies* del estado de salud (47).

En cuanto al Estado de salud varios estudios han mostrado evidencia que la utilización de los servicios de atención primaria está relacionada, principalmente, con el estado de salud del individuo, ya sea el **auto-percibido** o el aproximado por indicadores más objetivos (enfermedades crónicas, accidentes, limitación de la actividad de la vida diaria, incapacidad Temporal)(48). En comparación con los resultados obtenidos en nuestro estudio que solo hubo relación estadísticamente significativa con la Función Social excluyendo las demás áreas. Esto probablemente obedezca a que el grupo poblacional que estudiamos es diferente ya que como se mencionó es “relativamente sano” y encontramos una limitante de que no se ha estudiado inclusive en otros países este tipo de población por lo cual no podemos comparar los resultados en forma satisfactoria y es trascendente que los factores principalmente relacionados con la salud que han sido identificados como de riesgo para la hiperfrecuentación no funcionan para esta población y por lo tanto en investigaciones subsecuentes se deberán buscar factores de otro tipo que expliquen la hiperfrecuentación.

El sexo (mujeres) y la edad (75-84 años) se asocian con una mayor probabilidad de utilización de los servicios de primer nivel de atención (49). Es bien sabido que la mujer acude con más frecuencia a atención médica, lo que concuerda con nuestra muestra, que se compone en general de una mayor proporción de mujeres, sin embargo en el análisis estratificado por sexo no encontramos relación con la hiperfrecuentación, lo que también puede obedecer a los criterios de selección de la muestra ya que las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes son más prevalentes en el sexo

femenino y como se comentó antes se relacionan con la hiperfrecuentación, en cuanto a la edad, tampoco se comportó como factor de riesgo probablemente porque la muestra no incluye adultos mayores.

Algunas variables familiares o culturales podrían explicar también parte de la variabilidad observada en la utilización de los servicios de primer nivel de atención. Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar, definiéndose como familia disfuncional aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Algunos autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de las crisis y la disfunción familiar y la hiperfrecuentación (50). También se ha estudiado el perfil familiar como factor que interviene en el hiperfrecuentador, siendo la familia nuclear (2-4 miembros) en una etapa de decaída de su ciclo vital y con cierto grado de disfunción familiar, que son incapaces de responder a las necesidades de sus miembros y afrontar los cambios y tensiones de su entorno, además de que se ha identificado algún estado ansioso-depresivo aunado, hasta en el 50% de todas las visitas realizadas en atención primaria no se identifica la presencia de un problema médico, o una demostrable patología orgánica, que explique las quejas del paciente (51). La estructura y función familiar predominante en la muestra de estudio consistió en encontrarse la mayoría en fase de dispersión e independencia de acuerdo a su desarrollo la proporción de familias modernas fue similar a la proporción de familias tradicionales, en cuanto a su funcionalidad más del 80% fue integrada. El mayor porcentaje es de tipo obrera y técnica.

En cuanto a su cohesión y adaptabilidad se encontró que la mayoría son familias relacionadas y semi-relacionadas con una adaptabilidad flexible y estructural.



Por lo anterior podemos deducir que es probable que las familias de pacientes de bajo riesgo para hiperfrecuentación sean altamente funcionales lo cual puede explicar nuestros resultados de que no se estableció asociación de la hiperfrecuentación con estados depresivos–ansiosos, nivel socioeconómico bajo, escolaridad baja, etc. **Cuadro II**

En cuanto al Síndrome de Desgaste Profesional se ha observado en varios estudios que la edad promedio de los profesionales es de 37 años; para las mujeres fue 37 años y para los hombres 36 años. Se encontró que el 59,09% de los profesionales tenía cansancio al final de la jornada, 40,9% fatiga al levantarse por la mañana y 31,81% cree estar trabajando demasiado, todos más frecuentes en mujeres.

El perfil sociodemográfico que más se acercó al diagnóstico de tendencia a tener Burnout fue: Sexo femenino, edad entre 24-40 años, soltera y ejercicio profesional menor a 10 años (53). En comparación con nuestro estudio se encontró que en su mayoría reportaron tener especialidad en medicina familiar y que presentaron un nivel alto de cansancio emocional 194 (51%), de despersonalización 170 (44%) y de sensación de logro 94 (25%). El tiempo promedio utilizado por paciente fue menor de 15 minutos en 188 (49%) de 15 a 20 minutos 150 (39%) y más de 20 minutos 46 (12%).

Por lo tanto estos resultados son sin embargo importantes ya que a pesar de que no exista asociación con ningún factor asociado a excepción del tiempo de traslado hacia la unidad, da a notar que existen otros factores que estén asociados y promoviendo la hiperfrecuentación que en estudios analíticos posteriores se tendrán que investigar.

## CONCLUSIONES

Los pacientes adultos jóvenes considerados “relativamente sanos” que acuden espontáneamente a atención médica en una unidad de Medicina familiar presentan una alta prevalencia de hiperfrecuentación; que no puede ser explicada por factores como edad, sexo, estado socioeconómico, estado de salud, malestar psíquico, disfunción familiar, eventos estresantes de la vida y que aparentemente se favorece por el tiempo corto de traslado a la unidad médica y alteración de la función social.

Las características de estructura y función familiares predominantes en el grupo poblacional estudiado fueron ciclo vital en dispersión e independencia, integradas, con cohesión y adaptabilidad, relacionadas y semi-relacionada, de tipo obrera y técnica. De igual proporción de tipo tradicional y moderna.

Por otro lado, si en la muestra estudiada que corresponde a pacientes “relativamente sanos” se identificó la hiperfrecuentación en una cuarta parte y se determinó el consumo más de la tercera parte de la consulta del médico familiar, podemos esperar que en grupos de riesgo como los pacientes de la tercera edad y con enfermedades crónico-degenerativas la hiperfrecuentación sea mayor y seguramente consume una mayor proporción del total de consultas otorgadas en medicina familiar.

Se propone explorar en estudios futuros de preferencia de tipo cualitativo qué factores pueden estar condicionando la hiperfrecuentación en población “relativamente sana”.

También es indispensable determinar la existencia, magnitud y factores condicionantes de hiperfrecuentación en grupos de riesgo como adulto mayor y enfermos crónico-degenerativos. Todo con la finalidad de identificar aquellos factores susceptibles de ser modificados y por lo tanto optimizar los recursos de medicina familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martín J. Trabajo con demanda excesiva. FMC1998;5(9): 572-581.
2. Ágreda J, Díez J, Extramiana E, Extremera V, Induráin S, Loayssa JR. Demanda de consultas médicas de atención primaria. Aten Primaria 2001;16(3): 125-130.
3. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. Aten Primaria 1996; 17: 100-106.
4. Grau G, Cebrià J, Segura J, Casas O, Corbella S, Villa G, et al. La hiperfrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (II). Med Integr 1998; 32:49-53.
5. Varela FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. Medicina de Familia 2000;2:141-144.
6. Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. Aten Primaria 1998; 22:562-569.
7. 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;48:1824-1827.
8. 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;11:459-63.
9. Orueta JF, López-De-Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en atención primaria. Gac Sanit 2000;14:195-202
10. Sáez M, et al. Factors Conditioning Primary care services utilization. Empirical Evidence and methodological inconsistencies. Gaceta Sanitaria 2003;17(5):412-419.
11. Fuertes MC, Álvarez E, García MD, Fernández M, Echarte E, Abad J. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. Aten Primaria 1994;14:809-814.

12. Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperfrecuentadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993;12:92-96.
13. Gervás JJ, Pérez MM, García P, Abaira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Aten Primaria* 1990;7 :346-348.
14. 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.
15. Bellón J, Delgado A, Luna JD, Lardeli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29:1347-1357.
16. R. Serrano H., J. Rodríguez N. Estudio de la demanda generada en consulta y en los servicios de Urgencia de una población de niños adscritos a un centro de salud de atención primaria y su adecuación. *Pediatric* 2001;3(90):648-655.
17. García-Olmos L. Los estudios de utilización de servicios en la revista *Atención Primaria*. *Aten Primaria* 1994;14:1118-1126.
18. De-la-Revilla L, De-los-Ríos AM. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994;13: 73-76.
19. Bellón J, Delgado A, Luna JD, Lardeli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999;29:1347-1357.
20. Montalbán, J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Aten Primaria* 1998;21:67-76.
21. J. Segura B, J. Sobreques S, C. Rodríguez M, J. Cebriá A. Corbella S, Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores. *Medifam*. 2003;3( 13):143-150.
22. De la Revilla L, Aybar R, de los Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 133-137.

23. 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; 5: 21-27.
24. Turabian JL, González-Morales MA, López de Castro F, Gallego JG, González-Palacios P, Moya A, et al. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. 2001;(4):125-134.
25. Rubio Montañés ML, Adlid Vilar C, Cordon Granados F, Solanas Saura P, 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.
26. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas en España. Investigaciones Económicas 2001;25: 93-138.
27. Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349
28. De la Revilla L, de los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Aten Primaria 1994;13:73-76.
29. Bronfman M, Zúñiga E, Castro R, Miranda C, Oviedo J. Encuesta Nacional de Salud II. Estudio cualitativo sobre los determinantes y modalidades de la utilización de los servicios de salud. Cuadernos de Investigación del PASSPA. México, D.F.SSA, 1994;(5):123-145.
30. Gervas JJ, Pérez MM, García P, Abraira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. Aten Primaria 1990; 7: 346-348.
31. Alonso E, Manzanera R, Varela J, Picas JM. Estudios observacionales de la demanda. Aten Primaria 1987;4:148-154.
32. 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. 1999;(4): 134-155.
33. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Landelli P. Influencias de edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en Atención Primaria. 2001;(3):11-124.

34. Cano E. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. *El medico Net*.1998;234-246.
35. Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988;97: 897-899.
36. Montón C, Pérez Echeverría M, Campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria* 1993; 12 (6): 345-349.
37. C. Gómez y C. Irigoyen. Tomada de Olson DDH et al, Eds, Family inventories. St. Paul, university of Minnesota, FASES III .1986; 25-30.
38. Gómez -Clavelina, Francisco J, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Mazón\_Ramírez J, Dickinson-bannack E, Sanchez- Gonzalez E y cols. Version en español y adaptación transcultural de FACES III(Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) *Arch MedFam* 1999;1(3):73-79.
39. Ponce- Rosas R, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Terán-Trillo M, Landgrave-Ibáñez S, Hernández- Gómez A, y cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). *Aten. Primaria* 1999;23(8):484-579.
40. Ágreda J, Díez J. Extramiana E, Extremera V, Induráin S, Loayssa JR. Demanda de consultas médicas de atención primaria . *Aten Primaria* 1999;16(3): 125-130.
41. Loseba Iraurgi Castillo , Mónica Póo e Iñaki Márkez Alonso valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. valores de referencia para la comunidad autónoma vasca *Rev. Esp. Salud Publica Madrid*.2004 5(78):125-135.
42. Barrios AE, Sánchez AR, Álvarez AM, Arce ML. Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales públicos de la ciudad de corrientes. *Rev Cat Med* 2005;14(1):27-30.
43. Hernandez JR. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*.2003;29:103-110.
44. visser MR, Smets EM, Oort FJ, Haes HC. Stress, Satisfacción and Bournout Dutchmedical Specialists. *CMAJ*.2003;168: 271-275.

45. Bellón JA. Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 1995. 112-135.
46. Gómez D, Hernández F, Gómez B. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. Formación Médica Continuada 1996; 3: 229- 242.
47. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México Arch Med Fam 2005; 7 (1): 22-26
48. Royo M, Arto A. Utilización de consultas y análisis del impacto de la consulta programada. Aten Primaria 1995; 16(4):211-214.
49. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad Familiar. Arch Med Fam 1999; 1(2): 45-57.
50. Mario.B, Roberto C, Elena Z, Carlos M, Jorge O. Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de Salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex. 1997;5(39 ):55-60.
51. Gómez-Calcerrada D, Hernández del Pozo F, Gómez-Berrocal M. La investigación en la utilización de servicios sanitarios. FMC 1996;3:229-242.
52. Díaz Berenguer JA, et al. La informatización de la atención primaria. Un nuevo sistema de información de la actividad asistencial para el apoyo a la gestión de la demanda .Cuadernos de Gestión .2003; 9( 3):10-20.
53. Barrios AE, Sanchez AR, Alvarez AM, Arce ML. Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Rev Cat Med 2005;141:27-30.

**ANEXOS**





## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

DELEGACION NORTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20

Protocolo: "PREVALENCIA DE HIPERFRECUENTACIÓN EN ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de recabar datos valiosos en relación a factores ligados a la hiperfrecuentación en la consulta externa de primer nivel de atención. Se hace de su conocimiento que la información obtenida será manejada confidencialmente, se le agradece su colaboración.

**I. Instrucciones: lea cuidadosamente cada pregunta y señale su respuesta, puede marcar más de una opción en caso de requerirse.**

**FOLIO:**  
**FECHA:**

### DATOS GENERALES:

**EDAD (en años):**

**SEXO:** (1)Masculino (2)Femenino.

**ESCOLARIDAD:**

1.Escolar o menos ( ) 2.Secundaria ( )  
3. Preparatoria o Técnico ( ) 4.Profesional ( )

**OCUPACIÓN:**

Trabajo Remunerado ( ) 2. trabajo no remunerado ( )

Tiempo de traslado de su casa a la UMF

a) menos de 30 minutos b) 30minutos a 1 hora c)Mas de una hora

Transporte utilizado para acudir a UMF

a)Transporte Público b)Transporte Particular (privado)

## II. Método Graffar para valorar nivel socioeconómico

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta y señale su respuesta, puede marcar más de una opción en caso de requerirse.

### Datos de los padres y socioeconómicos:

1. **Edad de los padres:** madre: \_\_\_\_\_ padre: \_\_\_\_\_

2. **Profesión del jefe de familia:**

- (1) Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas etc.
- (2) Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- (3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
- (4) Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- (5) Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

3. **Nivel de instrucción de la madre:**

- (1) Universidad o su equivalente
- (2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
- (3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- (4) Educación primaria completa
- (5) Primaria incompleta, analfabeta

4. **Principal fuente de ingresos:**

- (1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos azar)
- (2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
- (3) Sueldo quincenal o mensual
- (4) Salario diario o semanal
- (5) Ingresos de origen público o privado (subsídios)

5. **Condiciones de la vivienda:**

- (1) Amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- (2) Amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- (3) Espacios reducidos, pero confortable, y buenas condiciones sanitarias
- (4) Espacios amplios o reducidos, pero con deficientes condiciones sanitarias
- (5) Improvisada, construida con materiales de desecho, o de construcción relativamente sólida, pero con deficientes condiciones sanitarias.

### Método Graffar

	A	B	C	D	
1					04-06 ALTO
2					07-09 MEDIO ALTO
3					10-12 MEDIO BAJO
4					13-16 OBRERO
5					17-20 MARGINAL

III. Lea los siguientes enunciados y marque usted si esta cursando con algunos de los siguientes eventos (problemas), puede marcar más de dos.

### Escala de Holmes

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdidas del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a línea diferente de trabajo	36
19. Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. La esposa comienza a (o deja de) trabajar	26
27. Inicia o termina la escuela	26
28. Cambios en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambios en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11

#### Calificación de los eventos críticos.

<b>De 0 a 149</b>	<b>No hay problemas importantes</b>
<b>150 a 199</b>	<b>Crisis Leve</b>
<b>200 a 299</b>	<b>Crisis Moderada</b>
<b>Más de 300</b>	<b>Crisis Severa</b>

**IV. Lea los siguientes enunciados y marque usted si esta cursando con algunos de los siguientes eventos (problema), puede marcar más de dos.**

### **ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG**

---

#### **SUBESCALA DE ANSIEDAD**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD= \_\_\_\_\_

#### **SUBESCALA DE DEPRESIÓN**

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN= \_\_\_\_\_

#### **CRITERIOS DE VALORACIÓN**

**Subescala de ANSIEDAD:** 4 o más respuestas afirmativas.

**Subescala de DEPRESIÓN:** 2 o más respuestas afirmativas.

## V. FASES DEL CICLO VITAL FAMILIAR

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" la fase familiar en la que considere usted se encuentra en este momento.

Las fases del ciclo vital familiar son

1. Fase de matrimonio (1)
2. fase de Expansión (2)
3. Fase de Dispersión (3)
4. Fase de Independencia (4)
5. Fase de Retiro y Muerte (5)

## VI. TIPOLOGIA FAMILIAR

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" según la situación en la se encuentra en este momento.

1) Con base en su desarrollo :

Moderna  Tradicional

2) En base a su demografía :

Urbana  Rural

3) En base a su integración :

Integrada  Semi-integrada  Desintegrada

4) En base a la ocupación del jefe(s) :

Campesina  Obrera  Técnica  Profesional técnica  Profesional

## FASES III

Instrucciones. Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

Describa su familia

Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi siempre	siempre
1	2	3	4	5

---

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas.
3. aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar autoridad.
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
11. Nos sentimos muy unidos.
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.
14. En nuestra familia las reglas cambian.
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
17. Consultamos unos a otros para tomar decisiones.
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
19. La unión familiar es muy importante.
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

## ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF36

I. INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber como se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

1) En general ¿Diría usted que su salud es:

- a) Excelente ( )
- b) Muy buena ( )
- c) Buena ( )
- d) Mala ( )

2) Comparando su a salud con la de hace un año ¿Cómo la calificaría en general ahora?

- a) Mucho mejor ahora que hace un año ( )
- b) Algo mejor ahora que hace un año ( )
- c) Mas o menos igual ahora que hace un año ( )
- d) Algo peor ahora que hace un año ( )
- e) Mucho peor ahora que hace un año ( )

II. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿Cuánto?

Conteste a, b o c según sea el caso:

**a) Si me limita mucho**

**b) Si me limita poco**

**c) No me limita en lo absoluto.**

- 3) Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos. ( )
- 4) Actividades moderadas, tales como mover una mesa ,empujar una aspiradora, jugar el bowling (Boliche) o al golf, o trabajar en el jardín.( )
- 5) Levantar o cargar las compras del mercado. ( )
- 6) Subir varios pisos por las escalera ( )
- 7) Subir un piso por la escalera ( )
- 8) Doblarse, arrodillarse, o agacharse ( )
- 9) Caminar mas de una milla ( )
- 10) Caminar varias cuadras ( )
- 11) Caminar una cuadra ( )
- 12) Bañarse o vestirse ( )

III. Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

A) Si

B) No

13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades ( )
14. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado ( )
15. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer? ( )
16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (le ha costado más esfuerzo?) ( )

IV. Durante las últimas 4 semanas, ¿Ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

a) SI

b) NO

17. Ha reducido el tiempo de dedicaba al trabajo u otras actividades ( )
18. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado ( )
19. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual ( )
20. Durante las últimas 4 semanas, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?
- a) Nada en absoluto ( )
- b) Ligeramente ( )
- c) De vez en cuando ( )
- d) Bastante ( )
- e) Extremadamente ( )
21. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?
- a) Ningún dolor ( )
- b) Muy Poco ( )
- c) Poco ( )
- d) Moderado ( )
- e) Severo ( )
- f) Muy Severo ( )
22. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?
- a) Nada en absoluto ( )
- b) Ligeramente ( )
- c) De vez en cuando ( )
- d) Bastante ( )
- e) Extremadamente ( )



**V.** Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas.

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Muchas veces
- d) Algunas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

23. Se ha sentido lleno de vida? ( )  
24. Se ha sentido muy nervioso? ( )  
25. Se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarlo? ( )  
26. Se ha sentido tranquilo y sosegado? ( )  
27. Ha tenido mucha energía? ( )  
28. Se ha sentido desanimado y triste? ( )  
29. Se ha sentido agotado? ( )  
30. Se ha sentido feliz? ( )  
31. Se ha sentido cansado? ( )

32. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc)?

- Siempre ( )
- Casi Siempre ( )
- Algunas veces ( )
- Casi nunca ( )
- Nunca ( )

**VI.** Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

- a) Definitivamente cierta ( )
- b) Mayormente cierta ( )
- c) No sé ( )
- d) Mayormente falsa ( )
- e) Definitivamente falsa ( )

33. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente ( )  
34. Tengo tan buena salud como cualquier otra persona ( )  
35. Creo que mi salud va a empeorar ( )  
36. Mi salud es excelente ( )

## INSTRUMENTO DEL EXPEDIENTE

Número de consultas en un año:

Motivo de la consulta (Diagnóstico):

FECHA DE CONSULTA	DIAGNOSTICO MEDICO

### INSTRUMENTO DEL MEDICO

FECHA  
FOLIO

Nombre del Medico que lo atendió:

Número de Consultorio donde fue atendido:

El medico que lo atendió es:

- Especialista en Medicina Familiar           ( )
- Médico General                                   ( )
- Fijo en el consultorio                         ( )
- Solo cubre el consultorio ocasionalmente   ( )

Tiempo promedio de consulta en la jornada:

(hora de inicio-termino/ numero de pacientes vistos)

## ESCALA DE MASLACH

Señale la respuesta con una cruz sobre la frecuencia con que siente los siguientes enunciados.

CONSULTORIO:

NOMBRE DEL MEDICO:

	Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a la jornada de trabajo me siento fatigado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas a las que tengo que atender.							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que el trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7. Siento que trato con mucha eficiencia los problemas de mis pacientes.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10. Siento que me he hecho más dura con la gente.							

11.Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente.							
12.Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13.Me siento frustrado con mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15.Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16.Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17.Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18.Me siento estimulado después de haber trabajado intimamente con mis pacientes.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20.Me siento como si estuviese al limite de mis posibilidades.							
21.Creo que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22.Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:  
**PREVALENCIA DE HIPERFRECUENTACION EN ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.**  
REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES DETERMINAR LA PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DEL FENÓMENO DE HIPERFRECUENTACIÓN DE LOS PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS QUE ACUDEN A CONSULTA A LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO 20 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO CON RESPUESTAS DE OPCION MULTIPLE**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES:

**DETERMINAR LA HIPERFRECUENTACION EN CONSULTA EXTERNA DEL ADULTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE MANEJO CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION, RACIONALIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS DE SALUD VIDA DE NUESTRA POBLACION ADULTA.**

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIENTE SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA, MATRICULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NUMERO TELEFONICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO:

\_\_\_\_\_  
TESTIGOS

\_\_\_\_\_  
CLAVE 2810-009-013