

Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria

C. RODRÍGUEZ MUÑOZ, J. CEBRIÀ ANDREU¹, S. CORBELLA SANTOMÀ,
J. SEGURA BERNAL², J. SOBREQUES SORIANO³

Licenciado en Psicología¹ Doctor en Medicina² Doctor en Psicología³

³Licenciado en Medicina. Facultad de Psicología Blanquerna.
Universidad Ramón Llull. ABS Granollers-Sud ICS. Barcelona

Personality trait and psychic discomfort associated with frequent attendance in Primary Health Care

RESUMEN

Fundamento: los pacientes hiperfrecuentadores son motivo de preocupación para el sistema sanitario ya que ocupan más del 50% del tiempo de consulta del médico de familia, y además, se conoce que son personas con mayor riesgo de sufrir malestar psíquico.

Objetivo: estudiar la prevalencia de rasgos de personalidad patológicos y malestar psíquico en una población hiperfrecuentadora.

Diseño: estudio observacional descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud Granollers-Sud, Barcelona.

Material y método: entrevista personal a una muestra representativa de pacientes hiperfrecuentadores ($n = 60$). Se administraron tres cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales; el inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) y las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).

Resultados: la edad media de los hiperfrecuentadores fue de 53 años (IC95% 48,88- 57,06) y predominó el sexo femenino (63,8%). Los rasgos de personalidad más característicos fueron el compulsivo (56,7%), el esquizoide (46,7%) y el dependiente (45%). El 88% de personas mostraron riesgo de padecer un trastorno de personalidad y el 78,4% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión.

Conclusiones: un estilo de afrontamiento pasivo, una dificultad en el proceso emocional, el ser

ABSTRACT

Background: patients over-users are an important subject for the sanitary system because they take more than 50% of the family practice consultation time, and, furthermore, it's well known that are persons with major risk to suffer psychic disturbance.

Objective: to detect the prevalence of pathological personality traits in an over-user population; the psychological discomfort and some other associated variables.

Design: observational descriptive transversal.

Setting: Center of Primary Health Care of Granollers-Sud, Barcelona.

Material and method: personal interview to 75 over-users from a middle town in the province of Barcelona. Three questionnaires were administered: socio-demographic data, The Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) and the Goldberg depression and anxiety scale.

Results: middle age of patients was 53 years, with a predominance of female (63,8%). Personality traits more characteristics were compulsive (56,7%), schizoid (46,7%) and dependent (45%). The 88% patients had risk of having a personality disorder and 78,4% had symptoms of anxiety and/or depression.

Conclusions: a passive pattern of confrontation, a difficulty in the emotional process, being reactive to the environment and low self-confidence in their own abilities are personality traits common to over-users. Together with this, the life-events

reactivos al entorno y la baja confianza en las propias habilidades son rasgos de personalidad comunes a los hiperfrecuentadores. Junto a esto, sucesos estresantes y enfermedades crónicas, elevan la probabilidad de padecer trastornos de personalidad.

Palabras clave: Atención Primaria. Hiperfrecuentación. Personalidad.

and chronic illness, raises probability to suffer personality disorders.

Key words: Primary Health Care. Over-user. Personality.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la hiperfrecuentación es motivo de preocupación en todo el sistema sanitario. Como consecuencia están apareciendo en los últimos años trabajos de investigación estudiando las diferentes variables asociadas. Estos estudios coinciden en que entre un 15 y un 25% de la población consume más del 50% del trabajo y, por tanto, del tiempo asistencial del médico de familia^{1,2}. 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. Las variables asociadas con la sobrecarga de los servicios sanitarios son tanto de tipo externo como interno.

Algunos estudios en Atención Primaria han encontrado relación entre la hiperfrecuentación y el sexo femenino^{3,4}. Otros resultados no evidencian que esta variable sea definitoria, sin embargo muestran que los hiperfrecuentadores son personas con mayor edad respecto al grupo normativo⁵. También se ha estudiado el perfil familiar como factor que interviene en el hiperfrecuentador, siendo la "familia-tipo": 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 entorno⁶. En esta misma línea de trabajo, un estudio reciente sugiere que las variables sociales no explican la variabilidad de sus resultados; sino que quedarían más explicados por la existencia de otras variables como la presencia de patología con un alto impacto emocional o variables que modifican la percepción de salud⁷. También hay tendencia a investigar la influencia de las enfermedades crónicas en las personas que hiperfrecuentan la consulta⁵. En este estudio se observa que de 411 hiperfrecuentadores estudiados, un 84% tienen asociada una patología crónica.

En cuanto a factores internos, se apunta la cifra de que el 68% de los pacientes habituales son diagnosticables de trastorno mental, representando la cuarta parte de los consultantes adultos del médico de familia⁸. En un estudio nacional, los autores concluían en que la hiperfrecuentación se genera a partir de verdaderas necesidades físicas y psicosociales: un 41% de los casos se pueden atribuir a enfer-

medades crónicas, el 31% a trastornos mentales y un 15% a estrés agudo y crónico. Los tres factores anteriores juntos explican dos tercios del fenómeno⁹. Otros trabajos también relacionan la hiperfrecuentación al centro de Atención Primaria con los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad¹⁰⁻¹².

Muchas veces, bajo las mismas manifestaciones clínicas, síntomas depresivos o de ansiedad, es posible encontrar un trastorno de la personalidad, que influya en las dificultades afectivas¹³. La relación entre trastornos de personalidad y la hiperfrecuentación es un tema poco explorado en Atención Primaria y sobre el que no se ha hecho ningún estudio en nuestro medio. Sólo un trabajo internacional nos aporta algunos datos. Los autores concluyeron que el 70% de los hiperfrecuentadores presentaba un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes: el trastorno obsesivo-compulsivo (53%), el trastorno paranoide (28%), el *borderline* (26%) y el dependiente (26%)¹⁴.

El objetivo principal de este estudio fue verificar si existen rasgos de personalidad comunes a los hiperfrecuentadores que puedan explicar los síntomas depresivo-ansiosos y ayudar, de esta manera, al médico de familia a identificar y afrontar el fenómeno en la consulta diaria. Otros objetivos secundarios fueron estudiar la relación de estos factores con otras variables que pueden causar impacto emocional como son las enfermedades crónicas y los factores estresantes (*life-events*). En este sentido, partimos de las hipótesis de 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.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

La muestra de nuestro estudio estuvo formada por 105 pacientes del Área Básica de Salud Granollers Sur, de entre 18 y 85 años, que habían frecuentado el CAP 10 o más veces (la media \pm 2 des-

viaciones típicas) durante el año 1999 por iniciativa propia¹⁵, es decir, visitas no programadas por el médico ni derivadas de enfermería. Se consideró criterio de exclusión la psicopatología psiquiátrica grave, como psicosis o trastornos que impidieran una óptima conducción de la entrevista.

Material

Para realizar el estudio empleamos los siguientes instrumentos de evaluación:

1. *Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)*. En este estudio utilizamos la versión validada por Montón et al. en 1993¹⁶. Se trata de un instrumento que se utiliza para la detección de la probabilidad de tener trastornos de ansiedad y depresión. Ha sido utilizado para este propósito en la Atención Primaria y no requiere de mucho tiempo para su administración. La serie completa consta de nueve preguntas para cada una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas de sí/no. Las cinco últimas cuestiones de cada escala sólo son formuladas si hay respuestas positivas en las cuatro primeras preguntas. Son escalas que aportan importantes ventajas con respecto a otros métodos, en primer lugar por su brevedad y sencillez, pero además, a diferencia de otros instrumentos al uso, por su poder discriminativo entre ansiedad y depresión. Los puntos de corte son 3/4 para la ansiedad y 2/3 para la depresión; lo que indicaría elevada probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresivo.

2. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. Se utilizó para este estudio la versión española de la segunda revisión del MCMI (1983) publicada por Tea Ediciones en 1998¹⁷. Es un cuestionario de personalidad que tiene como objetivo aportar información sobre la evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Se escogió este cuestionario porque no sólo mide patología de la personalidad sino que también muestra características básicas de funcionamiento de la personalidad. Consta de 175 ítems con formato de respuesta verdadero/falso que ocupa un tiempo de administración relativamente breve (de 15 a 25 minutos). Permite conocer diferentes aspectos de la personalidad patológica recogidos en 26 escalas; 4 escalas de fiabilidad y validez; 10 escalas básicas de personalidad; 3 escalas de personalidad patológica; 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. Millon establece que puntuaciones de 75 y superiores en las escalas básicas rebelan riesgo de padecer un trastorno de la personalidad integrando siempre el perfil a partir de la entrevista y de las puntuaciones de todas las escalas, incluyendo las de personalidad patológica.

3. *Cuestionario de datos sociodemográficos y percepción de salud*. Este cuestionario confeccionado por nuestro equipo para dar un poco de estructura a la entrevista contenía 6 ítems sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, estudios acabados, situación familiar y situación laboral), un ítem que pregunta sobre la ingesta de alcohol y otro sobre enfermedades crónicas padecidas por los sujetos y 4 ítems de autopercepción de salud. Fue confeccionado en función de las variables que eran de interés para el estudio.

Procedimiento y análisis

El estudio empezó en octubre del 2000. Se seleccionaron los sujetos que cumplían los criterios para entrar en el estudio mediante las listas del sistema de registro informático de Atención Primaria (SIAP) del año anterior. Se descartaron aquellas personas que aun habiendo acudido más de 10 veces en alguna de éstas, fueron previamente concertadas por el personal sanitario del centro. Este dato lo obtuvimos de las agendas diarias de los diferentes profesionales implicados en el estudio. De los 350 sujetos hiperfrecuentadores (que habían acudido 10 o más veces al CAP siendo la media ± 2 desviaciones típicas del total) se seleccionó para un nivel de confianza del 95% a 105 individuos por muestreo aleatorio simple, esperando como peor resultado una pérdida del 42%. En el mes de noviembre se remitió por correo ordinario una carta donde se explicaba el motivo del estudio y comunicándoles que próximamente se contactaría telefónicamente para acordar una entrevista en el centro. Dicha llamada se llevó a cabo pasada una semana para concretar el día y la hora de la cita. Entre enero y abril, una estudiante de psicología en prácticas, entrenada previamente por el equipo investigador, realizó las entrevistas en un despacho del centro de salud habilitado para este propósito.

Antes de empezar las entrevistas se revisó el historial de los sujetos para consignar su patología crónica. El esquema de la entrevista contenía una primera parte semiestructurada y otra parte estructurada, con una duración total entre 45 y 75 minutos. En la primera parte se les preguntaba sobre los datos sociodemográficos y la percepción que tenían de su salud. En un segundo momento se les administraba el test de Goldberg y por último el MCMI-II.

En abril del 2001 se procedió al análisis de los resultados obtenidos, utilizando el paquete estadístico SPSS. Se realizaron las frecuencias de todas las variables exploradas y el análisis de correlaciones de Pearson de las variables de personalidad del MCMI-II entre sí (para observar la relación entre las escalas básicas y patológicas de personalidad y los síndromes clínicos).



RESULTADOS

Del total de pacientes seleccionados (105), acudieron a la citación 75 (71,4%) pero fueron 60 (57,14%) los que concluyeron la entrevista; los 15 restantes no cumplieron los criterios de inclusión en la entrevista. De los 30 (28,6%) que no se presentaron, el 80% se negaron directa o indirectamente a participar en el estudio (siendo su respuesta mayoritaria "por falta de tiempo") y el 20% restante fue imposible contactar con ellos. No se encontraron diferencias con relación a la distribución por sexo entre las personas que quedaron fuera del estudio.

La media de edad de los hipertrecuentadores fue de 53 años (Tabla I), superando los 50 años un 62% de la muestra. La distribución por sexos fue del 68,3% mujeres y el 31,7% hombres. Los hipertrecuentadores se consideraron medianamente estresados (4,35 en una escala *likert* de 0 a 7). En general dicen que son personas más bien felices (con una media de 5,30 de 0 a 7), y perciben su estado general de salud dentro de la normalidad (4,25 de 0 a 7). En general responden que están satisfechos con la atención que reciben en el centro (6,17 de 0 a 7). Cuando se les preguntó si habían pasado por algún acontecimiento estresante durante el último año, el 81,7% de

los hipertrecuentadores respondieron afirmativamente (Tabla II), siendo las respuestas más comunes el proceso de duelo y la enfermedad propia.

Los síntomas ansioso-depresivos aparecieron en un 78,4% de los pacientes (Fig. 1). El trastorno más frecuente fue el trastorno mixto (60% de los hipertrecuentadores) seguido del trastorno de ansiedad (15%) y por último el trastorno depresivo (3,4%).

En cuanto a las escalas básicas de personalidad (Fig. 2), los tres perfiles que obtuvieron puntuaciones más elevadas y que aparecieron con más frecuencia en los hipertrecuentadores fueron el compulsivo, el esquizoide y el dependiente, habiendo una correlación claramente significativa entre los dos primeros (Tabla III). El 88% de los pacientes mostraron una elevada puntuación en una o más escalas de personalidad básica del MCMI-II indicando riesgo de padecer un trastorno de la personalidad. Un 30% mostraron puntuación elevada en una de las tres escalas denominadas por Millon como "personalidad patológica" (rasgos más graves y/o descompensados). De estos el más frecuente fue el paranoide (18%), seguido del esquizotípico (8%) y por último el límite (4%). Las escalas que evaluaban los síndromes clínicos, nos mostraron más frecuentemente el síndrome clínico moderado de

Tabla I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y AUTOPERCEPCIÓN RELACIONADA CON LA SALUD				
		Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sexo	Mujeres	41	68,3	56,5-80,0
	Hombres	19	31,7	19,9-43,5
Edad	18-35	8	13,3	4,7-21,9
	36-65	38	63,3	51,1-75,5
	66-85	14	23,3	12,6-34,0
Estado civil	Soltero	5	8,3	1,3-15,3
	Casado	50	83,3	73,8-92,7
	Separado/ Divorciado	2	3,3	1,0-7,8
	Viudo	3	5,0	1,0-10,5
Convivencia familiar	Vive solo	2	3,3	1,0-10,5
	Con la pareja	15	25,0	14,1-35,9
	Con pareja e hijos	36	60,0	47,6-72,4
	Con otras personas	7	11,7	3,6-19,8
Situación laboral	Activos	40	66,7	54,7-78,6
	Inactivos	20	33,3	21,4-45,2
Nivel de estudios	Sin estudios	21	35,0	22,9-47,1
	Estudios primarios	37	61,7	49,4-74,0
	Secundarios	2	3,3	1,0-7,8
	Universitarios	0	0	-
Life-event	Vivencia de acontecimiento estresante	49	81,7	71,9-91,5
Autopercepción	Se consideran personas estresadas	38	63,3	51,1-75,5
	Se consideran felices en su vida	48	80,0	69,9-90,1
	Se perciben con buena salud	41	68,3	56,5-80,1
	Están satisfechos con la atención que reciben	57	95,0	89,5-100

Tabla II

PORCENTAJE DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES MÁS REITERADAMENTE REFERIDOS POR LOS ENTREVISTADOS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO (1999)			
Acontecimiento estresante	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC 95% (%)
Defunción de un ser querido	19	31,7	19,9-43,4
Enfermedad personal seria	12	20,0	9,8-30,1
Problemas familiares	6	10,0	2,4-17,5
Enfermedad de algún familiar	4	6,7	0,8-13,0
Otra pérdida: trabajo, dinero,...	4	6,7	0,8-13,0
Sin especificar	4	6,7	0,8-13,0
Ningún acontecimiento estresante	11	18,3	8,5-28,0
TOTAL	60	100	

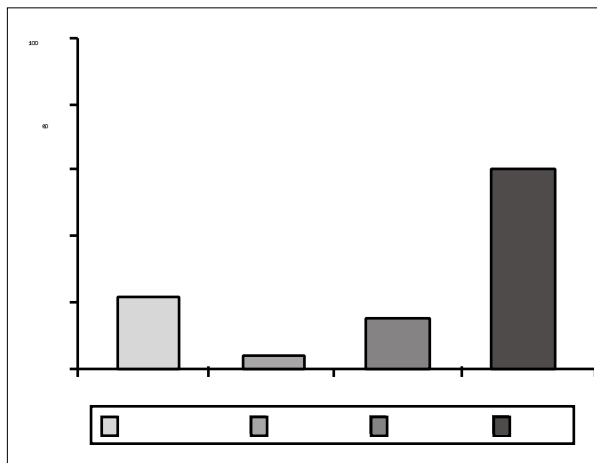


Figura 1
Resultados del test de ansiedad y depresión de Goldberg (TADG).

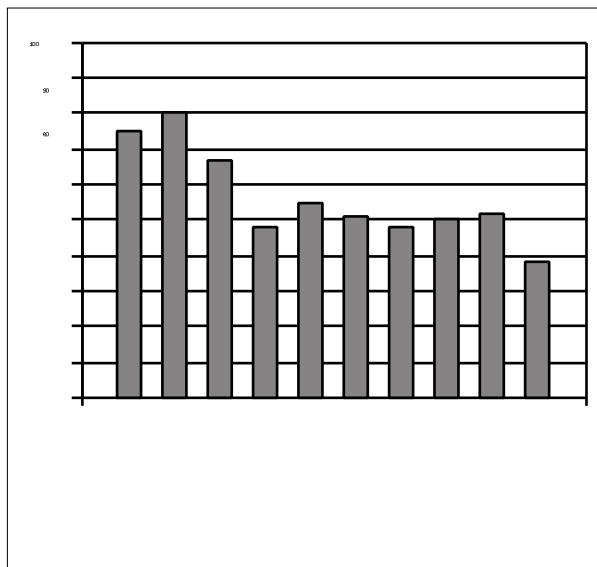


Figura 2
Puntuaciones medias en los estilos básicos de personalidad de los hiperfrecuentadores.
Nota: La predominancia de rasgos se establece cuando las puntuaciones superan 60.

ansiedad y el histeriforme, que aparecieron en el 58% de la muestra. De los síndromes clínicos de gravedad severa el más frecuente fue el pensamiento psicótico que apareció en un 8% de la muestra.

De la revisión de las historias se derivó que el 71,7% de los encuestados tenían asociada una enfermedad crónica (Tabla IV). Entre las más frecuentes se encontraban la hipertensión arterial (31,7%); depresión (23%); artrosis (20%) y dislipemia (15%). Un 15% de los sujetos presentaban un consumo excesivo de alcohol (5% consume esporádicamente) y un 15% eran fumadores habituales.

DISCUSIÓN

De los sujetos seleccionados y citados, 24 (22,8%) rechazaron acudir a la entrevista. Este resultado es llamativo tratándose de pacientes hiperfrecuentadores pero aporta información de las dificultades del estudio y de las características de los pacientes. En primer lugar los individuos no fueron contactados y entrevistados por el equipo asistencial habitual. Los motivos aducidos para las no asistencias fueron dos básicamente; el factor tiempo e incompatibilidad horaria para acudir a la cita, y una notable "desconfianza" por parte de muchos pacientes. A pesar de introducir una limitación para la extrapolación de los resultados, en todo caso, la interpretación puede adolecer de subvaloración del fenómeno que se describe en el presente estudio.

Las personas que no acudieron a la entrevista probablemente se mostraron suspicaces ante un hecho desconocido, probablemente percibido como una amenaza. Este perfil de conducta apuntaría a una infraestimación de los trastornos de personalidad como el paranoide. De hecho este perfil apareció como patológico en el 18% de nuestra muestra, por debajo de lo esperable.

El perfil del hiperfrecuentador se caracterizó por un predominio de sexo femenino, mayor de 50 años, casado y con un nivel de estudios bajo; coincidente con otros trabajos análogos^{3,4}.

Tabla III

ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES RECOGIDAS EN LA HISTORIA CLÍNICA			
Enfermedad y factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje (%)	IC 95% (%)
Hipertensión arterial	19	31,7	19,9-43,4
Depresión	14	23,3	12,6-33,9
Artrosis	12	20	9,8-30,1
Hipercolesterolemia	9	15	5,9-24,0
Ansiedad	8	13,3	4,7-21,8
Obesidad	8	13	4,4-21,5
Tabaquismo	9	15	8,3-38,3
Consumo excesivo de alcohol	9	15	8,3-38,3

Tabla IV

RELACIÓN ENTRE EL PERFIL MIXTO ESQUIZOIDE-COMPULSIVO DE PERSONALIDAD Y LOS SÍNDROMES CLÍNICOS DE GRAVEDAD MODERADA HISTERIFORME Y ANSIEDAD (MCMII-II)

Síndrome clínico/ Personalidad	Ansiedad	Histeriforme
Perfil mixto esquizoide-compulsivo	0,38**	0,32*

NOTA: Resultados pruebas estadísticas coeficiente de correlación de Pearson. ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$

La estructura familiar más frecuente fue la pareja con 2 hijos (60%) seguida de personas que convivían con su pareja (25%); similar a los resultados obtenidos en otro estudio⁶ en que el 76,39% de los hipercuentadores encuestados formaban parte de familias con 2-4 miembros. No obstante no podemos asegurar que el hecho de pertenecer a un grupo familiar con esta estructura sea un factor condicionante de la frecuentación ya que, de hecho, este tipo familiar es el más frecuente en nuestro contexto. Sí que coincidía con una situación cambiante del ciclo vital como fue el abandono del hogar de los hijos o el climaterio.

Laboralmente sólo un 33% de la muestra estaba en activo. El 67% eran amas de casa y/o jubilados o que tenían la invalidez. Puede pensarse que este grupo dispone de más tiempo para ir al médico y, de hecho, es la población que presenta con más frecuencia malestar físico y psíquico. En este sentido, la mayoría de hipercuentadores tenían asociada una enfermedad crónica. Las más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la depresión, seguidas de la artrosis y la hipercolesterolemia (Tabla III). No se tuvieron en cuenta las enfermedades que requerían mayor control ni las visitas programadas por el profesional. En cuanto a malestar psíquico, el test de Goldberg mostró puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad, lo que explica que más allá de la causa, los hipercuentadores son personas que sufren. Un dato que da consistencia a estos resulta-

dos obtenidos es la coincidencia encontrada con otros autores^{3,5,18,19}.

Se encontró un consumo excesivo de alcohol en el grupo de hipercuentadores ligeramente superior al de la población general (15%) y a diferencia de un trabajo anterior en nuestro medio¹¹. No obstante es un dato que debe interpretarse con cautela porque no siempre se registra adecuadamente en la historia clínica y pocos pacientes reconocen su verdadero consumo.

Las personas que hipercuentan se reconocieron con un grado de estrés moderado, se describieron satisfechas en la vida y con un grado de salud adecuado (coherente con el resto del trabajo). Este dato llama la atención porque indica que otros factores pueden influir en su patrón de demanda. Estos factores podrían ser intrínsecos a su sistema de creencias (p. e., la satisfacción con el trato recibido) o externos como el grado de accesibilidad o facilidad para alcanzar una consulta. De hecho los encuestados mostraron un grado elevado de satisfacción con la atención recibida.

Otros factores que hemos evaluado también resultaron interesantes. Una buena parte de los hipercuentadores (8 de cada 10) habían sufrido acontecimientos estresantes (*life-events*) importantes en el último año. Probablemente esto implica que la respuesta depresivo-ansiosa estuviera relacionada con un esfuerzo adaptativo emocional y que los mecanismos de afrontamiento en estos sujetos sean escasos relacionados con trastornos de la personalidad. De hecho con este estudio verificamos una vez más que los rasgos patológicos de personalidad pueden tener un importante impacto en la calidad de vida y en la satisfacción de los pacientes hipercuentadores¹⁴. El riesgo de padecer un trastorno de este tipo fue bastante elevado en nuestro estudio (88%) y nos muestra la importancia de atender a esta variable. De hecho nuestros resultados muestran que el 30% de los sujetos tienen un funcionamiento crónico y descompensado de la personalidad. En un estudio americano ya se había detectado un alto riesgo de padecer trastornos de la personalidad en población de Atención Pri-

maria (70%) correlacionando positivamente con la utilización de los servicios ambulatorios¹⁴. A diferencia de nuestro estudio encontraron que estos pacientes se mostraban insatisfechos con la atención recibida. Puede ser que esto sea debido a la diferencia entre el anonimato por correo de aquel estudio y la entrevista directa con cada paciente que tuvimos en nuestro centro ya que puede haber provocado un sesgo en la respuesta por mantener la imagen.

Nuestros resultados señalan que los hiperfrecuentadores se caracterizaban mayoritariamente por rasgos esquizoides y/o compulsivos y/o dependientes, como perfiles básicos de funcionamiento de su personalidad. Los tres patrones de personalidad tienen en común un estilo de afrontamiento pasivo según Millon; caracterizándose por ser individuos reactivos a su entorno, con dificultad para adquirir seguridad en sí mismos, y con desconfianza en su habilidad para dominar los acontecimientos del ambiente²⁰.

Los dos primeros trastornos, el esquizoide y el compulsivo mantuvieron una correlación significativa. Quizá sea sorprendente que los perfiles esquizoides sean grandes utilizadores del sistema sanitario. A nuestro parecer, y en coherencia con el instrumento de medida que utilizamos, existiría un perfil mixto esquizoide-compulsivo donde el perfeccionismo y la rigidez de estas personas haría que reaccionasen con marcada indecisión ante situaciones estresantes de su entorno²¹. Se puede hipotetizar que el sobrecontrol emocional típico de estos pacientes implica la somatización de emociones no integradas y, como consecuencia, un aumento de la frecuentación a la consulta, encontrando allí un marco de estabilidad y contención. Además se encontró correlación de este patrón con el trastorno de ansiedad, y con el trastorno histeriforme del MCMI-II (dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos), aspecto que apoya nuestras hipótesis (Tabla IV). El segundo patrón de personalidad más frecuente fue el dependiente. Estos pacientes se presentan típicamente con una baja autoestima y el motivo de su elevada frecuentación podría ser la búsqueda en la consulta del beneficio de un vínculo con el profesional sanitario que les guíe permaneciendo así en su rol de dependencia. En el trabajo de Hueston et al. antes citado, los resultados son similares lo que ofrece un alto nivel de confianza respecto a los resultados obtenidos¹⁴.

Desde la teoría de la personalidad de Millon, decimos que los hiperfrecuentadores se caracterizan por estos rasgos de personalidad y que, en momentos de estrés vital, pueden acercarse al polo de la psicopatología, dentro del *continuum* de la personalidad, y estar en riesgo de padecer un trastorno. En nuestro estudio encontramos que un 88% de las personas estaban más cercanas al polo de la psicopatología y que además están pasando por un acontecimiento estresante. Con esto concluimos que este elevado porcentaje no se trata de trastornos psicopatológicos graves e irreversi-

bles, sino más bien dificultades emocionales y relacionales influidas por síntomas ansioso-depresivos derivados del momento y/o la situación vital. Fueron un 30% de los hiperfrecuentadores los que mostraron puntuación elevada en una de las escalas de personalidad patológica del Millon, siendo la más frecuente la paranoide (18%), y señalando un funcionamiento más crónico y descompensado de la personalidad.

En general nuestro estudio parece indicar que el fenómeno de la hiperfrecuentación se relaciona con una amalgama de situaciones externas como la situación vital, los sucesos estresantes; junto a unos perfiles de personalidad vulnerables que darían como resultado patrones de demanda de ayuda. El MCMI, cuestionario utilizado por nosotros en este estudio, es difícil de utilizar en las colapsadas consultas de Atención Primaria. Sin embargo, un médico de familia medianamente entrenado puede, en una anamnesis psicosocial simple, observar si un determinado paciente puede tener rasgos extremos de personalidad que le causen conflictos. Este sencillo diagnóstico debe permitir discriminar los casos más graves de aquéllos que son reactivos a situaciones de estrés importante. Conocer estos detalles permite un juicio más claro de la situación (el porqué de la hiperfrecuentación, p.e.) y una toma de decisiones en consonancia. Somos partidarios del manejo desde la Atención Primaria de este tipo de pacientes. Ya sea en la consulta, ya sea mediante algunos recursos más como en grupos terapéuticos, por ejemplo. Estudios recientes confirman que la personalidad no es tan inamovible como se pensaba y que un buen trabajo puede inducir enormes mejoras funcionales, incluyendo la autopercepción del nivel de salud, su grado de agresividad y el nivel de amenaza percibida²².

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la importante colaboración de los doctores Josep Espinasa, Josep M^a Viaplana, Anna Pérez, Salvador Bertrán y Francisco Ortega por su disponibilidad y fácil accesibilidad ante cualquier consulta. También a los Sres. José Quilez, Sonia Gutiérrez e Isabel Lozano, administrativos del centro, que con su constante ayuda en el día a día han facilitando los aspectos más logísticos de este proyecto.

CORRESPONDENCIA:

Carolina Rodríguez Muñoz
Grup de Recerca Comunicació i Salut
Facultat de Psicologia Blanquerna
Universitat Ramon Llull
C/ Cister, 34
08022 Barcelona
Telf. 93 253 31 16 / 605 910 810
e-mail: carolinarm@blanquerna.url.es
carolinarm00@hotmail.com



Bibliografía

1. Grau G, Cebrià J, Casas O, Segura J, Corbella S, Castellví E, et al. La hipertrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (I). *Med Integr* 1998; 31: 280-6.
2. Grau G, Cebrià J, Segura J, Casas O, Corbella S, Villa G, et al. La hipertrecuentación: un síndrome que requiere tratamiento (II). *Med Integr* 1998; 32: 49-53.
3. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hipertrecuentador en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-6.
4. Neal R, Dowel A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: Who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996; 131-2.
5. Fuertes MC, Álvarez E, García MD, Fernández M, Echarte E, Abad J. Características del paciente hipertrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Aten Primaria* 1994; 14: 809-14.
6. Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 92-6.
7. Rubio ML, Adalid C, Cordón F, Solanas P, Masó D, Fernández D, et al. Hipertrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria* 1998; 22: 627-30.
8. Buitrago R, Ciurana R, Chocron L, Fernández C, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1999; 24: 133-6.
9. Báez K, Aiarzagüena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case control study. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1824-7.
10. Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP Frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 361-5.
11. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, et al. Mental health in Primary Care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 529-35.
12. Roy-Byrne P. Generalized Anxiety and Mixed Anxiety-depression: association with disability and health care utilization. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 86-91.
13. Sansone R, Wiederman M, Sansone L, Touchet B. Early-Onset Dysthymia and Personality Disturbance among patients in a Primary Care Setting. *Journal Nerv Ment Dis* 1998; 186: 57-9.
14. Hueston W, Mainous A, Schilling R. Patients with Personality Disorders: Functional Status, Health Care Utilization and Satisfaction with Care. *J Fam Pract* 1996; 42: 54-60.
15. Bellón JA. Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada, 1995.
16. 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: 345-9.
17. Millon T. Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. 2ª ed. Minneapolis: National Computer Systems, 1987.
18. 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.
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: 1347-57.
20. Millon T, Everly Jr. La personalidad y sus trastornos. 1ª ed. Barcelona: Martínez Roca, 1985.
21. Choca J, Shanley A, Van Denburg E. Interpretative Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory. 1ª ed. Washington: American Psychological Association, 1992.
22. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet* 2002; 359: 2082-7.