



**UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
FACULTAD DE MEDICINA.**

**INFLUENCIA DEL ESTADO PSICOLÓGICO Y
SITUACIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE LA
DEMANDA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

**TESIS DOCTORAL
Agustina Cruces Sánchez
Badajoz, 2003**

***Edita: Universidad de Extremadura
Servicio de Publicaciones***

Caldereros 2. Planta 3^a
Cáceres 10071
Correo e.: publicac@unex.es
<http://www.unex.es/publicaciones>

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA.

**INFLUENCIA DEL ESTADO PSICOLÓGICO Y SITUACIÓN FAMILIAR
DEL PACIENTE SOBRE LA DEMANDA DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

**TRABAJO QUE PRESENTA PARA ASPIRAR AL GRADO DE
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA LA LICENCIADA
AGUSTINA CRUCES SÁNCHEZ.**

FRANCISCO JOSÉ VAZ LEAL, PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BADAJOZ (UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA)

CERTIFICA:

Que Doña AGUSTINA CRUCES SÁNCHEZ, Licenciada en medicina y cirugía, ha realizado bajo mi dirección el presente trabajo de investigación, titulado “INFLUENCIA DEL ESTADO PSICOLÓGICO Y SITUACIÓN FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA” ,con el que opta al Grado de Doctora.

Badajoz, catorce d abril de dos mil tres,

AGRADECIMIENTOS.

A D. Francisco José Vaz Leal, Director de esta Tesis, por la ayuda y apoyo mostrado durante el tiempo que duró este trabajo.

A Doña Nieves Fernández Sánchez, por su amabilidad y colaboración.

A Doña Laura Rodríguez Santos, por su amistad y consejos.

A mi amiga y compañera Doña Carmen Pendán Fernández, por su estímulo, profesionalidad y buena disposición en todo momento.

A mi marido Fernando, por que sin su apoyo este trabajo no hubiese llegado a su fin.

DEDICATORIA.

A FERNANDO, POR SU AMOR, CARIÑO Y CONSTANTE APOYO.

A MIS PADRES, QUE SIEMPRE HAN CREÍDO EN MÍ.

A MI SOBRINA ALICIA, LA ESPERANZA.

ÍNDICE.

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Introducción.....	2
1.2. Revisión bibliográfica	3
1.2.1. Enfermedad y aspectos psicosociales	3
1.2.2. Comportamiento ante la enfermedad y salud.....	3
1.2.3. Determinantes del comportamiento ante la enfermedad y salud.....	5
1.2.3.1. Perspectivas centradas en el nivel individual	5
1.2.3.2. Perspectivas colectivistas	6
1.2.4. Atención Primaria de la salud. Antecedentes históricos de la medicina de familia en España.....	7
1.2.4.1. Perspectiva histórica del ejercicio de la medicina extrahospitalaria en España.....	8
1.2.5. Atención al paciente desde un modelo biopsicosocial.....	12
1.2.6. Relación médico-paciente	16
1.2.6.1. Desde una perspectiva histórica	16
1.2.6.2. Relación asistencial en Atención Primaria.....	16
1.3. Demanda del paciente en Atención Primaria	22
1.4. Influencia de la psicopatología del paciente en la demanda en Atención Primaria	25
1.5. Influencia del tipo familiar del paciente en la demanda en Atención Primaria	27

1.5.1.	Concepto de familia	27
1.5.2.	Relación de la familia con la salud y enfermedad	27
1.5.2.1.	La influencia del estrés y el apoyo familiar	29
1.5.2.2.	Factores de riesgo cardiovascular en la familia	31
1.5.2.3.	Familia y enfermedad crónica	32
2.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	35
3.	PACIENTES Y MÉTODOS.....	38
3.1.	Pacientes	39
3.2.	Descripción de la muestra	40
3.3.	Recogida de datos	45
3.4.	Criterios de exclusión	46
3.5.	Evaluación del paciente	46
3.6.	Metodología del estudio estadístico	52
4.	RESULTADOS	53
4.1.	Cuestionario de la demanda del paciente	54
4.1.1.	Confirmación de la estructura factorial del CDP.....	54
4.1.2.	Aplicación del CDP en la muestra.....	56
4.2.	Demanda y factores sociodemográficos	57
4.2.1.	Demanda y género.....	57
4.2.2.	Demanda y edad.....	58
4.2.3.	Demanda en relación al género y a la edad.....	60

4.2.4.	Demanda y estado civil	64
4.2.5.	Demanda y número de hijos	65
4.2.6.	Demanda y embarazo	67
4.2.7.	Demanda y situación laboral	69
4.2.8.	Demanda y cargas familiares	71
4.2.9.	Demanda y psicopatología	72
4.3.	Correlación del CDP y el SCL-90-R	73
4.4.	Demanda y tipo familiar	74
4.4.1.	Resultados generales de la aplicación del FACES en la muestra	74
4.4.2.	Correlación entre el CDP y FACES	75
4.5.	Factores Pronósticos	76
4.5.1.	De alta demanda	76
4.5.1.1.	Definición de alta demanda	76
4.5.1.2.	Factores pronósticos de alta demanda	77
5.	DISCUSIÓN	79
5.1.	Confirmación de la estructura factorial del CDP	80
5.2.	Aplicación del CDP en la muestra	86
5.3.	Demanda y factores sociodemográficos	88
5.3.1.	Demanda y género	88
5.3.2.	Demanda y edad	89
5.3.3.	Demanda y estado civil	91
5.3.4.	Demanda y número de hijos	93
5.3.5.	Demanda y embarazo	93

5.3.6.	Demanda y situación laboral	95
5.3.7.	Demanda y apoyo / cargas familiares	96
5.4.	Resultados tras la aplicación del SCL-90-R	97
5.5.	Correlación entre demanda y psicopatología	98
5.6.	Tipo de demanda y tipo familiar	98
5.7.	Alta demanda y sus factores pronósticos	101
6.	CONCLUSIONES.....	103
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	105
8.	ANEXO (Instrumentos utilizados en la evaluación de los pacientes).....	121

1. INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN.

El presente es un trabajo clínico de investigación, desarrollado con la finalidad de evaluar la influencia de la psicopatología y tipo familiar del paciente en la demanda que éste realiza en la consulta de su médico de familia, dentro del marco de la Atención Primaria. Hasta el momento no existen muchos estudios que analicen esta influencia o relación. Este trabajo se precede de otros estudios que han cuantificado la demanda del paciente en Atención Primaria, al igual que han valorado la influencia del tipo familiar en el inicio, desarrollo, mejoría y tratamiento de determinadas enfermedades, analizando cómo determinadas patologías crónicas podían corresponder a pacientes con una conducta de hiperfrecuentación en la consulta de Atención Primaria. Es obvio que la Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario y la demanda que realiza el paciente la forma de hacerlo, de la que depende tanto la percepción de la problemática por parte del médico como la satisfacción del paciente. Dada la importancia de la demanda, en este estudio se pretende profundizar en el conocimiento de la misma, valorándola a través de la perspectiva biopsicosocial, reflejo a su vez de la realidad del paciente, para de esta manera poder extraer conclusiones útiles que puedan reforzar esta perspectiva.

Es dentro de este contexto general y con esta intención con la que el trabajo que se describe ha sido desarrollado, dando por hecho que muchos de los interrogantes que deja abiertos deberán ser respondidos en estudios posteriores por aquéllos que decidan seguir aventurándose en la investigación de este complejo tema.

1.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

1.2.1. ENFERMEDAD. ASPECTOS PSICOSOCIALES.

El estado de salud es algo más que un estado equivalente a la ausencia de enfermedad. La salud es un estado de buena adaptación, de crecimiento y desarrollo. La enfermedad supone la pérdida de adaptación, o bien una crisis del organismo humano en su intento por mantener un equilibrio adaptativo.

1.2.2. COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD Y SALUD.

“Dos personas con la misma sintomatología clínica pueden comportarse de forma diferente; una puede preocuparse e inmediatamente acudir al médico, mientras que la otra puede ignorar los síntomas y no considerar siquiera la posibilidad de demandar cualquier tipo de ayuda” (Gallo Vallejo, 1997). Esta frase resume lo que se ha llamado “comportamiento frente a la enfermedad”, resultado de las primeras encuestas de salud a la población que se realizaron en los años 40 y 50, donde se llegó a la conclusión de que sólo 1 de cada 3 personas que relataban algún tipo de enfermedad o síntomas acudían a la consulta de su médico, lo que desafiaba la visión tradicional, la cual planteaba que todas las personas que presentaban algún malestar o sintomatología realizaban una consulta médica.

Encuestas de salud realizadas posteriormente demostraron que existía una prevalencia de problemas de salud más alta que la que se apreciaba por la utilización de los servicios sanitarios. En Navarra se realizó en 1990-1991 una encuesta en este sentido, la cual reveló que seis de cada diez personas declaraban algún problema de salud, siendo en los mayores de 65 años nueve de cada diez.

Tras realizar múltiples estudios sobre los resultados de este tipo de encuestas en la población general, se ha sugerido que:

1. Los problemas de salud son muy frecuentes. La mayoría de la población experimentan síntomas regularmente en su vida diaria.
2. La mayor parte de los síntomas declarados se consideran intrascendentes por parte de la población, siendo la mayoría transitorios, olvidándose pronto, por lo que no acuden al médico.
3. No es tanto el síntoma como tal lo que influye en la respuesta del paciente, sino el significado que se le atribuye
4. Tanto la percepción del síntoma como el significado atribuido varían según el contexto social, el estado de ánimo del paciente, etc.
5. Un síntoma puede considerarse trivial por parte del médico y grave por parte del paciente y viceversa (Amstrong,1980).

Por lo tanto, ante un determinado síntoma, el comportamiento no parece que sea homogéneo entre los individuos, adoptándose diferentes comportamientos ante la salud y la enfermedad, como ya se refirió desde el principio.

Se entiende como *comportamiento ante la salud*, la actividad llevada a cabo por una persona que se considera a sí misma saludable, con el objetivo de evitar la enfermedad o detectarla, mientras que *comportamiento ante la enfermedad* es cualquier actividad llevada a cabo por una persona que se siente enferma, para definir su estado de salud y encontrar un remedio apropiado. Estos dos tipos de comportamiento son el resultado de un importante número de factores no médicos que influyen y por lo tanto determinan la percepción de los síntomas por parte de los pacientes y su decisión de demandar ayuda médica. Así, estos factores no médicos determinan el comportamiento del individuo, al igual que son la causa de esa variabilidad de respuesta interindividual frente a la salud y enfermedad.

1.2.3. DETERMINANTES DEL COMPORTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD Y SALUD.

Las Ciencias Sociales han trabajado el comportamiento frente a la enfermedad y salud desde dos perspectivas diferentes:

- desde la perspectiva individual, intentando explicar el comportamiento observado a partir de las características personales de los Individuos y ,
- desde una perspectiva colectiva, donde el comportamiento del individuo es el resultado de fuerzas sociales.

1.2.3.1. PERSPECTIVAS CENTRADAS EN EL NIVEL INDIVIDUAL.

Han sido desarrollados modelos sociopsicológicos para predecir las respuestas de los individuos frente a los síntomas percibidos. El desarrollo teórico más importante es el del *Modelo de Creencias en Salud* (Health Belief Model) de finales de los sesenta, que pretende explicar los patrones de demanda de ayuda en la utilización de los servicios preventivos y se basa en la teoría del aprendizaje. En su primer desarrollo se centra en dos factores fundamentales o determinantes: la *disponibilidad* para llevar a cabo una determinada acción y el *beneficio* percibido. La disponibilidad a actuar se basa en la susceptibilidad percibida por el paciente frente a una amenaza a la salud y la gravedad que ésta implica para el mismo. El beneficio percibido es la creencia de que la acción podría llevar consecuencias beneficiosas, pero también incorpora las barreras percibidas a la acción propuesta. Considerando estos factores se puede estimar la probabilidad de llevar a cabo la acción (p. ej. modificación del estilo de vida).

Posteriormente se incorporó otro factor determinante, ya que se reconoció que, para precipitar la acción, además son necesarios determinados *detonantes*, los cuales pueden ser internos (p. ej. el dolor) o externos (p. ej. grado de interferencia en las tareas ocupacionales del individuo).

En los últimos años se ha incorporado una cuarta clase de factores determinantes, los llamados factores *modificantes*, que incluyen:

- factores demográficos, como género, edad, y etnicidad,
- factores sociopsicológicos, como clase social y personalidad,
- factores estructurales, conocimiento sobre la enfermedad y experiencia previa de la misma.

La teoría que subyace a este modelo consiste en que aquellas personas que tienen la combinación apropiada de motivos y creencias tendrán una mayor predisposición a llevar a cabo actividades de mejora de salud como una mayor adherencia a las recomendaciones preventivas dadas por su médico. E incluso, a través de la identificación de determinados factores asociados con un comportamiento no apropiado, se podrían desarrollar programas de educación más cercanos a la población diana. Este modelo se utilizó para predecir y explicar el comportamiento en diferentes espacios, (p. ej. grado de adherencia de las madres a determinados consejos dietéticos para niños obesos). Sin embargo, aunque algunos componentes del modelo aparecen asociados con diferencias en el comportamiento, cuando se agrupan sólo explican una pequeña parte de la varianza en el comportamiento de la adherencia (Fitzpatrik, 1990; Morgan y cols, 1985).

1.2.3.2. PERSPECTIVAS COLECTIVISTAS.

Este enfoque argumenta que los patrones de comportamiento apropiados para determinadas situaciones se “aprenden” durante la socialización en culturas y subculturas específicas, siendo estos patrones de comportamiento el resultado de los valores y actitudes acerca de la salud de la cultura a la cual pertenece el individuo, al igual que las fuerzas sociales y situacionales de la misma, que adelantan o retrasan la demanda de ayuda profesional, o el cambio de comportamiento. Por lo tanto, se apreciaran diferentes comportamientos interculturales ante la salud y enfermedad.

Dentro de esta perspectiva, uno de los modelos más importantes es el desarrollado por Freidson (1970), quien argumenta que las acciones individuales sólo se pueden explicar en función del significado que el propio individuo da a esa acción y que estos significados se transmiten culturalmente.

Freidson explica que el concepto social de enfermedad está creado por lo que el llama la “cultura lega”. Dentro de esta cultura, la definición de enfermedad es explicada como lo relativo al concepto histórico y cultural de la misma, es decir lo que el lego reconoce como síntoma de una enfermedad es en parte la desviación de un estándar de normalidad cultural e históricamente variable establecido por la experiencia cotidiana. Un individuo se percibirá a sí mismo como enfermo y necesitado de ayuda médica y tenderá a buscar acuerdo y apoyo en su entorno cultural sólo si muestra evidencias de síntomas y signos que otros perciben como enfermedad, y si lo interpreta de una manera que otros consideran adecuada.

Cuando es reconocida esa necesidad de cuidados, la demanda se organiza en “la estructura lega de derivación” según Freidson (1970), la cual está formada por dos elementos:

- la cultura lega, que puede ser más o menos congruente con la cultura médica, y
- la red de influencias personales, la “estructura lega de derivación” en sí.

De esta manera, el individuo sabrá a dónde debe acudir para pedir consejo y al mismo tiempo se verá influido en el grado en que la cultura lega determine sus acciones.

1.2.4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN ESPAÑA.

Los cambios sociológicos, políticos y científicos ocurridos a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX llevaron a que el conjunto del entramado social y político de gran parte de las naciones fuera asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios, considerando que la función primordial de un sistema sanitario no era únicamente el garantizar un diagnóstico y tratamiento correcto de la enfermedad, sino también procurar que la persona no enferme, que se mantenga sana asegurando su derecho a la salud (Martín y Cano, 1999).

Esta tendencia no sólo resultaba positiva para el individuo como paciente, sino también como parte integrante en la esfera laboral social, ya que potenciando la prevención y salud disminuiría la incidencia y prevalencia de determinadas enfermedades, reduciéndose el coste de bajas laborales y el coste sanitario.

El principal objetivo fue pasar de una medicina basada en la enfermedad/curación (modelo biomédico) a una medicina basada en la salud, prevención y cuidado del paciente (modelo biopsicosocial).

En España este cambio se comenzó a gestar a mediados de los setenta y se potenció y desarrolló paralelamente con la implantación y progreso de la Atención Primaria y la especialidad de Medicina de Familia. Todavía, ya en el siglo XXI, estamos inmersos en este proceso de cambio.

Los principales defensores de este modelo biopsicosocial son los especialistas en medicina de familia, ya que su filosofía está basada en este nuevo modelo de atención al paciente. Pero ¿qué es la medicina de familia?, ¿qué es la Atención Primaria de salud? para poder entender ambos conceptos y su evolución en España es necesario tener una perspectiva histórica del ejercicio de la medicina en el ámbito extrahospitalario.

1.2.4.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA EXTRAHOSPITALARIA EN ESPAÑA.

Según McWhinney (1995), la medicina de familia procede de la rama más antigua de la medicina: la medicina general, aunque establecer esta relación no es sencilla (Gómez y Ceitlin,1998). Así por ejemplo, dentro de la medicina general en España, el médico titular es una de las figuras más antiguas de la Administración del Estado. Su origen se remonta a la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 por la que se obliga a los municipios a crear la Beneficencia Municipal, siendo el medico “el encargado de la asistencia de las familias pobres y el encargado de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en relación a política sanitaria”, extendiéndose sus obligaciones a toda la población en caso de epidemia. Presentaba, pues, un objetivo de medicina preventiva, epidemiológica, social y clínica.

De esta época no existe una evaluación objetiva de la práctica de la medicina, pero son frecuentes las referencias sobre la intensa relación que se originaba entre la familia y su médico, sobre su proximidad y humanidad.

La propia evolución de los sanitarios locales irá fortaleciendo su dependencia con la Administración central en detrimento de la local, de tal manera que el 29-9-1934 se emitió la Orden que reguló el cuerpo de Médicos Titulares como funcionarios técnicos del Estado.

En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dentro del sistema de protección social gestionado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) con la finalidad de dar cobertura a la población obrera. A partir de este momento el médico titular, también llamado médico de Asistencia Pública Domiciliaria (APD), se hace responsable de los dos cuidados, el de las personas asistidas por la Beneficencia Municipal y el de las familias beneficiarias del SOE. Tras la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social (28 de diciembre de 1963) se comienzan a crear por todo el territorio nacional los ambulatorios y consultorios. Por aquel entonces el número de asegurados al SOE iba en aumento, por lo cual fueron incorporándose personal sanitario para cubrir todas las necesidades de los asegurados. Los médicos titulares comenzaron a ser insuficientes y el número de asegurados continuaba creciendo. Se contrataron nuevos médicos generales que ya no tenían la doble función de los médicos titulares (preventiva–salud pública y clínica-asistencial), sino que se dedicaban únicamente a las labores asistenciales que prestaba la seguridad social (SS) (Piedrola y cols, 1982)

La atención al paciente seguía el modelo hospitalario; el **tradicional biomédico**:

- donde el objetivo es el diagnóstico de la enfermedad y la curación de la misma, sin tener en cuenta aspectos psicológicos, familiares o sociales del paciente que puedan llegar a influir en su dolencia,
- la aplicación de un tratamiento y cuidado esporádico, no continuado en el tiempo, de ese problema específico,
- y donde el paciente es un receptor pasivo de los cuidados de salud.

El modelo biomédico también se intentaba aplicar en el ámbito extrahospitalario, donde los médicos no tenían acceso a pruebas diagnósticas, como radiografías o pruebas de laboratorio, básicas para el desarrollo de una medicina basada únicamente en la correlación de síntoma-signo con dato analítico y alteración anatomopatológica. Estas pruebas quedaban restringidas para especialistas de hospital.

Esta situación, unida a la masificación de los cupos de población asignados a cada médico y al poco tiempo dedicado a la realización de las consultas exigido por ley, dos horas, produjo la consecuente pérdida en la calidad de la atención prestada en el ámbito extrahospitalario, junto a un caos organizativo y estructural, en el cual fueron entrando los ambulatorios y consultorios locales. Al mismo tiempo el incremento del número de afiliados a la SS llevó a un aumento de ingresos en la misma. Pero las inversiones se derivaron hacia el área hospitalaria: la construcción de grandes hospitales (como por ejemplo el *12 de Octubre*) y a potenciar los recursos de los mismos, la promoción de las subespecialidades.

Como consecuencia de todo esto, la estructura y el prestigio histórico de la medicina general y extrahospitalaria decayeron, inclinándose la balanza profesional y social claramente del lado de la especialización, cada vez más compleja.

Todos estos aspectos reflejaban una crisis en lo que era la concepción del propio modelo sanitario y su utilidad social. Los médicos de esta época, conscientes del hecho, eran abiertamente partidarios de una profunda reestructuración del modelo sanitario, unificando la medicina preventiva y asistencial, con una organización descentralizada y regional, y todo ello dentro de un modelo asistencial mixto.

En 1978 se llevó a cabo la **conferencia de Alma-Ata** (1978), patrocinada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, con la definición de la **Atención Primaria de Salud** como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La

Atención Primaria es parte integrante de tanto del sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la Atención de Salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. Así mismo se recomendaba “formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema de salud completo y en coordinación de otros sectores”.

Estas ideas influyeron en las autoridades político-sanitarias españolas de la segunda mitad de la década de los 70, época en la que España atravesaba un momento histórico con el fin de la dictadura y donde la sensibilidad social, ideológica y política era mucho más acusada que en la actualidad, lo cual facilitó la consideración de que el primer y fundamental nivel de atención era la Atención Primaria de salud, en contraposición con el modelo asistencial-curativo vigente, basado en la medicina hospitalaria. Todo ello en un momento en que el objetivo de la administración era convertir el sistema sanitario público en un sistema nacional de salud (Borel, 1994). Lenta y progresivamente se inició el cambio en la antigua Asistencia Ambulatoria pasando a la actual Atención Primaria de Salud dentro del Sistema Nacional de Salud. Se produjo así un cambio en los objetivos sanitarios, ya que se pasó del concepto de enfermedad/curación a salud, prevención y cuidado.

En 1978 se creó la **especialidad de medicina de familia** como respuesta a la necesidad de crear una especialización para poder desarrollar adecuadamente la Atención Primaria y que sirviera como punta de lanza de una reforma sanitaria en la que se potenciaría esta nueva concepción de la Atención Primaria. Mediante el Real Decreto 3303/78 se dispuso: “el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad” en el marco de la Atención Primaria de Salud. Posteriormente, y gracias al esfuerzo realizado por los primeros médicos de familia, se crearon los Centros de Salud siendo estos unidades fundamentales para la formación y

ejercicio de los médicos de Familia, así como para la atención integral al paciente.

El médico de familia aplica un modelo diferente de atención al paciente; el modelo biopsicosocial, donde conceptualiza al paciente como una realidad en la cual considera su esfera biológica, psicológica y social como no-independientes o tangenciales, sino como aspectos que se interrelacionan entre sí construyendo la realidad del individuo.

1.2.5. ATENCIÓN AL PACIENTE DESDE UN MODELO BIOPSIOSOCIAL.

La atención al paciente desde un modelo biopsicosocial implica aceptar que todos los niveles de la existencia humana desde las células y órganos hasta el cuerpo como conjunto, nuestras familias, redes sociales y cultura están relacionados entre sí y por lo tanto son interdependientes (Engel,1977). Así cualquier modificación en un nivel genera una influencia en los restantes niveles. Por ejemplo, un cambio en el medio externo como puede ser una catástrofe natural, puede afectar a la sociedad global, a la red social del paciente, a su bienestar psicológico y su homeostasis molecular y biológica. O un cambio en nuestro medio interno, como el aumento de las cifras de glucemia, puede afectar a nuestros sistemas biológicos, nuestras relaciones de familia y redes sociales y a nuestro trabajo. Por lo tanto se deduce que los intentos de corregir una anomalía a un determinado nivel sin abordar las alteraciones existentes en los restantes niveles es tan sólo aportar una solución parcial a los problemas. De hecho los propios pacientes han referido que una de las principales razones por las que todavía expresaban una decepción acerca de la asistencia médica, radicaba en la complejidad para abordar su problema teniendo en cuenta no sólo su “enfermedad”, sino la influencia de su situación social y psicológica (Kleinman y cols, 1978)

Para poder entender mucho mejor el modelo biopsicosocial es necesario hablar de la **teoría general de sistemas** en la que se basa este modelo. Dicha teoría postula, que la realidad molecular no resulta totalmente explicable desde las leyes atómicas, como tampoco la realidad biológica desde la molecular, o la psicológica a partir de los conocimientos que se puedan tener de bioquímica.

Cada uno de estos niveles de agregación requiere sus propias leyes, pero existen fenómenos que sólo podrán explicarse si se tienen en cuenta las influencias, interrelaciones y jerarquías que se establecen (Von Bertalanffy, 1968). Podríamos decir que existen unas “leyes de leyes” que ayudarían a identificar similitudes entre las variables de los diferentes niveles y al mismo tiempo regulan las interrelaciones existentes entre los mismos (Borrel y Cebriá, 1999).

Basándose en la teoría general de sistemas, Engel en 1977, como se indicó anteriormente, postuló la necesidad de un modelo médico holístico, al cual llamó biopsicosocial, en respuesta al modelo biomédico dominante en las sociedades industrializadas de la época. El modelo biomédico es conceptualizado por el autor como un modelo en el cual se “asume que la enfermedad puede explicarse completamente a partir de la desviación de la norma de variables biológicas (somáticas) mensurables y “abrazar dos tipos de reduccionismos, el reduccionismo filosófico, consistente en explicar complejos fenómenos de una sola y primaria causa, y el dualismo cuerpo-mente, la doctrina que separa lo mental de lo somático”. Aunque, el citado autor, admite la productividad obtenida hasta entonces por el modelo biomédico, refiere encontrarlo incompleto argumentando lo siguiente:

1. A pesar de que en muchos casos la enfermedad física está relacionada con una alteración bioquímica, no siempre una alteración bioquímica se traduce en enfermedad. Al igual sucede con las enfermedades psiquiátrico-sociales; en muchas ocasiones no van correlacionadas a una alteración bioquímica, pero en otras ocasiones existen síntomas-signos biológicos y/o datos bioquímicos que si van correlacionados con dichos problemas psicosociales (es el caso de los trastornos alimentarios).
2. Una simple anomalía biológica no va a ser suficiente como para que el médico pueda llegar al significado último de los síntomas.
3. Es importante considerar que las variables de tipo psicosocial suelen determinar la susceptibilidad, severidad y el curso del padecimiento más biológico que pueda considerarse.

4. Que el paciente acepte su rol de enfermo no viene determinado exclusivamente por una anomalía biológica; depende de otros factores; la personalidad del paciente, el concepto familiar de enfermedad, cultura de enfermedad, imagen social de la misma, etc. Y por el contrario la no existencia de anomalía biológica pero la presencia de una vivencia considerada para el paciente estresante puede hacerle “sentirse enfermo”.
5. El éxito del tratamiento biológico puede verse influido por variables psicosociales como, por ejemplo, se ha demostrado en el efecto placebo.
6. La relación del médico con el paciente también influye en el resultado del tratamiento, aunque simplemente sea en el grado de adherencia terapéutica del paciente.

Engel afirma que el modelo biopsicosocial viene a ampliar y completar la atención al paciente dado que se entiende como una ampliación del modelo biomédico, es decir, asumiendo los avances en el entendimiento científico de las enfermedades y avances técnicos desarrollados en el siglo XX, pero defendiendo que el paciente no sólo debe contemplarse desde esta realidad biológica, sino que se le debe añadir sus otras dos realidades: lo social y lo psicológico, que se integran dando como resultado al ser humano.

Basándose en las conclusiones del citado autor se hicieron múltiples estudios. Se correlacionó la influencia de modelos socioculturales e institucionales (aspecto psicosocial del individuo) en el curso y aparición de las enfermedades (Marín y cols., 1996; Dueñas y Martínez, 1997; Herrera y cols., 1995) Destacando los estudios de MacWhinney (1994) donde se estableció como la morbimortalidad se ve influida por el soporte social.

Los pacientes, por lo tanto, tienen volumen. Un volumen que se aprecia mucho mejor si se “ilumina” su realidad desde diferentes ángulos. En definitiva, al paciente es necesario observarle desde una *perspectiva* tridimensional y no plana, tal y como indican autores como Borrel y Cebriá (1999), hablando más de la *perspectiva biopsicosocial*, que del modelo. La atención al paciente desde dicha perspectiva consistirá en:

- Integrar las tres esferas del ser humano: biológica, psicológica y social.

- Evitar localizarse hacia lo biológico o lo psicosocial a la hora de elaborar una hipótesis diagnóstica.
- Descartar primero lo orgánico cuando haya un diagnóstico positivo en lo psicosocial.
- La relación médico paciente se procurará impregnar de un clima emocional terapéutico.
- Se actuará terapéuticamente aunque solo sea posible medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico
- Se distinguirá entre demanda y necesidad de salud del paciente.
- Se ahondará en los datos semiológicos, considerando “las claves que obligan” a conductas confirmatorias.
- Se conocerán los factores de riesgo de los consultantes, integrando la prevención y promoción de salud
- Se manejará la incertidumbre pero llegando siempre a formular un criterio propio.
- No se considerará a determinados pacientes como “casos cerrados” por presentar un proceso crónico, ya que el paciente va evolucionando y puede presentar patologías diferentes.

Al poner en marcha la atención del paciente desde esta perspectiva, se observó la dificultad que tenían muchos médicos para poder llevarla a cabo. Dicha dificultad ha venido dada por el modelo en sí, el cual requiere más tiempo para el consultante, tiempo que por otra parte, no se tiene debido a la elevada presión asistencial y cantidad de trabajo administrativo que hay en primaria, entre otros factores. Según Ben-Zira (1990), para los médicos de Atención Primaria uno de estos factores que limitan la utilización del modelo biopsicosocial es la política del organismo proveedor de salud para el cual trabaja el médico. Así las políticas en las que se anime a los asegurados a la sobreutilización de los recursos sanitarios y al planteamiento de quejas redundantes conllevaran a que los médicos no puedan consagrar el tiempo necesario a la atención de las necesidades biopsicosociales de los pacientes. (Ben-Zira, 1990).

La medicina de familia aborda la atención del paciente desde el modelo biopsicosocial, demostrado con la investigación una mejora en los resultados

de la atención al consultante siendo más probable que los pacientes reciban mejor educación sanitaria y atención preventiva (Mateux y cols,1990), así como que experimenten una mejoría en su evolución psicosocial, médica y quirúrgica (Kaplan y Greenfield, 1989; Thomas, 1987; Rinaldi, 1985).

1.2.6. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

No existe prácticamente actividad médica que no implique comunicación. La práctica médica y los resultados derivados de ella dependen del modo en que el médico y el consultante se comuniquen. La asociación entre aspectos comunicativos y la adhesión a los tratamientos, satisfacción del paciente y el recuerdo de los consejos y recomendaciones recibidas está suficientemente demostrada (Horder y More, 1990).

1.2.6.1. DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA.

La relación médico-paciente, era una relación en la que el médico estaba investido de un poder autoritario, indiscutible, paternalista e incluso sacerdotal, características que claramente levantaban una barrera difícilmente superable por el paciente, el cual como receptor pasivo de cuidados de salud asumía las directrices del médico (**compliance**), estableciéndose un modelo de relación asistencial asimétrica configurada en torno a una persona que sabe (el profesional) y a otra que no sabe (el paciente). Esta **asimetría** en el plano de los conocimientos tenía una clara repercusión sobre el clima emocional, generando dependencias con posibilidad de regresiones afectivas y fácil apelación al pensamiento mágico del paciente.

1.2.6.2. RELACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

La relación médico-paciente en Atención Primaria se configura en:

- una **temporalidad** :los diferentes encuentros entre el médico y el paciente a lo largo de la vida del último;
- unos **continentes**:el médico y el paciente;
- unos **contenidos** :las demandas y necesidades de salud.

La temporalidad

Es uno de los aspectos más importantes de dicha relación. Es casi exclusivo de Atención Primaria, ya que ésta se caracteriza por la continuidad en la relación asistencial distinguiéndose un *momento diacrónico* de la relación, es decir, la memoria histórica de lo ocurrido y un *momento sincrónico*, el presente o actual.

La memoria histórica del paciente, *momento diacrónico*, es importante porque con ella se establece un balance entre ganancias y pérdidas, como en cualquier otra relación, y en función del balance, el paciente presenta una actitud en la cual estará inmersa su demanda. Este balance fue llamado *libro de contabilidad de la relación* por el denominado Modelo de Interacción Estratégica (Goffman,1969). En este libro de contabilidad el paciente tendrá un *crédito*, que dependerá de la impresión que tenga respecto a la posibilidad de ser satisfecho puntualmente por el médico de los compromisos que contraiga con el mismo. En definitiva se basará en la confianza que el paciente tenga en su médico, de tal manera que cualquier intervención del profesional reforzará o debilitará esta confianza y por lo tanto su crédito. Al igual sucederá con el profesional, también establecerá un “debe y haber” resultando un crédito para el paciente. Por lo tanto el momento diacrónico de la relación es un poderoso componente de las expectativas de ambos.

Según Weyrauch (1995) esta continuidad que ofrece la Atención Primaria, para el médico de familia implica un conocimiento personal de su paciente que tiene determinados puntos positivos como:

- tiene cierto sentido de predicción,
- se facilita la creación de confianza y la influencia mutua,
- se recogen los datos del paciente con mayor facilidad.
- se sopesan principios éticos excesivamente pronunciados (sentido del deber, compulsividad, responsabilidad)
- facilita hablar sobre calidad de vida y estado funcional del consultante.

Pero también algún aspecto negativo, ya que la memoria histórica puede interferir en el conocimiento de nuevas enfermedades en pacientes con

patologías crónicas y en la actitud del médico hacia pacientes catalogados de "difíciles", reaccionando éste de manera negativa (Klein y cols., 1982), y como consecuencia, alterándose la relación con este tipo de pacientes (Gortin y Zucker. 1983).

El *momento actual o sincrónico* se basa en la capacidad de cada uno de los integrantes de la relación para influirse mutuamente. En este momento hay un problema que se debe resolver, la relación gravita en torno a dicho problema. Se establecerán acuerdos, desacuerdos, malas o buenas interpretaciones que serán valoradas en función de la memoria histórica de la relación fortaleciéndose o debilitándose los lazos relacionales. Hay algunos factores que influyen en este balance de poderes (Borrel y Cebriá, 1999). Los factores que aumentan el poder del médico son:

- No tener competidores
- Tener mucho prestigio
- Cobrar salario fijo
- Tener la plaza en propiedad
- Ser paso obligado del paciente para obtener prestaciones
- Capacidad persuasiva.

Los factores que aumentan el poder del paciente son:

- Poder escoger médico
- Capacidad para reclamar, denunciar o desprestigiar.
- Ser "de la profesión", "de la casa" (de la misma empresa) o "colegas".
- Clase socioeconómica alta.
- Capacidad personal de influencia. Rol social dominante.

El continente

El médico, como parte del continente de la relación asistencial, presenta una actitud empática y de escucha intentando mantener una *relacion orientada al consultante* (Tizón, 1989):

- obteniendo la información necesaria para establecer la razón por la que el paciente acude a la consulta y para determinar un diagnóstico suficiente.

- averiguando las ideas, creencias, expectativas del paciente, ayudándole a verbalizar y a controlar sus miedos y ansiedades
- aportando al paciente información significativa, oportuna, clara, entendible y fácilmente recordable.
- negociando las recomendaciones terapéutica apropiadas para el paciente y motivar a este a seguirlas.
- todo ello teniendo en cuenta el profesional que existen variables que determinan su conducta como médico, las cuales se presentan como elementos que también configuran la realidad (miedos, posición defensiva frente determinados pacientes).

Es decir, aporta a la relación la capacidad para dar confianza y aliviar el sufrimiento, capacidad para escuchar, comprender, persuadir, influir, cuidar, curar y tratar todo ello mediante una buena praxis, medios complementarios, conocimiento, racionalidad y autocrítica.

Mientras que la figura del paciente, la otra parte integradora del continente asistencial, ha percibido los cambios producidos en política sanitaria, en lo social, y en la nueva actitud del médico, generándose en el mismo un subjetivismo de “democratización”, el cual ha contribuido a transformarle en un consumidor orientado de los cuidados de salud con un rol activo durante la toma de decisiones en el transcurso de la consulta (consumidor orientado).

A pesar de esta mejora en el rol del paciente, la asistencia médica es asociada por éste a ansiedad y vulnerabilidad (Lazare ,1987) debido al miedo a un diagnóstico grave, a la exposición física y situación embarazosa que se produce o a la falta de atención a los conocimientos, valores o preferencias del paciente. Pero a pesar de todos estos temores, acude a la consulta solicitando asistencia médica por diferentes razones biomédicas o psicosociales, como la enfermedad aguda y crónica, la tensión emocional, los trastornos psiquiátricos, el aislamiento social y las necesidad de información, (Barsky, 1981).

El paciente expresa lo que le produce malestar, expresa su “**dolencia**” en su complejidad biopsicosocial, y se sentirá decepcionado si esta dolencia es sólo observada como una anomalía biomédica. (Kleinman y cols., 1978). No desea únicamente un diagnóstico y un plan terapéutico, sino también comodidad, tranquilización y un restablecimiento de su sensación de normalidad. Esto corresponde, desde el punto de vista antropológico, a la

descomposición en el interior del paciente del proceso patológico en dos dimensiones (Fabrega, 1972):

- En función de su significado social y cultural: la enfermedad (disease) asimilable a su componente orgánico, como una alteración fisiológica objetiva, universal, independiente del individuo que la padece, tal y como la describen los tratados de medicina.
- En función del componente intrapsíquico del proceso patológico; la apreciación subjetiva del proceso, es decir, el estado de percepción individual del trastorno fisiológico dependiendo de las características psicológicas y culturales del individuo que las padece. Es la respuesta del individuo ante el problema de salud en relación a sus miedos, fantasías, sentimientos y experiencias anteriores.

Enfermedad.	Dolencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Mal funcionamiento de procesos fisiológicos • Modelo explicativo científico o técnico • Determinada en gran parte por la biología humana • Con frecuencia es el único centro interés de la medicina científica • Puede existir sin dolencias asociadas (p. ej. tumor asintomático, hipertensión esencial) • Si el médico no la tiene en cuenta se producen errores de diagnóstico y falta de curación • Las claves del diagnóstico se obtienen con mayor facilidad escuchando con atención la narración de la experiencia que sobre la enfermedad hace el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones personales, interpersonales y culturales frente a una enfermedad o molestia. • Forma de percibir, experimentar o afrontar la enfermedad por parte de cualquier persona • Intensamente influida por la cultura. • Con frecuencia es más importante en la mente del paciente. • Puede existir sin una enfermedad asociada (somatización) • Si el médico no la tiene en cuenta se ocasionan errores de diagnóstico, falta de afrontamiento y solución de la preocupación de fondo del paciente y falta de curación. • Las claves para poder comprender el problema se obtienen más fácilmente escuchando con atención la narración de la experiencia sobre la enfermedad que hace el paciente.

Tabla 1. Perspectiva del médico de la dolencia y enfermedad desde el punto de vista antropológico.

En la **tabla 1** se aprecian las diferencias entre dolencia y enfermedad del paciente, desde la perspectiva del profesional médico:

A través de la dolencia el médico debe extraer la demanda del paciente y determinar y diferenciar de la misma la necesidad del consultante en ese momento.

El contenido

Formado por la *demanda* y las *necesidades* de salud (Borrel y Cebriá, 1999). La **demanda** del paciente es lo que pide en la consulta, llevando consigo la *expectativa* de que se le aporte lo pedido ó se le resuelva aquella petición explícita o implícita por parte del médico. La *expectativa* que lleva consigo la demanda, es el resultado de la interacción en el paciente de diferentes factores como;

- grado de malestar que siente el paciente
- su situación biopsicosocial previa
- las creencias del paciente, familiares y socioculturales respecto de aquello que le preocupa

La demanda viene inmersa en unas ansiedades concretas; tener algo malo, tener vergüenza, verse desatendido, sufrir daño, miedo a la incompetencia profesional “haber si acierta con lo que tengo”, demanda injustificada y ser reñido por ello...Siendo todo ello expresado, como hemos indicado anteriormente, en forma de **dolencia**.

De la demanda se diferencia la **queja**, son molestias típicas que se encuentran en el trasfondo de un proceso de envejecimiento o trastornos crónicos de difícil resolución y que el paciente no espera que se resuelva completamente.

La **necesidad de salud** del paciente es la diferencia percibida por el médico en el aspecto biológico, psicológico y /o social respecto a un estado ideal de equilibrio biopsicosocial. En muchas ocasiones la demanda no coincide con la necesidad, por que esa carencia no es observada como tal por el paciente.

1.3. DEMANDA DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Autores como Fitzpatrick y cols.,(1983), Kaplan y Greenfield (1989), evidenciaron la asociación entre el proceso de la consulta médica y la mejora del nivel de salud del paciente como resultado de la misma.

Con el objetivo de mejorar el nivel de salud del consultante, hubo un mayor interés por parte de los investigadores en medir una variable del proceso de la consulta: la *satisfacción del paciente*. Dado que a mayor satisfacción con la consulta médica aumenta el grado de adherencia terapéutica del paciente (**Fig 1**) y con ello la posibilidad de mejorar su salud.

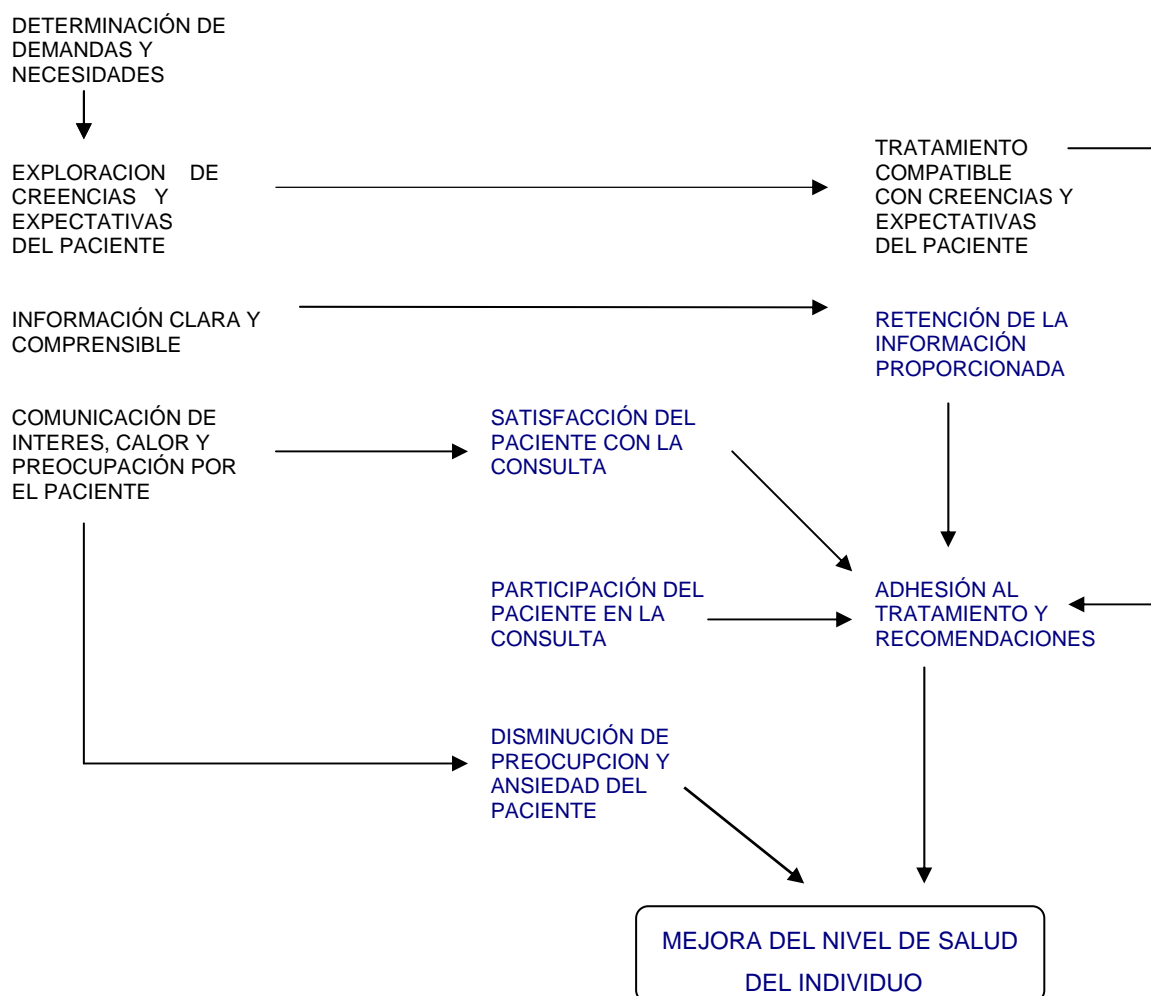


Fig.1. Relación entre comunicación en la consulta y resultados de ésta (Pendenlton y Hasler, 1984)

Se entiende por satisfacción del paciente el bienestar sentido derivado del grado en que son cumplidas las demandas aportadas por el mismo a la consulta médica. Al estudiar la satisfacción con la consulta en Atención Primaria, se ha visto que estaba influenciada por muchos factores que a su vez dificultaban su medida, entre los cuales se encontraban lo que piden y las expectativas que presentan los pacientes (demanda) y el grado de percepción por parte del médico general de las peticiones del paciente durante el transcurso de la consulta. Tanto lo que se pide como la percepción de lo pedido, son factores determinantes en la medida de la satisfacción de los pacientes (Brody y cols., 1998).

Una de las vertientes de investigación fue medir “lo que se pide”, es decir, la demanda del paciente en la consulta de Atención Primaria. Había sido difícil medir dicha variable debido, fundamentalmente, a la ausencia de un instrumento de medida cuantitativo fiable. En 1983, Good y cols., realizaron el primer estudio en EEUU, utilizando un cuestionario realizado por ellos mismos, en el que se reflejaba los motivos individuales por los que el paciente acudía a su médico. Tras realizar el análisis principal de los componentes surgieron 4 dimensiones donde se agrupaban las demandas de los pacientes. En el Reino Unido, en 1989, Salmon y Quine modificaron el cuestionario norteamericano, con la finalidad de que los items reflejasen más fielmente las demandas del paciente. Se comenzó a utilizar The Patient Request Form como instrumento de medida de la demanda. Llegaron a conclusiones similares a las de los norteamericanos, surgiendo también 4 dimensiones: “Deseo de una simple explicación y entendimiento”; “Deseo de apoyo”; “Deseo de tratamiento médico”; “Deseo de información detallada”.

En 1994 Peter Salmon y cols. llevaron a cabo tres estudios aplicando el mismo cuestionario. Analizaron cuáles eran las demandas del paciente cuando presenta un síntoma físico y psíquico, así como el grado de exactitud con el que el médico de familia percibe la demanda, estudiando si había congruencia entre ésta y la percepción de la misma por parte de su médico. Llegaron a la conclusión de que el médico no percibía bien la petición de apoyo emocional cuando el paciente venía buscando fundamentalmente esto, ya que prescribía

más tratamientos médicos o daba información detallada en vez de dar más apoyo emocional.

Dos años después, Valori y cols. en 1996, amplían el desarrollo del instrumento de medida The Patient Request Form aplicándolo a muestras diferentes de población (clase media y pobre) y comparando resultados. Las respuestas dieron idénticos componentes. Los resultados del análisis principal de los componentes fueron iguales para un mismo cuestionario: "explicación y tranquilidad", "apoyo emocional" e "investigación y tratamiento". A diferencia del anterior estudio inglés, aquí surgieron tres dimensiones, en vez de cuatro, en las que se agrupaban las demandas de los pacientes.

En 1999 realizamos un estudio en una muestra de 300 pacientes extraída de una población de referencia con nivel socioeconómico medio-bajo, donde utilizamos la versión española de The Patient Request Form, el Cuestionario de demanda del Paciente (CDP) (Cruces y cols., 2001), demostrando su validez y consistencia interna tras realizar el análisis principal de los componentes, donde se obtuvieron las mismas dimensiones que en el estudio que hicieron Valori y cols. en 1996: "explicación y tranquilidad", "apoyo emocional" e "investigación y tratamiento".

Nuestros resultados concordaron con otros estudios sobre otras poblaciones, (Maly y cols 1999; Bellon y cols., 1999; Berardi y cols., 1999), por lo cual, en principio, pudimos afirmar que en la demanda de los pacientes habría tres componentes principales: a) demanda física, la cual recogería los aspectos de la práctica médica que están relacionados con el conocimiento de las enfermedades y su terapéutica, apareciendo el médico como experto en la enfermedad; b) demanda de apoyo emocional, que tendría que ver con la búsqueda de una explicación para el componente psicosocial de la enfermedad y con la necesidad de ser comprendido y apoyado; y c) demanda técnica, que expresaría la búsqueda por parte del paciente de la habilidad y capacidad del médico a la hora de utilizar determinados procedimientos y técnicas específicas.

1.4. INFLUENCIA DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL PACIENTE EN LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La prevalencia en la población general del malestar psicológico ha sido medida en múltiples estudios, utilizando como instrumento de medida el General Health Questionnaire (GHQ), oscilando entre el 18,4 al 42,9 % de personas, pero con valores medios de alrededor del 26% (Herrera y cols., 1987; Retolaza y cols., 1995; Vazquez-Barquero y cols., 1987).

En las consultas de Atención Primaria, de un 20% a un 30% de los pacientes, ha padecido o padecen algún tipo de trastorno mental (Aizpiri y cols., 1999). De los cuales se detectan por parte del médico un 36,7 % de los casos (Chocrón y cols., 1996) cuando no es el paciente el que insinúa la causa de su malestar.

En 1995, la OMS realizó un estudio multicéntrico en 14 países, sobre 26.000 pacientes de Atención Primaria, para especificar la prevalencia del tipo de psicopatología en este marco. Se obtuvieron los resultados que se detallan en la **tabla 3**.

Trastornos psiquiátricos	% pacientes en un mes
Depresión	10,4
Distimia	2,1
Trastorno de pánico	1,1
Agorafobia	
• sin trastorno de pánico	0,5
• con trastorno de pánico	1,0
Ansiedad generalizada	7,9
Dolor crónico	13,1
Alcohol	
• Dependencia	2,7
• Abuso	3,3
Trastorno. de somatización	2,7
Hipocondría	0,8
Neurastenia	5,4
Trastorno mixto ansioso-depresivo	2,0
Más de un diagnóstico	9,5
Cualquier diagnóstico ICD	24,0

Tabla 3: Según la OMS 1995. Citado en Aguera y cols., 1996

El dolor crónico en relación a la psicopatología fue el trastorno más frecuente (13,1%), seguido del trastorno depresivo (10,4) y el de ansiedad generalizada (7,9%). Es de destacar que un 9,5 % de los consultantes presentaban más de un trastorno psicopatológico.

Estos datos nos revelan la importancia cuantitativa de la presencia de los trastornos psicopatológicos en la consulta de Atención Primaria, teniendo también una destacable importancia cualitativa, tal y como refleja el sufrimiento que presenta el paciente y sus familiares debido al propio malestar que les genera la enfermedad junto al concepto estigmatizado que ellos mismos y que la sociedad tiene de dichas enfermedades, el elevado coste sanitario, laboral y en definitiva social que éstas suponen.

Se ha estimado que del 25 al 75% de las visitas médicas de Atención Primaria se deben a problemas psicosociales con una forma de presentación somática (Purcell, 1991; Kaplan y cols., 1988; Rasmussen y Avant, 1989). Estos pacientes, en la mayoría de los casos, acuden a la consulta por problemas físicos que son tratados como tales sin considerar el probable trasfondo psicosocial; esto da lugar a que persista el malestar y, por lo tanto, a solicitar consultas de manera reiterada con las consecuentes demandas (múltiples pruebas de laboratorio, radiológicas, derivaciones, etc) generándose así un círculo vicioso de frustración mutua (Ben-Sira, 1998), donde el médico cataloga éstas demandas como “quejas redundantes” (Feuerstein y Lobbe, 1986) y al paciente habitualmente como difícil e hiperdemandante.

Generalmente son pacientes en los que se aprecia un aumento de la demanda médica, bien por las razones ya argumentadas o por el largo periodo para lograr la recuperación o mejoría que con frecuencia llevan intrínsecos estos procesos. Esta situación, en muchas ocasiones, desanima al paciente no cumplimentando el tratamiento de una manera adecuada que a su vez prolonga el proceso de la enfermedad como las sucesivas demandas.

No hemos encontrado en la bibliografía revisada si existe una relación entre el tipo de demanda de estos pacientes con su problema psicopatológico en el marco de la Atención Primaria.

1.5. INFLUENCIA DEL TIPO FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA DEMANDA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

1.5.1. CONCEPTO DE FAMILIA.

Si nos preguntásemos qué entendemos por familia, cada uno responderá, seguramente, en función de su vivencia personal. Debido a esto las definiciones serían muy variadas y, posiblemente, en una proporción elevada no coincidentes con lo que se entiende como concepto “tradicional” de familia (padres, hermanos, abuelos y/ o tíos). En el siglo XXI el concepto de familia se ha ampliado, considerándose como familia desde la tradicional, hasta las familias formadas por parejas de homosexuales con hijos adoptivos, comunidades religiosas, familias monoparentales, etc. Este concepto ha evolucionado, adaptándose a los cambios sociales, entendiéndose que la familia, independientemente de su constitución, es el lugar al que recurren los individuos para satisfacer sus necesidades de seguridad física, emocional, salud, bienestar, y por lo tanto, la unidad de relación básica de nuestra sociedad. Se define a la familia como *un grupo de personas vinculadas por algún tipo de relación biológica, emocional o legal* (McDaniel y cols, 1998) que satisfacen necesidades de seguridad física, emocional, salud y bienestar.

1.5.2. RELACIÓN DE LA FAMILIA CON LA SALUD Y ENFERMEDAD.

Los resultados obtenidos en investigaciones de los años ochenta y finales de los setenta apoyaron la idea de que la familia desempeña un importante papel en la salud y enfermedad de sus miembros **tabla 4** (Lask y Matthew: 1979; Morisky y cols., 1983; Clark y cols., 1981; Gusftasson y cols., 1986; Baranowski y cols., 1982; Brownell y cols., 1978; Pearce y cols., 1981; Brownell y cols., 1983; Saconne e Israel, 1978). Aplicando diferentes intervenciones familiares se obtuvieron resultados de mejora de salud en los pacientes enfermos.

Estudio	Enfermedad	Intervención	Resultados
Lask y Matthew, 1970	Asma	Terapia familiar	Mejoría de síntomas y capacidad pulmonar
Clark y cols, 1981	Asma	Educación familiar	Disminución del temor y mejor control de enfermedad
Gustaffson y cols, 1986	Asma	Terapia familiar	Mejoras en la valoración pediátrica global
Baranowski y cols 1982	Factores de riesgo cardiovascular	Grupos de apoyo multifamiliar	Conductas que contribuyen hacia el cambio de dieta y ejercicio
Morisky y cols 1983	Hipertensión	Apoyo familiar	Reducción del 57% en el índice de mortalidad
Brownell y cols 1978	Obesidad	Participación del cónyuge	Mantenimiento de la pérdida de peso
Saccone e Israel 1978	Obesidad	Refuerzo conyugal	Aumento de la pérdida de peso
Pearce y cols, 1981	Obesidad	Participación del cónyuge	Mayor pérdida y mantenimiento de peso
Brownell y cols 1983	Obesidad	Participación materna	Mayor pérdida de peso en el grupo en que se atendía a la madre y a la hija por separado

Tabla .4 Estudios que demuestran la relación entre familia y enfermedad- salud

Donde más ha sido evidenciada esta relación, con pruebas sólidas y científicamente justificadas, ha sido en estudios sobre:

- La influencia del estrés y apoyo familiar sobre el índice de mortalidad,
- La influencia de la familia sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de las enfermedades coronarias.
- La repercusión del funcionamiento de la familia sobre el curso de la enfermedad crónica.

1.5.2.1. LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS Y EL APOYO FAMILIAR.

Influencia del estrés

Los estudios en animales revelan que el estrés puede generar inmunodepresión y favorecer una mayor incidencia de la enfermedad (Calabrese y cols., 1987). Meyer y Haggerty (1962) encontraron que el estrés crónico tenía una relación directa con una mayor incidencia de faringitis estreptocócica, y que el 30% de los casos estaba precedido por un suceso familiar estresante.

En un estudio prospectivo realizado sobre 1000 párvulos (Beautrais y cols., 1982) se encontró que los sucesos estresantes familiares presentaba una alta correlación con subsiguientes visitas al médico. Los niños cuyas familias habían experimentado más de 12 sucesos vitales presentaban una probabilidad seis veces mayor de ser hospitalizados durante los cuatro años que duró el estudio.

El acontecimiento vital que parece inducir más estrés es la defunción de un cónyuge. Parkes y cols. (1969) realizaron el seguimiento de una muestra de viudos londinenses durante nueve años después que murió el cónyuge, se observó que durante los seis meses siguientes a la defunción la tasa de mortalidad aumentó seis veces por encima de la media. En un estudio demográfico en 1981 sobre 4032 viudos y viudas (Helsing y Szklo, 1981) se observó un aumento de la tasa de mortalidad en los viudos pero no en las viudas a lo largo de los diez años que duró el estudio. Pero, la tasa de mortalidad de aquellos viudos que volvieron a casarse era menor que la del grupo control de personas viudas, lo cual sugería que el matrimonio podía tener un efecto protector sobre la salud.

Otros estudios (Lynch, 1977; Verbrugge 1977; Carter y Glick, 1970) han demostrado que la tasa de mortalidad por enfermedad entre los divorciados y las divorciadas es mayor que entre las personas solteras, viudas o casadas. Al igual que también se ha demostrado que la enfermedad física crónica tiene un efecto adverso sobre la satisfacción de la pareja (Brhun 1977; Klein y cols., 1968) e incluso puede conducir al divorcio.

Por lo tanto, situaciones como la separación, el divorcio, la muerte de un cónyuge y otras situaciones estresantes acaecidas en el seno familiar tienen un efecto perjudicial para la salud del paciente pudiendo aumentar y/o determinar la patología del paciente y, a si mismo, su demanda médica.

Influencia del Apoyo Familiar

El apoyo familiar es un tipo de apoyo social que se define como la ayuda emocional, instrumental y económica que se obtiene de la red familiar (Berkmn, 1984), siendo la familia la fuente más importante de apoyo social (McDaniel y cols., 1998). Mientras que el estrés familiar tiene efectos perjudiciales sobre la salud, el apoyo familiar tiene efectos beneficiosos. En un estudio sueco de seis años de duración sobre 17.433 hombres y mujeres, se observó que la tasa de mortalidad de aquellas personas con menor número de contactos sociales era tres veces mayor que las de otras con mayor número de contactos sociales (Ortho-Gomer y Jonson, 1987). E incluso también se ha valorado cómo en las personas mayores con escaso apoyo social su tasa de mortalidad aumentaba a dos y tres veces más respecto a aquellas que contaban con buenas redes de relación, e incluso se determinó que la presencia de hijos adultos era la fuente de apoyo social más importante (apoyo familiar) para las personas mayores (Blazer 1982; Zuckerman y cols., 1984)

También se ha llegado a observar cómo aquellas mujeres embarazadas con escaso apoyo familiar y social presentaban mayor incidencia de complicaciones obstétricas (Nuckolls y cols., 1972; Norbeck y Tolden 1983), al igual que las que estaban apartadas de su pareja o familia de origen daban a luz bebés más pequeños (Ramsey y cols.,1986). Sin embargo, mujeres de familia numerosa de estructura aglutinada, que están demasiado unidas a sus familiares, con necesidad constante de apoyo, también tienden a dar a luz bebes más pequeños, lo que sugiere que la calidad de apoyo social y, no sólo su cantidad, influye en la salud.

De todo lo referido podemos deducir que el defecto de apoyo familiar, tanto cuantitativo como cualitativo, puede afectar negativamente al estado de salud

de los integrantes de la familia y por lo tanto podría generar un aumento de la demanda médica del paciente.

1.6.2.2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA FAMILIA.

Existe una alta concurrencia del factor de riesgo cardiovascular en las familias (Baranowski y cols., 1982), es decir, que los miembros de una familia comparten los mismos factores de riesgo, incluyendo el tabaquismo, la obesidad, la hipercolesterolemia y la hipertensión en una proporción mayor de lo esperado en la población general.

Se han dado varias razones basadas en los resultados de múltiples estudios, concluyendo que los miembros de una familia pueden ejercer una influencia mutua sobre los estilos de vida y salud. Por ejemplo, suelen compartir la misma dieta y por lo tanto cantidades similares de sal; si uno de los padres fuma es mucho más probable que los hijos adolescentes fumen (Bewley y Bland 1977), parece ser que las causas de la obesidad son genéticas (Stunkard y cols.,1986) aunque el entorno familiar tiene un efecto significativo sobre la misma (Hartz y cols.,1977) como por ejemplo a través de la dieta (Feinleib, y cols.,1977).

Se ha valorado cómo el cambio de un factor de riesgo en un miembro de la familia puede tener repercusiones en el resto de ella, planteando en algún miembro de la misma la posibilidad de controlar también ese factor de riesgo llevándole a realizar la consecuente demanda a la consulta de su médico. Por ejemplo, un miembro de la familia comienza un programa de ejercicio físico, puede que los restantes quieran participar también; o las parejas que fuman tienden a dejar el hábito al mismo tiempo (Venters, y cols., 1984)

Si además se desarrollan *conductas generales de apoyo* en los restantes miembros de la familia, las posibilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular son menores; p. ej. el apoyo del cónyuge está asociado con el abandono del tabaquismo (Ockene y cols., 1981.) Pero si la familia adopta *conductas malsanas*, conductas de crítica o no apoyo, se entorpecerá los intentos de modificar el factor de riesgo, el paciente se desmotivará y las

posibilidades de desarrollar la enfermedad cardiovascular en el paciente aumentarán.

1.6.2.3. FAMILIAS Y ENFERMEDAD CRÓNICA.

Se han realizado muchos estudios sobre la relación del funcionamiento familiar y la enfermedad. En la enfermedad crónica que más estudios se han realizado es en la diabetes; también se han llevado a cabo estudios en el asma (Lask y Matthew: 1979; Liebman y cols., 1974), la insuficiencia renal crónica (Resiss y cols., 1986; Steidl, y cols.,1980), las cardiopatías (Ruberman y cols., 1984) y el cáncer (Horne y Picard 1979). Estudios en el abuso de sustancias (Costantini y cols., 1992) han determinado que aumentando el grado de adherencia familiar aumenta la respuesta al tratamiento, llegando a ser un predictor de progreso en el tratamiento del toxicómano. E incluso se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre el grado de cohesión familiar y el grado de control metabólico del niño con fenilcetonuria (Shumalman y cols., 1991); a mayor cohesión familiar mayor grado de control metabólico. Una situación similar también ocurre con niños depresivos (Kashani y cols., 1995), en los cuales parece ser que hay mayor prevalencia de baja cohesión familiar, recomendando como tratamiento coadyuvante un aumento de la misma.

Se ha demostrado que la disfunción familiar está correlacionada con un control diabético deficiente (Grey y cols.,1980; Orr y cols.,1983). White, y cols., (1984) realizaron un estudio en 30 niños diabéticos mal controlados; en la mayoría de ellos detectaron numerosos factores psicosociales disfuncionales; funciones parentales inadecuadas, conflictos familiares crónicos, falta de participación de la familia, padres ausentes y condiciones de vida deficientes. Sin embargo si la familia presenta una organización familiar bien definida se asocia a un control metabólico adecuado (Grey y cols., 1980; Orr y cols., 1983; White y cols., 1984)

Se ha observado cómo la diabetes, como enfermedad, provoca dos tipos de respuesta en los padres: de sobreprotección (alta unión emocional) y de rechazo (baja unión emocional) (Fischer y Dolger, 1946). Si uno de los padres muestra rechazo, el hijo adolescente diabético presentará conductas de

resentimiento y agresividad. Sin embargo el progenitor excesivamente protector (alta cohesión) suele producir un hijo diabético adolescente sumiso ó rebelde. Según Anderson y cols. (1981) si se asocia un bajo grado de cohesión con un alto grado de conflicto familiar crónico la probabilidad de un deficiente control de diabetes es alta. Si además existe indiferencia parental el niño se sume en un cuadro depresivo (Khurana y White 1970). Esto se debe a que en las familias emocionalmente distantes, con baja unión emocional, hay una inadecuada supervisión con un deficiente apoyo parental dando lugar a un incumplimiento de la dosificación de insulina, de las restricciones de la dieta y por lo tanto a un control diabético deficiente.

En las familias altamente aglutinadas, teóricamente debería haber un buen control de los niveles de glucemia. Sin embargo, según Minuchin y cols., (1975, 1978) la posibilidades de cetoacidosis diabética son elevadas en los niños diabéticos que pertenecen a estas familias. La razón que da el autor es que parece ser que el estrés y la excitabilidad emocional que existen en este tipo familiar afecta directamente los valores de glucemia de estos niños. Minuchin descubrió un patrón específico de interacción en algunas familias caracterizado por la estructura aglutinada (cohesión alta), la sobreprotección, la rigidez, y la evitación de conflictos, a las que denominó "familias psicósomáticas". En estas familias, según el autor, el conflicto parental se desvía o se descarga a través del niño crónicamente enfermo y el estrés resultante produce una exacerbación de la enfermedad en el niño (Baker, y cols., 1975)

Cederbland y cols. (1982) demostraron que efectivamente una cohesión alta en la madre, la rigidez del padre y la ansiedad del hijo iba asociado con un control metabólico deficiente.

En un estudio realizado en 1991 (Basolo-Kunzer y cols.,1991) en el que se relaciona la cefalea tensional con el grado de cohesión y adaptabilidad familiar, sorprendentemente los pacientes con cefalea tensional diaria y/o de mayor intensidad se correlacionaban con una mayor cohesión y adaptabilidad familiar pero con un mayor grado de afectación marital o de pareja.

En función de todo lo planteado, y dado que el tipo de función familiar podría afectar tanto a la salud como al desarrollo de enfermedades, deducimos que también podría afectar a la demanda realizada por el paciente

y/o familia a su médico de cabecera. Nos preguntamos si el tipo de funcionamiento familiar, determinado por la cohesión y adherencia familiar, puede determinar el tipo de demanda (física, emocional y técnica).

A partir de aquí se valora la posibilidad de realizar un estudio más profundo sobre la demanda del paciente en la consulta de medicina de familia, ya que a pesar de la concordancia de los resultados obtenidos con el CDP en nuestro primer estudio, se considera conveniente realizar otro con mayor tamaño muestral así como extraer la muestra de una población con nivel socioeconómico medio, más próximo a la realidad social de la provincia de Badajoz, con la finalidad de confirmar la validez del Cuestionario de Demanda del Paciente (versión española de The Patient Request Form). Además, dada la elevada prevalencia de los trastornos psiquiátricos y la demostrada influencia de la familia en la salud del paciente, en dicho estudio se pretende valorar si la demanda realizada por el paciente en Atención Primaria, está determinada por los síntomas psicopatológicos presentes en el momento de consulta y el tipo familiar del paciente, es decir; como influye en la demanda del paciente el estado psicológico del mismo junto al grado de unión interpersonal familiar y el grado de flexibilidad de las relaciones entre los diferentes componentes familiares. Siendo ambos aspectos del paciente, integrantes de la realidad psicológica y social del mismo.

Hasta este momento en la bibliografía no hemos encontrado nada sobre este tema en concreto. Por lo tanto, nos parece interesante llevar a cabo un estudio en el que se determine la influencia de la psicopatología y el tipo familiar en la demanda de Atención Primaria, con la finalidad de reforzar la atención al paciente desde una perspectiva biopsicosocial.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

OBJETIVO GENERAL.

Estudiar la posible influencia del funcionamiento familiar y variables psicopatológicas del paciente en la demanda que éste realiza a su médico de familia en la consulta de Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Confirmar la validez, consistencia interna y distribución factorial del Cuestionario de Demanda del Paciente (CDP).
2. Valorar cuantitativa y cualitativamente la demanda del paciente, así como la posible relación entre los componentes de la misma.
3. Determinar si la demanda se ve influenciada por factores sociodemográficos del paciente.
4. Valorar las variables psicopatológicas del paciente que puedan determinar el tipo de demanda.
5. Analizar la posible relación entre el tipo de funcionamiento familiar y el tipo de demanda.
6. Determinar posibles factores pronósticos de alta demanda.

HIPÓTESIS.

1. En función de los datos existentes en lo relativo a su utilidad clínica, el CDP podría ser un instrumento de medida para correlacionar la demanda del paciente en Atención Primaria con otras variables.
2. Los tres componentes de la demanda aislados en estudios previos estarán interrelacionados entre sí.
3. Determinados factores sociodemográficos del paciente podrían ser capaces de condicionar, al menos parcialmente, el tipo de demanda.
4. La demanda se vería influida también por las características psicopatológicas y la severidad de la psicopatología del paciente en el momento de solicitar la petición de ayuda.
5. La percepción de la cohesión y adaptabilidad familiar que presenta el paciente de su familia, estaría relacionada con su solicitud de atención sanitaria en el nivel de Atención Primaria.
6. Determinados factores entre los referidos anteriormente podrían aparecer como posibles variables predictoras de alta demanda.

3. PACIENTES Y MÉTODO.

3.1. PACIENTES.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analizó la demanda, la psicopatología previa en la última semana y el tipo familiar de 1006 pacientes que acudían a la consulta de su médico de familia perteneciente a tres equipos de Atención Primaria de la región de Badajoz.

La muestra fue seleccionada del total de pacientes que acudían a solicitar atención sanitaria en los centros de salud de San Fernando, Zona Centro y Mérida II, mediante un muestreo aleatorio simple en el transcurso de tres meses. El tamaño muestral considerado tras consultar con un estadista, fue del 1% sobre la población de referencia del mismo periodo pero del año anterior respecto al periodo en el que se realizó el estudio (marzo, abril y mayo) (tabla 5.1). Se recogieron los resultados de un promedio de 17 pacientes por día, de lunes a viernes.

Tabla 5.1. Porcentaje de pacientes requerido para la muestra de la población de referencia.

	Pacientes media trimestral (marzo, abril, mayo 2001)	1%
San Fernando	37134	371*
Zona centro	25129	251
Mérida II	37919	379
Total	100182	1001

*De las dos consultas de San Fernando se seleccionaron a 185 pacientes, ya que el cupo de pacientes asignado a dichas consultas era muy similar.

Tres médicos de familia, eran mujeres. A dos de ellas les estaban asignados alrededor de 1200 pacientes respectivamente, pertenecían al centro de salud de San Fernando, el cual atiende a un área de Badajoz de casi 25000 habitantes con un nivel socioeconómico variable, aunque con predominio de nivel medio-bajo; la tercera médica tenía asignado 1200 pacientes y pertenecía al centro de salud Anexo II que cubre la asistencia sanitaria a 17.000 habitantes con nivel socioeconómico medio-alto. El cuarto médico trabajaba en una consulta rural que atiende aproximadamente a 2280 pacientes con nivel socioeconómico medio,

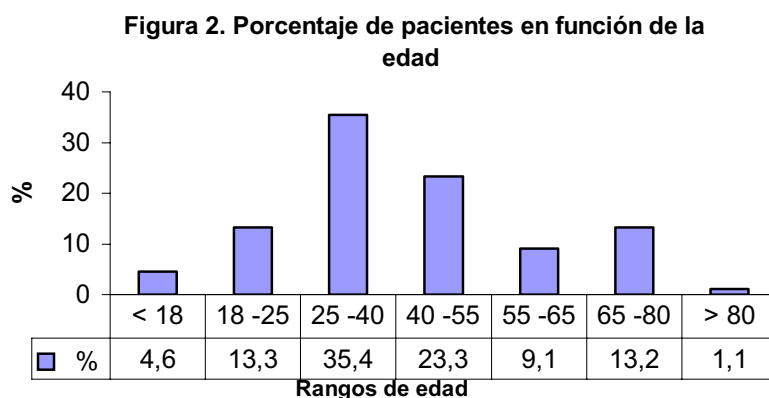
pertenecía al centro de salud de Mérida II, donde estaban registrados 26.300 pacientes. Dichas consultas pertenecen a centros de Salud ubicados en las dos ciudades más importantes de la región de Badajoz.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

De los 1006 pacientes, 692 (68,8%) eran **mujeres** y 314 (31,2%) eran **hombres**.

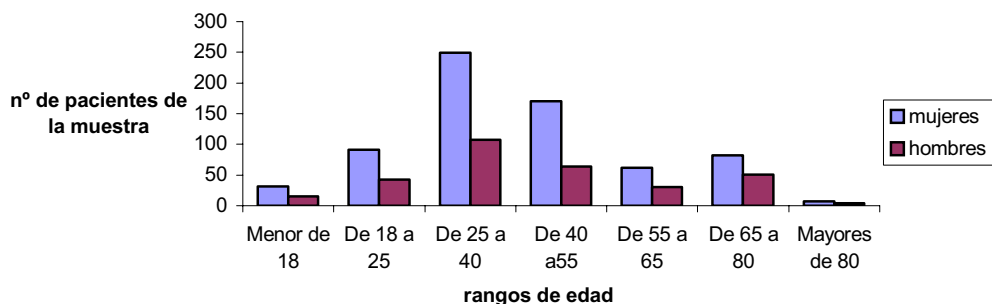
Presentaron **edades** comprendidas entre los 14 y 93 años con una media de edad de 41,4 años (SD17,4). No hubo en la muestra menores de 12 años debido a que, en el Sistema Extremeño de Salud está establecido que el pediatra del centro atiende a dichos pacientes.

En la **figura 2** se recogen las frecuencias y porcentajes de las diferentes edades.



El rango de edad que con más frecuencia apareció fue el de 25-40 años, seguido por el de 40–55 años. La edad que apareció con menor frecuencia fue la mayor de 80 años. La distribución de la edad respecto al género aparece en la **figura 3**:

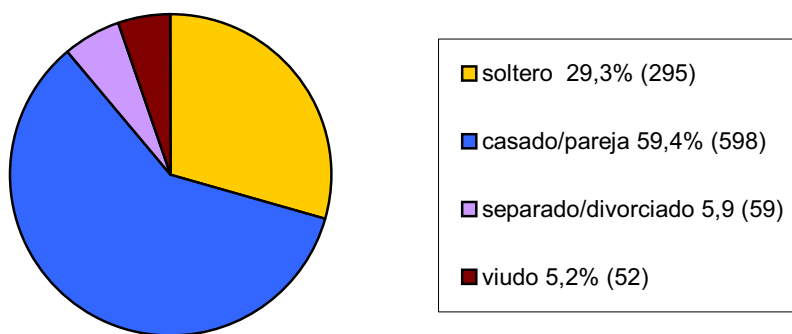
Figura 3. Sexo y edad en la muestra



Entre la relación de las variables edad-sexo, se observó que no existían diferencias significativas tras la aplicación de las *pruebas de Chi-cuadrado* con valor de $X^2 = 5.309$; GL= 6 y $p = 0.505$.

En relación a la variable **estado civil** había un mayor porcentaje de casados o convivientes con su pareja (59,4%) seguidos por los solteros (29,3%) (ver **fig. 4**)

Fig. 4 Porcentaje de pacientes de la muestra en relación a su estado civil



El estar viudo (5,2%) seguidos de divorciado / separado (5,9%), fueron las situaciones relativas al estado civil de menor frecuencia.

En la relación estado civil-sexo, a nivel descriptivo, se observa que existían una mayor proporción de mujeres (6,1%) que hombres (5,4%), (**Tabla 5**), en el apartado separados/divorciados;

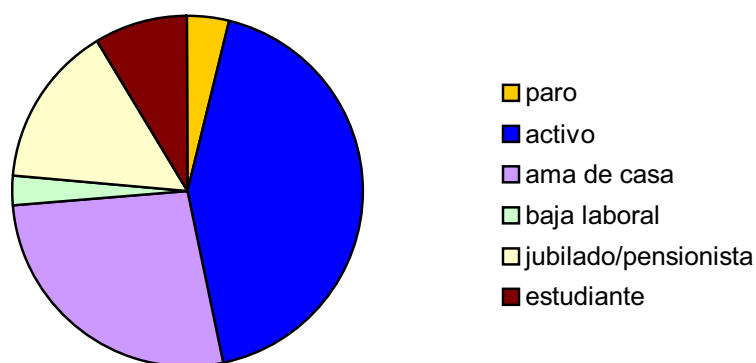
Tabla 5. Género-estado civil de la muestra.

ESTADO CIVIL				
	Soltero	Casado/pareja	Separado/divorciado	Viudo
Mujer Recuento	199	407	42	43
% del sexo	28.8%	58.9%	6.1 %	6.2%
Hombre Recuento	96	191	17	9
% del sexo	30.7%	61%	5.4 %	2.9%

$\chi^2= 5.234$; GL= 3 y $p = 0.155$

También permanecían en estado de viudedad más mujeres (6,2%) que hombres (2,9%). Sin embargo, había más hombres casados (61%) y solteros (30,7 %) que mujeres.

Respecto a la **situación laboral**, la mayoría de los pacientes se encontraban en activo (42,9%) (**fig 5**)

Figura 5.Situación laboral de la muestra

El porcentaje de pacientes que al preguntarles por su profesión respondían “ama /o de casa” era del 27% (271), la segunda situación laboral más frecuente, pero son en su gran mayoría mujeres (**tabla 6**).

Tabla 6: Situación laboral y género en la muestra

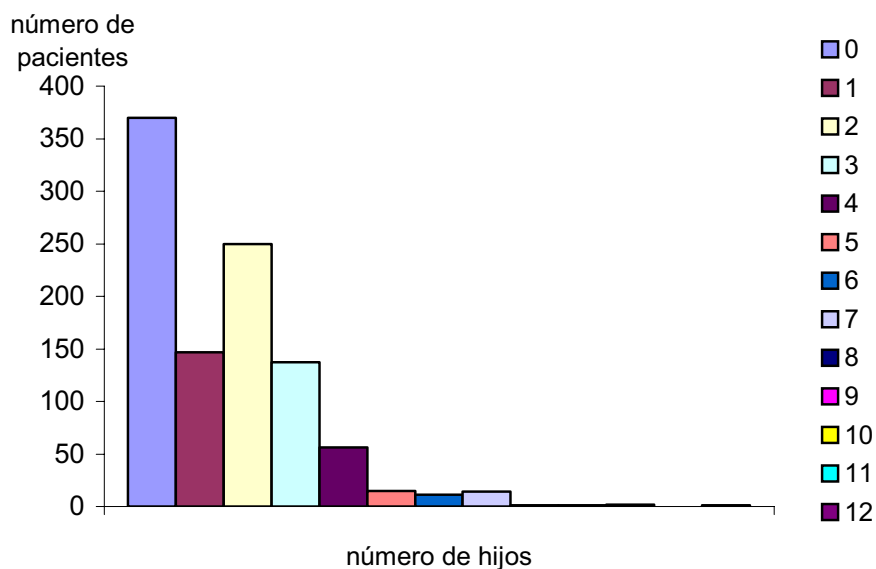
	Mujer	Hombre	Total
Paro			
Recuento	17	22	39
Situación laboral	44.7%	55.3%	100%
% del sexo	2.5%	5.7%	3.8%
Activo			
Recuento	260	171	431
% Situación. laboral	60.3%	39.7%	100%
% del sexo	37.6%	53.5%	42.9%
Ama /o de casa			
Recuento	269	2	271
% situación. laboral	99.3%	7%	100%
% del sexo	38.9%	5%	27%
Jubilado /pensionista			
Recuento	80	70	150
% situación. laboral	53.3%	46.7%	100%
% del sexo	11.6%	21.3%	14.9%
Baja laboral			
Recuento	11	18	29
% situación laboral	37.9%	62.1%	100%
% del sexo	1.6%	4.7%	2.9%
Estudiante			
Recuento	54	32	86
% situación. laboral	62.8%	31.2%	100%
% del sexo	7.8%	10.2%	8.6%

$\chi^2 = 172.726$; GL= 5 y $p = 0,00$

El 14,9% eran jubilados o pensionistas y declarados en paro (3,8%) estudiantes (8,6%) y en situación de baja laboral (2,9%).

Se observaba que el mayor porcentaje correspondía a los que no tenían hijos, 36,8% (**fig. 6**). Los pacientes que afirmaban que los tenían, lo más frecuente, es que fueran dos, (24,9%), seguidos por un hijo (14,6%) y tres hijos (13,6%)

Fig. 6 número de hijos en pacientes de la muestra



Había algún paciente de la muestra que tiene 10 hijos o más. En el momento del estudio, había 21 pacientes que se encontraban esperando un hijo **tabla 7**.

Tabla 7. Relación de pacientes en espera/ o no de un hijo en función del género

	mujer	hombre	total
Si espera hijo:			
recuento (hombres y mujeres)	18	3	21
%en espera	85.7%	14.3%	100%
% sexo paciente	2.6%	1%	2.1%
% total	1.8%	0.3%	2.1%
No espera de hijo:			
recuento (hombres y mujeres)	674	311	985
%en espera	68.4%	31.6%	100%
% sexo paciente	97.4%	99%	97.9%
% total	67%		97,9%

$\chi^2 = 2.862$; GL= 1; p =0.091

No existió una relación estadísticamente significativa entre las variables esperando hijo-sexo, tras realizar el test de Chi-Cuadrado.

Vivían con cargas familiares (personas que conviven con el paciente y de las que se responsabiliza el mismo a nivel económico, físico y psicológico) la mayor parte de la muestra, el 87,2 %. Con ayuda o con apoyo para llevar la responsabilidad de dichas cargas familiares (padres, tíos, vecinas...) también una mayoría, el 92,5 % (**fig. 7.1 y fig 7.2**):

Fig.7.1 Porcentaje de pacientes con y sin cargas



Fig.7.2 Porcentaje de pacientes con y sin apoyo



3.3. RECOGIDA DE DATOS.

Antes de que al paciente seleccionado le atendiese el médico, se le preguntaba si quería participar en un estudio que se estaba desarrollando para mejorar la asistencia en Atención Primaria, y se le explicaban las características de dicho estudio. Si el paciente no aceptaba, no se insistía, con objeto de no introducir un sesgo en el estudio. Si aceptaba, se recogían datos como: edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, convivencia con abuelos, u otros familiares, etc. Posteriormente se entregaban los tres cuestionarios, que debían ser completados individualmente en ese momento y en una sala contigua a la consulta, diferente a la sala de espera, por la necesidad de mayor concentración, debido a lo prolongado de la encuesta, y por la privacidad del paciente ante dudas de determinados ítems.

Dado el volumen total de la encuesta y la diversidad del nivel cultural de los entrevistados, se informaba al paciente sobre la posibilidad de avisar al

investigador, que se encontraba en la misma sala, ante cualquier duda que le surgiera. Con los pacientes de bajo nivel cultural, se leyeron los cuestionarios. Se recogió una muestra de 1020 pacientes.. El 98,5% de ellos cumplieron correctamente los cuestionarios, quedando un total de 1006 pacientes en la muestra representando un porcentaje adecuado para la misma.

3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que expresaron su negativa a participar en éste o no cumplieron la totalidad de los cuestionarios.

3.5. EVALUACIÓN DEL PACIENTE.

Para la evaluación del paciente se utilizaron los siguientes instrumentos de cuantificación.

- Cuestionario de la Demanda del Paciente (CDP)
- SCL-90-R.
- FACES II.

El paciente debía cumplir los siguientes cuestionarios:

.Cuestionario de Demanda del paciente (CDP). Escala de valoración de la demanda autoaplicada que consta de 42 ítems. Destinado a determinar y cuantificar el tipo de demanda que realiza el paciente a su médico de familia en el marco de Atención Primaria, cuya validez y consistencia interna en principio demostramos en 1999, en un estudio que realizamos sobre una muestra de 300 pacientes (Cruces y Vaz, 2001). Cada uno de los ítems implica un posible motivo de consulta por el cual el paciente acude a su médico de familia. El encuestado rellena el cuestionario respondiendo a la pregunta, “¿Coincide alguno de estos motivos de consulta, con el motivo por el que acude hoy a su médico? Cada ítem, tiene tres opciones de respuesta entre las que tiene que escoger el encuestado: “Sí”, “No”, “No lo se”. Se suele invertir aproximadamente 10 minutos en rellenar dicho cuestionario.

Se obtienen tres componentes o tipos de demanda: demanda física, demanda emocional y demanda técnica.

1. Demanda física: constituida por aquellos ítems, que recogen los aspectos de la práctica médica relacionados con el conocimiento de las enfermedades y su terapéutica, apareciendo el médico como experto en la enfermedad.
2. Demanda de apoyo emocional; integrada por ítems que tienen que ver con la búsqueda de una explicación para el componente psicosocial de la enfermedad y con la necesidad de ser comprendido y apoyado.
3. Demanda técnica: formado por ítems que expresan la búsqueda por parte del paciente de la habilidad y capacidad del médico a la hora de utilizar determinados procedimientos y técnicas específicas.

Symptom Checklist-90-Revised-SCL-90-R, (SCL-90-R), Derogatis y Coons,1993). La SCL-90-R es una escala de valoración clínica autoaplicada compuesta por 90 ítems (**Anexo I**), cada uno de los cuales corresponden a diferentes síntomas psicopatológicos. Se responde a cada ítem escogiendo entre cinco opciones : 0= nada, 1= poco, 2 = moderado, 3 = mucho, 4 = extremo. Cada una de estas opciones definen un grado de malestar subjetivo. La aplicación del cuestionario abarca los síntomas presentados por el paciente durante la semana anterior, incluyendo el día de realización de la entrevista. El examinado suele invertir aproximadamente 20 minutos para contestar todos los ítems. Para su valoración, según sus autores (Derogatis y Clear, 1977), se tiene en cuenta la media del índice global de severidad (GSI) con objeto de interpretar los datos obtenidos en las subescalas y así tomarlo como punto de corte (GSI \geq 1).

Esta escala también se recomienda como herramienta útil para examinar la intensidad y extensión de malestar o síntomas, que en mayor grado aparecen en los síndromes psiquiátricos clásicos. Posee aproximadamente la misma sensibilidad y especificidad que el *Goldberg's General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972). Se ha utilizado para reflejar los cambios acaecidos en el trascurso del tratamiento psiquiátrico, y ha resultado ser útil tanto en poblaciones

de pacientes internos como en ambulatorios. Sin embargo, si únicamente se desea determinar síndromes psiquiátricos concretos es más adecuado utilizar escalas específicas correspondientes (por ejemplo de depresión, ansiedad..) que la subescala en cuestión de la SCL-90-R. En estudios psiquiátricos, la SCL-90-R es ampliamente utilizada como una medida de la psicopatología general o del malestar (Derogatis y Coons, 1993).

En nuestro estudio ha sido utilizada como una medida de los diferentes síntomas psicopatológicos que presenta el paciente en el momento de solicitar la demanda a su médico de familia, concretamente el grado de extensión e intensidad de los síntomas representados por cada ítem y dado que los síntomas están agrupados en nueve dimensiones, se obtendrá el grado de intensidad y extensión de cada una de las nueve dimensiones (o subescalas); somatización, conducta obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo.

Subescalas (tabla 8):

Somatización: Refleja la angustia que proviene de la percepción de disfunciones corporales. Las quejas están focalizadas en el sistema cardiovascular (dolores en el corazón o pecho), gastrointestinal (náuseas), respiratorio (sensación disneica), dolores músculoesqueléticos, etc.

Conducta obsesivo-compulsiva: Incluye síntomas tales como pensamientos, impulsos y acciones que son experimentadas por el paciente como repetitivas, irresistibles y no deseadas, originando comportamientos y experiencias que traducen un déficit general de rendimiento cognitivo.

Sensibilidad interpersonal: Integrada por los sentimientos de insuficiencia y de inferioridad que siente el paciente respecto a las personas que rodean e interaccionan con el mismo. Existe una autodesaprobación, duda de sí mismo e incomodidad durante las interacciones con los demás. Los pacientes con alta puntuación en esta dimensión tienen expectativas negativas respecto a su comportamiento con los otros y respecto a las percepciones que tienen los otros de ellos mismos.

Dimensiones.	Item
somatización	1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58
Obsesivo compulsivo	3,9,10,28,38,45,46,51,55,65.
Sensitividad interpersonal	6,21,34,36,37,41,61,69,73.
Depresión	5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79.
Ansiedad	2,17,23,33,39,57,72,78,80,86.
Hostilidad	11,24,63,67,74,81.
Ansiedad fóbica	13,25,47,50,70,75,82.
Ideación paranoide	8,18,43,68,76,83.
Psicoticismo	7,16,35,62,77,84,85,87,88,90.
Items adicionales	19,44,59,60,64,66,89.

Tabla 8. Correspondencia de ítems con las dimensiones

Depresión: Los síntomas que integran esta dimensión están representados por pérdida de interés por la vida, falta de motivación y pérdida de energía vital, sentimientos de tristeza, de desesperación, pensamientos de suicidio y otros correlatos cognitivos y somáticos del síndrome depresivo.

Ansiedad: Incluye signos y síntomas del cuadro ansioso, como sensación de nerviosismo, temblores, palpitaciones, dolor precordial, etc.

Hostilidad: Esta dimensión refleja pensamientos, sentimientos o acciones que son características de un estado de afecto negativo de enfado. La selección de los ítems incluye los tres modos de expresión y refleja cualidades como agresión, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ansiedad fóbica: Definida como una respuesta de miedo persistente irracional y desproporcionado a un estímulo (personas, lugares, objetos o situaciones) que conduce a comportamientos evitativos o de escape.

Ideación paranoide: Dimensión constituida por síntomas que representan una forma desordenada de pensamiento, como: pensamientos proyectivos, hostilidad, suspicacia, grandiosidad miedo de pérdida de autonomía y engaño, etc.

Psicoticismo: Esta dimensión provee, en graduación continuada, síntomas que van desde la enajenación interpersonal suave hasta la psicosis dramática, incluyendo ítems indicativos de aislamiento, alucinaciones, pensamientos de control y estilo de vida esquizoide.

Existe una dimensión constituida por siete ítems que no están como síntomas primarios en ninguna de las anteriores dimensiones aunque sí aparecen en

algunas de ellas, debido a que poseen significado clínico y contribuyen a las puntuaciones globales. Esta agrupación de ítems constituyen los *ítems adicionales*.

Se asocian tres índices globales a la escala: 1) Índice de severidad general (GSI); 2) Índice de malestar psicológico sintomático positivo; y 3) Índice de síntomas positivos totales. Cada uno de ellos tiene como finalidad comunicar una puntuación única del nivel de profundidad de la sintomatología psicológica individual. El índice de severidad general es el mejor indicador del nivel actual de severidad del trastorno.

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-II, (FACES II).

Decidimos utilizar la escala FACES II frente la escala FACES III siguiendo el consejo de Hampson y cols. (1991). Estos autores realizaron un estudio comparando ambas escalas, dando como resultado una mayor fiabilidad y consistencia interna de la FACES II y una correlación entre adaptabilidad, cohesión y deseabilidad social menos problemática en la FACES II, que en la FACES III. La FACES II; (Olson, Portner y Bell, 1981) se desarrolla a partir del modelo Circunflejo desarrollado por Olson, Rusell y Sprenkle (1979) sobre comportamiento familiar. Este modelo tiene dos dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión y adaptabilidad. La cohesión familiar mide el grado de adhesión familiar, es decir, el grado en el que los miembros familiares están separados o conectados a su familia. La cohesión familiar viene definida como el vínculo familiar que los miembros familiares tienen unos hacia otros. La adaptabilidad familiar está relacionada con el grado de flexibilidad y capacidad de cambio que presenta el sistema familiar. Concretamente es definida como la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol y las reglas parentales en respuesta a una situación y desarrollo de estrés. Gracias a la comunicación familiar se facilita el movimiento de las otras dos dimensiones pudiéndose considerar una tercera dimensión, pero siendo la

cohesión y adaptabilidad familiar fundamental para la determinación y valoración del tipo familiar.

La FACES II se desarrolló con el objetivo de crear un instrumento breve con frases simples, de esta manera también podría ser usado por niños, lo que reduciría el número de dobles negativos. La escala resulta fácil de administrar y simple de puntuar. Constituido por 30 ítems, en cada uno de los cuales el paciente valora la frecuencia (“casi nunca”, “de vez en cuando”, “a veces”, “frecuentemente”, o “casi siempre”) en la que se da el contenido del ítem en su familia. El tiempo invertido por el encuestado en cumplimentar la escala es aproximadamente 10 minutos. Los ítems están agrupados en dos subescalas: cohesión y adaptabilidad:

Cohesión: constituida por 16 ítems. Dos ítems para cada uno de los ocho conceptos usados para el diagnóstico y medición de la dimensión de cohesión: vínculo emocional, límites familiares, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreo. Los grados de cohesión son “desvinculados”, “separados”, “unidos” y “muy unidos”.

Adaptabilidad: Constituida por 14 ítems de la escala. Dos o tres ítems para cada uno de los seis conceptos relacionados con la dimensión de adaptabilidad: asertividad, dirección (control), disciplina, negociación, roles y reglas. Los grados de adaptabilidad son: “rígida”, “estructurada”, “flexible” y “muy flexible”.

Al aplicar a la FACES II, y a partir de estas dos subescalas, se evalúa a la familia como un todo, lo que lleva a dar una puntuación global del tipo familiar. Esta puntuación ofrece cuatro tipos familiares: “extrema”, “media”, “balanceada” y “moderadamente balanceada”.

Las dos subescalas presentan elevada fiabilidad y consistencia interna (Olson y cols., 1981).

El tiempo previsto para cumplimentar los tres cuestionarios fue aproximadamente de 40 minutos. Se hizo hincapié en el anonimato del cuestionario y se tranquilizó al paciente al saber que su médico estaba de acuerdo en atenderle si se le pasaba la hora de la cita. Una vez recogidos los tres

cuestionarios, se comprobó que todas las preguntas habían sido contestadas. En caso contrario, se solicitaba que las completasen.

3.6. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO ESTADÍSTICO.

Todo el estudio estadístico fue realizado con la ayuda del programa SPSS versión 10 para Windows, utilizándose diferentes métodos estadísticos en función del estudio a realizar, tal y como se refleja en la **tabla 9**.

Tabla 9. Estudio y método estadístico

Estudio	Método estadístico
1. Confirmación de la estructura factorial del CDP.	Análisis factorial. Método de componentes principales con rotación Varimax
2. Correlación entre los tres componentes de la demanda	Correlación de Pearson.
3. Influencia de la demanda y factores ambientales: 3.1. Demanda y Género 3.2. Demanda y Edad 3.3. Demanda en relación a Edad y Género. 3.4. Demanda y estado Civil. 3.5. Demanda y número de hijos. 3.6. Demanda y embarazo. 3.7. Demanda y situación laboral 3.8. Demanda y situación familiar.	Prueba t de Student para muestras independientes, aplicando la prueba de Levène para la igualdad de varianza. Anova de una vía. Anova Multifactorial. Anova de una vía. Anova de una vía Anova de una vía. Anova de una vía Prueba t de Student para muestras independientes, aplicando la prueba de Levène para la igualdad de varianza..
4. Correlación del CDP y SCL-90R .	Correlación de Pearson.
5. Correlación del CDP Y FACES II.	Correlación de Pearson
7. Factores Pronósticos de la alta demanda	Regresión logística, método por pasos adelante (Wald)

El valor de p que ha sido estimado para establecer los niveles de significación estadística entre las siete variables comparadas, en la influencia de factores ambientales y la demanda, ha sido $p < 0,007$ tras haber sido aplicada la corrección de Bonferoni. Fue considerada como tendencia a la significación el rango de $p < 0,05$ a $> 0,007$. La correlación de Pearson se consideró significativa al nivel $p < 0,01$ (bilateral) y la regresión logística al nivel $p < 0,05$.

4. RESULTADOS.

4.1. CUESTIONARIO DE DEMANDA DEL PACIENTE (CDP).

4.1.1. CONFIRMACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CDP.

En 1999 realizamos el primer estudio con el CDP, confirmando su estructura factorial sobre una muestra de 300 pacientes (Cruces y cols, 2001). En el actual estudio la posibilidad de introducir un sesgo atribuido al tamaño muestral era en teoría menor que en el estudio de 1999, dado que se aplicó a 1006 pacientes (mayor tamaño) y la población de referencia de donde se extrajo la muestra pertenecía a áreas de salud más representativas desde el punto de vista social (clase media, media-baja y media-alta). Por ello se decidió volver a analizar la estructura factorial del CDP.

Tras realizar un análisis factorial (método de componentes principales con rotación Varimax) y considerar 0,30 el peso mínimo de los items para integrarse en un factor, se obtuvieron los siguientes resultados en nuestro actual estudio, **tabla 10:**

- Un primer factor compuesto por 13 items que explicaba el 19,48 % de la varianza, el cual agrupaba a aquellos items que componían lo que se ha llamado “demanda ligada a la enfermedad” o “demanda física”.
- Un segundo factor, constituido también por 13 items que explicaba el 12,82% de la varianza (porcentaje acumulado 32,30%), que venía a corresponderse con el componente emocional de la demanda, llamado “demanda emocional”.
- El tercer factor estaba configurado por 11 items que explicaba en conjunto un 10,44 % de la varianza (porcentaje acumulado 42,74 %), que correspondía al componente técnico de la demanda llamado “demanda técnica”.

Tabla 10 Agrupación factorial de los items.

	Componentes		
	1	2	3
Item 1	0.572		
Item 2		0.491	
Item 3			0.567
Item 4	0.612		
Item 5		0,339	
Item 6			0.393
Item 7	0.603		
Item 8		0.704	
Item 9			0.437
Item 10	0.622		
Item 11		0.759	
Item 12			0.532
Item 13	0.633		
Item 14		0.764	
Item 15			0.400
Item 16	0.603		
Item 17		0.699	
Item 18			0.468
Item 19		0.472	0,321
Item 20		0.679	
Item 21	0.426		0.434
Item 22	0.520		
Item 23		0.678	
Item 24			0.369
Item 25	0.406	0.436	
Item 26	0.312	0.484	
Item 27	0.557	0.424	
Item 28		0.442	
Item 29	0.619	0.376	
Item 30	0.391	0.397	0.344
Item 31	0.546		
Item 32	0.762		
Item 33	0.652	0.302	
Item 34			
Item 35	0.671		
Item 36	0.374		0.550
Item 37			
Item 38			0.626
Item 39			
Item 40			
Item 41			
Item 42			0.531

Esta ubicación de los items coincidió con el primer análisis de CDP (Cruces y cols, 2001).en un 88,1%.

La distribución obtenida de los items fue la siguiente:

- Componente físico: 1,4,7,10,13,16,22,27,29,31,32,33,35.
- Componente emocional:2,5,8,11,14,17, 19,20,23, 25,26,28, 30

- Componente técnico:3, 6, 9,12,15,18,21, 24,36,38,42.

4.1.2. APLICACIÓN DEL CDP EN LA MUESTRA.

Tras la aplicación del CDP en la muestra se obtuvieron los siguientes valores o cargas medias para cada componente de la demanda (**tabla 11**):

Tabla 11.Cuantificación de cada componente de la demanda

	Demanda Física	Demanda Emocional	Demanda técnica
Carga media	0,41	0,23	0,20

La carga media es el valor que mejor representa todos los valores o cargas que a tomado ese componente de la demanda y no otro, valorándose cada uno de ellos de manera aislada. Como se aprecia, en la muestra la demanda física fue mayor que la emocional y ésta ligeramente mayor que la técnica.

Para establecer el grado de relación que existió entre los tres componentes de la demanda se llevó a cabo una correlación de Pearson, cuyos resultados se aprecian en la **tabla 12**.

Tabla 12.:Correlación entre los tres tipos de demanda.

		Demanda Emocional	Demanda Técnica
Demanda Física	Correlación de Pearson Significación . (bilateral)	0,673* 0,0001	0,589* 0,0001
Demanda Técnica	Correlación de Pearson Significación. (bilateral)	0,499* 0,0001	

Se observó una correlación significativa entre los tres componentes de la demanda, para un nivel de significación de 0,007

4.2. DEMANDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

4.2.1. DEMANDA Y GÉNERO.

Con el objetivo de poder establecer si el género del paciente (masculino / femenino) determinaba el tipo de demanda del mismo, se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras independientes, aplicando la prueba de Levène para la igualdad de varianza. **tabla 13.**

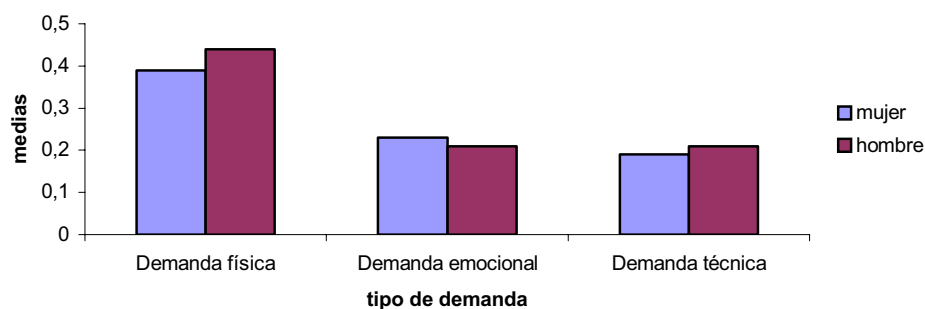
Tabla 13. Influencia del género en el tipo de demanda.

	Mujer N = 692		Hombre N = 314		t	Sig
	X	SD	X	SD		
Demanda física	0,39	0,31	0,44	0,30	-2,31	0,02
Demanda emocional	0,23	0,26	0,21	0,24	1,04	0,30
Demanda técnica	0,19	0,20	0,21	0,23	-1,50	0,14

Significación, tras aplicación de corrección de Bonferoni, $p < 0,007$

Se observó que las mujeres realizaban menos demanda física, más emocional y menos técnica que los hombres. Sin embargo a pesar de que estas diferencias observadas no fueron significativas, tal como se aprecia en la **tabla 13** y **fig 8**, si se apreció una tendencia a la significación en la demanda física en función del género.

Figura 8. Demanda y género



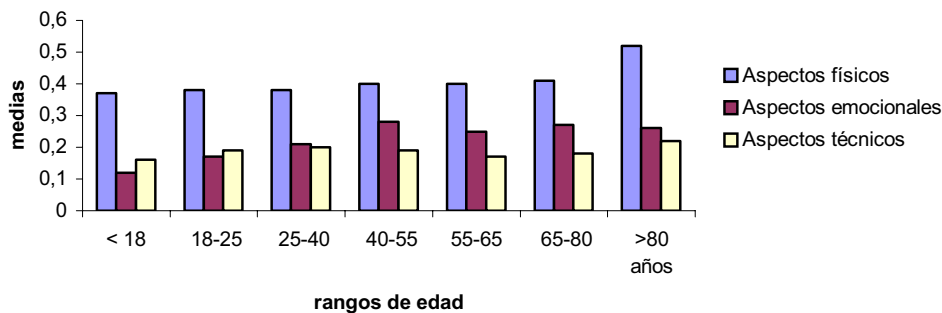
4.2.2. DEMANDA Y EDAD.

Para valorar la influencia de la edad del paciente sobre la demanda fue realizado un análisis de varianza de una vía. Los resultados que se obtuvieron se aprecian en la **tabla 14**.

Tabla 14. Influencia de la edad en el tipo de demanda

	N	X ± SD	F	Sig
Aspectos físicos			0,56	0,762
Menor de 18	46	0,43 ± 0,29		
De 18 a 25	134	0,41 ± 0,41		
De 25 a 40	356	0,39 ± 0,39		
De 40 a 55	234	0,41 ± 0,41		
De 55 a 65	92	0,44 ± 0,44		
De 65 a 80	133	0,42 ± 0,42		
Mayores de 80	11	0,50 ± 0,50		
total	1006	0,41 ± 0,41		
Aspectos emocionales			3,76	0,00
Menor de 18	46	0,16 ± 0,20		
De 18 a 25	134	0,17 ± 0,24		
De 25 a 40	356	0,20 ± 0,26		
De 40 a55	234	0,27 ± 0,28		
De 55 a 65	92	0,26 ± 0,25		
De 65 a 80	133	0,24 ± 0,25		
Mayores de 80	11	0,27 ± 0,19		
total	1006	0,22 ± 0,26		
Aspectos técnicos			0,65	0,67
Menor de 18	46	0,17 ± 0,21		
De 18 a 25	134	0,19 ± 0,23		
De 25 a 40	356	0,20 ± 0,21		
De 40 a55	234	0,21 ± 0,22		
De 55 a 65	92	0,18 ± 0,20		
De 65 a 80	133	0,18 ± 0,20		
Mayores de 80	11	0,17 ± 0,21		
total	1006	0,20 ± 0,21		

Figura 9. Tipo de demanda y edad



En la **figura 9 y 9.1** se aprecia, desde el punto de vista descriptivo, como:

- El tipo de demanda física es aparentemente mayor que la emocional y ésta más que la técnica.

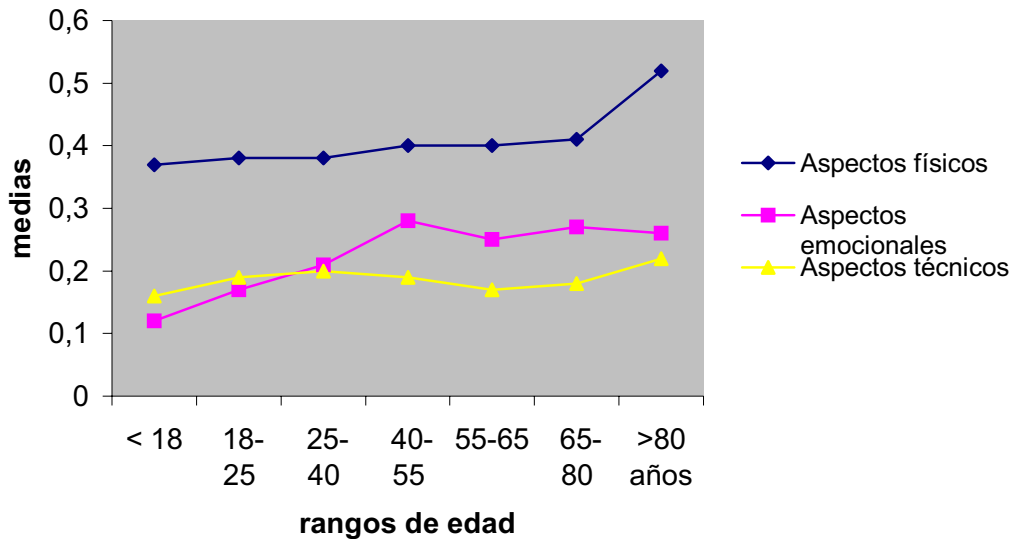
- En la demanda física, a partir de los 18 años hay una leve caída hasta los 40. Posteriormente se produce un aumento progresivo hasta los 65, para continuar en descenso hasta los mayores de 80 años. Luego volverá a ascender. Globalmente va aumentando con la edad.

- La demanda emocional también va aumentando progresivamente con la edad, empezando a partir de los 18 hasta los 50 años, y sigue con un leve descenso hasta los 65 años, para después volver a ascender.

- La demanda técnica aumenta de los 18 a los 35-40 años para luego descender progresivamente hasta los 60-65 años. Posteriormente se produce un leve aumento. Se mantiene en un rango de media muy estrecho del 0,17 al 0,21.

Por lo tanto a lo largo de la vida de los pacientes parece aumentar la demanda física y la emocional, en tanto que la técnica va disminuyendo **figura 9.1**.

Figura 9.1. Tipo de demanda a lo largo de la vida



Las diferencias que fueron encontradas entre edad y demanda emocional fueron estadísticamente significativas, **tabla 14** ($P < 0,007$). Sin embargo, para los restantes tipos de demanda, no fueron encontradas como tales.

Se realizó una regresión logística para cada grupo de edad en los tres tipos de demanda, no encontrándose diferencias significativas para ningún grupo de edad en ningún componente de la demanda, aunque en dos grupos de edad (de 18–25 años y de 40-55 años, y en lo relativo a la demanda emocional) se evidenció una tendencia a la significación (0,041)

4.2.3. DEMANDA EN RELACIÓN AL GÉNERO Y A LA EDAD.

Para poder valorar la influencia en la demanda de la edad y el género se aplicó análisis de la varianza, siendo obtenidos los resultados reflejados en la **tabla 15 y 16**:

Tabla 15. Demanda y edad en las mujeres

	N	X±SD	F	Sig
Aspectos físicos			0,445	0,849
Menor de 18	31	0,37 ± 0,30		
De 18 a 25	91	0,38 ± 0,30		
De 25 a 40	249	0,38 ± 0,32		
De 40 a 55	170	0,40 ± 0,32		
De 55 a 65	62	0,40 ± 0,31		
De 65 a 80	82	0,41 ± 0,31		
Mayores de 80	7	0,52 ± 0,25		
total	692	0,39 ± 0,31		
Aspectos emocionales			3,131	0.005
Menor de 18	31	0,12 ± 0,17		
De 18 a 25	91	0,17 ± 0,24		
De 25 a 40	249	0,21 ± 0,27		
De 40 a55	170	0,28 ±0,29		
De 55 a 65	62	0,25 ± 0,24		
De 65 a 80	82	0,27 ± 0,25		
Mayores de 80	7	0,26 ± 0,23		
total	692	0.23 ± 0,26		
Aspectos técnicos			0.345	0,913
Menor de 18	31	0,16 ± 0,20		
De 18 a 25	91	0,19 ± 0,22		
De 25 a 40	249	0,20 ± 0,20		
De 40 a55	170	0,19 ± 0,21		
De 55 a 65	62	0,17 ± 0,19		
De 65 a 80	82	0,18 ±0,19		
Mayores de 80	7	0.22 ±0,26		
total	692	0.19 ±0,20		

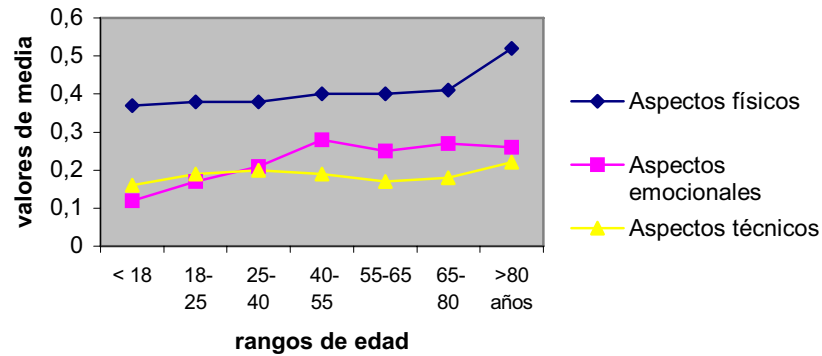
Se evidenció una relación significativa entre el rango de edad y la demanda emocional en las mujeres. Se realizó una regresión logística para cada grupo de edad en los tres tipos de demanda, no encontrándose diferencias significativas para ningún grupo de edad en ningún componente de la demanda de la mujer.

Tabla 16. Demanda y edad en los hombres

	N	X ± SD	F	Sig
Aspectos físicos		0,55 ± 0,22	0,445	0,307
Menor de 18	15	0,45 ± 0,28		
De 18 a 25	43	0,41 ± 0,31		
De 25 a 40	107	0,44 ± 0,33		
De 40 a 55	64	0,53 ± 0,28		
De 55 a 65	30	0,40 ± 0,27		
De 65 a 80	51	0,48 ± 0,15		
Mayores de 80	4	0,48 ± 0,15		
total	314	0,44 ± 0,30		
Aspectos emocionales		0,24 ± 0,23	1,646	0,134
Menor de 18	15	0,17 ± 0,24		
De 18 a 25	43	0,18 ± 0,23		
De 25 a 40	107	0,26 ± 0,26		
De 40 a 55	64	0,29 ± 0,26		
De 55 a 65	30	0,29 ± 0,26		
De 65 a 80	51	0,19 ± 0,23		
Mayores de 80	4	0,29 ± 0,13		
total	314	0,21 ± 0,24		
Aspectos técnicos		0,18 ± 0,24	0,814	0,559
Menor de 18	15	0,21 ± 0,24		
De 18 a 25	43	0,22 ± 0,24		
De 25 a 40	107	0,25 ± 0,25		
De 40 a 55	64	0,20 ± 0,22		
De 55 a 65	30	0,20 ± 0,22		
De 65 a 80	51	0,18 ± 0,22		
Mayores de 80	4	0,08 ± 0,05		
total	314	0,21 ± 0,23		

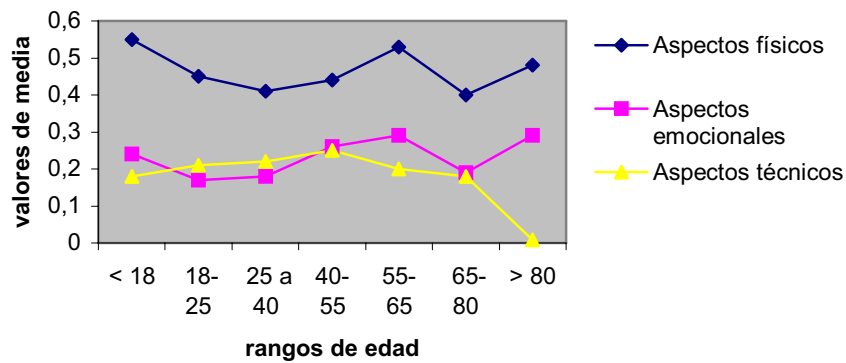
No existe una relación significativa entre el tipo de demanda y la edad en los hombres.

Fig. 10 Comportamiento de la demanda en mujeres a lo largo de la vida



En la mujer se observó como los tres componentes de la demanda aumentaban a lo largo de la vida, **fig. 10**. Mientras que en el hombre **fig. 11**, la tendencia era ir disminuyendo excepto en la demanda emocional. Además la evolución de los tres componentes era más irregular en los hombres.

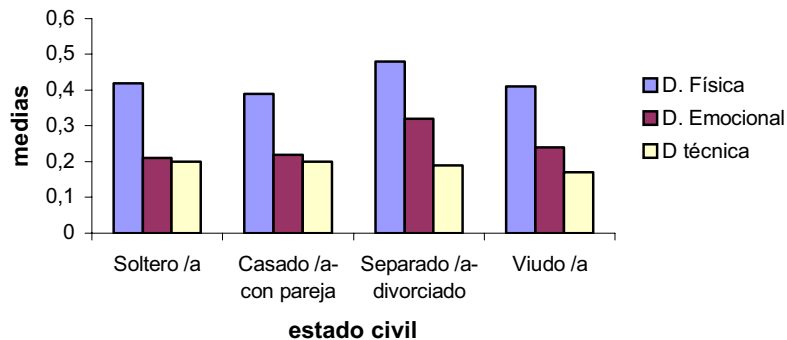
Fig 11. Comportamiento de la demanda en hombres a lo largo de la vida



4.2.4. DEMANDA Y ESTADO CIVIL.

En la **fig. 12**, observamos que:

Fig. 12. Estado civil y tipo de demanda



- Presentaban más demanda física los separados y divorciados, menor pero similar los solteros y viudos. Los de menor demanda eran los casados o con pareja.
- Los separados y divorciados presentaban más demanda emocional seguidos por los viudos. Aquellos que tenían menor demanda emocional eran los solteros.
- La demanda técnica fue similar en los solteros seguidos por los casados. Algo menor en los separados-divorciados y mucho menor en los viudos.

Tras aplicar un ANOVA de una vía para determinar la influencia del estado civil en el tipo de demanda se obtuvieron los siguientes resultados, (**tabla 17**):

Tabla 17. Influencia del estado civil en el tipo de demanda

	N	%	X ± SD	F	Sig
Aspecto físico				1,70	0,17
Soltero /a	295	29.3	0,42 ± 0,30		
Casado /a- con pareja	599	55.6	0,39 ± 0,31		
Separado /a-divorciado	59	5.9	0,48 ± 0,34		
Viudo /a	52	5.17	0,41 ± 0,29		
total	1005	100	0,41 ± 0,31		
Aspecto emocional				3,60	0.013
Soltero /a	295	29.3	0,21 ± 0,25		
Casado /a- con pareja	599	55.6	0,22 ± 0,26		
Separado /a-divorciado	59	5.9	0,32 ± 0,31		
Viudo /a	52	5.17	0,24 ± 0,25		
total	1005	100	0,22 ± 0,26		
Aspecto técnico				0,24	0,86
Soltero /a	295	29.3	0,20 ± 0,22		
Casado /a- con pareja	599	55.6	0,20 ± 0,21		
Separado /a-divorciado	59	5.9	0.19 ± 0,22		
Viudo /a	52	5.17	0.17 ± 0,18		
total	1005	100	0.20 ± 0,21		

Las diferencias encontradas al realizar el análisis de varianza no fueron significativas para un nivel de significación $<0,007$. Hay que destacar que en la demanda emocional había una tendencia a la significación $p = 0,013$.

Para valorar si alguna de las categorías del estado civil determinaba esa tendencia a la significación, fue realizado el test de comparaciones múltiples, observándose que las diferencias en el caso de pacientes separados-divorciados y solteros presentaban un nivel de significación de $0,015$.

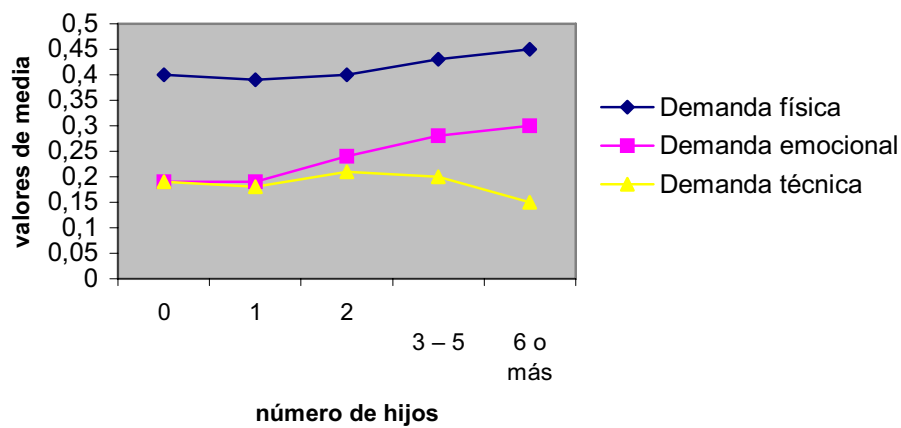
4.2.5. DEMANDA Y NÚMERO DE HIJOS.

En la **fig.13** se aprecia cómo la demanda emocional fue aumentando con el número de hijos, al igual que la demanda física, si bien esta última en menor proporción. La demanda técnica fue aumentando a medida que lo hacía el número de hijos, pero se observó, cómo a partir de cinco hijos dicha demanda disminuía. La demanda física es el componente de mayor intensidad, seguido de la

emocional y por ultimo la demanda técnica, la menos solicitada. Los componentes demanda física y emocional fueron aumentando con el número de hijos, sobre todo la demanda emocional desde la presencia del primer hijo. La demanda física aumenta mucho más a partir de dos hijos. La técnica a su vez va aumentando con el número de hijos, sin embargo a partir del quinto hijo disminuye.

Para establecer la influencia del número de hijos del paciente en la demanda

Figura 13 Influencia del número de hijos en la demanda



realizada por el mismo fue llevado a cabo un análisis de varianza simple, obteniéndose los siguientes resultados (**tabla 18**):

Tabla 18. Influencia del número de hijos en el tipo de demanda

	N	X±SD	F	Sig
Demanda física			0,646	0,630
0	370	0,40 ± 0,30		
1	147	0,39 ± 0,33		
2	250	0,40 ± 0,32		
3 – 5	208	0,43 ± 0,30		
6 o más	30	0,45 ± 0,29		
Total	1005	0,41 ± 0,31		
Demanda emocional			5,406	0,00
0	370	0,19 ± 0,24		
1	147	0,19 ± 0,25		
2	250	0,24 ± 0,26		
3 – 5	208	0,28 ± 0,27		
6 o más	30	0,30 ± 0,25		
Total	1005	0,22 ± 0,26		
Demanda técnica			0,694	0,596
0	370	0,19 ± 0,22		
1	147	0,18 ± 0,21		
2	250	0,21 ± 0,22		
3 – 5	208	0,20 ± 0,21		
6 o más	30	0,15 ± 0,19		
Total	1005	0,19 ± 0,21		

Las diferencias encontradas en la demanda emocional en función al número de hijos son estadísticamente significativas para una $p < 0,007$.

Fue realizado un test de comparaciones múltiples, obteniéndose que las diferencias en la demanda emocional en función del número de hijos, eran debidas, fundamentalmente, a la presencia de 3-5 hijos, con un nivel de significación de 0,004 respectivamente. ($p < 0,05$).

4.2.6. DEMANDA Y EMBARAZO.

Para poder valorar la influencia del embarazo en la demanda se llevó a cabo la prueba t de Student para muestras independientes, aplicando la prueba de Levene para la igualdad de varianzas (**tabla 19**).

Tabla 19. Demanda y embarazo en población total

Embarazo actual		total	X ± SD	t	Sig
Demanda física	No	985	0,41 ± 0,31	1,57	0,11
	Si	21	0,31 ± 0,38		
Demanda emocional	No	985	0,23 ± 0,26	0,77	0,44
	Si	21	0,18 ± 0,29		
Demanda Técnica	No	985	0,20 ± 0,21	- 0,098	0,92
	Si	21	0,20 ± 0,25		

Aparentemente se aprecian diferencias entre los pacientes que no esperan un hijo en el momento de la consulta y aquellos que si lo esperan (2,09%). Dichos pacientes presentan menor demanda física y emocional respecto al resto de la población muestral. Sin embargo estas diferencias no han resultado significativas.

Tabla.20 Demanda y embarazo en las mujeres

Embarazo actual		Mujeres			
		N	X±SD	t	Sig
Demanda física	No	674	0,40 ± 0,31	2,06	0,039
	Si	18	0,24 ± 0,32		
Demanda emocional	No	674	0,23 ± 0,26	1,47	0,14
	Si	18	0,14 ± 0,26		
Demanda Técnica	No	674	0,19 ± 0,20	0,73	0,46
	Si	18	0,15 ± 0,22		

Ya se ha comentado, en las características de la muestra. que 2,6% de los pacientes se encontraban esperando el nacimiento de un hijo. El 1,8% de las mujeres estaban embarazadas, apreciándose en éstas (tabla 20) menor demanda en los tres componentes de la misma respecto a las no embarazadas. Sin

embargo, estas diferencias no fueron significativas. Cabe destacar la tendencia a la significación en las diferencias apreciadas en la demanda física.

Tabla. 21. Relación entre tipo de demanda y hombres con parejas embarazadas

Embarazo actual en pareja		Hombres			
		N	X±SD	t	Sig
Demanda física	No	311	0,44 ± 0,29	-1,30	0,57
	Si	3	0,67 ± 0,58		
Demanda emocional	No	311	0,21 ± 0,24	-1,58	0,11
	Si	3	0,46 ± 0,38		
Demanda Técnica	No	311	0,21 ± 0,23	-2,00	0,046
	Si	3	0,48 ± 0,26		

Al realizar el estudio en los hombres se apreció que existía un aumento de los tres componentes de la demanda en los pacientes varones cuyas parejas esperaban un hijo (**tabla 21**), existiendo una tendencia significativa (0,046) en la diferencia relativa a la demanda técnica. Pero sólo son 3 los pacientes (0,95 %) del total de los varones, que al acudir a la consulta se encontraban en esta situación, por lo que el resultado relativo a estos 3 pacientes no es totalmente fiable.

4.2.7. DEMANDA Y SITUACIÓN LABORAL.

Fue valorada la influencia de la situación laboral en el tipo de demanda realizándose un análisis de varianza. Se obtuvieron los resultados reflejados en la **tabla 22**.

Tabla 22. Demanda y situación laboral

		N	X ± SD	F	Sig
Demanda física	En paro	39	0,37 ± 0,29	0.596	0.703
	Activo	431	0,40 ± 0,32		
	Ama de casa	271	0,42 ± 0,32		
	Baja laboral	29	0,38 ± 0,28		
	Jubilado/ pensionista	150	0,43 ± 0,28		
	Estudiante	86	0,42 ± 0,28		
	Total	1006	0,41 ± 0,31		
Demanda Emocional	En paro	39	0,20 ± 0,26	3.288	0.006
	activo	431	0,27 ± 0,25		
	Ama de casa	271	0,16 ± 0,28		
	Baja laboral	29	0,24 ± 0,22		
	Jubilado/ pensionista	150	0,16 ± 0,24		
	Estudiante	86	0,23 ± 0,22		
	Total	1006	0,18 ± 0,26		
Demanda técnica	En paro	39	0,18 ± 0,22	0.621	0.684
	Activo	431	0,20 ± 0,22		
	Ama de casa	271	0,20 ± 0,21		
	Baja laboral	29	0,20 ± 0,22		
	Jubilado/ pensionista	150	0,18 ± 0,20		
	Estudiante	86	0,17 ± 0,22		
	Total	1006	0,20 ± 0,21		

Los activos son los que realizaron más demanda emocional, seguidos de los que se encontraron en baja laboral, estudiantes y paro. Estas diferencias, que fueron encontradas en la demanda en función de la situación laboral, sólo fueron significativas para el componente emocional.

Tras realizar el test de comparaciones múltiples se observó que la significación de la demanda emocional era atribuida a ser ama de casa y a ser estudiante, presentando una significación de 0,016.

4.2.8. DEMANDA Y CARGAS FAMILIARES.

Los resultados que se obtuvieron al valorar la influencia de la situación familiar en la demanda tras realizar un ANOVA de una vía son los que se muestran en la **tabla 23**.

Tabla 23. Demanda y situación familiar

	N	X±SD	f	Sig
Demanda física			-0,15	0,88
Con apoyo	931	0,41 ± 0,31		
Sin apoyo	75	0,40 ± 0,31		
Demanda física			0,81	0,42
Con cargas	694	0,40 ± 0,31		
Sin cargas	101	0,43 ± 0,32		
Demanda emocional			0,75	0,46
Con apoyo	931	0,22 ± 0,26		
Sin apoyo	75	0,25 ± 0,24		
Demanda emocional			2,60	0,010
Con cargas	694	0,21 ± 0,25		
Sin cargas	101	0,29 ± 0,30		
Demanda técnica			-1,46	0,144
Con apoyo	931	0,20 ± 0,22		
Sin apoyo	75	0,16 ± 0,19		
Demanda técnica			0,34	0,73
Con cargas	694	0,20 ± 0,22		
Sin cargas	101	0,21 ± 0,21		

No se obtuvieron diferencias significativas en la demanda. Sí fue observada una tendencia a la significación en la demanda emocional en función de la existencia o no de cargas.

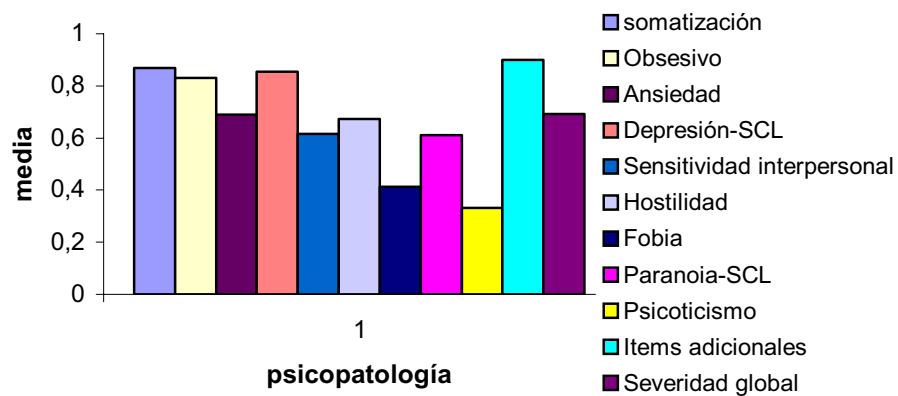
4.2.9. DEMANDA Y PSICOPATOLOGÍA.

Los resultados generales de la SCL-90-R en la muestra se aprecian en la tabla 24 y fig. 14:

Tabla 24. Resultados generales del SCL-90-R

	X	SD.
Somatización	0.87	0.67
Obsesivo-SCL	0.83	0.72
Ansiedad-SCL	0.70	0.66
Depresión-SCL	0.85	0.72
Sensitividad interpersonal-SCL	0.61	0.62
Hostilidad-SCL	0.67	0.73
Fobia-SCL	0.41	0.57
Paranoia-SCL	0.61	0.68
Psicoticismo-SCL	0.33	0.48
Ítems adicionales-SCL	0.90	0.71
Severidad global-SCL	0.70	0.56

Fig 14. Aplicación del SCL-90-R a la muestra



Los rasgos psicopatológicos que fueron encontrados más frecuentemente en la muestra, fueron somatización, obsesivo y depresivo. Los menos frecuentes fueron el psicoticismo y la fobia.

4.3. CORRELACIÓN DEL CDP Y SCL-90-R.

Fue realizado un estudio de correlación de Pearson para establecer si existía una relación significativa entre psicopatología y los tres componentes de la demanda.

Tabla. 25. Correlación del CDP y SCL-90-R

		Demanda física	Demanda emocional	Demanda técnica
Somatización-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.212 0,000	0.292 0,000	0.131 0,000
Obsesivo-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.228 0,000	0.339 0,000	0.162 0,000
Ansiedad-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.238 0,000	0.332 0,000	0.128 0,000
Depresión-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.231 0,000	0.217 0,000	0.098 0,000
Sensitividad interpersonal-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.146 0,000	0.235 0,000	0.124 0,000
Hostilidad-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.187 0,000	0.286 0,000	0.151 0,000
Fobia-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.195 0,000	0.238 0,000	0.119 0,000
Paranoia-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.166 0,000	0.276 0,000	0.148 0,000
Psicoticismo-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.189 0,000	0.273 0,000	0.118 0,000
Items adicionales-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.201 0,000	0.322 0,000	0.156 0,000
Severidad global-SCL	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	0.227 0,000	1.000 0,000	1.000 0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se observa en la **tabla 25**, se apreció una relación significativa entre los tres componentes de la demanda y los diferentes tipos de psicopatología.

4.4. DEMANDA Y TIPO FAMILIAR.

4.4.1. RESULTADOS GENERALES DE LA APLICACIÓN DEL FACES EN LA MUESTRA.

Se analizaron los valores extremos de cohesión y adaptabilidad por ser los más representativos (**tabla 26**).

Tabla 26. Valores extremos de cohesión y adaptabilidad en la muestra.

	N	%
Familia muy aglutinada	201	20 *
Familia desvinculada	208	20,7 *
Familia rígida	196	19,5**
Familia caótica	251	25,1**

* Valor extremo de cohesión.

** Valor extremo de adaptabilidad.

Fue observado que 201 pacientes, un 20% del total de la muestra, presentaron un tipo de cohesión extremo, el tipo familiar muy aglutinado. Mientras, el otro valor extremo de la cohesión, la familia desvinculada, lo presentaban 208 pacientes, es decir, un 20,7% del total de muestra.

Respecto a la adaptabilidad 196 pacientes (19,5%) presentaron el tipo extremo de familia rígida y 251 pacientes,(25,1%) el otro valor extremo, el de familia caótica. Es decir, un 85,3 % de la muestra presentaron algún tipo familiar extremo de cohesión o adaptabilidad. El resto de pacientes formaban parte de tipos familiares de cohesión (separado o aglutinado) y adaptabilidad (estructurado o flexible) no extremos. Por lo tanto, en estos pacientes la posibilidad de formar parte de un tipo familiar global medio, moderadamente balanceado o balanceado, fue mayor.

Se valoró el número de pacientes en los cuales coincidieron los tipos de cohesión y adaptabilidad extremos, **tabla 27**:

Tabla 27 Número de pacientes con tipos de cohesión y adaptabilidad extremos.

	Muy aglutinada	Desvinculada
Rígida	1	137
Caótica	122	1

Así los tipos familiares de :

- mínima cohesión (desvinculada) y mínima adaptabilidad (rígida)
- máxima cohesión (aglutinada) y máxima adaptabilidad (caótica)

se dieron con más frecuencia que los otros tipos de extremos opuestos en los pacientes.

4.4.2. CORRELACIÓN ENTRE CDP Y FACES.

Se aplicó un estudio de correlación de Pearson con la finalidad de determinar la existencia o no de influencia entre los diferentes tipos de demanda y la cohesión-adaptabilidad familiar (**tabla 28**).

Tabla.28. Correlación entre CDP y FACES

		Demanda física	Demanda emocional	Demanda técnica
Cohesión-FACES	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	-0.060 0,056	-0.072 0,022	0.003 0,936
Adaptabilidad-FACES	Correlación de Pearson (sig.bilateral)	-0.063 0,045	-0.063 0,047	-0.004 0,907

La correlación es significativa al nivel 0,05

Existe una correlación significativa para la cohesión y la demanda emocional, pero en sentido inverso, es decir, a mayor cohesión menor demanda emocional.

Al igual sucede respecto a la adaptabilidad con la demanda física y emocional: a mayor adaptabilidad menor demanda física y emocional.

4.5. FACTORES PRONÓSTICOS.

4.5.1. DE ALTA DEMANDA.

4.5.1.1. Definición de Alta Demanda.

Anteriormente se ha comentado como la carga o el valor medio era el representativo de todos los valores que había tomado el componente en la muestra. Así existían tres cargas medias correspondientes a cada componente de la demanda (**tabla 11**)

Tabla 11. Cuantificación de cada componente de la demanda

	Demanda Física	Demanda Emocional	Demanda técnica
Carga media	0,41	0,23	0,20

Los valores de cada componente son ordenados (de menor a mayor) y a su vez clasificados en percentiles, el percentil 75 corresponde a un valor por debajo del cual se encuentra el 75% de los valores que ha tomado un componente. A partir de dicho valor se ha considerado, que el componente tiene un peso o carga elevada en la demanda del paciente, es decir, a partir del percentil 75 el valor que toma cada componente en la muestra corresponde a una alta demanda emocional, física o técnica (**tabla 29**)

Tabla 29. Alta demanda

	p 75	N	%
Alta demanda física	0,69	266	26,4
Alta demanda emocional	0,38	261	25,9
Alta demanda técnica	0,33	287	28,5

Por lo tanto un porcentaje de pacientes en la muestra se presentarán con alta demanda. En función de la naturaleza de su solicitud de ayuda, y respondiendo a como los componentes de la misma están interrelacionados entre sí, algunos pacientes están incluidos, al mismo tiempo, en varios porcentajes de alta

demanda, a sí como otros únicamente tendrán un único componente de alta demanda.

La alta demanda física se dio con más frecuencia que los otros dos componentes, siendo dos veces mayor que la alta demanda emocional. Esta última fue ligeramente superior a la técnica.

4.5.1.2. Factores pronósticos de Alta Demanda.

Tabla 30. Factores pronósticos de alta demanda

Variables dependientes	Predictores	Odds ratio	IC 95%		Sig.
			Inf	Sup	
Alta Demanda Física	Ansiedad (SCL-90-R)	1,52	1,31	1,76	0,000
Alta Demanda Emocional	Edad	1,02	1,01	1,03	0,000
	Situación. laboral (Ama de casa)	1,80	1,14	2,84	0,012
	Ansiedad (SCL-90-R)	1,9	1,60	2,20	0,000
Alta Demanda Técnica	Fobia (SCL-90-R)	1,25	1,01	1,54	0,041
	Severidad Global (SCL-90-R)	1,27	1,02	1,57	0,028
<p>P< 0,05.</p> <p>Variables incluidas en la ecuación: sexo , edad, número de hijos, con cargas, sin cargas, con apoyo, sin apoyo, en paro, activo, ama de casa, baja laboral, jubilado, pensionista ,estudiante, somatización , obsesión, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, fobia, ansiedad, paranoia, psicoticismo, items adicionales, GSI, cohesión y adaptabilidad.</p>					

La presencia de ansiedad en el paciente en el momento de realizar la petición de ayuda sanitaria condiciona una demanda física 1,5 veces superior y una demanda emocional 1,9 veces superior respecto a pacientes que no presentan síntomas de ansiedad. El ser ama de casa aumenta la demanda emocional 1,8 veces más que si no se diese en el paciente esa ocupación. La

demanda emocional también está condicionada ligeramente por la edad del paciente.

La presencia de fobia y la severidad global de la psicopatología aumentan la demanda técnica 1,25 y 1,27 veces más respecto a pacientes que no presentan esta condición psicopatológica.

5. DISCUSIÓN.

5.1. CONFIRMACIÓN DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL DEL CDP.

En 1999 realizamos el primer estudio con el CDP, donde confirmamos su estructura factorial en una muestra de 300 pacientes, en la que, predominaba el nivel socioeconómico medio-bajo (Cruces y cols., 2001). El actual estudio se diseñó con la idea de que la muestra tuviese un tamaño mayor que en el estudio de 1999 y también una mejor representatividad social. De esta manera se disminuyó la probabilidad de introducir un sesgo por el tamaño muestral y del predominio no representativo de una clase social concreta en la muestra, ya que hay estudios que evidencian que la demanda de los pacientes en Atención Primaria, en sistemas sanitarios públicos, difiere según su clase social (Blaxter, 1990). Consecuencia de ello fue volver a corroborar la estructura factorial del CDP utilizando una muestra de 1006 pacientes, con predominio del nivel socioeconómico medio, más concordante con el global de la sociedad pacense.

Como ya se ha señalado, la agrupación factorial de los ítems que ha sido obtenida tras la aplicación del CDP en la muestra, se corresponde básicamente con la primera confirmación de la estructura factorial del CDP realizado 1999 (Cruces y cols., 2001). En este sentido, el 88,1% de los ítems mantiene su ubicación factorial, limitándose a 0,30 el peso mínimo para integrarse en un factor. Comparándolo con la versión inglesa del CDP, *The Patient Request Form* de Valori y cols. (1996), también se aprecia cómo un porcentaje elevado de ítems sigue manteniendo su ubicación factorial, 83,40%, para un peso mínimo de 0,30.

El factor 1 o “demanda física”, está integrado por 13 ítems referidos a síntomas que el paciente siente como tales y son aportados a su médico con la finalidad de buscar un significado de los mismos, una explicación respecto a su causa, relación con otras circunstancias, probable diagnóstico e impresión de gravedad (Maly y cols., 1999). En definitiva engloba los «aspectos cognoscitivos» de la práctica médica, configurando la «demanda ligada a la enfermedad o demanda física» (Cruces y cols., 2001; Cruces y Vaz, 2001). En este sentido todos los ítems que componen el factor 1 aparecen también en el primer factor del

estudio que realizamos en el 1999, excepto tres ítems; el 19, 25 y 36 que aparecían en el estudio inicial integrados en el factor 1, los dos primeros se incorporan al factor 2 y el último al factor tres. En lo relativo a este apartado, el ítem 19 (“quiero saber si mis problemas están relacionados con otras circunstancias de la vida”) aparece ubicado en el factor 2 como reflejo de la necesidad que presenta el paciente de apoyo y empatía del profesional para entender la relación de su problema (físico o psicológico) con otras circunstancias vitales (biológicas, psicológicas y sociales) y de la necesidad, además, de una actitud empática, de una explicación psicosocial que vaya más allá de su rol científico, aludiendo a la formación humanística del profesional. El ítem 25 (“Quiero que me ayuden a hacer frente a mi enfermedad”) refleja, claramente, la petición de ayuda ante la necesidad de apoyo emocional frente a la vivencia del proceso patológico por el paciente. Estos ítems, junto a otros once, constituyen el factor 2 o «demanda de apoyo emocional». El ítem 36 (“Quiero que me expliquen que tratamiento estoy recibiendo”) se encuentra ubicado en el factor 3, pareciéndonos lo más acertado, ya que refleja la solicitud de una explicación técnica que, como también veremos, guarda relación con la demanda de la habilidad y capacidad del médico respecto a aquellos procedimientos orientados al diagnóstico y al manejo de la enfermedad, constituyendo el factor 3 o «demanda técnica».

El factor 2 o «demanda de apoyo emocional» agrupa a 13 ítems que globalmente tienen que ver con la expectativa del paciente de restaurar su equilibrio emocional interno mediante la petición, ya sea explícita o implícita en la demanda, de una explicación, consuelo, escucha y actitud empática del clínico, circunstancia dada en el paciente ante el temor y/o ansiedad, que lleva consigo la propia relación médico-paciente, la presencia de cualquier enfermedad, vivencia de una experiencia vital estresante o el propio padecimiento de una enfermedad mental. Es un factor relacionado con el componente afectivo e interpersonal de la demanda del paciente, donde se incluyen elementos que tienen que ver con la búsqueda de una explicación para el componente psicosocial y/o psicopatológico de la enfermedad, el deseo de recibir apoyo, de expresar los propios sentimientos o de confrontar la propia visión del problema con el médico. Por lo tanto, con este

tipo de demanda entramos en el ámbito de las emociones que se movilizan en la situación clínica y configuran los aspectos más relacionales de la práctica. En lo referente a este factor, en el actual estudio se conservan once ítems de los trece que integraban dicho factor en el estudio de 1999; salen el ítem 24 y el 34 pero se incorporan los ítems 19 y 25, como ya indicamos anteriormente. El ítem 34 (“Quiero hablar sobre un familiar que tiene problemas”) queda fuera del factor 2 debido a la restricción aplicada (0,30). La demanda puede ser realizada por un tercero (Berardi y cols., 1999) sobre todo cuando el propio paciente no asume su enfermedad como tal, generando un problema tanto para el paciente como para su familia y el resto de su esfera social. A esta situación es frecuente que se llegue por agotamiento de los recursos familiares para poder resolver dicho problema. Las circunstancias que con más frecuencia desencadenan esta situación vienen dadas por la celopatía, drogodependencias, malos tratos, etc, las cuales originan la desestructuración de la vida familiar, laboral y en definitiva social del paciente. Algunas de dichas situaciones aparentemente se dan con más frecuencia en ambientes socioeconómicos y culturales bajos (Taylor y cols., 1995). En el estudio que fue realizado en 1999 la muestra pertenecía a un área de población caracterizada por un bajo nivel económico y cultural, mientras que, en el estudio que actualmente nos ocupa, predomina la clase media. Quizás ésta sea la causa de que, a diferencia del realizado en 1999, donde predominaba la clase media-baja, el ítem no tenga suficiente peso en el actual estudio (perdiendo su ubicación en el factor 2).

Otro ítem que cambia su localización es el 24, (“Quiero hablar con el médico sobre el tratamiento que yo creo que necesito”), antes en el factor 2 y ahora en el 3. Parece más adecuada esta ubicación, ya que con este ítem el paciente apela a la capacidad técnica del clínico, con el objetivo de intercambiar impresiones respecto a la idoneidad de un determinado tratamiento, más que al componente humano o empático que pueda ofrecer el médico. Sí es cierto que en este momento se produce la confrontación del propio punto de vista con el del clínico, desplegando el paciente su capacidad de persuasión y apelando en cierta manera a la empatía del médico, pero también sabe que la relación con su médico es

asimétrica desde el punto de vista científico y técnico, “del que no sabe al que sabe”, y es esto precisamente lo que busca, es decir, la ratificación por un experto de aquel tratamiento que el paciente creía apropiado.

Por último el factor 3, denominado «demanda técnica» (Cruces y cols., 2001), hace referencia en su conjunto al rol instrumental del médico, es decir, a su capacidad para utilizar determinados procedimientos y técnicas, y aplicar los mismos al diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad. El factor refleja la búsqueda de actuaciones concretas en relación con el proceso diagnóstico y con las medidas terapéuticas, hablando de una demanda que tiene que ver no tanto con los conocimientos y actitudes del médico, cuanto con sus habilidades específicas en el ámbito de su profesión. Dicho factor está constituido por 12 ítems, dos de los cuales, el 24 y el 36, no estaban incluidos en el estudio de 1999, como ya hemos comentado en el párrafo anterior.

Existen otros cuatro ítems además del ítem 34; el 37, 39, 40, 41, que no tienen suficiente carga ($>0,30$) como para englobarlos en uno de los tres factores citados. Los ítems 39 y 40 coinciden con los hallados en las mismas circunstancias, tanto en el estudio que realizamos en 1999 cómo en el realizado por Valori y col en 1996, donde se validó la versión original de la escala *The Patient Request Form*. El 39 y el 37 coinciden con el estudio realizado en 1999. El resultado de la carga del ítem 39 (“Quiero que me vea una doctora”), puede ser debido a que en el momento de realizar la demanda, en el paciente pesa más la confianza o crédito que tiene en su médico de cabecera como clínico, ser humano y experto en el manejo de la enfermedad, que el género del mismo, ya que en realidad es la figura del profesional lo que busca para que le resuelva el problema. Sí es cierto que algunos estudios aseguran que los pacientes presentan mayor satisfacción cuando el médico de cabecera es una mujer (Delgado y cols., 1993), argumentando que presentan mayor empatía (entre otras causas). Pero, tras escuchar los comentarios que nos hacían los pacientes después de rellenar los cuestionarios, dedujimos que frente a dicho ítem, cuando el médico de cabecera era una mujer, por lo general, el paciente respondía con un “sí” o con un “no sabe/no contesta”, pero identificando este último con la actitud “me da igual”, ya

que así nos lo expresaban los pacientes. Mientras que si su médico era varón, con frecuencia, también optaban por el “no sabe/no contesta”, explicándose en el mismo sentido.

A pesar de que en la práctica clínica el médico tiene la impresión de que la mayoría de los pacientes acuden por una receta, el ítem “Quiero una receta” no se encuentra incluido en ninguno de los tres componentes de la demanda, ni siquiera en la técnica, donde sería lógico pensar que estuviese englobado. Quizás sea como consecuencia de que en el momento de solicitar la demanda, el deseo únicamente de una receta no es el reflejo de la expectativa real del paciente, ya que probablemente, coexistan otras expectativas y deseos que subyacen en las diferentes peticiones del mismo. Estas otras expectativas o deseos estarán representados por otros ítems que constituirán la demanda real del paciente. Es decir, es probable que el paciente acuda a su médico porque quiere una receta de su tratamiento habitual pero desee algo más del clínico, aunque no explícitamente, como contrastar información sobre su enfermedad, profundizar en el diagnóstico, consultar respecto a determinados síntomas estigmatizados por el individuo o la sociedad, apoyo psicológico, etc. Estos deseos, a veces, no son expresados por razones tales como no entretener al médico, tener mucha gente en la consulta, darle vergüenza, miedo a que moleste al médico, etc. Sin embargo, se verbalizarían cuando el clínico, al considerar esta posibilidad, le plantease preguntas abiertas, dándole opción a expresar todos sus deseos. Lo habitual es que a esta situación se le sume una elevada presión asistencial (consulta con preguntas cerradas), la catalogación del paciente crónico como estable, prejuicios del médico ante determinados pacientes o enfermedades, etc. Todo ello, perpetuará la idea en el médico de este tipo de petición como única en el paciente, la cual sólo se modificará ante el deseo explícito del paciente de otros tipos de peticiones. Así, según Valori y cols (1996), a pesar de que los pacientes han determinado al médico de cabecera como el que tiene mayor disponibilidad para poder captar sus demandas, éste es en gran parte insensible a las mismas, con lo cual, que el ítem “Quiero una receta” no esté incluido en ningún componente de la demanda, concuerda con esta afirmación. Es decir, aunque la percepción del

médico sea que el paciente demanda muchas recetas, puede ser un dato que refleje la mala comprensión de la demanda del paciente por parte de su médico general, contribuyendo a confirmar la prescripción excesiva de recetas (Virji y Britten, 1991), así como ayudando a aclarar la conexión específica entre trastornos emocionales y el tratamiento somático innecesario en los pacientes somatizadores.

El ítem “Quiero consejo sobre un problema matrimonial/sexual”, a diferencia de los dos ítems anteriores, no se excluye en el estudio de la versión original de Valori y cols. (1996). Sin embargo en nuestro estudio, este ítem queda excluido de los tres componentes de la demanda. La causa puede ser porque todavía son frecuentes las reticencias del paciente de nivel medio a reconocer o confesar la existencia de este tipo de problemas en la consulta.

El ítem 37 “Quiero que el médico se muestre comprensivo hacia mi problema y hacia mí”, lo lógico es que estuviese incluido en el componente emocional. Sin embargo, creemos que no lo está porque el paciente lo entiende como algo implícito por su carácter esencial ante cualquier petición a su médico y, por lo tanto, común a todas las demandas. Por eso no surge con la suficiente carga como para que se incluya en un tipo específico de demanda.

En este estudio, la validez y consistencia interna del CDP ha sido demostrada con más exactitud, fundamentalmente debido al aumento del tamaño muestral y a la mayor representatividad de la muestra de la población de referencia, confirmándose como instrumento de medida cuantitativo y cualitativo de la demanda del paciente en Atención Primaria y afirmando que la demanda del paciente esta integrada por tres componentes o tipos de demanda: demanda física, demanda emocional y demanda técnica, cada una de las cuales corresponde a las funciones ya definidas en el médico: como experto en el conocimiento científico (rol científico), experto en la atención psicosocial (rol de apoyo emocional) y, como experto en la utilización de determinados procedimientos y técnicas en el manejo de la enfermedad (rol técnico) (Salmon y Quine 1989; Salmon y cols., 1988; Amstrong, 1991).

5.2. APLICACIÓN DEL CDP EN LA MUESTRA.

Como se aprecia en la tabla 11, en el apartado de los resultados, la demanda del paciente es fundamentalmente física, predominando claramente sobre la emocional y la técnica. La demanda emocional es ligeramente mayor que la demanda técnica. Desde un punto de vista antropológico (Fabrega 1972), el ser humano vive la enfermedad en dos dimensiones, tal y como referimos en la introducción de este estudio: la dimensión física (enfermedad) y la emocional (dolencia). La dimensión física, o enfermedad, es vivida como una alteración del funcionamiento normal del organismo, objetiva e individual en el ser humano. Es decir, un patrón de patología aplicable a todos los individuos, tal y como se encuentra en los tratados de medicina. Por su parte, la dimensión emocional o dolencia es lo referido a la vivencia de la complejidad psicosocial en la cual está inmersa la enfermedad, es el estado de percepción individual del trastorno funcional y, por tanto, subjetiva, y en función de las características psicológicas e individuales del que la padece, será expresada en forma de ansiedades, miedos, tristeza..., ya sea explícita o implícitamente. Excepto en aquellas situaciones en las que esta última dimensión desborda al paciente, ya sea como efecto o causa de la enfermedad, globalmente en la sensación del paciente predomina la dimensión de enfermedad física, debido a que todavía tiene muy asumido su organicidad, su concepto físico de enfermedad como consecuencia tanto de la interiorización persistente del modelo biomédico tradicional, (Gomez Gascón y Ceitlin, 1998; Martín y Cano 1999) como del hecho de que gran parte de los problemas atendidos suelen ser físicos, porque la multiorganicidad del ser humano hace más probable la patología médica. Basándonos en estos conceptos, argumentamos que cuando el individuo identifica el malestar como síntoma, y se atribuye el rol de enfermo, generalmente lo siente como una problema físico. El paciente acude a su médico con un objetivo principal “saber qué es lo que tengo”; apela, pues, a los conocimientos científicos que puedan explicar dicho síntoma, pronóstico de la

supuesta enfermedad y la necesidad o no de iniciar un estudio para clarificar el proceso. Es decir, realiza principalmente, una demanda física.

No obstante, la demanda emocional y la técnica representan una parte importante de la demanda total del paciente (carga media: 0,23 y 0,20, respectivamente), como reflejo tanto del cambio que se está produciendo en la relación médico–paciente, como de la necesidad del propio paciente de dar paso a una expresión integral, biopsicosocial de la vivencia de su enfermedad, acorde con la atención que puede propiciarle su médico. Un modelo de atención en el cual se favorece la flexibilidad y bidireccionalidad, una mayor sensibilidad y actuación por parte del médico frente a los componentes emocionales de la práctica, y una mayor confianza por parte del paciente para contrastar y consensuar con el médico, la información sobre los diferentes métodos diagnósticos y tratamientos, y la toma de decisiones sobre los mismos (Martín y Cano 1999). La demanda emocional es ligeramente más frecuente que la demanda técnica, porque con ella, se apela al componente humano del médico, el cual, siempre ha sido común, en mayor o menor medida, en la solicitud del paciente, aunque no tan frecuente y evidente como se da en la actualidad. La solicitud de empatía y apoyo psicológico tiene como finalidad restaurar la tranquilidad del paciente ante la preocupación del proceso físico y forma parte del tratamiento en el enfermo psiquiátrico, en el cual predomina dicha demanda frente a la física y técnica, según estudios previos (Salmon y cols., 1994). Sin embargo, anteriormente, el uso de determinadas habilidades y manejo de la enfermedad, estaba limitado al criterio del médico y las posibilidades de realizar una demanda técnica, por lo tanto, eran más reducidas. Pero el cambio del rol del paciente, de ser un recipiente pasivo de cuidados a un consumidor orientado de los mismos, y el actual acercamiento médico-paciente en la Atención Primaria, han conllevado una mayor libertad para solicitar o contrastar opiniones sobre aquellas habilidades que realiza el experto, y así, la posibilidad de efectuar una demanda técnica actualmente es mayor, y, por tanto, como ya hemos evidenciado, casi similar a la demanda emocional.

Se observó que existía una correlación altamente significativa entre los tres componentes de la demanda. Ello sugiere que la demanda del paciente en

Atención Primaria se expresa como un “todo”, dado por un conjunto multidimensional, predominando uno u otro componente (física, emocional o técnica) en función de la vivencia del malestar y necesidad del paciente. Esta interrelación estrecha, explica igualmente por qué, en determinados casos, la demanda del paciente puede expresarse indirectamente a través de formas de demanda diferentes de aquéllas que inicialmente serían las más apropiadas, desplazando, por ejemplo, a través de una demanda de tipo físico o técnica, una demanda que inicialmente podría y debería ser formulada a nivel emocional, como sucede, entre otros, en la realizada por pacientes somatizadores o hipocondríacos (Leibrand y cols., 2000; Barsky y cols., 2000.)

5.3. DEMANDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

5.3.1. DEMANDA Y GÉNERO.

Como se observa en la muestra, las mujeres (68,8%) consultan más a su médico que los hombres (31,2%), hecho que también se aprecia en estudios anteriores con porcentajes similares (Salmon y Quine 1989; Salmon y cols., 1994; Valori y cols., 1996).

Las mujeres mantienen el rol de ser las principales proveedoras de la salud dentro de la familia, siendo la familia, según Kleinman (1986) donde se dan entre el 70-90 % del total de los cuidados de salud, tanto en sociedades occidentales como en la no occidentales, ya que la familia es el área fundamental de cuidados dentro del sector popular (Gallo Vallejo y cols., 1997). Por lo tanto, las mujeres se presentan más susceptibles ante las dolencias familiares y, como consecuencia de ello, acuden con más frecuencia a su médico de cabecera, tanto para consultar problemas propios como para acompañar y responsabilizarse de una parte de los problemas de salud de sus familiares. A esto se le añade la incompleta incorporación de la mujer al mundo laboral. Por lo tanto, muchas mujeres dedican su tiempo a roles más tradicionales, disponiendo de una mayor accesibilidad

debido a la flexibilidad de sus horarios. Aunque, conviene hacer referencia, respecto a la intensidad de utilización por las mujeres de los sistemas sanitarios públicos en Atención Primaria, al hecho de que hay estudios contradictorios, variando la significación cuando se estratifica por la edad (Gallo Vallejo. y cols., 1997)

En nuestro estudio, como se puede observar en la figura 8 y tabla 13, la demanda se distribuye de forma similar entre ambos sexos. Las diferencias apreciadas no fueron significativas, resultado parecido al que fuera obtenido en el estudio que realizamos para determinar la influencia de la edad y el sexo en la demanda del paciente en Atención Primaria en 2001 (Cruces y Vaz, 2001). Destacamos que en el actual estudio se observó cómo los hombres parecen apelar algo más que las mujeres a la explicación mediante el conocimiento científico del clínico, al aspecto cognitivo de la enfermedad, es decir, a la demanda física, presentando esta relación una tendencia a la significación. Pensamos que este resultado, puede estar relacionado con la persistencia del rol tradicional en el hombre, es decir, con la necesidad de mantener un mayor control y dominio de su entorno (Moya, 1984). Esto se traduce en un aumento de la demanda de explicaciones científicas respecto a la causa, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad con la finalidad de mantener la sensación de que el problema “no se le va de las manos”.

5.3.2. DEMANDA Y EDAD.

A través de los resultados reproducidos en la tabla 14 y figura 9, podemos deducir que el componente emocional de la demanda está determinado por la edad del paciente, ya que se aprecia una relación significativa entre ambos. Este resultado es diferente al que se obtuvo en el estudio que realizamos en 2001 (Cruces y Vaz 2001), donde no se estableció la relación significativa entre ambas variables, pero si se advirtió la posibilidad de que hubiese un sesgo en el estudio, debido al reducido tamaño muestral (200 pacientes).

En el actual estudio no se han evidenciado diferencias significativas para ningún grupo de edad, en ningún componente de la demanda. Sí cabe destacar que en lo relativo a la demanda emocional, y en los grupos de edad de 18–25 años y de 40-55 años, se evidenció un aumento de la demanda con una tendencia a la significación. El aumento de la demanda entre los 18-25 años puede deberse a factores psicosociales intrínsecos a la evolución del individuo. Los más frecuentes son: la necesidad de mayor autonomía, desarrollo de la identidad sexual, dificultad para acceder al primer empleo y los problemas relacionales en la integración laboral o universitaria. Aunque la demanda emocional, desde un punto de vista cuantitativo y en este rango de edad, es menor que en los rangos superiores, porque probablemente, todavía en su mayoría, no presentan las responsabilidades y dificultades propias de edades superiores (responsabilidades familiares, divorcio, despidos, etc.). Mientras, el aumento que se produce en la demanda emocional entre los 40-55 años (edad media de la vida), según Erikson (1950), es derivado de un conflicto entre el estancamiento y la productividad, insatisfacción del nivel profesional alcanzado, preocupación respecto a cuáles serán las metas más apropiadas en la vida (“crisis de los 40”), sensación de haberse equivocado ante determinadas decisiones tomadas que determinaron la evolución de la vida (dedicarse a los hijos y haber dejado la carrera profesional), divorcios-separaciones, síndrome del “nido vacío”, pérdida de empleo etc. Todo ello conducirá a conflictos internos enmarcados en una sensación de desamparo, los cuales se expresarán en forma de demanda emocional.

Tras estudiar la demanda respecto a la edad en las mujeres, se observó que la demanda emocional era significativa, mientras que, al estudiar la demanda respecto a la edad en los hombres, no se halló esta diferencia. Esta mayor demanda de empatía, consuelo y apoyo que necesita la mujer a lo largo de la edad, puede explicarse por factores como el propio rol sexual-social; donde la mujer, según las expectativas y prescripciones sociales, es poseedora de rasgos de personalidad de dependencia, afectividad y expresividad, interesadas en valores estéticos, religiosos y sociales (Moya, 1984). Estos dos últimos, influirán en su concepto de enfermedad y por lo tanto en la demanda. Otro factor a considerar es

la evolución del desarrollo y envejecimiento de la mujer en la sociedad moderna actual, donde presenta mayor posibilidad de decidir sobre su vida, independencia económica, trabajo y mayor nivel cultural, pero en la que todavía no se ha podido desligar completamente de su tradicional rol. Así, a lo largo de la vida, sufrirá conflictos internos derivados de lo que se espera que haga y lo que debe hacer. Por ejemplo, sentirse dividida entre dedicar más tiempo a sus hijos y las exigencias en su carrera profesional (en la edad de adulto joven), divorciarse o no ante una situación matrimonial no deseada, “crisis de los cuarenta” (edad media). A esto se le suman los problemas derivados del latente rol sexual, el asumir las tareas del hogar con una consecuente sobrecarga de trabajo (doméstico y laboral), el papel de cuidadora familiar, etc. Además se le añaden los problemas propios de la edad, como el envejecimiento físico, menopausia, “síndrome del nido vacío”, jubilación, pérdida de la posición sociolaboral y consecuente desequilibrio narcisista, pérdida de poder adquisitivo, (“crisis de la vejez”). Creemos que todas estas circunstancias interaccionan entre sí, a lo largo de la vida de la mujer, colocándola en situaciones de mayor conflicto interno y, así mismo, de mayor necesidad de apoyo y empatía por parte de su médico de cabecera a la hora de exponer sus problemas, ya sean físicos o psíquicos, en la consulta de Atención Primaria.

5.3.3. DEMANDA Y ESTADO CIVIL.

Las diferencias encontradas entre ambas variables no fueron significativas, pero ya destacamos en los resultados, cómo en la demanda emocional había una tendencia a la significación, (tabla 17). Tras realizar el test de comparaciones múltiples, se observó que, en la demanda emocional, las diferencias observadas en los pacientes separados-divorciados y solteros eran significativas. Es decir, la demanda emocional es mayor en los divorciados-separados y menor en los solteros o no convivientes con pareja.

El divorcio y la separación son sucesos altamente estresantes, ocupando el segundo lugar en la escala de acontecimientos vitales estresantes de Holmes y Rahe (1967). Se ha comprobado cómo el estrés puede generar inmunosupresión en los animales y favorecer una mayor incidencia de enfermedad (Calabrese y cols., 1987), así que resulta posible, que en los divorciados-separados aumente la probabilidad de padecer no sólo enfermedades psicológicas derivadas del estrés, sino también enfermedades físicas, e incluso presentar mayor riesgo de mortalidad. De hecho, la tasa de mortalidad por enfermedades es mayor entre los divorciados que en los restantes estados civiles según Verbrugge (1977). Y es que, la sensación de tristeza, ansiedad y frustración que supone este trance, genera en el paciente la necesidad de percibir más apoyo psicosocial del médico (Mackapetris y Craigie, 1986), al igual que mayor empatía y apoyo en familiares y amigos. Ambos tipos de apoyo, a pesar de ser distintos para el paciente (Salmon y cols., 1994), son fundamentales, ya que cubren diferentes necesidades en el mismo.

El resultado de menor demanda emocional en los solteros puede estar relacionado con el hecho en sí de no convivir o casarse con la pareja, ya que evita vivir las tensiones propias de la convivencia y responsabilidad familiar, eludiendo un malestar psicosocial interno añadido; es decir, implicará una posición de menor estrés vital cotidiano, con menor desgaste y vulnerabilidad emocional que las personas casadas o con pareja. Mackapetris y Craigie (1986) realizaron un estudio donde valoraron la influencia de los factores sociodemográficos en la demanda del paciente en Atención Primaria. Uno de sus resultados fue que los solteros demandaban más apoyo psicosocial del médico. Sin embargo, su estudio se realizó sobre una muestra integrada sólo por adultos. En nuestro estudio, se han incluido todos los pacientes que acuden a la consulta de medicina de familia, es decir, desde la edad de 12 años hasta los mayores de 80 años. Por lo tanto, de los 295 pacientes solteros, un 15 % son menores de 18 años, grupo en el que la media de la demanda emocional es la menor de todos los rangos de edad, y en los que además, la probabilidad de que vivan en pareja o estén casados es muy baja. Sin embargo, en el grupo de 18-25 años, (45,4%), la probabilidad de que

permanezcan solteros es más alta que en los mayores de 25 años y, aunque se haya producido un aumento en la demanda emocional, sigue siendo menor que en edades posteriores. Creemos que ambos factores, han podido influir en nuestro estudio para que los solteros obtengan una menor necesidad de demanda emocional que en el resto de situaciones.

5.3.4. DEMANDA Y NÚMERO DE HIJOS.

Se observa en la tabla 18 cómo la demanda emocional está determinada por el número de hijos y, concretamente, esta influencia viene dada por la presencia en el paciente de tres a cinco hijos. Las responsabilidades que lleva consigo el tener un hijo se multiplican al aumentar su número; con ello, también aumenta el estrés de los padres y la ansiedad latente de los mismos en toda dolencia. Se justifican de esta manera, los aumentos significativos de la demanda en función al número de hijos. El hecho de que la responsabilidad de este aumento de la demanda emocional recaiga sobre el rango de pacientes con tres a cinco hijos puede ser debido a que el número de pacientes que tienen de tres a cinco hijos es mucho mayor (205) que el número de pacientes con más de cinco (30), a pesar de que éstos últimos presentan una media de demanda emocional mayor.

5.3.5. DEMANDA Y EMBARAZO.

No se han apreciado diferencias significativas entre la demanda de los 21 pacientes (2,09%) que en el momento de la consulta estaban esperando un hijo, respecto a aquellos que no lo esperaban (tabla 19).

Un 2,6% del total de las pacientes se encontraban embarazadas, no evidenciándose en su demanda diferencias significativas respecto al resto de las mujeres (tabla 17). Sí se observó que existía una tendencia a la significación en la diferencia apreciada entre la demanda física, realizada por las mujeres gestantes y la realizada por el resto de las mujeres, siendo la de las gestantes menor. Quizás

este resultado pueda atribuirse a que las embarazadas no asumen como síntomas de enfermedad aquellas típicas molestias del embarazo (náuseas, vómitos, hipotensión, labilidad emocional, etc.) que en otras circunstancias, sí serían asumidas como tales. Probablemente esta actitud es resultado del asesoramiento dado a la gestante, por personas pertenecientes al sector popular del cuidado, como madres, abuelas o amigas, que habiendo pasado por ese estado, aconsejan y tranquilizan a la paciente. De hecho, dado la normalidad en la cual transcurren la mayoría de los embarazos, las embarazadas generalmente sólo acuden a su médico de cabecera en los controles estipulados, ante persistentes y llamativas molestias no resueltas y situaciones donde existe una evidente alarma, como por ejemplo el sangrado vaginal.

También se valoró la situación de aquellos pacientes varones que acudieron a la consulta y eran pareja de gestantes en el momento del estudio (tabla 21). Resultaron ser sólo tres pacientes. A pesar del reducido número, no deja de llamarnos la atención cómo, desde el punto de vista descriptivo, aumentan los tres tipos de demanda. Aunque no se hallaron diferencias significativas, sí se evidenció una tendencia a la significación en la diferencia apreciada en la demanda técnica. Es decir, estos pacientes parece que solicitaban mayor demanda técnica, quizás como transferencia de una mayor exigencia en la habilidad del médico en el manejo del embarazo de su pareja. No obstante, como ya se adelantó en los resultados, el número de varones en estas circunstancias era muy reducido y, por esta razón, no consideramos estos resultados estrictamente valorables, pero sí lo suficientemente llamativos como para plantearnos en el futuro un estudio al respecto.

5.3.6. DEMANDA Y SITUACIÓN LABORAL.

Como se observa en la tabla 22, en la consulta de Atención Primaria, la situación laboral del paciente determina su demanda emocional, concretamente el hecho de ser ama de casa y ser estudiante.

Ser ama de casa puede colocar al paciente en una situación más vulnerable desde el punto de vista emocional, debido al poco reconocimiento que lleva el dedicarse a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos, ya que la norma, en la sociedad actual, consiste en que cada persona tiene que desarrollar un método para satisfacer sus necesidades económicas, decidiendo la mayoría de las mujeres trabajar fuera de casa (Taylor y cols., 1995) y no dedicarse de exclusivo a las tareas del hogar. Esta situación, se vive con especial acritud en aquellas mujeres que han dejado su trabajo o carrera profesional por el cuidado de unos hijos tras haberse debatido entre ambos deseos y, posteriormente, al observar cómo su labor es poco valorada. Pero tanto, en este último grupo de mujeres (generalmente más jóvenes), como en aquéllas que desde el principio han decidido ser amas de casa, la falta de reconocimiento de su labor puede predisponerles a sentimientos de inferioridad frente a la mujer que trabaja fuera de casa, con el desarrollo de ansiedad (Pérez y Serra 1996) depresión, frustración (“síndrome del ama de casa”) y mayor necesidad de empatía y escucha por parte, entre otros, del médico. Ello, unido al propio desgaste psicológico que lleva consigo el ser la cuidadora familiar, puede condicionar la petición de mayor demanda emocional.

Los pacientes que son estudiantes, generalmente, pertenecen al grupo de adolescentes y adultos jóvenes. En ambas situaciones, es la decisión de seguir estudiando la que, en la mayoría de las ocasiones, pospone la independencia económica y otras metas, sumándose a los problemas típicos de cada una de las etapas, como las inseguridades ante la propia identidad (adolescentes), la preocupación por la intimidad y la capacidad de mantener una relación duradera (adultos jóvenes). En los estudiantes, en estas etapas de constante evolución, sobreviene el problema cuando no se obtienen los resultados académicos adecuados, se pospone la independencia económica y todo lo que ello conlleva. En estos casos, el sentimiento de frustración sale a flote, en forma de irritabilidad, ansiedad e incluso depresión. Esta situación se agudiza entre estudiantes (de carrera y opositores), con rasgos de personalidad perfeccionista u obsesivo, los cuales pueden acabar desarrollando una ansiedad anticipatoria por miedo al

fracaso, llegando a desarrollar conductas de “todo o nada” (Gaja 1999), con incapacidad para acabar tareas iniciadas, sintiéndose frustrados, deprimidos y con necesidad de apoyo. Es probable que una de las maneras en la que se refleja esta necesidad de mayor apoyo y empatía sea apelando más al componente humano del médico durante la presentación de un problema biopsicosocial en la consulta. No hemos encontrado ningún estudio que relacione tipo de demanda y ser estudiante en las consultas de medicina de familia. Sí encontramos un estudio italiano donde se valoraron los factores predictores de demanda de psicoterapia en 10 unidades de Salud Mental. En dicho estudio, uno de los factores predictores era ser estudiante (Gallo y Racci, 2000). Si bien es cierto que existen claras diferencias entre nuestro estudio y el italiano (donde la muestra es únicamente de pacientes con problemas de salud mental), sin embargo, no deja de llamarnos la atención que sea rasgo común el acento en la demanda de apoyo, empatía y psicoterapia (en su caso) por parte de los estudiantes.

5.3.7. DEMANDA Y APOYO / CARGAS FAMILIARES.

Como se observa en la tabla 23, no se obtuvieron diferencias significativas en la demanda en función de la existencia o no de apoyo familiar y la existencia o no de cargas familiares. Sí fue observada una tendencia a la significación respecto a la menor demanda emocional solicitada cuando existían cargas familiares, hecho de por sí llamativo, ya que lo lógico sería pensar lo contrario, teniendo en cuenta el concepto aplicado a las cargas familiares, como aquellas situaciones, en las cuales existen personas (abuelos, hijos, nietos, cuñados, familiares de tercer grado, etc.), conviviendo con el paciente, quien a su vez se responsabiliza de sus necesidades económicas, físicas y psicológicas. Sin embargo, creemos que el paciente, en función de las exigencias de sus responsabilidades, relativiza los problemas de su entorno, incluyendo los de su salud. Se envuelven sus actitudes de un mayor pragmatismo y capacidad resolutive, presentando menor necesidad

de apoyo y empatía del médico (menor demanda emocional) respecto a los que no presentan cargas familiares.

5.4. RESULTADOS TRAS LA APLICACIÓN DEL SCL- 90-R.

Como ya comentamos en el apartado de la introducción, los items adicionales son síntomas que tienen significado por sí mismos. Cinco de estos síntomas; “falta de apetito”, “comer demasiado”, “dificultades para conciliar el sueño”, “despertarse de madrugada” y “sueño inquieto y perturbado” corresponden a dos necesidades básicas, la comida y el sueño, que deben satisfacerse de manera reiterada y periódica; por lo tanto, es lógico pensar que respondan tanto a pequeños como a grandes cambios biopsicosociales del individuo, manifestándose como síntomas frecuentes. Los “sentimientos de culpabilidad” y los “pensamientos sobre la muerte”, tiene un componente del trasfondo cultural católico, persistente en la población. Además en ambos casos, forman parte de varios trastornos mentales a la vez, y pueden coexistir en una misma persona, es decir, que en un mismo paciente se dé más de un diagnóstico de trastorno mental, situación que por otro lado es la más frecuente en Atención Primaria, según un estudio multicéntrico (ya referido en la introducción) realizado por la OMS en 14 países sobre 26.000 pacientes (Lecrubier 1994) respecto a la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes. En este estudio surgen, como segundo, tercero y cuarto en frecuencia, el dolor crónico somatomorfo, trastorno de ansiedad generalizada y la depresión. En nuestro estudio los rasgos de psicopatología que con más frecuencia aparecen en la muestra son la somatización, seguido de la ansiedad y, por último, la depresión, coincidiendo con los trastornos mentales más frecuentes y en un orden similar al encontrado en el estudio de la OMS.

Al igual sucede con el síntoma fóbico que, junto con el psicoticismo, presentan los valores de media más bajos; igualmente coincide con la baja prevalencia de la agorafobia y la estimación de baja prevalencia de los trastornos

psicóticos en la Atención Primaria en el estudio de la OMS, motivo por el que no fueron introducidos en ese estudio (Palao y cols., 1996).

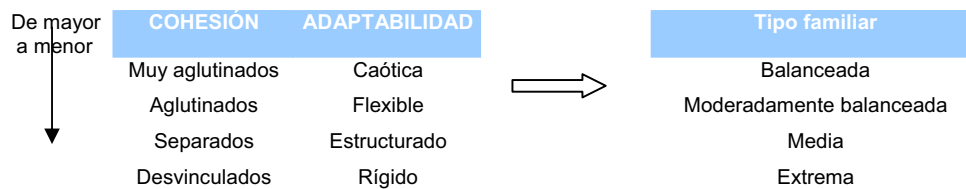
5.5. CORRELACIÓN ENTRE DEMANDA Y PSICOPATOLOGÍA.

Se ha evidenciado como significativo el estudio de correlación entre tipo de demanda y síntomas psicopatológicos. Es decir, ambas variables se influyen entre sí, cada uno de los factores psicopatológicos definidos en la SCL-90-R determinan cada tipo de demanda, incluido el índice de severidad global de psicopatología. No hemos encontrado ningún artículo previo que específicamente trate este tipo de relación. Sí hemos encontrado cómo pacientes con depresión mayor utilizan tres veces más los servicios de salud, y por lo tanto demandan más que los pacientes control no deprimidos, (Catón y Schulberg, 1992) o cómo los pacientes con trastornos mentales presentan mayor necesidad de apoyo y empatía por parte de su médico de cabecera (Salmon y cols., 1994).

5.6. DEL TIPO DE DEMANDA Y TIPO FAMILIAR.

Ya se ha comentado como mediante la FACES II se obtienen diferentes puntuaciones para la cohesión y adaptabilidad familiar, a través de las mismas se obtiene el tipo familiar (**figura 15**)

Figura 15. Cohesión, adaptabilidad y tipo familiar



Los resultados obtenidos tras la aplicación del FACES II en la muestra siguen el modelo circunflejo de Olsom (Olsom y cols., 1979). La mayoría de los pacientes (74,26%), se encuentran dentro de los modelos familiares balanceados y moderadamente balanceados, es decir equilibrados. El 25,74% (259 pacientes) presentan tipos familiares extremos (tabla 26), donde el 13,6% corresponde a baja cohesión–baja adaptabilidad (familia desvinculada–rígida) y el 12,13 % corresponde a alta cohesión–alta adaptabilidad (familia caótica–muy aglutinada). Nos llama la atención el elevado porcentaje de los tipos de familias extremas halladas en la muestra aunque tenemos que tener en cuenta que estos resultados se han obtenido, a partir de la percepción familiar de un único miembro de la familia. Por ello, la concepción de la complejidad real del sistema familiar puede aparecer algo sesgada, condicionando las proporciones de los diferentes tipos familiares en la muestra, dado que no todos los miembros familiares tienen por qué tener la misma visión familiar.

Olsom han planteado que es frecuente que en los tipos familiares extremos no exista un buen funcionamiento familiar (Olsom y cols., 1979; Olsom 1989), además de presentarse más problemas físicos (Minuchin y cols., 1978) y psicosociales (Costantini y cols., 1992). Existen algunos estudios que se han centrado en valorar la relación entre el tipo familiar y el suicidio en adolescentes, observándose que los tipos familiares extremos eran frecuentes entre los adolescentes estudiados. (Osorio, 2000). A pesar de lo comentado, Olsom también refiere que el tipo familiar extremo no siempre implica un trastorno biopsicosocial en algún miembro de la familia. Es el caso de aquellas familias en

las que existen normas que apoyan dichos comportamientos familiares y todos los miembros de la familia tienen una misma manera de interiorizar dichos comportamientos. Son frecuentes en patrones de familias rígidas-aglutinadas, como por ejemplo familias de los mormones, judíos ortodoxos, familias amish... En la tabla 28, observamos cómo la relación entre ambas variables es inversamente proporcional, es decir, la disminución de la adaptabilidad familiar implica un aumento de demanda física y demanda emocional, y viceversa. Igualmente sucede en la cohesión familiar y la demanda emocional. No hemos encontrado ningún estudio que se haya centrado en este tipo de relación, y por lo tanto, que argumente o rebata nuestros resultados. Pensamos que una disminución en la flexibilidad familiar ante determinadas circunstancias que requieran un reajuste en los roles de los integrantes familiares puede razonablemente, ocasionar conflictos de intereses no resueltos, los cuales acabarán en el desarrollo de una ansiedad latente en los componentes de la familia. Con ello, una mayor preocupación ante problemas, tanto de tipo físico como psicosocial, y lógicamente, mayor necesidad del componente científico y afectivo del médico de familia para poder restaurar el equilibrio emocional interno. Mientras que, a medida que aumente la adaptabilidad familiar, los miembros de la familia aprenderán a modificar sus actitudes y comportamientos ante aquellas situaciones generadoras de estrés, con la finalidad de mantener un equilibrio familiar, siendo más resolutivos y, presentando a nivel individual menor necesidad de demanda física y emocional.

Sin embargo cuando el paciente percibe como débiles los lazos de unión familiares siente carencias en el plano afectivo, y busca más apoyo emocional en otras personas fuera del entorno familiar, como en amigos y compañeros. El aumento de la demanda emocional en los pacientes que han identificado poca cohesión en su familia puede ser un lógico reflejo de esta necesidad de empatía y apoyo extrafamiliar. A medida que aumenta la cohesión entre los miembros familiares, el paciente percibe a la familia como afectiva en el plano de apoyo emocional, presentando menor necesidad de búsqueda de apoyo extrafamiliar.

5.7. ALTA DEMANDA: SUS FACTORES PRONÓSTICOS.

En la tabla 29 se observa cómo en la alta demanda, al igual que en la no alta demanda, sigue existiendo un predominio de la demanda física sobre la emocional y ésta sobre la técnica.

Es lógico pensar que la presencia de rasgos ansiosos en el paciente o de un estado ansioso patológico determine la alta demanda física y emocional (tabla 30). Dado que es la vivencia del malestar en el paciente la que genera la necesidad de saber qué significa ese malestar, por qué le pasa y que gravedad implica, a medida que el paciente perciba el problema con mayor preocupación, ya sea por la propia intensidad del problema o por el estado psicopatológico ansioso de paciente, la necesidad de buscar respuesta a estas preguntas serán mayores y, por lo tanto, mayor demanda de conocimientos científicos al médico y de apoyo del mismo.

Anteriormente, en este mismo apartado hemos comentado cómo la edad del paciente y el hecho de ser ama de casa aumentan la demanda emocional. En el caso de la edad del paciente, parece ser el factor que mayor influencia tiene en la percepción de los síntomas (McDonald y cols., 1986), probablemente relacionado con la memoria histórica que presenta respecto a sus creencias, y los acontecimientos vitales vividos a lo largo del proceso de desarrollo del individuo. Estas creencias condicionan la preocupación del paciente y, por lo tanto, su demanda emocional. Respecto a hecho de ser ama de casa, es lógico que sea un factor pronóstico debido a que este estado ocupacional, por sí mismo, predispone a padecer el “síndrome del ama de casa”, trastorno emocional que como tal, requerirá más necesidad de empatía y apoyo del médico de cabecera. Así, no es de extrañar que la edad y el ser ama de casa sean factores predictores de la alta demanda emocional, al igual que la ansiedad (tabla 30).

La fobia y la severidad psicopatológica global del paciente son factores pronósticos de la alta demanda técnica. Ambos predictores tienen en común la severidad de los síntomas, es decir, la fobia es un tipo de trastorno de ansiedad

poco frecuente en Atención Primaria, pero que puede llegar a limitar e incluso invalidar la actividad vital del paciente, al igual que el grado de severidad global psicopatológica (GSI) que presente el mismo, independientemente del tipo de trastorno mental que padezca (a mayor GSI, mayor malestar psicopatológico y mayor incapacidad vital). En ambas situaciones, el paciente, bajo esa incapacidad opresiva, se vuelve más rígido y exigente respecto al manejo médico de su proceso, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamientos y derivaciones a otros especialistas. Este hecho puede generar una alta demanda técnica. Llama la atención cómo el porcentaje de estos pacientes (28%) es el mayor respecto a las restantes tipos de alta demanda. Creemos que este resultado se debe a que el GSI engloba a todos los trastornos mentales (incluidos ansiedad y fobia); por lo tanto, cuantitativamente el porcentaje de pacientes será mayor. De hecho sólo el porcentaje de pacientes que se consideran en estado psicopatológico ($GSI \geq 1$) es de 23,7% (238 pacientes). Debido a todo esto es lógico que el GSI y la fobia sean factores predictores de la demanda técnica.

6. CONCLUSIONES.

De acuerdo con nuestros resultados, y para la muestra estudiada, se podrían extraer las siguientes conclusiones:

1ª) El Cuestionario de Demanda del Paciente (CDP) ha demostrado ser un instrumento para el estudio de la demanda del paciente en la consulta médica de Atención Primaria.

2ª) El análisis de la estructura del CDP muestra cómo la demanda del paciente en Atención Primaria está constituida por tres componentes: demanda física, demanda emocional y demanda técnica, interrelacionados entre sí. En nuestra muestra hay un predominio de la demanda física, seguida de la emocional y la técnica.

3º) De acuerdo con nuestros resultados, determinados factores sociodemográficos podían actuar aumentando la demanda emocional del paciente,:

- 3.1)** la edad, de manera que a lo largo de la vida aumenta la demanda de apoyo emocional (más evidente en las mujeres), siendo mucho más llamativo este incremento en los rangos de edad comprendidos entre los dieciocho-veinticinco años y, los cuarenta y cinco–cincuenta y cinco años.
- 3.2)** el estado civil, ya que los divorciados-separados presentan más demanda de apoyo emocional, mientras que los solteros o no convivientes con pareja la presentan con menor intensidad.
- 3.3)** el número de hijos, de tal modo que a medida que el paciente tiene más hijos, aumenta el componente emocional de la demanda, fundamentalmente cuando tiene de tres a cinco hijos.
- 3.4)** la situación laboral, apreciándose un aumento de la demanda emocional en amas de casa y estudiantes.

4º) La psicopatología que presenta el paciente así como la severidad de la misma, parecen capaces de influir sobre los tres componentes de la demanda.

5º) Así mismo, el tipo familiar del paciente parece condicionar la demanda, ya que el grado de adaptabilidad y cohesión familiar determinan inversamente la demanda física y emocional, de manera que los sujetos que proceden de familias rígidas y estructuradas solicitan más demanda física y emocional, y los que proceden de familias desvinculadas y separadas mayor demanda emocional.

6º) Como factores pronósticos de alta demanda técnica aparecen en nuestra muestra los síntomas fóbicos, y la severidad psicopatológica global. La ansiedad, en su formas estado y rango, es factor pronóstico de alta demanda física y emocional, mientras que la edad y el ser ama de casa son factores pronósticos de alta demanda emocional.

7. BIBLIOGRAFÍA

Aguera I, Reneses B, Muñoz PE. *Enfermedad mental en atención primaria*. Flac. Madrid, 1996

Aizpiri Diaz J, Barbado Alonso JA., Cañones Garzón PJ., Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, de la Serna de Pedro I, Solla Camino JM . *Habilidades en salud mental II*. ENE Publicidad. Madrid, 1999.

Amstrong D What do patients want? Someone who will hear their questions. *BMJ* 1991;303: 261-262.

Amstrong D. *An outline of sociology as applied to medicine*. John Wright and Sons LTD. Bristol, 1980.

Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF, Santiago JV. Family characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. *Diabetes Care* 1981; 4:586-594.

Baker L, Minuchin S, Milman L, Liebman R, Todd T. Psychosomatic aspects of juvenile diabetes mellitus: A progress report. *Mod Prob In Paediatr*, 1975; 12:332-343.

Barsky AJ. Hidden reasons some patients visits doctors. *Ann Intern Med* 1981;92:492-8.

Barsky AJ, Bailey ED, Fama JM, Ahern DK. Predictors of remission in DSM hypocondriasis. *Compr Psychiatry* .2000; 41:179-183

Baranowski T, Nader PR, Dunn K, Vanderpool NA. Family self-help: Promoting changes in health behavior. *J Common Disord* 1982; 7:161-172.

Basolo-Kunzer M, Diamond S, Maliszewski M, Weyermann L, Roed J. Chronic headache patients' marital and family adjustment. *Issues Ment Health Nurs* 1991; 12:133-48.

Beautrais AI, Fergusson DM, Shannon FT. Live events and Childhood morbidity: A prospective estudy. *Pediatrics* 1982; 70:935-940.

Bellon JA, Delgado A, Luna JD y Lardelli P. Psychosocial and helad Belief variables associated with frecuent attendance in primary care. *Psychol Med* 1999; 29:133-48.

Ben-Zira Z. Primary Care Practitioners`Likelihood to engage in a bio-psychosocial approach: an additional perspective on the doctor-patient relationship. *Soc. Sci. Med* 1990; 31:565-576.

Ben- Sira Z. *Politics and Primary Medical Care*. Gower. Aldershot, 1998.

Berardi D, Berti Ceroni G, Leggieri G, Rucci P, Ustün B y Ferrari G. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29:133-48.

Berkmn LF. Assessing the physical health effects of social network and social support. *Annu Rev Pub Health* 1984; 5:413-432.

Bewley BR, Bland JM: Academic performance and social factors relating to cigarette smoking by school children. *Br j Prev Soc Med* 1977; 31:8-24.

Blaxter M , *Health and lifestyles*. Roudledge. London,1990.

Blazer DG. Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol* 1982; 115:684-694.

Borrel F, Cebriá J. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En *Atención Primaria .Conceptos organización y práctica clínica*. Martín Zurro A, Cano Pérez Ediciones Harcourt, SA. Cuarta edición .Barcelona 1999.

Borell F. La reforma de la Atención Primaria en España: Perspectiva de una década desde la medicina de Familia. *Aten Primaria*1994;13:277-278.

Brhun JG. Effects of chronic illness on the family. *J Fam Pract* 1977; 4:1057-1060.

Brody D S, Mille S.M, Lerman C E Smict D. G. Lázaro C. G.and Blum M J. The relation ship between patientts´atisfacción whith their physicians and percepcions about intervention they desired and receveid. *Med Care* 1998; 27:27-1035.

Brownell KD,Kelman JH, Stunkard AJ. Treatment of obese children with and without their mothers: Changes in weight ad blood pressure.*Pediatrics* 1983; 71:515-523.

Brownell KD. Heckerman CL, Westlake RJ, Hayes SC, Monti PM: The effects of copules training and partner co-operatveness in the behavioral treatment of obesity. *Behav Res Ther* 1978;16:323-333.

Calabrese JR, Kling MA, Gold PW. Alterations in inmunocompetence during stress, bereavement and depression: Focus on neuroendocrine regulation. *Am J Psychiatry* 1987;144:1123-1134.

Carter H, Glick P C: *Marriage and divorce: A social and economic study*. MA. Harvard University Press. Cambridge, 1970.

Catón W., Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp. Psychiatry* 1992;14:237-247.

Cederbland M, Helgesson M, Larsson Y, Ludvigsson J: Family structure and diabetes in children. *J Pediat Adol Endocrin* 1982;10:94-98.

Chocrón L , Vilalta j., Legazpi L. Diagnósticos de trastornos psiquátricos para el médico de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1996;18:52-58.

Clark N M, Feldman CH, Evans D, Millman E J, Wailewski Y, Valle: The effectiveness of education for family management of asthma in children: a preliminary report. *Health Educa Quart* 1981; 8:166-174.

Costantini MF; Wermuth L, Sorensen JL, Lyons JS. Family functioning as a predictor of progres in substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9: 331-335.

Cruces Sánchez A; Campal Donaire I; Vaz Leal FJ. Análisis de la demanda del paciente en atención primaria: un instrumento de cuantificación. *Arch Psiquiatr*, antes Archivos de Neurobiología. 2001;64(3);273-284.

Cruces Sánchez A, ; Vaz Leal FJ. Análisis de la demanda del paciente en Atención Primaria: ¿son la edad y el sexo determinantes de la misma?. *An Psiquiatr*. 2001;17:408-412.

Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. *Med Care* 1993;31:795-800

Diego J. Palao Vidal, Manel Márquez Rowe, Inmaculada Jódar Ortega. *Guía psiquiátrica en Atención Primaria*. Litofinter SA. Barcelona, 1996.

Derogatis L R, Clear, P. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *J clin Psychol*, 1977;33:981-989

Derogatis L R, Coons, HL. *Self-report measures of stress*. I L. Goldberger & S. Breznit (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed): The free press. New York, 1993.

Derogatis L R, Della Prieta L. *Psychological test in screening for psychiatric disorder. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. NJ: Lawrence Erlbaum. Hillsdale 1994.

Dueñas RM, Martínez de la Iglesia J. Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Aten Primaria* 1997; 19:188-194.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine
Science 1977; 196:129-136.

Erikson EH. *Childhood and society*. Norton. New York 1950.

Fabrega H Jr. The study of disease in relation to culture. *Behav Sci* 1972;17:83-203.

Fabrega H Jr. Concepts of disease: logical features and social implications.
Perspect Biol Med 1972; 15:583-616.

Feinleib M, Garrison RJ, Fabsitz R. The NHLBI twin study of Cardiovascular disease risk factors: Methodology and summary of results. *Am J Epidemiol* 1977; 106: 284-295.

Feuerstein M, Lobbe E., Kuczmierczyk A. R. *Health Psychology; A psychobiological perspective*. Plenum, New York, 1986

Fischer AE, Dolger H: Behavior and psychosocial problems of young diabetic patients. *Arch Intern Med* 1946 ;78:711-732.

Fitzpatrick R, Hopkins A, Wardward Walts O. Social Dimensions of Healing.
Soc. Sci Med, 1983; 17:501-510.

Fitzpatrick R .The experience of Illnes. Tavistock London, 1984. Traducción en castellano. *La enfermedad como experiencia*. Fondo de cultura económica, México, 1990.

Freidson E. *The profesión of medicine*. Dodd Mead and C, New York, 1970. Traducción al castellano. *La profesión médica*. Editorial península. Barcelona, 1978.

Gaja Jaumeandreu R. *Bienestar, autoestima y felicidad*. Plaza & Janés Editores SA. Cuarta edición. Barcelona, 1999.

Gallo Vallejo F.J.. *Manual del residente de medicina Familiar y Comunitaria*. Segunda edición. I.M.& C. Madrid, 1997

Gallo E, Racci P. Supply, demand and predictive factors of psychotherapies in 10 community mental health services in Emilia Romagna. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000. 92:103-112.

Goffman E. *Estratrgic interaction*. Bellantine Books. New York, 1969

Goldberg,D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press. Oxford, 1972

Gómez Gascón T. Ceitlin J. *Medicina de familia. La clave de un nuevo modelo*. Editorial IM&C Madrid, 1998.

Gortin R, Zucker HD. Physicians' reactions to patients: a key to teaching humanistic medicine. *N Engl J Med* 1983; 308:1059-63.

Good MD, Good BJ, Nassi AJ. Patient requests in primary health care settings: development and validation of a research instrument. *J Behav Med* 1983; 6:151-168.

Grey MJ, Genel M, Tamborlane W. V. Psychosocial adjustment of latency-age diabetics: determinants and relationship to control. *Pediatrics* 1980; 65:69-73.

Gusftasson PA, Kjellman NI, Cederblad M: Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *J Psychosom Res* 1986; 30:369-374.

Hampson, RB, Hulgus, YF y Beavers, W.R. Comparisons of self-report measures of the Beavers Systems Model and Model and Olson's Circumplex Model. *J Fam Psychol* 1991; 4, 326-340.

Hartz A, Giefer E, Rimm A: Relative importance of the effect of family environment and heredity on obesity. *Ann Human Genet* 1977; 41: 185-193.

Herrera JA, Alvarado JP, Restrepo W. Riesgo biopsicosocial prenatal y preeclampsia. *Atenc Primaria* 1995; 16: 552-555.

Herrera R, Antone J, Spgnolo E, Doménech J, Martín S. Estudio epidemiológico de salud mental en la comarca del Baix Llobregat (Barna). *Informaciones Psiquiátricas* 1987; 107:26

Helsing KJ, Szklo M: Mortality after bereavement. *Am J Epidemiol* 1981; 114:41-52.

Holmes T, Rahe R. Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res* 1967; 3:214.

Horder J, More GT. The consultation and health outcomes. *Br J Gen Pract*, 1990; 40:442-443.

Horne RL, Picard RS: Psychosocial risk factors for lung cancers. *Psychosom Med* 1979; 41:503-514.

Kaplan SH, Greenfield S. Assessing the effects of physician-patients interaction on the outcomes of chronic disease. *Med care* 1989; 7:110-127.

Kaplan C, Lipkin M, Gordon GH. Somatization in primary care: patients with unexplained and vexing medical complaint. *J Gen Intern Med* 1988 ;3:177-190.

Kaprio J M, Kesaniemi A, Sarna S: Differences in mortality from ischemic heart disease by marital status and social class. *J Chron Dis* 1980; 33:95-106.

Kashani JH, Allan WD, Dahlmeier JM, Rezvani M, Reid J.C. An examination of Family functioning utilizing the circumplex modelo in psychiatrically hospitalized children with depression. *J Afect Disord* 1995; 35 :65-73.

Khurana R, White P: Attitudes of the diabetic child and his parents towards his illness. *Postgrad Med* 1970; 48:72-76.

Klein D, Najman J, Kohrman A, Munro C. Patient characteristics that elicit negative responses Form family physicians. *J Fam Pract* 1982; 14:881-888

Klein R, Dean A, Bogdanof F M. The impact of illness of the spouse. *J Chron Dis* 1968; 20:241-252.

Kleinman A., Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care: clinical lessons Form anthropologic and cross-cultural research. *Ann Inter. Med* 1978; 88:251-258.

Kleinman A. Curren y Stacey M. *Concepts of health, illness and disease*. Berg. Publishers Ltd, Leamington Spa, 1986.

Lask B, Matthew D. Childhood asthma: A controlled trial of family psychotherapy. *Arch Dis Child* 1979; 54:116-129.

Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Inter. Med* 1987; 147:1653-1658.

Lecrubier A. *Anxiety disorders in primary care; recognition and treatment* Comunicado en el Vith European Certificate in Anxiety Disorders. Paris, July 1994.

Leibrand R, Hiller W, and Fichter MM "Hipocondriasis and somatization: two distinct aspects o somatoform disorders?" *J Clinic Psychol* 2000.; 56: 63-72

Liebman R, Minuchin S, Barker L. The use of structural family therapy in the treatment of intractable asthma. *Am J Psychiatry* 1974 ;131:535-540.

Lynch J. *The Broken Heart: The medical consequences of Loneliness*. Basic Books. New York 1977.

Maly RC, Bourque LB, y Engelhardt RF. A randomized controlled trial of facilitating information giving to patients with chronic medical conditions: effects on outcomes of care. *J Fam Pract* 1999; 48:356-63.

Marín RM, Sánchez J, Donat F. et al Acontecimientos vitales más frecuentes en mujeres de 45-65 años. Repercusión como estresores psicofísicos. *Aten Primaria* 1996; 17,512-516.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria .Conceptos organización y práctica clínica*. Ediciones Harcourt, SA. Cuarta edición .Barcelona 1999.

Mateux B, Dufort F, Beland F, Jacques A, Levisque A. Female medical practitioners: more preventive and Patient oriented?. *Med Care* 1990; 26: 87-92.

Mackapetris AM, Craigie FC Jr. Patient requests in a family practice setting. *Fam Pract Res* 1986,5:216-225

MacWhinney IR. *Medicina de Familia*. Mosby / Doyma. Madrid, 1994.

McDaniel Susan, Campbell T L, Seaburn David B. *Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud*. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1998.

McDonald PJ, Normon GR, King MJ, Edward LA. Family practice patients' perception of symptoms. *Fam Pract Res J* 1986; 6:89-97),

Mc Whinney IR. *Medicina de familia*. Doyma Libros, SA. Barcelona. 1995.

Meyer RJ, Haggerty RJ: Streptococcal infections in families: Factors altering individual susceptibility. *Pediatrics* 1962; 29:539-549.

Minuchin S, Barker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC: A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1031-1038.

Minuchin S, Rosman BL, Barker L. *Psychosomatic Families*. MA: Harvard University Press. Cambridge, 1978.

Morgan M, Calnan M, Manning N. *Sociological Approaches to Health and Medicine*. Croom Helm. London, 1985.

Morisky De, Levine DM, Green IW, Shapirio S, Rusell RP, Smith Cr: Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Healt* 1983; 73:153-162.

Moya Morales M. Los roles sexuales. *Gaceta de Antropología* 1984; 3:3-8

Norbeck JS, Tolden VP: Life stress, social supports, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: A prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav* 1983; 24:30-46.

Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan B. Psychosocial assets, live crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 1972; 95:431-44.

Ockene JK, Nuttall RL, Benfari RS. A psychosocial model of smoking cessation and maintenance of cessation. *Prev Med* 1981; 10:623-638 .

Olsom DH, Sprenkle DH, Rusell CS. Circumplex model of marital and family systems. I cohesion and adaptability dimensions family types and clinical applications. *Fam process* 1979; 8:3-28.

Olsom, Portner and Bell. *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-II FACES II*. Haworth Press. St Paul Minnesota 1981

Olsom DH. *Circumplex Model of Family Systems VIII: Family Assessment and intervention of Circumplex Model: Systemic Assessment and treatment of Families*. Haworth Press. St Paul Minnesota. 1989

Orr DP, Golden MP, Myers G, Marrero DG: Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to a tertiary care center. *Diabetes Care* 1983; 6:170-175.

Ortho-Gomer K, Jonson JV: Social network interaction and mortality: A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chron Dis* 1987, 40:949-957.

Osorio Castillo Leticia. Estructura y dinámica familiar de adolescentes del sexo femenino con intentos de suicidio. *Ex-Aula Proyecciones*, 2000; 6:6-14.

Palao Vidal D, Márquez Rowe M y Jódar Ortega I. *Guía psiquiátrica en Atención Primaria*. Litofinter SA. Barcelona, 1996.

Parkes CM, Benjamín B, Fitzgerald RG: Broken Heart. A statistical study of increased mortality among windowers. *Br Med J* 1969; 1:740-743.

Piedrola G, Gonzalez F, Domínguez M. *Medicina Preventiva y Social, Higiene y Sanidad ambiental*. Tomo II: Ed. Amora. Madrid, 1982.

Pearce Jw, BeLow MD, Orchard J: Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49:236-244.

Pendleton D, Hasler J. *Doctor-Patients communication. Theory and Practice*. Academic Press, New York, 1984.

Pérez Blasco J, Serra Desfilis E. Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *An Psicología* 1996; 13:155-162

Purcell TB. The somatic Patient. *Emerg Med Clin Nothr Am* 1991; 9:137-159.

Ramsey CN, Abell TD, Baker LC: The relationship between family functioning, live events, family structure and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22:521-527.

Rasmussen NH, Avant RF. Somatization disorder in family practice. *Am Fam Physician* 1989; 40:206-214.

Resiss D, Gonzalez S, Kramer N: Family process, chronic illness, and death. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:795-804.

Retolaza A, Marquez I, Ballesteros J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15:593-608.

Rinaldi R. C. Positive effects of psychosocial interventions on total health care: a review of the literature. *Fam Sys. Med.* 1985; 3:417-426

Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med* 1984; 311:522-557.

Saconne Aj, Israel AC: Effects of experimental versus significant other-controlled reinforcement and choice of target behavior on weight loss. *J Behav ther* 1978; 2:271-278.

Salmon P, Stanley B, Milne D. Psychological problems in general practice patients. Two assumptions explored. *Br J Clin Psychol* 1988; 27:371-379.

Salmon P, Julia Quine. Patients' intentions in primary care: measurement and preliminary investigation. *Psychol & Health* 1989;3:103-110.

Salmon P, Sharma N, Valori R, Bellenger N. Patients' intentions in primary care: Relationship to physical and psychological symptoms, and their perception by general practitioners. *Soc. Sci. Med.* 1994;38:585-592.

Susan McDaniel, Thomas L. Campbell David B. Seaburn. *Orientación Familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud.* Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1998.

Steidl JH, Finkelstein FO, Wexler JP, Feigenbaum H, Kitsen J, AS, Quinfunctioning. Their interaction in patients receiving long-term dialysis treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:1025-1027.

Stunkard AJ, Sorensen TIA, Hanis C. An adoption study of human obesity. *N Engl J Med* 1986, 314: 193-201

Shumalman S, Fisch RO, Zempel CE, Gasdish O, Chang PN. Children with phenylketonuria: The interface of family and child functioning. *Dev Behav Pediatr* 1991; 12: 315-21.

Taylor Robert B y cols. *Medicina de Familia. Principios y práctica.* Quinta edición. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1995

Tizón J. *Componentes Psicológicos de la práctica médica.* Doyma, Barcelona. 1989.

Thomas K.B. General practice consultations: is there any point in being positive? *BMJ* 1987; 294:1200-1202.

Valori R, Woloshynowich M, Bellenger N, Aluvihare V, Salmon P. The Patient Request Form; a way of measuring what patients want from their general practitioner. *J Psychosom Res* 1996; 40: 87-94.

Vazquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Peña J, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango j, Mirapeix C. Acomuniti mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227-241.

Verbrugge LM,: Marital status and health. *J Marriage Fam.* 1977; 7:267-285.

Venters MH, Jacobs DR, Luepker RV, Maimam LA, Gillum RF: Spouse concordance of smoking patterns: The Minesota heart survey. *Am J Epidemiol* 1984; 120:608-616.

Virjl A, Britten N. A study of the relationsshp between patients' attitudes and doctor's prescribing. *Fam Pract* 1991;8:314-319.

Von Bertalanffly L. *General system theory*. Braziller, Nueva York:1968.

White K, Kolman ML, Wexler P, Polin G, Winter RJ: Unstable diabetes and unstable families: Apsycho-social evaluation of diabetic children with recurrent ketoacidosis. *Pediatrics* 1984;73: 749-755.

Weyrauch, Rodees Psaty. The role of psysicians personal Knowledge of the Patient in clinical practice. *J Fam Prac* 1995; 40:249-256.

Zuckerman DM, Kasl SV, Osterfeld AM: Pychosocial predictors of mortality among the elderly poor: The rol of religion, well-being, and social contact. *Am J Epidemiol* 1984,119:410-423.

8. ANEXO.
(INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA
EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES)

Cuestionario de demanda del paciente (CDP)

(Versión en castellano de Cruces, Campal & Vaz ,1999)

INSTRUCCIONES

A continuación aparecen recogidas algunas de las razones que habitualmente llevan a la gente a consultar con su médico de cabecera. Es necesario, para poder atenderle mejor, conocer con cual/les de estas demandas de ayuda coinciden la/s suya/s hoy. Para responder al cuestionario conteste "Si" o "no" a cada afirmación contenida en el mismo poniendo una cruz en el cuadro correspondiente. En caso de que tenga dudas en alguno de ellos, utilice la tercera columna (No lo se). De cualquier modo, intente evitar en lo posible dar esta última respuesta. GRACIAS.

Nombre.....Fecha.....

	Si	No	No lo sé
1. Quiero que me expliquen cual es la gravedad de mi problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quiero que el médico me explique en que consisten mis problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quiero hablar sobre los efectos secundarios del tratamiento que estoy tomando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quiero que el médico me explique por qué me siento como me siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quiero saber por qué reacciono de la forma en que lo hago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quiero que me cambien la medicación que estoy tomando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quiero que me digan cuánto tiempo voy a tardar en ponerme bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quiero ayuda para hacer frente a mis problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quiero que me manden al especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quiero que me aconsejen sobre un tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy pasando por una situación difícil y necesito apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quiero que me confirmen un diagnóstico anterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quiero que me expliquen cómo puedo evolucionar en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Necesito que alguien me ayude porque estoy pasando momentos difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quiero que me quiten la medicación que estoy tomando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Quiero que me examinen físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que me sentiría mejor si pudiese hablar sobre mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Vengo buscando los resultados de unos análisis.	↑	↑	↑
19. Quiero saber si mis problemas estan relacionados con otras circunstancias de la vida	↑	↑	↑
20. M e siento nervioso/a y necesito ayuda del médico.	↑	↑	↑
21. Quiero que me hagan pruebas para descubrir si hay algo que no va bien	↑	↑	↑
22. Quiero que me expliquen qué posibilidades tengo de tener otros problemas en el futuro	↑	↑	↑
23. Necesito tratamiento por un problema psiquiátrico	↑	↑	↑
24. Quiero hablar con el médico sobre el tratamiento que yo creo que necesito	↑	↑	↑
25. Quiero que me ayuden a hacer frente a mi enfermedad	↑	↑	↑
26. Quiero charlar con el médico sobre algunos problemas que tengo.	↑	↑	↑
27. Quiero que el médico hable conmigo sobre mi problema.	↑	↑	↑
28. Quiero que me hablen sobre otras personas que tengan mi mismo problema.	↑	↑	↑
29. Quiero que el médico comprenda mi problema.	↑	↑	↑
30. Quiero que el médico me diga si mis problemas son reales o imaginarios.	↑	↑	↑
31. Quiero convencerme de que estoy bien.	↑	↑	↑
32. Quiero que el médico me explique el significado de mis síntomas.	↑	↑	↑
33. Quiero que el médico comprenda lo que yo creo que no va bien	↑	↑	↑
34. Quiero hablar sobre un familiar que tiene problemas	↑	↑	↑
35. Quiero que el médico me explique que es lo que no va bien.	↑	↑	↑
36. Quiero que me explique que tratamiento estoy recibiendo	↑	↑	↑
37. Quiero que el médico se muestre comprensivo hacia mi problema y hacia mí.	↑	↑	↑
38. Quiero que el médico me explique el resultado de mis análisis y de mis pruebas.	↑	↑	↑
39. Quiero que me vea una doctora.	↑	↑	↑
40. Quiero una receta.	↑	↑	↑
41. Quiero consejo sobre un problema matrimonial o sexual.	↑	↑	↑
42. Quiero consejo sobre un medicamento que estoy tomando.	↑	↑	↑

POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO

A TODAS LAS PREGUNTAS

GRACIAS

Symptom Checklist-90-Revised (**SCL-90-R**)

INSTRUCCIONES

La escala que aparece a continuación pretende detectar los diferentes motivos de malestar que la gente puede tener. Tenga, pues, en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor consigne los posibles motivos de malestar que haya tenido durante la **SEMANA ANTERIOR**, incluyendo el día de hoy. Intente reflejar la intensidad de sus trastornos, poniendo una "X" sobre el cuadrado correspondiente a la categoría que **más se aproxime a lo experimentado por Vd. en los últimos siete días**. GRACIAS.

Nombre.....Fecha.....

¿CON QUÉ FRECUENCIA HA SENTIDO...?

	Nada	Poco	Moderado	Mucho	Extremo
1. Dolores de cabeza	í	í	í	í	í
2. Nerviosismo o agitación interior.	í	í	í	í	í
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente.	í	í	í	í	í
4. Desmayos o mareos.	í	í	í	í	í
5. Pérdida de interés o de placer sexual.	í	í	í	í	í
6. Sentirse crítico con respecto a los demás.	í	í	í	í	í
7. La idea de que otra persona puede controlarle sus pensamientos.	í	í	í	í	í
8. El sentimiento de los demás son culpables de los problemas de usted.	í	í	í	í	í
9. La dificultad de recordar las cosas.	í	í	í	í	í
10. La preocupación acerca de su dejadez o descuido.	í	í	í	í	í
11. La facilidad de estar irritado o enojado.	í	í	í	í	í
12. Dolores en el pecho o tórax	í	í	í	í	í
13. Sentimientos de miedo e la calle o espacios abiertos.	í	í	í	í	í
14. Sentirse bajo de energías y sin ímpetu.	í	í	í	í	í
15. Ideas de suicidio.	í	í	í	í	í
16. Oír voces que otras personas no oyen.	í	í	í	í	í
17. Tener temblores.	í	í	í	í	í

18. Sentimientos de desconfianza hacia los demás.	↑	↑	↑	↑	↑
19. Tener poco apetito.	↑	↑	↑	↑	↑
20. Llorar fácilmente.	↑	↑	↑	↑	↑
21. Sentimientos de timidez y desconfianza con el sexo opuesto.	↑	↑	↑	↑	↑
22. Sentimientos de encontrarse atrapado.	↑	↑	↑	↑	↑
23. Miedos repentinos e inmotivados	↑	↑	↑	↑	↑
26. Acusarse Ud. mismo de alguna cosa.	↑	↑	↑	↑	↑
28. Sentirse bloqueado para hacer las cosas.	↑	↑	↑	↑	↑
30. Sentimientos de tristeza	↑	↑	↑	↑	↑
32. Carencia de interes por las cosas.	↑	↑	↑	↑	↑
33. Sentirse temeroso.	↑	↑	↑	↑	↑
34. Exceso de facilidad para notar heridos sus sentimientos.	↑	↑	↑	↑	↑
35. Impresión de que los demás están enterados de sus sentimientos íntimos.	↑	↑	↑	↑	↑
36. Sentimientos de que los demás no le entienden o son antipáticos.	↑	↑	↑	↑	↑
37. Sentimiento de que la gente no es amigable o Ud. no les agrada.	↑	↑	↑	↑	↑
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.	↑	↑	↑	↑	↑
39. Golpes del corazón o aceleramiento del ritmo cardiaco.	↑	↑	↑	↑	↑
40. Nauseas o trastornos de estómago.	↑	↑	↑	↑	↑
41. Sentimientos de inferioridad	↑	↑	↑	↑	↑
42. Dolores musculares	↑	↑	↑	↑	↑
43. Sensación de ser criticado o vigilado por los demás.	↑	↑	↑	↑	↑
44. Dificultades para conciliar el sueño.	↑	↑	↑	↑	↑
45. Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace.	↑	↑	↑	↑	↑
46. Dificultad de tomar decisiones	↑	↑	↑	↑	↑
47. Miedo a viajar en autobús, metro o trenes.	↑	↑	↑	↑	↑
48. Dificultad para respirar.	↑	↑	↑	↑	↑
49. Intervalos de calor o frío.	↑	↑	↑	↑	↑
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades por que le asustan.	↑	↑	↑	↑	↑
51. Quedarse con la mente en blanco.	↑	↑	↑	↑	↑

52.Adormecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	↑	↑	↑	↑	↑
53.Tener un nudo en la garganta.	↑	↑	↑	↑	↑
54.Pesimismo ante el futuro.	↑	↑	↑	↑	↑
55.Dificultad para concentrarse.	↑	↑	↑	↑	↑
56.Sentimientos de debilidad en algunas parte del cuerpo.	↑	↑	↑	↑	↑
57.Sentirse tenso	↑	↑	↑	↑	↑
59.Pensamientos sobre su muerte.	↑	↑	↑	↑	↑
60.Comer demasiado	↑	↑	↑	↑	↑
61.Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de Ud.	↑	↑	↑	↑	↑
62.Tener pensamientos que le parecen como si no pudiesen ser suyos	↑	↑	↑	↑	↑
64.Despertarse de madrugada.	↑	↑	↑	↑	↑
65.Necesidad de repetir acciones (tocar, contar, etc)	↑	↑	↑	↑	↑
66.Sueño inquieto o perturbado.	↑	↑	↑	↑	↑
67.Tener ganas de romper o estrellar algo contra el suelo.	↑	↑	↑	↑	↑
68.Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten.	↑	↑	↑	↑	↑
69.Sensación de que la gente se fija mucho en usted	↑	↑	↑	↑	↑
70.Inquietud entre multitudes (tiendas, cines, etc)	↑	↑	↑	↑	↑
71.Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.	↑	↑	↑	↑	↑
72.Momentos de terror o pánico	↑	↑	↑	↑	↑
76.Sentir que los demás no valoran los aciertos de Ud adecuadamente	↑	↑	↑	↑	↑
77.Sentirse solos aunque esté acompañado.	↑	↑	↑	↑	↑
78. Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado.	↑	↑	↑	↑	↑
79. Sentimiento de inutilidad.	↑	↑	↑	↑	↑
80. Sentir que las cosas conocidas le son extrañas o irreales.	↑	↑	↑	↑	↑
81. Momentos de necesidad de gritar y tirar objetos.	↑	↑	↑	↑	↑
82. Sentir miedo de desmayarse en público.	↑	↑	↑	↑	↑
83.Sentimiento de que los demás se aprovecharán de usted si los deja.	↑	↑	↑	↑	↑

84. Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho.	1	1	1	1	1
85. Idea de que debería ser castigado por sus pecados	1	1	1	1	1
86. Sentirse obligado a acabar las cosas.	1	1	1	1	1
87. Ideas de que su cuerpo padece algo grave	1	1	1	1	1
88. Incapacidad de sentirse cercano a otra persona.	1	1	1	1	1
89. Sentimientos de culpa.	1	1	1	1	1
90. Idea de que algo anda mal en su mente.	1	1	1	1	1

**POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO
A TODAS LAS PREGUNTAS
Gracias.**

Family Adaptability and Cohesión Evaluación Scale-II (FACES II)

A continuación a parecen enumeradas determinadas situaciones familiares. Por favor, responda al cuestionario rellenando con una "X" el cuadrado correspondiente a la frecuencia (casi nunca, de vez en cuando, a veces, frecuentemente o casi siempre) con la que Ud cree que se dan cada una de dichas situaciones en su familia. Si tienen alguna duda no dude en consultarnos.

GRACIAS

Nombre.....Fecha.....

	Casi nunca	De vez en cuando	A veces	Frecuen temente	Casi siempre
1.Los miembros de mi familia nos apoyamos los unos a otros en los momentos difíciles					
2.En nuestra familia es fácil para todo el mundo poder expresar las propias opiniones.					
3.Nos resulta más fácil discutir los problemas con gente ajena a la familia que con los de casa.					
4.Todos los miembros e mi familia son escuchados cuando hay que tomar decisiones importantes.					
5.En mi familia tenemos costumbre de pasar tiempo juntos reunidos en la misma habitación.					
6.En mi familia se escucha la opinión de los hijos cuando se trata de cosas que les afectan.					
7. En mi familia hacemos cosas juntos.					
8. Los miembros de mi familia discutimos los problemas y nos mostramos de acuerdo con las soluciones que se adoptan tras la discusión.					
9.En mi familia cada uno actúa por su cuenta.					
10.En mi familia nos turnamos para realizar las tareas domésticas.					
11.En mi familia conocemos a los amigos íntimos que cada uno de los otros tienen.					
12.Es difícil saber cuales son las normas en nuestra familia.					
13. Los miembros de mi familia consultamos					

los unos con otros cuando tenemos que tomar decisiones personales					
14. En mi familia decidimos libremente lo que queremos.	↑	↑	↑	↑	↑
15. Nos resulta difícil hacer planes en conjunto como familia	↑	↑	↑	↑	↑
16. A la hora de resolver problemas las opiniones de los hijos son tomadas en consideración	↑	↑	↑	↑	↑
17. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos los unos a los otros.	↑	↑	↑	↑	↑
18. En mi familia las normas son justas.	↑	↑	↑	↑	↑
20. En mi familia buscamos formas nuevas de manejar los problemas	↑	↑	↑	↑	↑
21. Los miembros de mi familia nos mostramos de acuerdo con las decisiones adoptadas por la mayoría.	↑	↑	↑	↑	↑
22. En mi familia se comparten las responsabilidades	↑	↑	↑	↑	↑
23. A los miembros de mi familia nos gusta estar juntos cuando tenemos tiempo libre.	↑	↑	↑	↑	↑
25. Los miembros de mi familia nos evitamos los unos a los otros.	↑	↑	↑	↑	↑
27. En casa, los unos aceptamos a los amigos de los otros	↑	↑	↑	↑	↑
28. Los miembros de mi familia tenemos miedo de decir lo que realmente tenemos en mente.	↑	↑	↑	↑	↑
29. En mi familia, es más probable que dos se pongan de acuerdo para hacer algo que si tienen que acordarlo todos juntos.	↑	↑	↑	↑	↑
30. Los miembros de mi familia compartimos los intereses de unos y de otros.	↑	↑	↑	↑	↑

**POR FAVOR COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO
A TODAS LAS PREGUNTAS
Gracias.**