

**NUEVAS PERSPECTIVAS DE OBJETIVOS EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

***NEW PERSPECTIVES IN HEALTH SOCIAL WORK'S GOALS IN PRIMARY
HEALTH CARE***

Valentín Calvo-Rojas¹

TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 12 (2022)

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v12.24403>

¹ Institut Català de la Salut. Barcelona (España).

Contacto: Valentín Calvo Rojas. Centro de Atención Primaria de Salud Montnegre. C/de Montnegre, 21. Barcelona (España). e-mail: valentin_calvo@hotmail.com

Recibido: **05-04-2022** Revisado: **01-08-2022** Aceptado: **09-11-2022** Publicado: **16-11-2022**

Cómo citar / How to cite:

Calvo-Rojas, V. (2022). Nuevas perspectivas de objetivos en Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 12, 87-110. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v12.22403>

Resumen

La intervención de las y los profesionales del trabajo social se ve a menudo limitada por criterios restrictivos que conllevan la exclusión de un segmento de población con problemas psicosociales. Para situar este problema específico, este artículo analiza el uso excesivo de la consulta en atención primaria de la salud. Los resultados de los estudios en esta área son consistentes al vincular a los usuarios que hacen un uso excesivo de la consulta con problemas sociodemográficos y sociofamiliares, así como a problemas psicológicos, incluyendo la depresión, la ansiedad y un estilo de afrontamiento pasivo. Este estudio explora la respuesta del trabajo social sanitario al uso excesivo de la consulta en atención primaria de salud. Para ello, se realiza una revisión narrativa de la literatura sobre hiperfrecuentación o sobreutilización y Trabajo Social, en centros de atención primaria, publicada entre los años 1980 y 2020. Esta revisión refleja que el trabajo social sanitario ha tenido un impacto limitado sobre dicho uso excesivo. Finalmente, se concluye que el soporte social afectivo ofrece un marco conceptual amplio que integra la enfermedad, como una realidad que se presenta homogénea, y la naturaleza subjetiva y contextual de los síntomas.

Abstract

The intervention of social work professionals is often limited by restrictive criteria that lead to the exclusion of a segment of the population with psychosocial problems. To situate this specific problem, this article analyses the excessive use of consultations in primary health care. The results of studies in this area are consistent in linking users who make excessive use of consultations with sociodemographic and socio-family problems, as well as psychological problems, including depression, anxiety and a passive coping style. This study explores the response of health social work in the excessive use of consultation in health primary care. For this, a narrative review of the literature related to frequent attendance or overuse and social work, in primary care, and published between the years 1980 and 2020, is carried out. This review reflects that health social work has had a limited impact about such excessive use. Finally, it is concluded that affective social support offers a broad conceptual framework that integrates the disease, as a reality that appears homogeneous, and the subjective and contextual nature of the symptoms.

PC: Determinantes psicosociales de la salud; Hiperfrecuentadores; Ámbito de intervención sanitario; Sobreutilizadores.

KW: *Psychosocials determinants of health; Frequent attenders; Scope of health intervention; Overusers.*

1. Introducción

El paradigma holístico de la salud es capaz de acomodar la relación salud y sociedad como una composición colectiva dinámica donde se entrelazan las relaciones humanas y las tecnologías médicas (Ashcroft et al., 2017). Sin embargo, cuando se pretende la integración del holismo con la biomedicina, las tecnologías médicas operan no solo como una importante herramienta de clasificación médica sino también como aquella que legitima la enfermedad, y proporciona un medio para acceder a recursos (Nettleton, 2006). Esta división, entre una categoría agregada y homogénea y su dimensión experiencial y subjetiva, sólo tiene sentido en relación con una amplia gama de políticas, planes, programas, protocolos y direcciones administrativas. Y se muestra particularmente importante para la distorsión de la comprensión y abordaje de las causas y factores que provocan una demanda de atención (Miranda-Ruche et al., 2020). La Ley de Dependencia, que define desde el lugar de experto los problemas sociales y los mecanismos de actuación ante dichas problemáticas, podría ser vista como ejemplo de este reduccionismo histórico en los modos de conocer.

Las consecuencias específicas del enfoque dirigido a la enfermedad diagnosticada actúan como un problema concreto, al excluir del rol de enfermo a un amplio segmento de población que no alcanza el umbral mínimo marcado por las clasificaciones internacionales de las enfermedades. Como consecuencia, los trabajadores sociales sanitarios ponen el foco predominantemente sobre los factores psicosociales de personas con diagnósticos crónicos específicos, como por ejemplo el cáncer, la hipertensión, la depresión y la somatización (Rizzo y Rowe, 2006, 2016; Steketee et al., 2017). Sin embargo, se viene constatando que, en las consultas de atención primaria de salud, un grupo mayoritario de usuarios reporta quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen (Aragonés et al., 2005). En ausencia de una categoría diagnóstica, los profesionales sanitarios se ven obligados a descartar constantemente posibles causas somáticas, mientras que los usuarios pueden presentar nuevos episodios con más y más síntomas (Opdal et al., 2019). Al no recibir una respuesta satisfactoria a su malestar de origen no orgánico, algunos de estos usuarios emprenden por iniciativa propia un uso excesivo de la consulta. Ello se traduce en costes para el sistema sanitario, burnout profesional y, lo más importante, el sufrimiento y el descontento de dichos usuarios que no encuentran una respuesta adecuada a sus malestares.

Aunque este fenómeno ha sido investigado desde los años 80, periodo en el que se sitúa como campo de estudio, este grupo de usuarios vive en riesgo de no tener acceso a los recursos y el apoyo que puede ayudarlos a comunicarse con otros sobre su malestar. Dado que el trabajo social identifica el malestar psicosocial como objeto, es de interés aproximarnos a la definición del uso excesivo de la consulta y a las características psicosociales de los usuarios con dicho uso excesivo.

1.1. El uso excesivo de la consulta: inconsistencias en la definición

En la mayor parte de la literatura especializada la definición de “hiperfrecuentación” recoge las siguientes dimensiones: el número de consultas, el tipo de consultas y el período de tiempo en el que se toma la medida de las consultas. Sin embargo, entre los investigadores de este tema existe falta de consenso, que se debe principalmente a la diversidad de métodos utilizados para determinar el umbral crítico de la variable “número de consultas” y a las diferentes formas de categorizar las consultas (Luciano y Serrano, 2008; Shukla et al., 2020). Aunque el método más utilizado para determinar dicho umbral considera como hiperfrecuentadores a todos los pacientes que se encuentren por encima de un determinado percentil. Por ejemplo, Smits et al. (2013) dieron una definición de hiperfrecuentación que, generalmente, es aceptada por los investigadores, como “una clasificación de tasa de asistencia que se corresponde con el percentil 90 de la distribución de consultas en el período de 1 año” (p. 1); Fuertes et al. (2017) han considerado el percentil 95, ya que bajo este criterio los denominados hiperfrecuentadores serían clasificados como tales, aplicando cualquiera de los criterios de la literatura. Sin embargo, otros estudios proponen una definición en la que el número de visitas anuales indicadoras de hiperfrecuentación varía en función no sólo de un criterio estadístico sino también de criterios clínicos (Hauswaldt et al., 2013; Luciano y Serrano, 2008).

La definición de hiperfrecuentación mayoritariamente se ha focalizado en la demanda asistencial en general, sin diferenciar las visitas de seguimiento de las visitas generadas por el propio usuario (Vedsted y Christensen, 2005). No obstante, algunos autores buscan extender la literatura previa sobre la tasa de asistencia, o tasa de uso, informando datos de usuarios exclusivamente clasificados por el número de consultas presenciales, autoiniciadas por el propio usuario (Gomà-i-Freixanet et al., 2019; Rodríguez-Lopez et al., 2016). Estos autores subcategorizan a los hiperfrecuentadores por el tipo de consulta, para distinguir entre hiperfrecuentadores, con consultas generadas por profesionales sanitarios, y sobreutilizadores, con consultas autoiniciadas por el propio usuario. Mediante dicha

estrategia estos autores evitan las visitas programadas por el profesional para controlar las enfermedades crónicas que requieren controles frecuentes (p.e., diabetes mellitus, glaucoma, enfermedades del corazón) y/o por fines administrativos o legales. Así, una nueva terminología que se enfoca en la sobreutilización de la consulta ha ganado adeptos (Opdal et al., 2019; Saini et al., 2017).

El término “sobreutilización” ha sido ampliamente definido como “la provisión de servicios médicos para los cuales el potencial de daño excede el potencial de beneficio y ocurre en forma de sobre-investigación, sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, sobre-medicalización” (Brownlee et al., 2017, p. 159). Finalmente, en cuanto al período de tiempo, el más ampliamente estudiado ha sido el de un año. No obstante, Smits et al. (2014) hallaron que, únicamente una proporción menor de la población hiperfrecuentadora, los denominados como hiperfrecuentadores persistentes, mantiene este patrón de utilización durante periodos de tiempo superiores al año.

Así pues, este grupo heterogéneo de usuarios no está claramente definido, haciendo difícil comparar resultados. Sin embargo, se han realizado numerosos esfuerzos para describirlo.

1.2. Evidencias en el tipo de usuarios: hiperfrecuentadores versus sobreutilizadores

En un intento de describir el perfil de los hiperfrecuentadores, se han realizado diversos estudios. Independientemente del contexto médico o nación de origen, utilizando métodos cuantitativos se han estudiado el género, la edad, el estado civil, la situación laboral, el nivel de educación, el apoyo sociofamiliar, la salud mental y las enfermedades crónicas. Atendiendo a sus características sociodemográficas, los resultados de estos estudios, en atención primaria de salud, describen un perfil sociodemográfico de este tipo de usuario como: mujeres, viudas o separadas, amas de casa y/o en situación de desempleo, y con un nivel de estudios y económico bajo (Díaz, 2013; Menéndez et al., 2019; Reho et al., 2019; Savageau et al., 2006; Smits et al., 2013).

En cuanto a las variables sociofamiliares, estudios de cohortes (Bellón et al., 2007) y de casos y controles (Bellón et al., 1999; Dowrick et al., 2000) han confirmado que, también juegan un papel importante. En un estudio en el Reino Unido se halló que un bajo soporte social se relacionaba con un aumento de la hiperfrecuentación (Sheehan et al., 2003). Por otra parte, en un estudio prospectivo realizado en España, Bellón et al. (2007), utilizando modelos multivariantes, constataron que la disfunción familiar, junto a una deficiente salud mental, eran los factores más relevantes para predecir la hiperfrecuentación de las

consultas de atención primaria de salud. Estos resultados indican que este tipo de usuario padece mayoritariamente déficit de apoyo social y disfunción familiar (Matalon et al., 2009; Parejo et al., 2016).

Otra variable de interés creciente en la investigación de la hiperfrecuentación es la concurrencia psiquiátrica, específicamente la ansiedad y la depresión. Estas personas, tienen más probabilidades de informar procesos de malestar psicológico leves, que generarían la mayor parte de la demanda asistencial (Fuertes et al., 2017), mientras que las personas denominadas como “hiperfrecuentadores persistentes” se diagnostican con más problemas sociales, problemas psiquiátricos y síntomas físicos médicamente inexplicables (Smits et al, 2016). Este perfil coincide con el que describen los estudios sobre las personas con síntomas de origen no orgánico (Palacios-Gálvez et al., 2021). Aunque se mantiene el desplazamiento del componente psicosocial a una preocupación secundaria, estos usuarios, como en la mayoría de los problemas somáticos, ya se tratan en los modelos de atención a la cronicidad. Por consiguiente, es probable que se obtengan ventajas de identificar y tratar los problemas psicosociales no detectados, que inciden de manera tan negativa en el sufrimiento y en el descontento de dichos usuarios (Smits et al., 2016).

Así, algunos autores han informado datos de usuarios basados exclusivamente en las consultas iniciadas por el propio usuario (Morales-Botero et al., 2021; Rodríguez-Lopez, et al., 2016). Estos estudios no reproducen exactamente el patrón de la hiperfrecuentación. Concretamente, los resultados de un estudio comparativo entre normo y sobreutilizadores indican que la sobreutilización parece no estar relacionada con aspectos sociodemográficos ni con características sociofamiliares (Gomà-i-Freixanet et al., 2019, 2020). Estos autores describen un tipo específico de usuario con un perfil caracterizado por falta de apoyo social afectivo, mayor probabilidad de sufrir depresión y/o ansiedad subclínica, y un estilo de afrontamiento pasivo, con baja autoconfianza en las propias habilidades y alta dependencia del apoyo institucional.

A nivel multivariante, los usuarios que presentan probabilidad de manifestar ansiedad tienen más del doble de riesgo de ser sobreutilizadores de los servicios de salud que los usuarios que no cumplen dicho criterio. Estos resultados confirman algunas de las conclusiones a las que han llegado trabajos en sistemas de salud diferentes al español (Rodríguez-Lopez et al, 2016). Asimismo, diversos estudios, utilizando metodología cualitativa, confirman que, en muchos casos, estas personas carecen de la capacidad de adaptarse a las sensaciones físicas, cambios en el cuerpo o nuevos síntomas, y como consecuencia buscan repetidamente que el profesional de la salud les brinde tranquilidad,

reconozca su sufrimiento y les aporte seguridad y comprensión (Hodgson et al., 2005; Opdal et al., 2019; Saini et al., 2017).

Estos resultados indican que este tipo específico de usuario mayoritariamente realiza un tipo de demanda afectiva, no técnica, y que la canaliza a través de la red de salud. Sin embargo, el modelo sanitario actual no les brinda una respuesta de tipo afectivo, sino técnico, recetándoles más medicación y/o pruebas exploratorias complementarias. No obstante, esta alta tasa de demanda asistencial no puede explicarse por su morbilidad física (Pymont y Butterworth, 2015).

La mayor parte de la literatura revisada hasta ahora trata de determinar una entidad única y estable para las personas que hacen un uso excesivo de la consulta. Desde un enfoque clínico, el establecimiento de más perfiles de usuarios y una mayor dependencia de elementos dimensionales, en lugar de las representaciones categóricas de un rasgo, son clínicamente válidos. Aún así, este enfoque divide los problemas psicosociales de la salud en entidades distintas y separadas, así tiende a la medicalización y se aleja de la comprensión de la subjetividad de la enfermedad clasificada o de los síntomas de origen no orgánico. La realidad puede ser múltiple, pero eso no significa que esté totalmente fragmentada. Así, podemos intentar una comprensión que enmarque esta problemática categoría de manera procesual (Rojas, 2015). Puede haber continuidad entre el número de síntomas corporales, el nivel de renta, el soporte social, el grado de ansiedad y/o depresión y un estilo de afrontamiento pasivo, y las medidas de validación externas, como el grado de uso de la consulta. Así pues, los problemas sociales tienen una conexión con los problemas psicológicos en el soporte social, que ejerce el papel de regulador del malestar de origen no orgánico.

Dadas estas relaciones sustanciales entre soporte social y el uso excesivo de la consulta, es importante conocer el primero. Desde los años 70 se han dado numerosas definiciones de apoyo social. Thoits (1982) define el apoyo social como “el grado en que las necesidades de afiliación, de afecto, de pertenencia, de identidad, de seguridad y de aprobación de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros” (p. 158).

Existen dos teorías que explican la asociación entre el apoyo social y la salud. Una apunta a que el apoyo social puede tener un efecto directo en la salud, mientras que la segunda postula que el apoyo social puede tener un efecto amortiguador sobre la enfermedad. Asimismo, se sabe que la percepción de apoyo, no su materialización real, es en gran parte responsable de los efectos del efecto amortiguador del apoyo. Actualmente se considera

que estos enfoques no son excluyentes, sino que el apoyo social, visto de manera sistemática, engloba efectos protectores directos y amortiguadores frente a la enfermedad diagnosticada y frente a la naturaleza subjetiva y contextual de los síntomas (Cohen, 2004).

Esta perspectiva generalista refleja el continuo entre la enfermedad clasificada, la naturaleza subjetiva y contextual de los síntomas, y el papel social que la sociedad les asigna. Asimismo, su manejo posibilita la intervención, por ejemplo, fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda. Concretamente en el uso excesivo de la consulta, la relación entre frecuentación y apoyo social se ejercería a través del apoyo afectivo (Calvo-Rojas, 2016). Además, se percibe que, en personas con un estilo de personalidad dependiente, el soporte social afectivo predispone a un mejor afrontamiento de la enfermedad (Gomà-i-Freixanet et al., 2019).

La dimensión afectiva del apoyo engloba disponibilidad para hablar con otras personas, compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, dominio de las emociones, sentimientos de ser querido, de pertenencia, sentimientos de ser valorado, elogios y expresiones de respeto. Este enfoque se desmarca del uso de la consulta como un problema médico e introduce la relación profesional-usuario, siendo el usuario un actor activo. El interés por las personas con un uso excesivo de la consulta se traslada, por tanto, a la forma de las intervenciones de los profesionales involucrados en el cuidado del malestar psicosocial (Rojas, 2015).

En la configuración social del malestar que causa una demanda de atención, el trabajo social abre una vía comunicativa y emancipatoria para poder tomar distancias del predominio del enfoque dirigido a la enfermedad clasificada (Vázquez, 1998). Esta vía es una de las contribuciones del trabajo social que representa las prácticas holísticas que mejor soportan la justicia social (Ashcroft et al., 2017).

Así pues, nuestro objetivo es explorar la respuesta del trabajo social sanitario en el uso excesivo de la consulta en la atención primaria de salud. El objetivo instrumental es identificar los modelos de atención para las personas con uso excesivo de la consulta, relacionándolos con las teorías explícitas o subyacentes sobre la salud.

2. Método

Se realiza una revisión narrativa de la literatura sobre el uso excesivo de la consulta mediante un análisis de contenido deductivo, para establecer cómo el trabajo social

sanitario ha respondido al problema del uso excesivo de la consulta en la atención primaria de salud. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica a principios de 2021, que se restringió en función del objetivo del estudio. Este enfoque está construido en el supuesto de que la investigación es un indicador de interés centrado en el estudio de un mundo humano de subjetividad y creencias, y que tiene en cuenta los esfuerzos de autogestión y resistencia del usuario con un uso excesivo de la consulta, alejándose en cambio de los intentos de encontrar una realidad única y estable, lo que no supone un rechazo a la racionalidad técnico instrumental.

Como el área temática era extensa y relativamente inexplorada, se desarrolló una estrategia de búsqueda amplia y se aplicó a las siguientes bases bibliográficas: a partir de Web of Science se realizó una búsqueda en Web of Science Core Collection, Medline y SciELO Citation Index, la Biblioteca Cochrane y Dialnet, bajo las siguientes palabras clave: *frequent attenders*; *overusers*; *frequent attenders and social work*; *overusers and social work*; *social work and co-morbidity and psychosocial interventions*, y sus equivalentes en español. Un resumen de la búsqueda de literatura se puede encontrar en la Tabla 1.

Tabla 1

Metodología de búsqueda

Método de Revisión	Bases de datos	Palabras clave
Base de datos Bibliográfica	Web of Science Core Collection (1980-2020); Medline (1980-2020); SciELO Citation Index (2002-2020)	'frequent attenders', 'frequent attenders and social work' 'overusers', 'overusers and social work' 'social work and co-morbidity and psychosocial interventions'
	Dialnet	'hiperfrecuentadores', 'hiperfrecuentadores y trabajo social' 'sobreutilizadores', 'sobreutilizadores y trabajo social', 'trabajo social y comorbilidad y intervenciones psicosociales'
	The Cochrane Library	'frequent attenders', 'frequent attenders and social work' 'overusers', 'overusers and social work' 'social work and co-morbidity and psychosocial interventions'

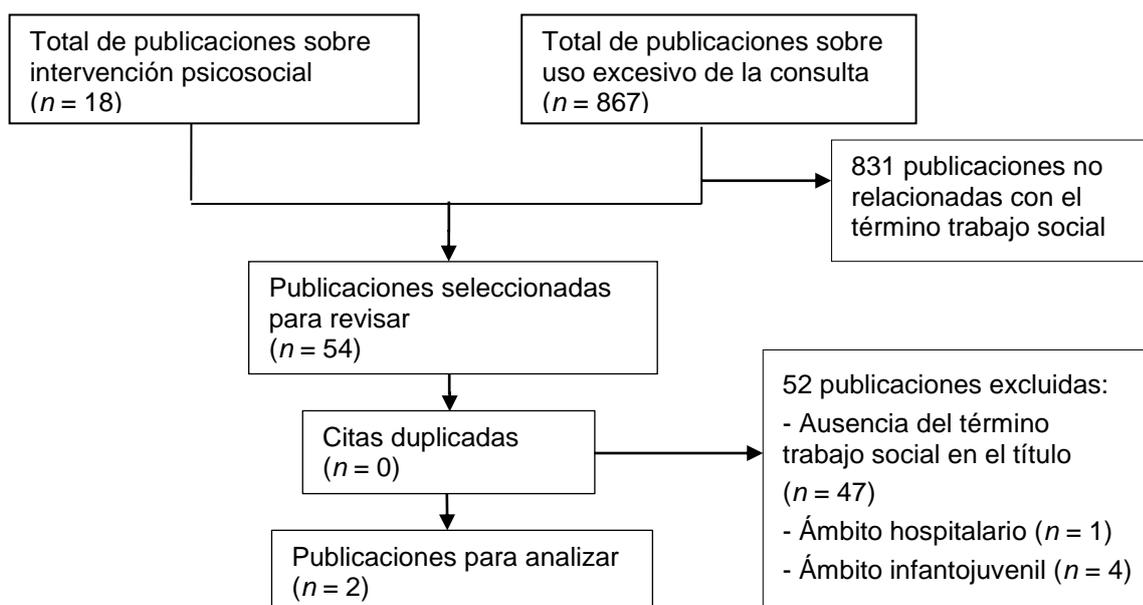
Los criterios de selección, aplicados a través de los títulos y resúmenes, tratan de obtener artículos que muestren modelos explicativos y/o modelos de atención de trabajo social relacionados con el uso excesivo de la consulta en atención primaria.

Los estudios se consideraron elegibles para su inclusión siempre que cumplieran con cada uno de los siguientes criterios: a) artículos de revistas electrónicas (no se incluyeron libros u otros tipos de publicaciones) con estudios sobre hiperfrecuentación o sobreutilización relacionados con la categoría “trabajo social en centros de atención primaria de salud”, en inglés o en español; b) publicados entre los años 1980 y 2020; c) estudios con todo tipo de diseños.

Los criterios de exclusión la revisión fueron: a) artículos no relacionados con el término 'trabajo social' en el título, b) artículos relacionados con el medio hospitalario, pediatría y adolescentes.

Tras la revisión de la bibliografía se identificaron 54 artículos que cumplían los criterios de selección, al estar relacionados con la categoría trabajo social; no encontramos artículos duplicados; 52 de los mismos presentaban criterios de exclusión que fueron detectados en el título y/o el resumen, por lo que se consideró para su ulterior análisis un total de dos estudios. La búsqueda se actualizó en junio de 2021 y no se encontraron más estudios. El proceso de revisión relacionado con los estudios identificados, seleccionados y excluidos se ilustra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento de selección



Se decidió incluir los dos trabajos al considerar que aseguraban una buena calidad metodológica. Para la extracción de datos se diseñó una tabla en la que se especificó el título, el diseño, los objetivos, la definición, la población y los resultados. Para captar la respuesta del trabajo social sanitario al malestar psicosocial de las personas con un uso excesivo de la consulta se extrae el marco explicativo y el modelo de práctica, identificando los siguientes contenidos: 1) términos que utilizan para el uso excesivo; 2) factores causales y asociados; 3) modelos de atención que proponen; 4) factores que consideran en la relación profesional-paciente.

3. Resultados

De los dos artículos seleccionados, uno fue una revisión sistemática que se publicó en una revista sin el término 'trabajo social' en el título (McGregor et al., 2018). Con respecto al lugar de publicación, el sitio web indicó que la revista fue publicada en el Reino Unido en el año 2018. El objetivo fue identificar y sintetizar la evidencia disponible sobre los beneficios para la salud de las intervenciones de trabajo social en entornos de atención primaria. De los siete estudios revisados por McGregor et al. (2018) sólo dos (Matalon et al., 2002; Matalon et al., 2009) utilizaron el término hiperfrecuentación en la selección de los participantes, considerando como personas hiperfrecuentadoras aquellas que sus médicos de atención primaria identificaban como "pacientes difíciles". Los autores no examinaron críticamente la naturaleza y la utilización del término hiperfrecuentación.

En cuanto al procedimiento, un equipo de trabajadores sociales evaluó la historia médica y psicosocial, después utilizó entrevistas biográficas intensivas, genogramas familiares y habilidades sociales y comunicativas para comprender las perspectivas de la enfermedad del paciente y co-construir una nueva narrativa de la enfermedad. Los autores señalan que los trabajadores sociales tenían formación en salud mental y la utilizaron. La intervención parece tener un claro enfoque clínico y tuvo efectos beneficiosos para la salud.

El segundo estudio seleccionado utilizó un diseño de casos y controles. Se publicó en una revista española con el término 'trabajo social' en el título. El objetivo de Calvo-Rojas et al. (2011) fue analizar las características de disfunción sociofamiliar comunes a los hiperfrecuentadores, y diferentes a las de la población general. Estos autores utilizaron el término hiperfrecuentación en la selección de los participantes, considerando que esta existe cuando la tasa de asistencia alcanza o supera el percentil 95. En cuanto al

procedimiento, lo llevó a cabo un equipo de trabajadores sociales sanitarios. La tabla 2 presenta un resumen de los estudios incluidos en el análisis.

Tabla 2.

Resumen de las características del estudio

Estudio Y Diseño	Objetivo	Población	Análisis	Resultados
McGregor et al.(2018) Revisión sistemática (Reino Unido)	Identificar los beneficios para la salud de las intervenciones de trabajo social en atención primaria	Se utilizó el término hiperfrecuentación en dos de los artículos revisados (Matalon, <i>et al.</i> , 2002, 2009)	No se discutió la categoría de hiperfrecuentador	La intervención modificó el comportamiento de la enfermedad y redujo los costos de salud
Calvo-Rojas et al. (2011) Casos y controles (España)	Analizar las características sociofamiliares	Se utilizó el término hiperfrecuentación en la selección de los participantes	No se discutió la categoría de hiperfrecuentador	Los hiperfrecuentadores tienen más problemas psicosociales

Una vez revisados los estudios seleccionados, los datos fueron recogidos y clasificados en dos categorías: modelo explicativo y modelo de atención.

En relación al modelo explicativo, los artículos revisados recogen términos como “pacientes hiperfrecuentadores” y se les califica de “pacientes difíciles”. Estos términos describen el comportamiento, pero no recogen las quejas que el médico explora, lo que el paciente siente. La expectativa cultural es que un paciente mejore, que quiera mejorar y retorne a su rol previo, siendo esta conducta una desviación de dicha expectativa. Etiquetar el comportamiento de los usuarios como anormal desvía la atención de factores contextuales sociales. La teoría se basa en la premisa que el exceso de consultas es una exageración de la frecuentación normal. Este modelo apunta a un problema individual de este grupo de usuarios, asociado con un mal uso del sistema, y en consecuencia está aislado de los sistemas sociales.

En cuanto a los factores causales o asociados al término, se enmarca dicho “mal uso” como un problema de salud pública que consiste en un comportamiento inadecuado asociado a una serie de factores psicosociales o condiciones físicas que apuntan a problemas de salud mental, aunque la idea de una dimensión social de la salud ha sido ampliamente aceptada en el ámbito de la salud pública.

Desde esta perspectiva biomédica-psicosocial, lo psicosocial se convierte en un conjunto de factores categóricos que operan como complemento de las bases biomédicas de la enfermedad, siendo estos factores los que generalmente desencadenan la conducta individual de buscar o no buscar la asistencia médica. Esta representación divide los problemas psicosociales en entidades distintas y separadas, así tiende a la medicalización y se aleja de la comprensión de la subjetividad de la enfermedad. Asimismo, se oscurece la mayor prevalencia de mujeres y que esos factores psicosociales han de tener un significado relacionado con la condición social y subjetiva de las mujeres (Velasco et al., 2006; Velasco et al., 2007). Por lo tanto, esta definición tiene un estatus problemático ya que se mueve ambiguamente entre un problema de comportamiento individual y/o un problema de salud pública (Rojas, 2015).

Sin embargo, el modelo de atención se centra en la persona, incluyendo su biografía, su contexto personal y social. Las intervenciones de los trabajadores sociales sanitarios se apoyan en la escucha en la entrevista clínica, dan espacio a la queja subjetiva del paciente, localizan la comprensión del malestar y el significado simbólico de los síntomas. Las dificultades se enfocan como elementos de la relación entre el profesional y el usuario y no hace referencia a tratamientos farmacológicos. Este tipo de intervención es compatible con un modelo biopsicosocial con un enfoque holista relacional extendido, que también tiene en cuenta los modelos estereotipados de roles para hombres y mujeres y los ideales de feminidad y masculinidad que imponen (Ashcroft et al., 2017). Así pues, en la hipótesis causal que es el malestar psicosocial de género, la persona está en la historia, tiene biografía, y lo que le ocurre y sus síntomas tienen significados. Ya no se trata sólo de qué le pasa a la o el paciente, sino por qué le pasa insertado en su biografía. Por lo tanto, no es tan importante describir, clasificar y diagnosticar, sino interpretar y comprender significados (Velasco et al., 2006).

4. Discusión

En cuanto al ámbito de intervención, la perspectiva dicotómica entre salud y enfermedad oculta la diferencia que existe entre la queja del paciente y la morbilidad registrada en el proceso de demanda y atención en los servicios sanitarios. Dicha diferencia está mediada por factores psicosociales de género que influyen en la expresión de la demanda. Dado que el uso excesivo de la consulta es un indicador de dichos problemas psicosociales, este

estudio explora la respuesta de los profesionales del trabajo social sanitario a dicho fenómeno.

Nuestros resultados indican que el problema del uso excesivo de la consulta se ha tratado más desde otras profesiones de la salud que desde el trabajo social sanitario. Si las revistas de trabajo social reflejan actitudes hacia las formas de pensar la profesión y hacia la prestación de servicios, las tipologías del uso excesivo de la consulta parecen haber tenido poco impacto sobre el trabajo social sanitario a nivel nacional e internacional. Las razones de esto pueden estar en la respuesta del trabajo social a la formación de pregrado en la salud. A este respecto, los programas educativos actuales de las escuelas de trabajo social españolas, si bien ofrecen formación en salud, muchos de ellos son opcionales y con pocas prácticas específicas. Concretamente, las universidades españolas imparten una única materia que incluya en el título el término salud. (Rodríguez y García, 2019). En el ámbito de los servicios sociales, los estudiantes de pregrado tampoco obtienen conocimientos sobre las causas y los factores que provocan un uso continuado de dichos servicios. No obstante, probablemente desarrollan una crítica razonable de elementos relacionados con el uso y de los niveles de intervención (Miranda-Ruche et al., 2020). Asimismo, son pocos los programas de posgrado específicos en trabajo social sanitario, lo cual implica una menor presencia de artículos científicos al respecto (Abreu y Mahtani, 2018). A su vez, la formación especializada debe superar a las formaciones blandas de pregrado y permitir una formación en competencias clínicas (Barría, 2021). Dicha transformación puede implicar insistir en la formación de posgrado obligatoria en salud incluyendo la gestión de la demanda y la salud mental que podrían al menos ser un requisito básico para quienes trabajan en el campo de la salud.

Respecto al modelo explicativo, el análisis de los artículos incluidos en esta revisión muestra que los autores no examinaron críticamente el concepto de hiperfrecuentación. No obstante, en dicho concepto subyace un enfoque biomédico-psicosocial que describe lo objetivable para llegar a una definición descriptiva del comportamiento, y no del significado del padecimiento para el paciente. Una posible consecuencia de ello es la calificación de estos pacientes, como en los trabajos biomédicos, como inadecuados, de los que se desconfía y se denominan, no por lo que padecen, sino por su comportamiento, depositando un carácter de intencionalidad en el paciente. En relación al etiquetado, el término 'uso excesivo de la consulta' parece innecesariamente negativo, pudiendo provocar oposición hacia el usuario y levantar una barrera entre este y el trabajador social sanitario.

No obstante, esto no justifica necesariamente el rechazo del conocimiento clínico acumulado, que viene con dicha clasificación. En este contexto, las etiquetas aplicadas de manera responsable pueden ser un mal necesario. Así, los trabajadores sociales sanitarios, desde una perspectiva holística, podrían plantear preocupación sobre el etiquetado y señalar que la nomenclatura está vagamente definida y aplicada subjetivamente por los investigadores a partir de cifras estadísticas. Desde la categoría holística se podría proponer nombrar los padecimientos en lugar de las acciones.

En cuanto a la validez, deben ser considerados al menos dos factores. Primero, hay factores psicosociales que preceden a los problemas de afrontamiento en el uso de la consulta médica (Bellón et al., 2007). En segundo lugar, el uso excesivo de la consulta surge de una confluencia de diversos aspectos sociales, psicológicos y de factores biológicos. Determinar cómo estos se manifestarán cuando se combinan con un estímulo ambiental dado, es muy difícil (Martin, 2007). Sin embargo, un mal mayor sería rechazar el modelo por completo. Respecto a los factores psicosociales asociados a las personas con una elevada tasa de asistencia, en los estudios analizados subyace un enfoque holístico tecnocientífico, que consiste en utilizar tecnología, capacidades computacionales avanzadas y herramientas matemáticas, que son abundantes en la atención sanitaria, para interpretar los datos inicialmente fragmentados, en un intento de cuantificar la salud (Ashcroft et al., 2017).

Esta realidad, sin embargo, es más compleja cuando se evidencia que los estereotipos de género pueden actuar como determinantes de diferencias por sexos. A diferencia de la atención primaria de salud, en el ámbito hospitalario se observa un predominio del uso excesivo de la consulta de urgencias por parte de los hombres, así como problemas mentales asociados a consumos excesivos de alcohol y sustancias, y mayor riesgo de suicidio. Por lo tanto, estos factores psicosociales están relacionados con el contexto sociocultural y las vivencias provocadas por factores psicosociales de género (Velasco et al., 2007; Velasco et al., 2006). Así pues, un modelo explicativo integral del uso excesivo de la consulta debe considerar la inclusión de prácticas relacionales con una aplicación a nivel contextual.

Respecto al modelo de atención, los resultados de esta revisión indican también que en la intervención analizada los profesionales del trabajo social sanitario tienen una amplia perspectiva de la salud. Este tipo de intervención tiene una clara tendencia al generalismo, que puede facilitar que los pacientes sientan que sus preocupaciones son escuchadas y aceptadas, y su salud y enfermedad entendidas en el contexto de sus vidas (Matalon, et al.,

2002; Matalon, et al., 2009). Asimismo, estudios de revisiones sistemáticas de la literatura que examinan las prácticas de los trabajadores sociales sanitarios concluyen que producen beneficios en la salud de los pacientes y reducen costos (Rizzo y Rowe, 2006, 2016; Steketee, et al., 2017; McGregor, et al., 2018). Sin embargo, las intervenciones desde el ámbito de la medicina son de tipo especializado y se dirigen a reducir el número de las visitas.

Los resultados de estas intervenciones no hallan medidas eficientes para reducir la hiperfrecuentación (Fuertes et al., 2017; Smitts et al., 2008). Las diferencias en los resultados en las intervenciones entre médicos y trabajadores sociales sanitarios pueden deberse, precisamente, a que los significados y la experiencia de los usuarios son síntomas que los tratamientos médicos actuales no pueden definir. El enfoque biomédico se restringe a un hipotético funcionamiento fisiopatológico y, en consecuencia, se aplican los tratamientos farmacológicos disponibles (psicofármacos y analgésicos), se aplican actuaciones directivas en un encuentro que está marcado por una cierta lucha de poder (Velasco et al., 2006; Velasco et al., 2007). Así, llama la atención que, en el ámbito de la medicina, el apoyo que obtiene este grupo de usuarios a menudo implica tratar de buscar diagnósticos, narrativas de restitución. Incluso el trabajador social sanitario y otros proveedores formales de la salud pueden evaluar y movilizar recursos sociales para una persona que se siente enferma, pero es posible que estos elementos para generar autonomía se tornen en aquellos que pueden acelerar la dependencia. Así pues, este enfoque centrado en la enfermedad clasificada tiene como consecuencia una disposición reactiva ante las problemáticas psicosociales, mientras que la teoría implícita que subyace al modelo de atención de los trabajadores sociales sanitarios es la biopsicosocial.

Dado que los resultados de los estudios sobre tasa de asistencia parecen indicar que este grupo de personas no se sienten apoyadas, ni familiar ni socialmente, en el sentido de recibir expresiones abiertas de afecto, el malestar se trasmite intensamente a las consultas de atención primaria. El modelo de soporte social afectivo es apropiado para este grupo de usuarios, si se entiende como construido en la relación y usado como un marco de acción, en lugar de una prescripción estrecha para la acción. Esto podría dar mejores resultados que contribuir a mantener el mito de que cuantas más actividades realizamos más seguros podemos estar de la buena salud de los pacientes (Malterud et al., 2017). No obstante, el apoyo afectivo no siempre es la panacea en contextos relacionados con el estrés, ni su significado y valor es culturalmente universal. Analizar el problema del uso excesivo de la consulta únicamente como una cuestión de interacción humana corre el riesgo de ser

insuficiente. Así pues, además de escuchar historias de caos es también necesario reconocer los síntomas físicos, aquello que el usuario legitima como síntomas, permitiéndole el acceso al papel de paciente, aunque represente el triunfo de todo lo que la razón busca superar (Nettleton, 2006; Wiklund-Gustin, 2013). Asimismo, la mayor parte de las personas usuarias de las que hablamos son mujeres, y el género puede contribuir a determinar y explicar este fenómeno, tanto para las pacientes como para las actuaciones profesionales. Desde dicha perspectiva, los modelos de uso excesivo de la consulta y sus herramientas de evaluación son útiles para informar de un estilo de afrontamiento que se aproxime a la práctica.

En los estudios analizados en esta revisión se evidencia una disociación entre los modelos explicativos y los modelos de atención que utilizan los trabajadores sociales sanitarios para abordar el problema del uso excesivo de la consulta. Las razones de esta relación entre el enfoque centrado en la enfermedad diagnosticada y la intervención predominantemente de tipo generalista, pueden estar en que los programas educativos de pregrado ofrecen una limitada formación en salud. Sin embargo, algunas universidades proporcionan marcos amplios en habilidades para la entrevista clínica, que proporcionan construcciones sociales que ayudan a los profesionales a ser abiertos y sensibles a las construcciones personales y a las narraciones de la enfermedad que traen las y los pacientes.

Finalmente, cabe mencionar algunas de las limitaciones de este estudio. A pesar de que la metodología adoptada contempla lo objetivo y subjetivo del objeto, la posición de experto del investigador respecto de lo conocido afecta a la objetividad y afecta a la validez del conocimiento (Vázquez, 1998). Así, una de las limitaciones de este trabajo es el sesgo respecto a la particularidad de los datos; se decidió incluir los dos trabajos por considerar que aseguraban una buena calidad metodológica. Así como el sesgo en la elección de una dicotomía, ya que la cantidad de alternativas disponibles puede ser mayor, y no se excluye que existan otras teorías no recogidas u otros límites basados en otros conceptos no considerados. Asimismo, no se incluyó literatura gris, por lo que puede haberse omitido literatura relevante no publicada; esto es particularmente probable en el caso de la investigación realizada por profesionales del trabajo social sanitario, que puede presentarse sólo en congresos, así como a trabajos académicos. Solo se incluyeron los estudios publicados en inglés y español.

5. Conclusiones

La literatura analizada muestra que existen divergencias conceptuales y metodológicas para determinar cuándo el uso de los servicios sanitarios deriva en un “uso excesivo de la consulta”. Se observa, sin embargo, que son numerosas las publicaciones que coinciden en encontrar vinculación entre este uso excesivo y el malestar psicosocial. Así, el uso excesivo de la consulta es un indicador de problemas psicosociales que los actuales modelos basados en la biomedicina no pueden cubrir. Además, se evidencia que las intervenciones de los profesionales del trabajo social sanitario, actuando sobre los determinantes psicosociales de la salud, contribuyen a proporcionar efectos beneficiosos para la salud y a reducir los costes del sistema (Matalon et al., 2002; Matalon et al., 2009). Sin embargo, bajo criterios restrictivos aparentemente sólo técnicos, los profesionales del trabajo social están actuando predominantemente bajo concepciones teóricas determinantes y bien definidas del funcionamiento humano y de la salud. Estas concepciones teóricas, enfocadas a la presencia o ausencia de una clasificación diagnóstica, desplazan el malestar psicosocial a una preocupación secundaria. El uso excesivo de la consulta opera como un problema concreto que muestra las consecuencias específicas de estas consideraciones aparentemente solo teóricas. Esta brecha entre los signos que informa la observación profesional y los síntomas enmarcados como el estado que narra el usuario sobre su malestar, de no resolverse, continuará limitando la detección y el abordaje adecuado del malestar psicosocial de los usuarios de los servicios de salud, y de los usuarios de los servicios sociales. Las personas usuarias requieren acceso a la atención psicosocial y el apoyo adecuado para manejar los síntomas y problemas de manera eficaz. La dimensión del soporte social afectivo ofrece una conexión teórica para integrar un marco conceptual amplio que refleja el continuo entre la enfermedad, como una categoría agregada y homogénea, y la naturaleza subjetiva y contextual del malestar psicosocial. Y en tiempos de COVID19, ante el reto que está suponiendo la saturación de los centros de atención primaria, y que la prevalencia del uso excesivo de la consulta está creciendo (Brownlee et al., 2017; Saini et al., 2017), propugnamos una intervención temprana por parte de los profesionales del trabajo social a partir de la evaluación del apoyo social afectivo.

Referencias bibliográficas

- Abreu Velázquez, M. C. y Mahtani Chugan, V. (2018). Las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en atención primaria de salud: evolución, redefinición y desafíos del rol profesional. *Cuadernos de Trabajo Social*, 31, 355-368. <https://doi.org/10.5209/CUTS.54560>
- Aragonés, E., Labad, A., Piñol, J.L., Lucena, C. & Alonso, Y. (2005). Somatized depression in primary care attenders. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.07.010>
- Ashcroft, R. van Katwyk, T. & Hogarth, K. (2017). An examination of the holism paradigm: a view of social work. *Social Work in Public Health*, 32, 461-474. <https://doi.org/10.1080/19371918.2017.1360818>
- Barría Muñoz, J. (2021). En defensa del Trabajo Social Clínico. El giro pragmático y la contribución de la terapia familiar sistémica en la práctica con personas y familias. *Itinerarios de Trabajo Social*, 1, 79-86. <https://doi.org/10.1344/itsv0i1.32041>
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. & Lardelli, P. (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medicine*, 29, 1347-1357. <https://doi.org/10.1017/s0033291799008995>
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. & Lardelli, P. (2007). Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Family Practice*, 24, 562-569. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm059>
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I.,... & Korenstein, D. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*, 8, 156-168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Calvo-Rojas, V. (2016). *Hiperfrecuentadores versus normofrecuentadores en atención primaria de salud: factores sociales asociados, estilos de personalidad y psicopatología* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. <https://bit.ly/36dTM9x>
- Calvo-Rojas, V., Rodríguez Molinet, J., Pomares Costa, A. M., Gil Rovira, M., Ramell, A. M., Sentís Antolín L.,... y Pedroche Prades, E. (2011). Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en Centros de Atención Primaria de Salud: un estudio desde el Trabajo Social Sanitario. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 2, 116-142. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v2i3.922>

- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Dowrick, C.F., Bellón, J.A. & Gómez, M.J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Díaz, R. (2013). Las necesidades sociales y la hiperfrecuentación de las consultas médicas de atención primaria de salud: el caso de Línea de la Concepción. *Trabajo Social y Salud*, 76, 101-110
- Fuertes, M.C., Carracedo, E., Lorda, A., Arillo, A., Gómez, A.R. y Martínez, M.J. (2017). Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria. *Medicina General y de Familia*, 6(1), 15-22.
- Gomà-i-Freixanet, M., Calvo-Rojas, V. & Portell, M. (2019). Personality and psychopathology as predictors of patient-initiated overuse in general practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 53-59.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.009>
- Gomà-i-Freixanet, M., Calvo-Rojas, V. & Portell, M. (2020). Psychosocial characteristics and affective symptomatology associated with patient self-initiated consultations in Spanish general practice. *Health and Social Care in the Community*, 28, 2312–2319.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13052>
- Hauswaldt, J., Himmel, W. & Hummers-Pradier, E. (2013). The inter-contact interval: a new measure to define frequent attenders in primary care. *BMC Family Practice*, 14, 162-169. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-162>
- Hodgson, P., Smith, P., Brown, T. & Dowrick, C. (2005). Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Annals of Internal Medicine*, 3, 318-323.
<https://doi.org/10.1370/afm.311>
- Luciano, J.V. y Serrano, A. (2008). Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Atención Primaria*, 40, 631-632. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(08\)75697-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(08)75697-X)
- Malterud, K., Guassora, A.D., Reventlow, S. & Jutel, A. (2017). Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice. *British Journal of General Practice*, 67, 244-245. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X690941>

- Martin, C. M. (2007). Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Canadian Family Physician*, 53, 2086-2091.
- Matalon, A., Nahmani, T., Rabin, S., Maoz, B. & Hart J. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice*, 19, 251-256. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.3.251>
- Matalon, A., Yaphe, J., Nahmani, T., Portuguese-Chitrit, N. & Maoz B. (2009). The effect of a multi-disciplinary integrative intervention on health status and general health perception in primary care frequent attenders. *Families, Systems and Health*, 27, 77-84. <https://doi.org/10.1037/a0014769>
- McGregor, J., Mercer, S.W. & Harris, F.M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 26, 1-13. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>
- Menéndez Granados, N., Vaquero Abellán, M., Toledano Estepa, M., Pérez Díaz, M.M., y Redondo Pedraza, R. (2019). Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 33, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.011>
- Miranda-Ruche, X., Pirla-Santamaría, A. y Julià-Traveria, R. (2020). La cronicidad en el marco de los servicios sociales: aportaciones para su discusión. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 10, 94-115. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i18.11331>
- Morales-Botero, J.J., Montoya-Sierra, S. y Gómez-Arias, R.D. (2021). Condiciones asociadas a la hiperfrecuentación según número anual de consultas en una institución de salud de primer nivel de atención en Medellín, Colombia, 2018. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.cahn>
- Nettleton, S. (2006). 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science and Medicine*, 62, 1167-1178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.030>
- Opdal, P.Ø., Meland, E. & Hjörleifsson, S. (2019). Dilemmas of medical overuse in general practice – A focus group study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37, 135-140. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569370>

- Parejo Maestre, N., Lendínez-de la Cruz, J.M., Bermúdez-Torres, F.M., González-Contero, L. y Gutiérrez-Espinosa, M.P. (2016). Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. *Semergen*, 42, 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.011>
- Palacios-Gálvez, M.S., Morales-Marente, E., Iáñez-Domínguez, A. y Luque-Ribelles, V. (2021). Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 35, 345–351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.005>
- Pymont C. & Butterworth, P. (2015). Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *British Medical Journal Open*, 5, e008975. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008975>
- Reho, T.T.M., Atkins, S.A., Talola, N., Viljamaa, M., Sumanen, M.P.T. & Uitti, J. (2019). Frequent attenders in occupational health primary care: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47, 28-36. <https://doi.org/10.1177/1403494818777436>
- Rizzo, V. & Rowe, J. (2006). Studies of the cost-effectiveness of social work services in aging: a review of the literature. *Research on Social Work Practice*, 16, 67-73. <https://doi.org/10.1177/1049731505276080>
- Rizzo, V. & Rowe, J. (2016). Cost-effectiveness of social work services in aging: an updated systematic review. *Research on Social Work Practice*, 1, 1-15. <https://doi.org/10.1177/1049731514563578>
- Rodríguez-Lopez, M., Arrivillaga, M., Holguín, J., León, H., Ávila, A. y Hernández, C. (2016). Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 478-88. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2335>
- Rodríguez Otero, L.M. y García Álvarez, M.P. (2019). Salud y trabajo social: un análisis desde las perspectivas de la formación y la investigación. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32, 123-139. <https://doi.org/10.5209/CUTS.57884>
- Rojas, P. (2015). Variations of the social: some reflections on public health, social research and the health-society relation. *Saúde e Sociedade*, 24, 124-140. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902015s01011>

- Saini, V., Brownlee, S., Elshaug, A.G., Glasziou, P. & Heath, I. (2017). Addressing overuse and underuse around the world. *Lancet*, 390, 105-107.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9)
- Savageau, J.A., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M., & Cashman, S.M. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 265-275.
- Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R. & Jacoby, R. (2003). Somatization among older primary care attenders. *Psychological Medicine* 33, 867-877.
<https://doi.org/10.1017/s003329170300789x>
- Shukla, D.M., Faber, E.B. & Sick, B. (2020). Defining and characterizing frequent attenders: systematic literature review and recommendations. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 7, 255-264. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1747>
- Smits, F.T., Brouwer, H.J., Zwinderman, A.H., van den Akker, M., van Steenkiste, B., Mohrs, J.... y Ter Riet G. (2013). Predictability of persistent frequent attendance in primary care: a temporal and geographical validation study. *PLoS ONE*, 8, e73125.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073125>
- Smits, F.T., Brouwer, H.J., Zwinderman, A.H., Mohrs, J., Schene, A.H., van Weert, H.C. y ter Riet, G. (2014). Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: a prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 492-503.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.08.003>
- Smits, F.T., Brouwer, H.J., Schene, A.H., van Weert, H.C. y ter Riet, G. (2016). Is frequent attendance of longer duration related to less transient episodes of care? A retrospective analysis of transient and chronic episodes of care. *BMJ Open*, 6, e012563.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012563>
- Steketee, G., Ross, A.M. & Wachman, M.K. (2017). Health outcomes and costs of social work services: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 107, 256-266.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304004>
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 2, 145-159. <https://doi.org/10.2307/2136511>

- Vázquez Aguado, O. (1998). Pensar la epistemología del trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 6, 269-286. <https://doi.org/10.14198/ALTERN1998.6.13>
- Vedsted, P. & Christensen, M.B. (2005). Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health*, 119, 118-137. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.03.007>
- Velasco, S., Ruiz, M.T. y Álvarez-Dardet C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 317-333
- Velasco, S., López, B., Tourné, M., Calderó, M.A., Barceló, I. y Luna, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, 10, 111-131
- Wiklund-Gustin, L. (2013). Struggling on my own: a cognitive perspective on frequent attenders conception of life and their interaction with the healthcare system. *Psychiatry Journal*, e 580175. <https://doi.org/10.1155/2013/580175>