

SÍNTOMAS DE MUCHAS E INEXPLICABLES VIDAS. HIPERFRECUENTACIÓN, POLICONSULTA Y GESTIÓN DE SÍNTOMAS MÚLTIPLES DE ÁREAS METROPOLITANAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Autores:

Nicolás Fuster Sánchez. Dr. en Ciencias Sociales y de la Comunicación. Universidad de Valparaíso. Mail: nicolas.fuster@uv.cl 

Diego Rivera López*. Dr© en Sociología y Dr© en Ciencias Sociales. Universidad Católica de Chile. Mail: dirivera1@uc.cl 

Rodrigo Cabrera del Valle. Dr. en Psicología Social. Universidad de Valparaíso. Mail: rodrigo.cabrera@uv.cl 

* Autor de correspondencia

› Resumen

Introducción: La hiperfrecuentación o policonsulta en la Atención Primaria de Salud (APS) es un fenómeno creciente en las áreas metropolitanas de Chile. **Objetivo:** Comprender los elementos socioestructurales subyacentes al fenómeno de la policonsulta en APS, desarrollando una topología social de los usuarios hiperfrecuentadores, analizando su gestión en la APS y describiendo la construcción simbólica de sus afecciones. **Material y Métodos:** Se empleó un diseño mixto de tipo secuencial y exploratorio comenzando con una fase cuantitativa para profundizar hallazgos en una fase cualitativa. La etapa cuantitativa consistió en la realización de encuesta usuarios hiperfrecuentadores en ocho Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Santiago, Valparaíso y Concepción. La etapa cualitativa comprendió 43 entrevistas con profesionales de salud y usuarios policonsultantes. Los datos cuantitativos fueron analizados con estadística descriptiva y análisis cualitativo se realiza de contenido temático. **Resultados:** Los resultados revelan una alta prevalencia de hiperfrecuentación en mujeres (81%) y en personas mayores de 60 años. Se identificaron factores socioestructurales como la soledad y la falta de redes de apoyo como determinantes clave. Además, se observó una relación significativa entre la hiperfrecuentación y problemas de salud mental, particularmente ansiedad y depresión no diagnosticadas. **Conclusión:** Los hallazgos indican que la hiperfrecuentación es un indicador crítico de las fallas en los

Fecha de Recepción: 9 abril 2024

Fecha Aceptación: 10 junio 2024

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.91.2024.4246>

Copyright © 2024



modelos biomédicos actuales para abordar las necesidades socioemocionales de los usuarios. Este fenómeno subraya la urgencia de ajustar la gestión sanitaria a modelos territorialmente situados, que consideren las realidades socioeconómicas y culturales de los pacientes. Además, destaca el valor semiológico y crítico de la categoría "policonsulta" en la configuración de una APS que dé cuenta de fenómenos que exceden al saber médico.

Palabras claves: *Síntomas sin explicación médica; Sociología médica; Modelos de atención de salud; Diagnóstico*

SYMPTOMS OF MANY UNEXPLAINED LIVES. HYPERFREQUENCY, POLY-CONSULTATION AND MANAGEMENT OF MULTIPLE SYMPTOMS OF METROPOLITAN AREAS ON CHILEAN PRIMARY HEALTH CARE.

› Abstract

Introduction: Hyperfrequency or poly-consultation in Primary Health Care (PHC) is an increasing phenomenon in the metropolitan areas of Chile. This study aims to understand the socio-structural elements underlying this phenomenon by developing a social topology of hyperfrequent users, analysing its management in PHC, and describing the symbolic construction of their ailments. **Methods:** A mixed-methods design was employed, combining quantitative surveys and qualitative interviews. The quantitative phase included 209 surveys of hyperfrequent users in eight Family Health Centres (CESFAM) in Santiago, Valparaíso, and Concepción. The qualitative phase involved 43 interviews with health professionals and poly-consulting users. Data were analysed using descriptive statistical techniques and thematic content analysis. **Results:** The results reveal a high prevalence of hyperfrequency among women (81%) and individuals over 60 years old. Socio-structural factors such as loneliness and lack of support networks were identified as key determinants. Additionally, a significant relationship was observed between hyperfrequency and mental health issues, particularly undiagnosed anxiety and depression. **Conclusions:** The findings indicate that hyperfrequency is a critical indicator of the shortcomings in current biomedical models for addressing the socio-emotional needs of users. This phenomenon underscores the urgency of adjusting healthcare management to territorially situated models that consider the socio-economic and cultural realities of patients. Furthermore, it highlights the semiological and critical value of the

category "poly-consultation" in shaping a PHC system that accounts for phenomena beyond medical knowledge.

Keywords: *Medically unexplained symptoms; medical sociology; healthcare models; diagnosis.*

› Introducción

La hiperfrecuentación se refiere a la consulta reiterada por parte de un mismo usuario a los servicios de salud y ha alcanzado niveles preocupantes en las áreas metropolitanas del país. Recientes estudios muestran que en Chile, la hiperfrecuentación afecta aproximadamente al 16% de los usuarios de APS, con la ciudad de Santiago presentando una tasa particularmente elevada del 17,7%⁽¹⁻²⁾. Este fenómeno no es exclusivo de Chile; en Latinoamérica, países como Brasil y Costa Rica también reportan altas tasas de prevalencia, con un 20,8% del presupuesto anual en salud destinado a usuarios policonsultantes en Costa Rica^(3, 4).

Los usuarios hiperfrecuentadores constituyen una categoría crítica de los modelos de gestión y salud mental, prefigurando una topología social de base que promueve una determinada experiencia sintomatológica inespecífica y difusa en usuarias/os, que no logra ser cubierta por los actuales modelos biomédicos⁽⁵⁾.

La policonsulta o hiperfrecuentación alcanza categoría clínica al sobrepasar los seis meses de manifestación según los manuales de diagnóstico Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-11⁽⁶⁾ y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) -5⁽⁷⁾. Adquiere entonces el nombre de "trastorno por somatización" o "trastorno somatomorfo", definidos como un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son suficientemente serios como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social^(8,9). En la presente investigación, los tres términos son utilizados como sinónimos.

En Latinoamérica, Brasil y Chile destacan con tasas de alta prevalencia de desórdenes mentales comunes, caracterizados por la presencia de quejas somatomorfas, donde destaca la naturaleza social, psicológica y cultural que estaría a la base de estos trastornos y, por lo tanto, la falta de claridad de los límites del fenómeno y de su correcta clasificación⁽¹⁰⁾. Se destaca la alta prevalencia de este fenómeno en Costa Rica, país en donde se estima que un 20,8% del presupuesto anual en salud se destina a usuarios policonsultantes de centros de atención ambulatoria, la que equivale al 19,75% de la población atendida en consultorio⁽⁴⁾ y que es conformado principalmente por mujeres casadas o en convivencia, en un rango etario entre los 30 a 50 años y con educación básica completa.

Con los antecedentes descritos, es que la presente investigación exhibe

los resultados del problema de la hiperfrecuentación o policonsulta en la Atención Primaria de Salud (APS), donde se pudo comprender los elementos socioestructurales subyacentes al fenómeno en las tres áreas metropolitanas de Chile.

► Material y Método

Diseño de Estudio

Se realizó un estudio mixto con diseño de tipo secuencial y exploratorio,⁽¹⁾ comenzando con una fase cuantitativa para profundizar hallazgos en una fase cualitativa, integrando resultados a medida en que se obtenían los datos.

- **Fase cuantitativa:** Se utilizó un diseño descriptivo – exploratorio.
- **Fase cualitativa:** Se utilizó un diseño emergente, que buscó relevar el carácter situado⁽¹¹⁾ que configura la dimensión social de este trastorno desde los distintos estratos⁽¹²⁾ que interactúan para dar forma, moldear y modular su diagnóstico, incluyendo sus gestiones y usos⁽¹³⁾. Se desarrolló una investigación clásicamente llamada de triangulación. El objeto se ubicó precisamente entre las técnicas, es decir, en la construcción, ensamble o emergencia del fenómeno⁽¹⁴⁾. Por ello, se utilizaron planos en vez de fases de la investigación, lo que permite desplegar la integración de los resultados. En ese sentido, emerge la dimensión secuencial en sus articulaciones.

Universo y muestra

- **Fase Cuantitativa:** Se realiza muestreo por conveniencia, en la cual se establece como criterio de inclusión a personas mayores de 18 que fuesen hiperfrecuentadores (para efectos de este trabajo se consideró personas con más de siete visitas médicas en el periodo de un año) y que se atendieran en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). En cuanto al contexto territorial, se decide realizar la investigación en cada Área Metropolitana (AM), donde se eligieron las comunas urbanas más homogéneas de sectores altos, medios y bajos (una por cada estrato) según lo descrito por con base en los datos poblacionales la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN)⁽¹⁵⁾, cabe destacar que las comunas seleccionadas, congregan al 59% de la población total del país según el Censo de 2017⁽¹⁶⁾. Para seleccionar CESFAM, se estableció como criterio el acceso al trabajo de campo. En este contexto se seleccionaron ocho CESFAM; tres en Valparaíso (Quebrada Verde, Valparaíso; Aviador Acevedo, Quilpué, y Concón, Concón); tres en Santiago (Dr. Alessandri, Providencia; Manuel Bustos Huerta, Quilicura, y Juan Pablo II, Padre Hurtado), y dos en Concepción (Baldomero Lillo, Lota, y Santa Sabina, Concepción). Se decide este tipo de muestreo dado que no se puede acceder al marco muestral de policonsultantes de los Centros de Salud Familiar, en adelante CESFAM, ya que esta información es carácter confidencial. La Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención en Salud de Chile impide utilizar fichas médicas.

• **Fase cualitativa:** Para el plano cualitativo, fueron considerados profesionales de la salud con cargos de gestión directiva o de atención en salud y usuarias/ os policonsultantes de los CESFAM pertenecientes a las AM seleccionadas y nombradas en el punto anterior.

Instrumentos

- **Instrumento recolección de información fase cuantitativa:** La encuesta utilizada en esta etapa recolecta información sociodemográfica y antecedentes del diagnóstico de la patología. la cual fue validada por expertos.
- **Instrumentos de análisis fase cualitativa:** en esta etapa se consideró como estrategia de recolección de datos la encuesta tipo intercept survey (punto fijo) en los ocho CESFAM. Se utilizó el método PAPI (Pencil and Paper Application) para tabular las respuestas esta última estuvo compuesta por tres preguntas claves que sirvieron de filtro para la selección de los usuarios hiperfrecuentadores (Tabla 1), cabe destacar que esta encuesta fue confeccionada luego de la inmersión cualitativa de esta investigación que consideró entrevistas semiestructuradas a profesionales de salud con labores administrativas en CESFAM, en tanto informantes claves, con el objetivo de establecer características que permitieran observar el fenómeno.

Tabla 1: Preguntas para usuarios hiperfrecuentadores en Encuesta de Caracterización de Policonsulta en Área Metropolitanas.

N°	Pregunta
Pregunta 1	¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica?
Pregunta 2	Además de las consultas de control crónico, ¿ha asistido más de 7 (siete) veces a CESFAM o SAPU durante el año pasado*, por otras dolencias?
Pregunta 3	¿Ha asistido más de 7 veces al CESFAM o SAPU durante el año pasado por el mismo o distintos tipos de dolencias o malestares?

Fuente: Elaboración propia; * Últimos 12 meses

Análisis de la información

- **Fase Cuantitativa:** se realiza un análisis de medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes), utilizando programa Excel®.
- **Fase Cualitativa:** se realiza un análisis de contenido, utilizando una matriz de análisis que evidenciaba las cinco categorías apriorísticas (criterios de estratificación relevantes en el territorio, modelos de gestión de síntomas múltiples, síntomas sociales, temporalidades y ejercicio semiológico)

Trabajo de campo

La recolección de información tanto para la fase cualitativa como cuantitativa se realizó en las salas de espera del consultorio y se aplicaron a todas aquellas personas que estuvieron dispuestas a participar una vez firmado el Consentimiento Informado. La investigación se realizó en los meses de

junio y julio del año 2019 durante los horarios de 9:00 a 13:00 hrs., horario que poseía más afluencia de público en los CESFAM del proyecto.

Aspectos éticos

Esta investigación posee los resguardos éticos de la investigación científica realizada con seres humanos, posee autorización del Comité de Ética Científica de la institución ejecutora del proyecto (Comité Ético Científico Universidad de Valparaíso CEC-UV) mediante el protocolo CEC179-18.

› Resultados

Fase Cuantitativa:

Se realizaron 209 encuestas, donde se observó una mayor disposición hacia la policonsulta en mujeres, correspondiendo al 81% (n=170) del total de encuestada/os en las AM. Dicho resultado es compartido por las diferentes regiones estudiadas, constatándose porcentajes similares, que indican su predominio dentro de la población con dicha afección (Tabla 2).

Tabla 2: Caracterización socioestructural de la muestra según sus respuestas a la policonsulta.

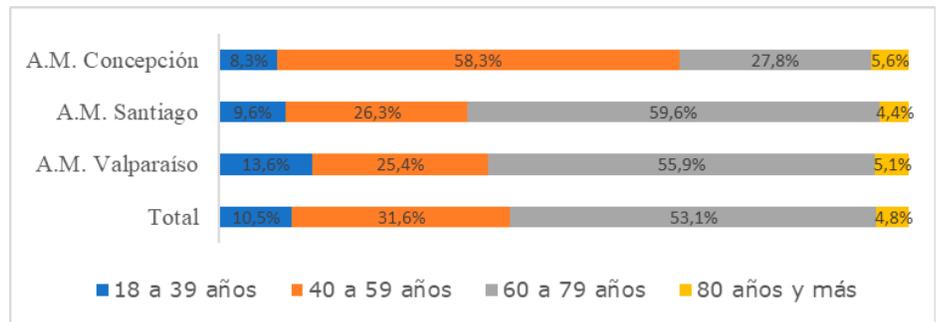
Variable	Categorías	f	%
Sexo	Hombre	39	18,7
	Mujer	170	81,3
Edad	18 a 39 años	22	10,5
	40 a 59 años	66	31,6
	60 a 79 años	111	53,1
	80 años y más	10	4,8
Nacionalidad	Chilena	197	94,3
	Extranjero	12	5,7
Educación	Básica completa	27	12,9%
	Básica incompleta	36	17,2%
	Industrial incompleta	1	0,5%
	Media completa	55	26,3%
	Media incompleta	36	17,2%
	Sin estudios	2	1,0%
	Técnica completa	16	7,7%
	Técnica incompleta	7	3,3%
	Universitaria completa	17	8,1%
Universitaria incompleta	12	5,7%	
Tipo de vivienda	Casa	160	76,6%
	Departamento	40	19,1%

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la edad de encuestadas/os, tanto en el AM de Santiago como

Valparaíso, tienden a agruparse en torno a los 60 y 79 años; sin embargo, en el AM de Concepción el mayor porcentaje está concentrado en quienes tienen entre 40 y 49 años. A su vez, en cuanto a la edad promedio, el AM de Concepción cuenta con el promedio más bajo (56,6 años), seguido por Valparaíso (59,2 años) y Santiago (61,7 años), mientras que la media total del estudio llega a los 60,1 años (Figura 1).

Figura 1: Distribución de encuestados según grupo etario.

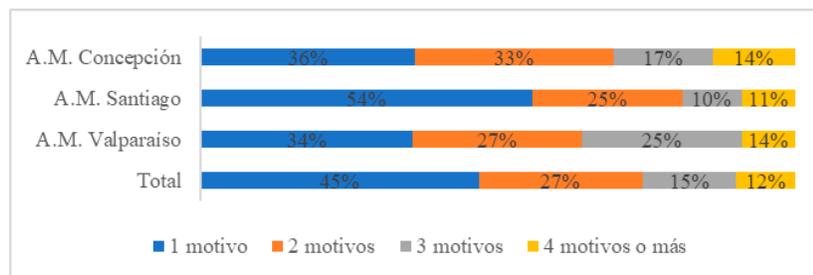


Fuente: Elaboración propia

Se observó que el 75% (n=156) del total de encuestadas/os declara haber sido diagnosticada/o con algún tipo de enfermedad crónica, lo que se da en mayor medida en el A.M. de Valparaíso, con un 83% (n=49), mientras que tanto en A.M. Concepción como en A.M. Santiago esta situación se da en el 72%(n=82).

Con respecto a los motivos de asistencia al CESFAM, se aprecia de forma general que en las tres AM, las/os encuestadas/os fueron por un solo motivo, aunque llama la atención que en A.M. Valparaíso el 25% (n=15) declaró tres motivos distintos para ir a dicha instalación sanitaria (Figura 2).

Figura 2: Distribución de encuestados por Área Metropolitana, según cantidad de motivos para asistir a CESFAM

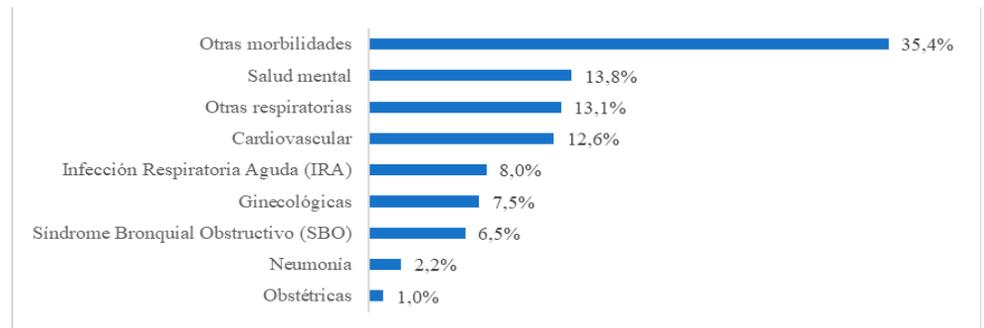


Fuente: Elaboración propia

Destaca la inespecificidad de los motivos de asistencia a los CESFAM. Esto, considerando que el 35,4% (n=42) de las/os usuarias/os policonsultantes encuestadas/os declaró asistir a centros de salud por “otras morbilidades”, y un 13,8%(n=16) por “salud mental”. Cabe señalar que para esta pregunta se entregaron once alternativas; entre las que se encontraban: Infección Respiratoria Aguda (IRA), Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), neumonía, otras (enfermedades) respiratorias, obstétricas, ginecológicas,

ginecológicas por infertilidad, infecciones de transmisión sexual, VIH, salud mental, cardiovascular, y otras morbilidades (Figura 3).

Figura 3: Distribución de encuestadas/os por motivos de asistencia a CESFAM/SAPU durante el año anterior.



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a derivaciones a especialidades de atención secundaria, un 35,9% (n=43) de encuestadas/os señaló que fue derivada/o. De este grupo específico, un 62,7%(n=75) tuvo una derivación distinta a las opciones que entregaba el instrumento (psiquiatra, psicólogo, gastroenterólogo, otro), ubicándose entre estas, la derivación al oftalmólogo, cardiólogo y kinesiólogo. Además, a un 50,7% (n=60) lo derivaron a un psicólogo y a un 23,1%(n=28) a psiquiatra. Con respecto a la espera, un 50% (n=60) de este grupo señaló que tuvo que esperar al menos 1 mes para ser derivado al especialista, mientras que un 29,9% (n=36) esperó entre 1 a 6 meses, mientras que un 17,9%(n=21) tuvo que esperar más de 6 meses.

Fase Cualitativa

En cuanto al componente cualitativo, se realizaron 43 entrevistas, de las cuales 24 fueron realizadas a profesionales de la salud y 19 a usuarias/os policonsultantes. Respecto a los primeros, se buscó relevar las tensiones, controversias, desplazamientos y zonas de entendimientos que se den en relación con los protocolos de gestión en salud vigentes (si es que existen). Sobre los segundos, identificar las trayectorias discursivas con las que se enuncia el malestar desde antes que sea capturado en la atención primaria para, de esta manera, observar los desplazamientos que se producen con relación a sus modos de gestión y destinos que se imaginan o resienten. Una vez realizada la primera matriz se diseña una matriz analítica (Tabla 3) recordando a Bourdieu⁽¹⁸⁾, donde el pensar en cómo en un caso particular, descriptivo y exploratorio, se produce un fenómeno social problematizable y de interés interdisciplinar.

La reconstrucción simbólica de usuarias/os policonsultantes respecto de sus afecciones y su imbricación con la gestión y ejercicio semiológico de profesionales de salud fue dispar, motivo por el cual se orientarán los resultados por cada categoría apriorística, diferenciando la procedencia geográfica y su relación con su(s) malestar(es).

Estas sencillas leyes permitieron comprender que productos sociales transhistóricos, es decir relativamente independientes de sus condiciones sociales de producción, como las verdades científicas, puedan surgir de la historicidad de una configuración singular; es decir de un campo social como el de la física o el de la biología actuales.

Tabla 3: Matriz de análisis de la fase cualitativa

Descriptor	Categorías apriorísticas	Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se siente sobre • Qué sabes sobre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criterios de estratificación en el territorio. 2. Síntomas Sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Precariedad (Abandono, cuidado infantil) • Diversidades (migración, etnicidad, religión y comportamientos asociados) • Salud mental • Síntomas inexplicables (signos físicos, interpretación) • Malestar (social, padecimientos individuales, medicalización) • Perspectiva de género
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo le afecta • Cómo gestionan 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Modelos de gestión de síntomas múltiples 4. Temporalidades 5. Ejercicio semiológico (solo profesionales de salud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos (Derivación, medicalización, ciclo vital) • Cultura organizacional CESFAM (RRHH, participación) • Relación médica/o-usuaria/o • Hábito de consulta • Cuidado (continuidad) <ul style="list-style-type: none"> • Medicina alternativa y talleres • Salud intercultural • Padecimientos individuales de trabajadoras/es • Indicadores de resolutiveidad • Fichas médicas digitales y bases de datos • Criterios diagnósticos (observación, manuales, experiencia)

Fuente: Elabotación propia

Criterios de estratificación en el territorio

La relación entre salud y particularidades territoriales ha sido parte fundamental en discusiones sobre determinantes sociales de la salud⁽¹⁷⁾ y en la gestión misma de síntomas múltiples⁽²⁾. Durante la investigación se observó cómo profesionales de salud caracterizaban socialmente a usuarias/os policonsultantes como personas solitarias con falta de redes y accesos.

“He pensado que es para que los escuchen porque están solos, por último, venir a conversar” (Profesional , AM de Santiago)

Asimismo, relevando este tipo de datos como un insumo para caracterizar y situar a la población objetivo de la gestión en salud.

“Entonces los de (ciudad) son distintos, (son) tranquilas las personas acá. Hay sectores que se conocen de toda la vida, que se nos escapan son de ese sector donde tenemos que trabajar más. Ahí tenemos que intervenir distinto, tener un médico de cabecera especial, un equipo que va más seguido, hacemos estrategias distintas para tratar con ellos” (Profesional, AM Santiago).

Aunque, dando cuenta además de problemáticas emergentes por la creciente migración chilena durante los últimos años, los cuales vuelcan la atención.

“Nosotros tenemos la mayor cantidad en el sector tres de pacientes extranjeros y migrantes, y los que predominan son los venezolanos, es lo que más hay, pero se confunden con nosotros, pasan piola*. El haitiano es notorio (...) igual hay que tener ojo con eso, porque a veces las mamás reclaman, “que el niño es haitiano”, y no, es chileno” (Profesional, AM Concepción)

Cabe destacar que la pregunta por criterios de estratificación territoriales no devino problemática en usuarias/os policonsultantes en el plano cualitativo, ya que la tranquilidad y las problemáticas que llamaron “externas” no tenían la misma relevancia que sentirse “bien” en términos individuales.

Síntomas sociales

A diferencia de los criterios de estratificación, la categoría de síntomas sociales intentó buscar una lectura propia de las afecciones que se gestionan o padecen en las AM.

Se destacó en profesionales de salud una relación entre salud mental y policonsulta, la cual explicaban por el abandono de grupos sociales particulares.

“En cambio ahora, lo que se relevó es la salud mental. Y la gente reconoce que les está dando una mala calidad de vida, los está haciendo llegar mal a viejos, y reconoce que tiene que ver con muchas cosas; con que hoy en día el padre y la madre tengan que trabajar genera un corte en la relación de familia, entre el conocimiento y la relación que se puede establecer con los padres y los hijos” (Profesional, AM Valparaíso)

“Yo creo que muchas veces faltan redes de apoyo, de un mismo paciente con su entorno, la gran mayoría de los que son policonsultantes tanto en el Cefam como en el SAPU†, son policonsultantes porque no tienen redes de apoyo, son solitos. Entonces, muchas veces reciben una información que quizás no es la que les transmitimos, pero no la reciben como es, la entienden de manera diferente o sencillamente no tienen nadie que los vigile, nadie que los controle, nadie que los fiscalice, y de cierta manera, al sentirse tan solos acuden a un centro de salud donde vamos a recibirlos” (Profesional, AM Santiago).

Así como representaciones sociales sobre etnias y comportamientos asociados al abuso de sustancias ilícitas.

“Tenemos pacientes que se sabe que son policonsultantes pero son en general, son pacientes con demencia senil o personas con sus alteraciones como mentales; la señora que viene que se le arranca la hija que viene a atención de médico. Hay una “gitanita”‡ que está con problemas de drogas. Varias que tienen demencia senil, vienen para acá pero ya las conocemos, entonces a veces les tomamos la presión para que queden más tranquilas, llamamos a los hijos para que los vengán a buscar” (Profesional, AM Valparaíso)

Mientras que usuarias/os policonsultantes destacan el carácter totalizante de su afección y la centralidad de la misma en su vida cotidiana.

* Desapercibido

† Servicio de Atención Primaria de Urgencia. Corresponde a una atención de baja complejidad de la red de salud pública de Chile.

‡ Diminutivo de “gitana”, término usado coloquialmente y a veces de forma peyorativa a integrantes del pueblo Romani.

“No estoy trabajando, yo me tengo que cuidar, pero mucho, me dijo el doctor; menos ir para la costa. ,No voy a poder trabajar este año, ya le dije a mi hijo y a mi marido, me voy a cuidar. No puedo hacer otra cosa” (Policonsultante, AM Valparaíso)

“Todas las patologías las tengo. Y todavía camino, todavía hago cosas, todavía soy activo, a pesar de todas las cosas todavía trabajo, si usted me pregunta ¿Qué es lo que hago? que mi jubilación no me alcanza, que los 200 mil pesos no me alcanzan, yo vendo desayunos en un carrito, vendo cosas para pagarme esto” (Policonsultante, AM Santiago).

Asimismo, dan cuenta de estrategias de cuidado familiares para situaciones particulares, destacando su falta de autonomía.

“Vivo con mi hijo que viene a cuidarme en la noche, porque me sube la presión, yo soy hipertensa, mi presión anda mal, pero me he sentido súper bien. Ayer me levanté hoy me levanté, estoy lavando, hice aseo normalmente, no tengo nada” (Policonsultante, AM Valparaíso).

“Tengo que aguantar no más, me acuesto, tomo agüitas de yerbas que me da mi esposo, pero, nada más. No sacó nada con ir al consultorio, si me van a dar un paracetamol” (Policonsultante, AM Santiago)

De igual manera, aunque sin ocupar explícitamente el concepto de perspectiva de género, se evidencia cómo la falta de este tipo de marcos de interpretación ha propiciado falta de adhesión a tratamientos o deteriorado relación y/o entendimiento entre usuarias/os y profesionales de salud.

“Yo la dejaba hablar .Una vez me dijo que nunca iba a poder tener una vida normal mientras este hombre no estuviera en un hogar, y le decía que no tengo corazón para hacer eso porque él está demasiado consciente, y tiene dos hijos que no se preocupan de él. Ella me decía ese no es su problema, y yo digo que sí, ha sido mi compañero, en ese momento llevábamos como 20 años, llevamos 29 (..)y me aceptó en esta relación con mis 7 hijos. Estaba batallando sola, trabajando de día y de noche para poder sustentar a mis hijos, y él no puso ningún problema en hacer la labor conmigo y ahora lo voy a tirar ahora para la calle. Entonces usted nunca se va a recuperar, va a vivir así hasta que se muera, decía”. (Policonsultante, AM de Valparaíso)

Modelos de gestión de síntomas múltiples

Los modelos de gestión de síntomas múltiples fueron disímiles y variaron desde la ausencia de protocolos hasta el desarrollo de estrategias fuera de los parámetros e indicadores de gestión de salud chilenos.

“No tenemos ningún registro de policonsultantes en el Cesfam” (Profesional, AM Valparaíso)

“Nosotros por ejemplo dentro del pequeño protocolo de policonsultantes que son como tres hojas, se encuentra un policonsultante, se da rescate telefónico, se da hora a médico y después se derivan” (Profesional, AM Valparaíso)

Precisamente, el desarrollo de estrategias de vinculación territorial con actorías estratégicas y visiones integrales de acompañamiento a enfermedades dieron cuenta de los contradictorio y particulares de las formas de gestión de sintomatologías inespecíficas.

“Yo conozco a todos los actores del territorio, me he reunido con la mayoría de los directores de escuela, conozco al comisario de carabineros, conozco a los bomberos y hemos entablado una relación colaborativa” (Profesional, AM Valparaíso)

“Si nosotros nos hacemos cargo de las personas en el curso de su vida, y los ayudamos

en los momentos precisos, nosotros podemos evitar que ellos sean policonsultantes y enfermos” (Profesional, AM Concepción)

Mientras que en usuarias/os la gestión se relaciona con hallazgos previos de la salud neoliberal chilena con una gestión individual de problemáticas sociales⁽⁹⁾.

“No podía conseguir medicamentos porque usted sabe cada vez es más difícil y ya no tengo los contactos que tenía para conseguir la zopiclona” (Policonsultante, AM Valparaíso).

“Todo pagado, todo privado. Sin cobertura y de ISAPRE[§], nada. Todo FONASA[¶], pagar y lo que se puede rebajar con alguna concesión”. (Policonsultante, AM Valparaíso).

“Hay que chicotear los caracoles. Los médicos pueden tener toda la disponibilidad de querer atender, pero lamentablemente se pasa un colador y uno queda fuera. Uno conversa con el médico te dice, “trata de pedir la hora o de ver si te hace un cupito pero en el SOME^{**}”. Si no es grave, búscate como tú puedas, rasgúñate’ y trata de salir adelante” (Policonsultante, AM Concepción).

“Si te presentas ahí en el SOME y preguntas, “¿pero y usted no se ha acercado?”. Siempre la responsabilidad se la endosan al paciente” (Policonsultante, AM Concepción).

“De urgencia voy a otro centro médico particular, no tengo otra opción, si el dolor es muy grande tengo que recurrir a un centro particular y encallarme no más, endeudarme. Al menos dos veces al año necesito ir porque todo es muy lento” (Policonsultante, AM Santiago).

Temporalidades

En la línea de la gestión internacional de salud, los indicadores son uno de los elementos más importantes para su financiamiento y aseguramiento de calidad⁽¹⁸⁾, motivo por el cual fue un elemento recurrente en los discursos profesionales.

“Estamos hablando de siete consultas en un año y ustedes estarían hablando a lo mejor de doce, hay que unificar criterios” (Profesional, AM Santiago).

“Es simple, con más de siete consultas en seis meses nos marca una alerta. Se hace control médico de morbilidad con observación de policonsultante para evaluación y vemos si se deriva. Si es problema de salud crónico se tira con la enfermera y si tiene un problema como de salud mental o adicciones a la psicóloga o a nuestra asistente social. Mi idea, junto a la psicóloga es acompañar esto de intervenciones de equipo como visitas domiciliarias, estudios de familia y consejerías” (Profesional, AM Valparaíso).

Ejercicio semiológico

El ejercicio clínico ha sufrido modificaciones que se inscriben en una serie procesos sociales y políticos, los cuales han actualizado las formas de hacer clínica. Precisamente, identificamos formas de lectura de signos y síntomas múltiples, así como interpretaciones de cómo se recibe el ejercicio

[§] Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) son parte de un sistema privado de seguros de salud de Chile.

[¶] El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el organismo público chileno encargado de otorgar cobertura de salud a sus cotizantes y a todas aquellas personas que carecen de recursos, junto a sus respectivas cargas.

^{**} En Chile, los CESFAM y los Centro(s) Comunitario(s) de Salud Familiar (CECOSF) tienen un Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME) para inscripción, agendar atención médica, obtener información específica, entre otras funciones.

semiológico.

“En caso de lo somatomorfo puede ser una causa específica psiquiátrica, por ejemplo, espectro somatomorfo, pero eso ya es un diagnóstico etiológico, que es como el paso más allá. Ojalá siempre llegáramos a eso, pero muchas veces, nos quedamos como lo sindromático. En atención primaria yo trataba mucho sindromáticamente, un subespecialista no se puede quedar con eso, tiene que ir al, al grano” (Profesional, AM Valparaíso)

“Para el médico de familia, que hace diagnóstico más general, el significado es cómo le afecta eso en su contexto, no necesariamente llegar a la etiología. Por ejemplo, si el paciente tiene ansiedad, síndrome ansioso es una cuestión más general, el médico de familia se enfoca en ver más cómo eso le afecta en su funcionamiento diario, no llegar al diagnóstico tan específico del DSM 5, ahí también varía el, el significado que le dan, el peso y significado para síntoma y signo” (Profesional, AM Valparaíso).

“Hay muchos diagnosticados con fibromialgia, es muy cómodo porque le da una respuesta a un paciente que generalmente es incorrecta, pero es una respuesta y el paciente se va tranquilo. La clínica varía mucho dependiendo de donde estemos” (Profesional, AM Valparaíso).

“Cuando uno va a médico por el mismo tratamiento o por otra cosa simplemente le preguntan nada más qué es lo que tiene. Yo sufro del estómago, y tengo problemas del hígado. Si no la examina y solamente le preguntan, cualquier persona, para no quedar hospitalizado, miente” (Policonsultante, AM Concepción).

“Personalmente que te vean así todo rápido es raro y después para que te atiendan o sigan viendo, demasiado lento. Termina agravándose la enfermedad” (Policonsultante, AM Santiago).

“(Médicos) van rotando. Antes me atendía el médico de cabecera, como uno llama por teléfono le dan con cualquiera. Ellos saben la historia, está todo en el computador. Ahí se sabe todo”. (Policonsultante, AM Santiago).

“La atención que dan ellos, es una atención médica. A mí me ve un doctor que no sé si el boliviano, colombiano, está en el CESFAM de Manuel Bustos, él ve la ficha en el computador, y dice "ya", me renueva la receta y eso es todo lo que hace. No examina, no pide exámenes, nada”. (Policonsultante, AM Santiago).

› DISCUSIÓN

Topología social

En términos generales, la literatura especializada relaciona los síntomas sin explicación médica con la salud mental, más específicamente con trastornos tales como la depresión y ansiedad. Al menos un tercio de los usuarios con trastornos somatomorfos padecen ansiedad comórbida o trastornos depresivos. Al respecto, se señala que la depresión, la ansiedad y la somatización, con una tasa de prevalencia de alrededor del 10% cada una, son los trastornos de salud mental más frecuentes en la APS⁽⁸⁾. Cada uno de estos, asociado con un mayor deterioro funcional, mayor número de días de incapacidad y un costo elevado de atención médica. De este modo, las escalas psicométricas que evalúan la depresión, ansiedad y somatización están altamente relacionadas. Este dato vendría a reafirmar el hecho del solapamiento en los criterios de diagnóstico, y en consecuencia, la dificultad que presenta la categorización de este fenómeno.

A nivel internacional, los síntomas más encontrados en APS en adultos policonsultantes son fatiga, dolor, mareos, malestar general, síntomas gastrointestinales, malestar abdominal, diarrea y estreñimiento. Estudios realizados en países del sudeste asiático, argumentan que la naturaleza psicológica de los desórdenes somatomorfos se debe a la falta de enfermedades de origen orgánico que los expliquen. Esto último, visto desde la predominante y transversal mirada biomédica, los desplaza hacia el ámbito de la autonomía, en la que los únicos responsables son usuarias/os que padecen⁽¹⁹⁾, produciendo estigmas^(20, 21).

En esta dirección, investigaciones entregan características interesantes del perfil del usuario hiperfrecuentador. Por ejemplo, a mayor edad, mayor es la utilización. Se señala que las mujeres de entre los 37 y 75 presentan peor percepción subjetiva de su salud, por lo que suelen tener un mayor consumo de los servicios en salud. En definitiva, vemos un perfil de policonsultante como: una persona de mediana edad; bajo nivel de estudio; perteneciente a una familia nuclear; con diagnóstico crónico; una disfunción psíquica; y, con alrededor de 15 consultas al año⁽²²⁾. Esto coincide con este trabajo.

La gestión de síntomas múltiples

La policonsulta se ha transformado en un problema complejo para la gestión de los distintos sistemas de salud, sobre todo en relación con los aspectos económicos de dichos modelos⁽²³⁾. En el Reino Unido los síntomas y síndromes somáticos representan el 20% de las consultas en la APS. En Holanda, la queja por somatización entre los usuarios que consultan de forma ambulatoria representa el 25% de las nuevas derivaciones, mientras que en el Reino Unido fue de un 35%. Con relación a las tasas de prevalencia, los síntomas sin explicación médica en Atención Primaria varían desde un 11% a un 60%⁽¹⁹⁾. En España, se estima que el 15% de la población puede ser policonsultante, y que dicho grupo es tributario de aproximadamente un 50% de las consultas médicas de los centros de salud, siendo responsable del 65% del coste sanitario. Lo anterior se condice con el progresivo aumento de este fenómeno durante el periodo 2010-2017, principalmente en las reconsultas de hiperfrecuentadores en urgencia⁽²⁴⁾.

Territorialmente hablando, se observa una mayor prevalencia en centros ubicados en áreas rurales y de menor tamaño, no obstante, al considerar como medida la cantidad de hiperfrecuentadores por profesional, los centros de tamaño intermedio son los que presentan mayor hiperfrecuentación⁽²⁵⁾. A pesar de ello, la mayoría de las investigaciones existentes analizan el fenómeno sólo desde las características del usuario, a pesar de que otros trabajos que utilizan metodología multinivel han podido comprobar que los factores relacionados con el profesional y la organización llegan a explicar entre el 55% y el 63% de la variabilidad de la utilización de las consultas en APS⁽²⁶⁾.

Con relación a la imbricación entre salud mental y policonsulta, los estudios desarrollados en Colombia han estimado que el 10% de los gastos en salud pueden ser atribuidos a la sobreutilización de consultas y, además, entre el 35 y el 45% del ausentismo laboral se debe a problemas de salud

mental. La prevalencia de casi el 40% de los trastornos de somatización en hiperfrecuentadores demuestra que, a pesar de presentarse muchas veces de manera simultánea, no son sinónimos, lo cual hace necesaria la distinción entre ambos términos y conmina a la búsqueda de otro tipo de causas más allá del trastorno mismo. Un 41% de los casos de hiperfrecuentación se pueden atribuir a enfermedades crónicas, un 31% a trastornos mentales, y un 15% a estrés agudo o crónico. Juntos, estos tres factores, explicarían dos tercios del total del fenómeno. En la misma dirección, al analizar la presencia de los trastornos mentales más frecuentes en APS, se pudo inferir que estos se encuentran subdiagnosticados en la clínica, ya que al contrastar los registros de pacientes diagnosticados con depresión, ansiedad o trastorno mixto ansioso-depresivo, un 5,6% había sido diagnosticado de depresión, el 6,3% de ansiedad, todo ello reflejado en la historia clínica; y un 8,5% tenía trastornos mixtos ansioso-depresivos⁽²⁷⁾. Sin embargo, luego de realizar una encuesta de tamizaje, se reveló que un 41,9% tenía síntomas de depresión o síndrome depresivo establecido. Asimismo, la ansiedad se presentó como síntoma o síndrome en 13,3% de los casos. De acuerdo con esto, 55,2% de los pacientes resultó positivo para síntomas o síndromes mentales que no habían sido reportados en la historia clínica. Esto podría explicarse en la manera en que se intervienen los síntomas múltiples en APS, los cuales tienen estrategias que se orientan desde el comportamiento (actividad o carencia), lo cognitivo (la relación con el diagnóstico) y lo emocional (regulación), relevando a la salud mental⁽²⁸⁾.

Es por esto por lo que la baja capacidad de diagnóstico cobra especial importancia en el ámbito de salud mental, ya que diversos estudios plantean que los usuarios que poseen ansiedad y/o depresión tienen el doble de probabilidades de ser policonsultantes. La explicación que entregan los estudios es que los trastornos ansioso-depresivos pueden generar síntomas físicos, y es posible que afecten la autopercepción del estado de salud. Por lo tanto, aumentaría el número de consultas espontáneas a raíz de esta autopercepción insatisfactoria. De ahí la importancia de que el médico considere la pesquisa de trastornos mentales subyacentes al motivo de consulta^(29,30).

En esta dirección, los síntomas por Trastorno de Ansiedad, habitualmente caracterizados por quejas de tipo somatomorfo⁽³¹⁾, quedan atrapados en la gestión de la Atención Primaria de Salud (APS) - puerta de entrada al sistema de salud-, ya que el no estar contemplados en la canasta de problemas en Salud Mental del GES (en el caso de esta investigación situada en Chile) no tienen derivación a especialista y, por lo tanto, tampoco acceso a terapias que no se agoten en el tratamiento farmacológico. Se observa aquí, la enfermedad como una “entidad elusiva”, en tanto no remite sólo a un determinado estado fisiológico^(32, 33, 34), sino más bien a “un acontecimiento biológico, un repertorio de construcciones verbales específico de una generación que refleja la historia intelectual e institucional de la medicina, una ocasión y una potencial legitimación para las políticas públicas, un aspecto del papel social y de la identidad individual -intrapsíquica-, una sanción para los valores culturales y un elemento estructurador en las interacciones entre médicos y pacientes (...) la enfermedad no existe hasta que hemos aceptado

que existe, al percibirla, nombrarla y responder a ella”⁽³⁵⁾.

Dicha “captura” o in-corporación trae consigo dos efectos, a saber: por una parte, usuarias/os con síntomas ansiosos y sin un tratamiento efectivo devienen policonsultantes, es decir, demandan permanentemente atención en salud al no poseer un diagnóstico “suficiente” para ser derivados a la atención secundaria (especialista), congestionando así las urgencias⁽³⁶⁾ y los consultorios de la APS. Y por otro, quedan atados al fármaco, en tanto se presenta como la única alternativa⁽³⁷⁾ para tratar su sintomatología. Esta doble captura (la policonsulta y el fármaco) genera una red de dependencia que deja en evidencia la imposibilidad de encontrar un “afuera” de los mecanismos de medicalización de la sintomatología inespecífica^(38, 39). En esta dirección, podemos encontrar distintas extensiones del vínculo policonsulta-fármaco, adscribiéndola como un problema político y de experiencia con el mundo⁽⁴⁰⁾.

La gestión cotidiana de las afecciones

De esta manera, las extensiones del binomio policonsulta-fármaco obligan a considerar la gestión de síntomas múltiples más allá de los límites institucionales de APS, obligando a relevar el carácter territorial del malestar⁽²⁾ o, dicho de otro modo, toda gestión del síntoma excede por mucho a la red sanitaria formal⁽⁴¹⁾, imbricando los distintos campos de la vida cotidiana con los diversos malestares de los sujetos. Como señala Clara Han^(40,42), los modos de administración de la precariedad neoliberal involucran relaciones y gestos de cuidados ante experiencias de urgencia en una vida cotidiana marcada por el “estar en veremos”, es decir, una espera temporal y materialmente articulada a deudas financieras, la cual es identificada en este estudio. De ahí que también en otros contextos (EE. UU. y Argentina, respectivamente) la incorporación de ansiolíticos en la cultura y el aumento de prácticas prescriptivas surja en condiciones de inseguridad y preocupaciones específicas⁽⁴³⁾; o por el deterioro de las condiciones sociales y económicas imbricadas con las prácticas del mercado farmacéutico, mediadas no sólo por el poder biomédico, sino que también por culturas profesionales y por demandas regulatorias⁽⁴⁴⁾.

Es en esta dirección que resulta necesario considerar el conjunto de relaciones que constituyen el ámbito de la salud mental en una sociedad (económicas, culturales, sexuales, etc.)^(45,46), ya que, como señala Ehrenberg, es “en el lenguaje de la salud mental donde se expresan numerosos conflictos y tensiones de la vida en sociedad y en su vocabulario en donde ponemos las razones y las maneras de actuar sobre ellos; es, a través de sus conceptos, que comprendemos nuestros malestares personales como comunes, que podemos encontrar (...) una significación más grande que nosotros a nuestros sufrimientos individuales”⁽⁴⁷⁾. Cabe señalar que las expresiones locales de malestar –conocimiento popular, la medicina indígena, entre otras-, particularmente respecto a los síntomas múltiples, influyen tanto en las experiencias subjetivas como en el curso y consecuencias del proceso de construcción diagnóstica^(48, 49, 50, 51, 52, 53), tensionando las conceptualizaciones nosológicas y sindromáticas oficiales. En tales representaciones culturales específicas, a menudo la expresión y significación remite a afecciones

corporales, en las cuales distintas formas dolor, fatiga y de malestares inespecíficos son la presentación clínica más frecuente en usuarios de la atención primaria.

¿Se agota la categoría de “trastorno somatomorfo”?

A partir de los hallazgos presentados, nos encontramos con un problema epistemológico de traducción de la afección. Concretamente, entre la enfermedad objetivada por la biomedicina y la afección experimentada por el usuario.

Como señala Canguilhem⁵⁴, "la inestabilidad y la irregularidad son caracteres esenciales de los fenómenos vitales, de manera tal que hacerlos entrar por la fuerza dentro del marco rígido de las relaciones métricas significa desnaturalizarlos". La mirada biomédica, en tanto observa desde marcos interpretativos que hacen de las patologías problemas exclusivamente fisiomecánicos, físicos o bioquímicos, no logra relevar la gravedad que tendría en la producción de la etiología de la enfermedad la interacción del cuerpo con su entorno.

Precisamente, la vida no es indiferente a las condiciones materiales y simbólicas que la hacen posible, de ahí que debe comprenderse como una actividad normativa; es decir, un ejercicio de instalación de valores normativos que le permiten adaptarse a un medio en permanente cambio. De ahí que la salud se manifieste cuando lo patológico, y el dolor aparejado, impide el desarrollo de la vida cotidiana del individuo. El cuerpo, entonces, manifiesta su salud o enfermedad con relación a la capacidad de resistencia y adaptación a las condiciones de un medio que le obliga a desplazar sus propios límites.

La incorporación de esta asimetría (entre la enfermedad objetivada y la afección experimentada) al normal funcionamiento de la clínica, ya sea mediante el desarrollo del concepto de trastorno somatomorfo o en su asociación a los inespecíficos factores psicosociales, complejiza el enfoque sobre los “determinantes sociales” que actualmente propone la OMS⁽⁵⁵⁾. Esto, debido a la acriticidad e inespecificidad que adquiere el entorno social, y al rasgo biomédico individualizante⁽⁵⁶⁾. Tal cuestión es fundamental, ya que se vincula directamente con la posición social de la medicina científica y su vínculo con los requerimientos del Estado y del mercado^(38, 57, 58, 59). No resulta extraño entonces que, tanto la literatura especializada, como la institucionalidad sanitaria reconozcan una relativa incapacidad del enfoque biomédico para hacer frente de manera satisfactoria a los nuevos desafíos en salud.

Michel Foucault^(38,57) señaló que no existía un afuera de los procesos de medicalización por la creciente y totalizante presencia de la biomedicina en la vida social. Esto, además de una hipótesis en modo de constatación da cuenta de las maneras en que la investigación crítica en salud requiere mecanismos que den cuenta de estos procesos⁽⁶⁰⁾. Estudios que consideran elementos socioestructurales y que consideran a los padecimientos individuales más allá de una relación lineal, para que el malestar social no sea meramente despolitizado por la asignación de un enfoque clínico

que produce individuos aislados; sino que sea interrogado de un modo de interacción, polémico y controversial, que permita, la indagación social en aquello signado como médico.

› Limitaciones del estudio

El presente estudio enfrentó varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el diseño no probabilístico y el muestreo por conveniencia restringieron la generalización de los resultados a toda la población usuaria de APS en Chile. Esto generó un sesgo en la selección de la muestra, especialmente en comunas donde el acceso a los CESFAM fue más limitado. Además, la confidencialidad de los datos clínicos, regulada por la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud, restringió el acceso a información detallada sobre los historiales médicos de los usuarios, lo que podría haber enriquecido el análisis. También existió una falta de representatividad territorial plena, dado que el estudio se concentró en áreas metropolitanas de Santiago, Valparaíso y Concepción, excluyendo zonas rurales que podrían presentar dinámicas distintas de policonsulta y acceso a servicios. Por último, la recopilación de datos basada en encuestas y entrevistas introdujo un sesgo de autoinforme, que puede haber afectado la precisión de la información sobre los motivos y la frecuencia de las consultas. Es por esto por lo que esta investigación se propuso integrar dimensiones cualitativas para profundizar los hallazgos y caracterizarlos de forma crítica y rigurosa.

› Sugerencias

Los resultados obtenidos en este estudio evidencian la necesidad de repensar los modelos de atención en APS, especialmente en lo que respecta a la hiperfrecuentación como síntoma de fallas estructurales en la gestión sanitaria. Se propone avanzar hacia un enfoque de atención que no se limite a la medicalización de los síntomas inespecíficos, sino que reconozca su carácter multidimensional. En este sentido, es prioritario fortalecer las capacidades del personal sanitario para abordar de manera crítica y contextualizada las demandas de los usuarios hiperfrecuentadores, integrando herramientas de análisis social y enfoques que trasciendan la lógica biomédica. Esto incluye la incorporación de marcos interdisciplinarios que permitan interpretar los síntomas como expresiones de precariedad social y subjetiva, articulando respuestas que incluyan estrategias comunitarias y territoriales de apoyo.

Asimismo, resulta menester desarrollar sistemas de información que permitan identificar patrones⁽⁶¹⁾ de hiperfrecuentación a nivel local, no como una etiqueta diagnóstica, sino como un indicador de inequidades estructurales. Estos sistemas deben ser acompañados de protocolos específicos que reconozcan la complejidad del fenómeno, evitando respuestas estandarizadas que perpetúen la fragmentación en la atención.

Además, se hace necesario ampliar la investigación a contextos rurales y comunidades indígenas, para identificar particularidades en la manifestación de la hiperfrecuentación y diseñar intervenciones situadas que respeten las especificidades culturales.

Finalmente, se sugiere que las políticas públicas en salud aborden la hiperfrecuentación desde un enfoque crítico que permita problematizar los determinantes sociales de la salud. Esto implica reconocer el papel del sistema de salud más allá de gestor de enfermedades, sino también como un actor clave en la reproducción o transformación de las desigualdades sociales que subyacen a fenómenos como la policonsulta. Al hacerlo, se podría avanzar hacia una APS que contribuya a la construcción de sistemas de salud más justos y equitativos, excediendo a las necesidades inmediatas de usuarias/os.

› Conclusiones

Este estudio subraya la necesidad de comprender la hiperfrecuentación en la Atención Primaria de Salud (APS) como una expresión de dinámicas socioestructurales que evidencian las limitaciones de los modelos biomédicos actuales. La prevalencia del fenómeno, especialmente entre mujeres mayores de 60 años y personas con enfermedades crónicas, revela una imbricación compleja entre el malestar físico, las condiciones de vida precarizadas y la insuficiencia de redes de apoyo. Este análisis refuerza la idea de que la policonsulta no puede ser abordada exclusivamente desde una perspectiva médica, pues su naturaleza trasciende los límites del saber clínico y apunta a una crisis de cuidado en contextos marcados por desigualdades sociales y territoriales.

Los hallazgos destacan la insuficiencia del enfoque biomédico para dar cuenta de la experiencia subjetiva del malestar y para atender las demandas emocionales y sociales de los usuarios hiperfrecuentadores. La medicalización del síntoma, con su énfasis en la farmacologización y la fragmentación del cuidado, ha demostrado ser insuficiente, perpetuando una dependencia estructural al sistema de salud que no resuelve las causas subyacentes de la hiperfrecuentación. En este sentido, la hiperfrecuentación puede interpretarse como un indicador crítico de inequidades estructurales, cuya persistencia expone la incapacidad de los modelos actuales para responder de manera integral y situada a las necesidades de las comunidades.

Desde una perspectiva crítica, este trabajo también cuestiona la noción de diagnóstico como un acto técnico neutral, subrayando su dimensión política y cultural. La categoría de policonsulta, lejos de ser unívoca, constituye un espacio de disputa entre la experiencia vivida del malestar y las narrativas biomédicas que intentan capturarla. Por tanto, el desafío de la APS radica en articular estrategias que no sólo gestionen los síntomas, sino que también reconozcan y trabajen las condiciones estructurales que los producen y los sostienen.

› Referencias bibliográficas

1. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Editores; 2019.
2. Fuster Sánchez N, Rivera López D, Sir Retamales H, Gómez Pérez C, Rodríguez Torres M. Management of unexplained: poly-consultation and hyperfrequency on Primary Health Chilean Attention. A qualitative and exploratory study. *Int J Ment Health Syst.* 2021 Dec 14;15(1):9.
3. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Revista de Calidad Asistencial.* 2011 Jul;26(4):256–63.
4. Tófoli LF, Andrade LH, Fortes S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2011 May;33(suppl 1):s59–69.
5. Baloh RW. Overview of Medically Unexplained Symptoms. In: *Medically Unexplained Symptoms.* Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 1–13.
6. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 11 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://icd.who.int/es>
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association; 2013.
8. Riquelme IM, Schade YN. Trastorno somatomorfo: resolutivez en la atención primaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2013 Dec;51(4):255–62.
9. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2002 Jan;40(1).
10. Jones B, Williams AC de C. Psychological therapists' judgments of pain and treatment decisions: The impact of 'medically unexplained symptoms.' *J Psychosom Res.* 2020 Apr;131:109937.
11. Haraway D. Present to Bruno, from Donna. *Soc Stud Sci.* 2023 Apr 25;53(2):165–8.
12. Deleuze G. *La subjetivación. Curso sobre Foucault.* Tomo III. Buenos Aires: Cactus; 2021.
13. Mol A. *El cuerpo múltiple. Ontología y práctica médica.* Barcelona: Bellaterra Edicions; 2023.
14. Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Rep.* 2013 Jun 1;4(6):204253331347919.
15. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN)- Chile 2015 [Internet]. Santiago; 2024 [cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2015>
16. Gobierno de Chile. CENSO Chile, 2017 [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 13]. Available from: <http://resultados.censo2017.cl>
17. Egede LE, Walker RJ, Williams JS. Addressing Structural Inequalities, Structural Racism, and Social Determinants of Health: a Vision for the Future. *J Gen Intern Med.* 2024 Feb 22;39(3):487–91.
18. Weirauch V, Soehnchen C, Burmann A, Meister S. Methods, Indicators, and End-User Involvement in the Evaluation of Digital Health Interventions for the Public: Scoping Review. *J Med Internet Res.* 2024 May 31;26:e55714.
19. Merced M. A psychological approach to medically unexplained somatic symptoms. *Practice Innovations.* 2022 Jun;7(2):108–23.
20. Sheehan L, Palermo CV, Corrigan P. Theoretical Models to Understand Stigma of Mental Illness. In: *The Cambridge Handbook of Stigma and Mental Health.* Cambridge University Press; 2022. p. 11–30.
21. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* New York: Touchstone; 2009.
22. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria.* 2008 Dec;40(12):631–2.
23. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención

- primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33(2):78–85.
24. Fuertes Goñi MC, Carracedo E, Lorda A, Arillo A, Martínez MJ. Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria. *Medicina General y de Familia*. 2017 Feb 20;6(1):15–22.
 25. Cortés-Rodríguez B, Alférez-Reyes M, Castro P, Casasola R, Sánchez F, Lozano A. Influencia de la hiperfrecuentación en las reconsultas en urgencias. *J Healthc Qual Res*. 2019 May;34(3):157–8.
 26. Menéndez Granados N, Vaquero Abellán M, Toledano Estepa M, Pérez Díaz MM, Redondo Pedraza R. Estudio de la hiperfrecuentación en un distrito de atención primaria. *Gac Sanit*. 2019 Jan;33(1):38–44.
 27. Chalder T, Willis C. Medically Unexplained Symptoms. In: Llewellyn C, Ayers S, McManus C, Newman S, Petrie KJ, Revenson TA, et al., editors. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press; 2019.
 28. Rodríguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín J, León H, Ávila A, Hernández C, et al. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Aug 11;33(3):478.
 29. Koonsman JP. Expanding the notion of mechanism to further understanding of biopsychosocial disorders? Depression and medically-unexplained pain as cases in point. *Stud Hist Philos Sci*. 2024 Feb;103:123–36.
 30. Jones B, Williams AC de C. Psychological therapists' judgments of pain and treatment decisions: The impact of 'medically unexplained symptoms.' *J Psychosom Res*. 2020 Apr;131:109937.
 31. Rincón-Hoyos HG, López MRR, Ruiz AMV, Hernández CA, Ramos ML. ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012 Dec;41(4):853–66.
 32. Rasmussen EB. Making and managing medical anomalies: Exploring the classification of 'medically unexplained symptoms.' *Soc Stud Sci*. 2020 Dec 15;50(6):901–31.
 33. Scott MJ, Crawford JS, Geraghty KJ, Marks DF. The 'medically unexplained symptoms' syndrome concept and the cognitive-behavioural treatment model. *J Health Psychol*. 2022 Jan 23;27(1):3–8.
 34. Teodoro T, Oliveira R. The conceptual field of medically unexplained symptoms and persistent somatic symptoms. *CNS Spectr*. 2023 Oct 2;28(5):526–7.
 35. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Santiago: Metales Pesados Ediciones; 2020.
 36. Al-Dahash ZSY, Loveday W, Law N, Qureshi M, Gallagher P, Turton D, et al. Management of medically unexplained symptoms (MUS): a stepwise integrated model between primary and secondary care. *BJPsych Open*. 2021 Jun 18;7(S1):S4–S4.
 37. Capitán L, Selfa M, Méndez M, Franco MD. Dependencia a benzodicepinas. *Trastor Adict*. 2009 Jun; 11(2): 118–24.
 38. Foucault M. *Obras esenciales*. Madrid: Paidós; 2022.
 39. Rose N, Fitzgerald D. *The Urban Brain: Mental Health in the Vital City*. New York: Prince University Press; 2022.
 40. Han C. *La vida en deuda: Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. Santiago: Lom Ediciones; 2022.
 41. Fernández Álvarez T, Gómez Castro MJ, Baidés Morente C, Martínez Fernández J. Factores que influyen en la prescripción de benzodicepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30(5):297–303.
 42. Han C. Symptoms of another life: Time, Possibility, and Domestic Relations in Chile's Credit Economy. *Cultural Anthropology*. 2011 Feb;26(1):7–32.
 43. Lakoff A. Las ansiedades de la globalización: venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina. *Cuadernos de Antropología Social*. 2003;18.
 44. Irvine A, Rose N. How Does Precarious Employment Affect Mental Health? A Scoping Review and Thematic Synthesis of Qualitative Evidence from Western Economies. *Work, Employment and Society*. 2024 Apr 6;38(2):418–41.
 45. Greco M. The classification and nomenclature of 'medically unexplained symptoms': Conflict, performativity and critique. *Soc Sci Med*. 2012 Dec;75(12):2362–9.

46. Hunt J. Holistic or harmful? Examining socio-structural factors in the biopsychosocial model of chronic illness, 'medically unexplained symptoms' and disability. *Disabil Soc.* 2024 Apr 20;39(4):1032–61.
47. Ehrenberg A. *The Weariness of the Self: Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age.* McGill-Queen's University Press; 2016.
48. Saffie X. Análisis de la policonsulta en un Centro de Salud Familiar desde la teoría psicoanalítica [Tesis de Maestría]. [Santiago]: Universidad de Chile; 2011.
49. Schade N, Beyebach M, Torres P, González A. Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo. *Terapia psicológica.* 2009 Dec;27(2).
50. Miranda Hiriart G, Saffie Gatica X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioeth.* 2014 Nov 30;20(2):215–23.
51. Bórquez A, Carrasco C. Policonsultantes del Servicio de Atención Primaria de Urgencia del Consultorio Externo Valdivia, periodo Marzo-Mayo 2010, ¿Quiénes son?, ¿Por qué consultan? [Licenciatura]. [Valdivia]: Universidad Austral; 2010.
52. Fagalde M, Guajardo Soto G, Izquierdo D, Ayala B, Rojas P, Rojas Navarro S. Usuarías policonsultantes del nivel primario de atención del Servicio de Salud Metropolitano Oriente: los sentidos de la enfermedad [Tesis de Maestría]. [Santiago]: Universidad Diego Portales; 2012.
53. Schade Y N, González C A, Beyebach M, Torres C P. Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2010 Mar;48(1).
54. Canguilhem G. *On the Normal and the Pathological.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2012.
55. Dally D, Amith M, Mauldin RL, Thomas L, Dang Y, Tao C. A Semantic Approach to Describe Social and Economic Characteristics That Impact Health Outcomes (Social Determinants of Health): Ontology Development Study. *Online J Public Health Inform.* 2024 Mar 13;16:e52845.
56. Kallivayalil R, Punnoose V. Understanding and managing somatoform disorders: Making sense of non-sense. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(7):240.
57. Foucault M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2022.
58. Arias K. La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: Resituando a los adultos mayores. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social.* 2018 Nov 11;(18):159.
59. Fuster Sánchez N. *The body as a machine. The medicalisation of the workforce in Chile.* Santiago: Ediciones Metales Pesados; 2023.
60. González-Carvajal J del C, Morella Arbona MM, González-Adonis F, Gálvez Carvajal R del C, González Adonis P, Rivera López D. Afrontamiento de enfermeras en Unidades de cuidados intensivos durante la pandemia: Una mirada interdisciplinaria. *Cultura de los Cuidados.* 2023;(66).
61. Taramasco C, Rivera D, Guerrero C, Márquez G. Design of an Electronic Health Record for Treating and Monitoring Oncology Patients in Chile. *IEEE Access.* 2023;11:119254–69.

Financiamiento: El artículo es el resultado de una investigación financiada por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), mediante el proyecto Fondecyt de Iniciación N° 11170934. El autor de correspondencia es financiado bajo la misma institución en la figura de Beca de Doctorado Nacional N°2121006

Conflicto de interés: Los autores declaran no poseer conflicto de interés