

Predictores de la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia

M^a Ángeles Pastor Mira, Ana Lledó Boyer, Sofía López-Roig, Nieves Pons Calatayud
y Maite Martín-Aragón Gelabert
Universidad Miguel Hernández

Este trabajo identifica los factores psicosociales, clínicos y de estado de salud percibido que predicen la utilización de recursos sanitarios en la fibromialgia (FM), considerando el nivel asistencial en el que son atendidos los pacientes. Participaron 315 mujeres con FM de distintos centros de Atención Primaria (AP: n= 101) y Servicios de Reumatología (SR: n= 214) de la provincia de Alicante. El análisis de regresión «stepwise» mostró a las diferentes variables de autoeficacia como los mejores predictores del consumo de medicación en AP, y, junto con el afrontamiento centrado en la enfermedad, de la utilización de servicios sanitarios. En los SR, el estado de salud percibido fue el mejor predictor del consumo de medicación. En ambos niveles la intensidad del dolor no fue un predictor significativo del uso de recursos sanitarios. Estos datos ofrecen nuevas perspectivas para la reflexión sobre las estrategias de intervención en estos pacientes en cada nivel asistencial.

Predictors of healthcare resource use in Fibromyalgia. This work identifies which psychosocial, clinical and perceived health status factors predict health-resource use in Fibromyalgia (FM), considering the patients' assistance level. Participants were 315 FM patients from Primary Care (PC: n= 101) and Rheumatology Services (RS: n= 214). Stepwise regression analysis showed that self-efficacy variables were significant predictors of medication intake in PC, and, along with Illness-focused coping, of the health service use. In RS, perceived health status was the best predictor of medication intake. In any case, Pain intensity significantly predicted the use of health resources. These data offer a new perspective for intervention in these patients, taking into account the level of assistance.

Actualmente, se está produciendo cierto interés por identificar los factores psicosociales relacionados con el uso de servicios y productos sanitarios; interés que parece estar motivado por la constatación del uso dispar realizado por pacientes que presentan un mismo diagnóstico, que se encuentran en una fase similar de evolución de la enfermedad y que están recibiendo idéntico tratamiento (Barsky, 1981). Esta situación ha cuestionado el modelo médico tradicional y ha planteado la utilización de los recursos sanitarios también como una cuestión de base psicosocial.

La problemática relacionada con el uso de los recursos sanitarios se acentúa en el caso de enfermedades que cursan con dolor crónico como es la fibromialgia (FM). La FM es un síndrome cuyo síntoma principal es el dolor crónico músculo-esquelético generalizado, además de problemas de sueño y fatiga, inexplicables por la exploración clínica (Wolfe et al., 1997). La FM es la patología de partes blandas que genera más consultas en los centros de salud de nuestro país, y mayores costes sanitarios por interconsultas y consumo de fármacos (Sicras, Blanca, Navarro y Rejas, 2009). Estas personas presentan una mayor prevalencia de bajas por incapacidad laboral, y un mayor impacto percibido en la dimensión

psicosocial del estado de salud en comparación con otras patologías reumáticas (Carmona, Ballina, Gabriel y Laffon, 2001). La FM está considerada como un problema de gran trascendencia en salud pública (Wolfe et al., 1997).

Los tratamientos disponibles han mostrado resultados limitados en la mejora de los síntomas y del estado de salud (Rossy et al., 2008). La prescripción exclusiva de fármacos provoca controversias por la constatación de que no es el tratamiento más eficaz, y por las consecuencias negativas de un consumo continuado o excesivo. De hecho, en el abordaje de la FM, se plantea su reducción como objetivo terapéutico, pues la medicación como tratamiento único y las relaciones de excesiva dependencia de los servicios sanitarios pueden interferir en la incorporación de otras acciones más adaptativas para el problema de dolor (Pastor et al., 2003). Por tanto, estudiar la contribución de los factores psicosociales al uso de recursos sanitarios aportaría nuevos datos para diseñar estrategias de intervención que mejorasen la atención a estos pacientes.

En los últimos años se ha producido un incremento de la investigación sobre los factores que explican la utilización de los recursos sanitarios en la FM. Se ha evaluado el impacto socioeconómico de la FM, siendo el uso de recursos sanitarios los mayores responsables del mismo (Annemans et al., 2008; Penrod, Bernatsky, Adam, Baron y Dayan, 2004; Sicras et al., 2009); además, se ha evaluado la relación del uso de servicios con el estado de salud percibido (Bernatsky, Dobking, De Civita y Penrod, 2005; Cronan, Serve y Walen, 2002; Egeli y MacMillan, 2008; Walen, Oliver, Groessl, Cronan y Rodríguez, 2001) y con diferentes factores psi-

cosociales (Güleç, Sayar y Yazici, 2007; Kersh et al., 2001). Los resultados de estos trabajos han mostrado el papel relevante en la búsqueda de cuidados médicos tanto del estado emocional (Aaron et al., 1997; Bernatsky et al., 2005; Egeli et al., 2008; Gulec et al., 2007; Penrod et al., 2004; Walen et al., 2001) como de la baja percepción de autoeficacia y del uso del catastrofismo como estrategia de afrontamiento (Gulec et al., 2007; Kersh et al., 2001;). Solo un trabajo estudió el consumo de medicación en la FM, mostrando un consumo significativamente mayor en las pacientes con antecedentes de abuso sexual (Alexander et al., 1998).

Considerando el estado actual de la investigación y la necesidad de identificar qué factores pueden estar asociados a la utilización de recursos sanitarios, este trabajo tiene como objetivo estudiar en la FM el papel de variables clínicas, de estado de salud percibido (impacto físico y psicosocial, ansiedad y depresión) y psicosociales (creencias de control y afrontamiento) en el uso de servicios médicos y consumo de medicación. Exploramos esta cuestión considerando el nivel asistencial en el que son atendidas las personas con FM, dado que en un estudio previo obtuvimos diferencias significativas en el uso de recursos sanitarios entre pacientes con FM de Atención Primaria (AP) y de los Servicios de Reumatología (SR) (Lledó, Pastor, Pons, López-Roig y Terol, 2008). Además, siendo el objeto de estudio el consumo de medicación y el uso de servicios médicos, encontrarse en distintos niveles de asistencia sanitaria implica ser tratados por profesionales con formación, conocimientos y práctica asistencial diferente y, por tanto, influir en la prescripción de fármacos y en las pautas de seguimiento y de derivaciones.

Método

Participantes

Entrevistamos a 315 mujeres con diagnóstico de FM atendidas en diferentes centros de AP (n= 101) y SR (n= 214) de Alicante y provincia. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de FM según la ACR (Wolfe et al., 1990), ausencia de diagnóstico psiquiátrico, edad comprendida entre 18 y 75 años, ausencia de enfermedad física relacionada o no con la FM, y capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar a los cuestionarios. Las pacientes de AP, además, no habían sido tratadas en los SR (podían haber acudido solo para diagnóstico).

La media de edad es de 49,82 (D.T= 10,39) años en AP y 52,67 (D.T= 9,01) en SR. La mayoría está casada (AP: 78,2%; SR: 80,3%) y tiene estudios primarios completos (AP: 50,5%; SR: 53,7%) o lee y escribe (AP: 22,8%; SR: 29,3%) y está en activo (AP: 69,3%; SR: 62,4%). El tiempo medio de padecimiento de la enfermedad es de 9,77 (D.T= 10,22) años en AP y 12,93 (D.T= 11,10) en SR. Las muestras no fueron significativamente diferentes al nivel establecido ($p \leq 0,01$) en las características mencionadas, así como en la mayoría de las variables psicosociales objeto de estudio (Lledó et al., 2009).

Procedimiento

En este estudio colaboraron los SR pertenecientes a los hospitales de 5 de las 6 áreas de salud de la provincia de Alicante, y distintos centros de AP situados en las mismas áreas. A los pacientes que acudían a las consultas, los médicos les informaban de la posibilidad de colaborar en el estudio. Tras la aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado, en esta primera consulta

el médico completaba el protocolo clínico elaborado al efecto, y citaba al paciente la semana siguiente para la entrevista con un psicólogo entrenado, donde se administraba el resto de instrumentos.

Instrumentos

Mediante un protocolo elaborado al efecto, se registraron las siguientes variables de historia clínica: número de puntos fibrosíticos (Wolfe et al., 1990), tiempo de padecimiento del problema, frecuencia de parestesias, frecuencia de calambres, número de horas de sueño, dificultades para conciliar el sueño, despertar temprano y cansancio matutino. Excepto las variables número de horas de sueño, tiempo de padecimiento del problema de dolor (en meses) y número de puntos dolorosos, el resto se evaluó mediante 6 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos (0= nunca, 5= casi siempre).

Intensidad de dolor. Se evaluó mediante la puntuación media de 4 ítems que preguntan por el dolor máximo, mínimo y general durante los últimos siete días, y por el dolor en el momento de la entrevista. Se contestan con una escala numérica de 0 a 10 (0= nada de dolor; 10= el mayor dolor que pueda imaginar). La consistencia interna en esta muestra fue $\alpha = ,83$.

Impacto físico y psicosocial. Evaluados con el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Badía y Alonso, 1994). Puntuaciones altas indican mayor impacto del problema. La consistencia interna en nuestra muestra fue: $\alpha = ,86$ en impacto físico y $\alpha = ,90$ en impacto psicosocial.

Ansiedad y depresión. Evaluadas mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón, Pastor y Reig, 2007). Puntuaciones altas en cada subescala indican niveles altos de ansiedad y depresión; la consistencia interna fue de $\alpha = ,78$ y $\alpha = ,82$, respectivamente.

Consumo de medicación. Registramos cuatro tipos de medicamentos que se consumen de forma habitual (analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos y somníferos). Se señala el número de días a la semana y la cantidad ingerida para cada uno de los medicamentos. Se obtienen las siguientes variables: consumo total de analgésicos, consumo total de relajantes musculares, consumo total de antidepresivos, consumo total de somníferos (producto del número de días a la semana por el número de tomas diarias para cada tipo) y consumo de medicación diferente (suma de los cuatro tipos posibles de medicación).

Utilización de servicios médicos. Utilizamos las variables de frecuencia de visitas (suma del total de visitas a diferentes servicios médicos en el último año), servicios diferentes consultados (número de los diferentes servicios consultados en el último año; rango desde 1= un solo servicio, a 8= todos los servicios presentados en el cuestionario) y uso de su servicio (número de visitas en el último año al servicio en el que está siendo atendido en la actualidad, excluyendo la de la entrevista del estudio). Para evaluarlas, elaboramos un listado de servicios sanitarios considerando los más frecuentados por estos pacientes (Carmona et al., 2001) y la experiencia clínica de los reumatólogos participantes en el estudio. Preguntamos la frecuencia de consulta por el problema de dolor durante los últimos 12 meses a: médico de cabecera, servicios de urgencia, rehabilitación/fisioterapia, psicólogo o psiquiatra, traumatólogo y reumatólogo; añadimos un ítem de respuesta abierta para registrar la utilización de servicios no contemplados en el listado. Se contestó utilizando intervalos de frecuencia: ninguna vez, de 1 a 4 veces, entre 5 y 10 veces, más de 10 veces.

Locus de control del dolor. Mediante la Escala Multidimensional de Locus de Control-Dolor (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, Sánchez, Salas y Pascual, 1990) evaluamos el locus interno (LCI), azar y destino. Puntuaciones altas indican mayor locus de control en el factor correspondiente. La consistencia interna fue de $\alpha = ,62$ en interno, $\alpha = ,80$ en azar y $\alpha = ,77$ en destino.

Expectativas de autoeficacia. Utilizamos el Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (Martín-Aragón et al., 1999). Con 22 ítems, el paciente valora su capacidad percibida para manejar distintas situaciones relacionadas con un problema de dolor. Se evalúa la autoeficacia en el manejo del dolor (AE-Dolor), autoeficacia en el control de otros síntomas (AE-Síntomas) y autoeficacia en el funcionamiento físico (AE-Físico). También se puede obtener una puntuación total (PT-AE). La consistencia interna fue: $\alpha = ,88$ en la PT-AE, $\alpha = ,72$ en AE-Dolor, $\alpha = ,81$ en AE-Síntomas y $\alpha = ,77$ en AE-Físico. Puntuaciones altas indican altas expectativas de autoeficacia.

Competencia percibida en salud. Utilizamos la Escala de Competencia Percibida en Salud (Pastor et al., 2009). Mediante 8 ítems se evalúa la expectativa de un individuo sobre la posibilidad de actuar

positivamente sobre su salud en general. Altas puntuaciones indican alta percepción de competencia. La consistencia interna fue $\alpha = ,80$.

Estrategias de afrontamiento. Utilizamos la adaptación española del Chronic Pain Coping Inventory (Martín-Aragón et al., 1998) que, con 24 ítems, evalúa tres dimensiones: *afrontamiento centrado en la enfermedad* (AC-Enfermedad) con los factores de cuidado/protección, descanso y petición de ayuda. *Afrontamiento centrado en el bienestar* (AC-Bienestar), con los factores de relajación, persistencia en la tarea, ejercicios/estiramientos y autoinstrucciones; y la *búsqueda de apoyo social* (BAS). Se contesta el número de días, durante la última semana, que se ha utilizado cada una de las estrategias que se indican para afrontar el dolor. La consistencia interna fue: $\alpha = ,76$ en ACE, $\alpha = ,79$ en ACB y $\alpha = ,66$ en BAS. Mayor puntuación indica mayor uso del tipo correspondiente de estrategias.

Análisis de datos

Utilizamos el programa SPSS 15. Realizamos pruebas t y χ^2 para el análisis de diferencias de las muestras ($p \leq 0,01$). En segun-

Tabla 1
Análisis de correlación con las variables de consumo de medicación

	Analgésicos		Somníferos		Miorrelajantes		Antidepresivos		Nº diferente	
	AP	SR	AP	SR	AP	SR	AP	SR	AP	SR
VARIABLES CLÍNICAS										
Dolor	,18	,19	,05	,19	,11	,14	,12	,15	,04	,23
Años problema dolor	,11	,09	,06	,24	,03	,10	,23	,21	,16	,26
Puntos fibrosíticos	-,16	,10	,03	,04	-,01	-,01	,10	,03	,02	,11
Parestesias	,11	,05	,08	,09	,14	-,10	,03	,08	,08	,10
Calambres	,03	,06	-,08	,11	,04	,00	-,06	,03	,01	,07
Horas de sueño	,09	-,07	,36	-,19	,08	-,03	,25	-,07	,06	-,12
Dificultades conciliar sueño	-,05	,07	,05	,26	-,00	,01	,08	,06	,16	,15
Despertar pronto	,05	,16	-,07	,05	-,00	,09	-,04	,02	,07	,10
Cansancio	-,02	-,02	-,06	,10	,15	,10	-,07	,14	-,01	,01
VARIABLES PSICOSOCIALES										
AE-Dolor	-,39	-,21	-,06	-,28	-,16	-,03	-,25	-,09	-,08	-,09
AE-Síntomas	-,26	-,19	-,09	-,22	-,31	-,05	-,38	-,09	-,21	-,26
AE-Físico	-,33	-,16	-,26	-,19	-,19	-,18	-,33	-,14	-,29	-,23
PT-AE	-,39	-,23	-,17	-,28	-,28	-,11	-,39	-,13	-,23	-,29
CPS	-,11	-,15	,04	-,18	-,13	-,11	-,06	-,09	-,12	-,26
LC-Interno	-,17	-,16	-,10	-,23	-,22	-,12	-,07	-,14	-,06	-,29
LC-Destino	,16	,06	-,00	,11	,12	-,03	,08	,09	,03	,12
LC-Azar	-,14	-,06	-,13	,01	,05	-,07	,00	-,04	-,07	-,11
AC-Bienestar	-,13	,01	-,07	,03	-,12	-,16	-,20	-,08	-,06	,02
AC-Enfermedad	,17	,13	,17	,20	,02	-,18	,11	,03	,03	,20
ESTADO DE SALUD										
Impacto físico	,34	,24	,23	,23	,14	,12	,33	,22	,21	,23
Impacto psicosocial	,09	,18	,12	,23	,20	,21	,25	,14	,13	,27
Ansiedad	-,03	,14	-,01	,28	,11	,06	,12	,16	,05	,23
Depresión	,30	,15	,26	,20	,20	,15	,31	,22	,28	,30

AP: Atención Primaria; SR: Servicios Reumatología; AE: Autoeficacia; PT-AE: Puntuación total AE; CPS: Competencia Percibida Salud; LC: Locus de Control; AC: Afrontamiento centrado en. **Negrita:** correlación significativa al nivel establecido ($p \leq 0,05$).

do lugar, calculamos la matriz de correlaciones para seleccionar las variables clínicas, de estado de salud y psicosociales e introducirlas en los análisis de regresión ($p \leq 0,05$). Finalmente, utilizamos la regresión múltiple «stepwise» por ser la que más ventajas presenta para evitar el error asociado a la colinealidad (Bisquerra, 1989).

Resultados

En la tabla 1 se exponen las correlaciones con las variables de consumo de medicación. En general, las variables de autoeficacia presentan el mayor número de relaciones significativas.

En la tabla 2 se presentan las correlaciones con las variables de uso de servicios. Nuevamente, las variables de autoeficacia muestran el mayor número de correlaciones significativas, aunque solo con la frecuencia total de visitas, con rangos entre $r = -.26$ y $r = -.33$ para la PT-AE.

En AP, la autoeficacia aparece como un predictor significativo de la mayoría de las variables criterio, con un rango entre el 11%

de la PT-AE en la frecuencia total de visitas y consumo de antidepresivos, hasta el 15% de la AE-Dolor en el consumo de analgésicos (tabla 3). Únicamente la variable clínica número de horas de sueño fue un predictor significativo del consumo de somníferos (13% varianza explicada); del estado de salud solo la depresión explicó el 9% de la varianza del consumo de medicación diferente. El AC-Enfermedad aparece como predictor significativo solo de las variables de uso de servicios.

En los SR, todas las variables criterio relacionadas con el consumo de medicación incluyeron en sus ecuaciones de regresión al menos una variable de estado de salud percibido. En el caso del consumo de analgésicos, miorrelajantes y antidepresivos las variables de estado de salud fueron, además, los únicos predictores significativos (tabla 4). El impacto físico del consumo de analgésicos (7%) y el impacto psicosocial del consumo de miorrelajantes (5%). El impacto físico junto con la depresión explicó el 10% de la varianza del consumo de antidepresivos y junto con los años con el problema de dolor y el LC-I el 20% del consumo de medicación diferente. Finalmente, el 22% de la varianza del consumo de som-

Tabla 2
Análisis de correlación con las variables de uso de servicios

	Frecuencia total visitas		Uso de su servicio		Nº de servicios diferentes	
	AP	SR	AP	SR	AP	SR
VARIABLES CLÍNICAS						
Años problema dolor	,09	,22	,04	-,03	,08	-,00
Puntos fibrosíticos	,03	,08	,15	,00	-,03	-,05
Parestesias	,02	,04	-,03	-,07	,04	,01
Calambres	-,09	,01	,04	,03	-,21	,09
Horas de sueño	,07	-,03	-,02	-,05	,10	,01
Dificultades conciliar sueño	,08	,06	,05	,05	,04	,02
Despertar pronto	,10	,07	,08	,01	,04	,02
Cansancio	-,03	,04	,07	,02	-,01	,00
Dolor	,25	,14	,18	,03	,14	,00
VARIABLES PSICOSOCIALES						
AE-Dolor	-,26	-,18	-,21	-,01	-,10	-,13
AE-Síntomas	-,27	-,30	-,14	-,03	-,20	-,06
AE-Físico	-,30	-,13	-,17	,05	-,22	-,00
PT-AE	-,33	-,26	-,21	,00	-,19	-,09
CPS	-,23	-,09	-,21	,04	-,25	-,05
LC-Interno	-,22	-,20	-,11	-,17	-,16	-,14
LC-Destino	,14	,18	,20	,13	-,03	-,01
LC-Azar	-,17	,06	-,19	-,01	-,02	,07
AC-Bienestar	,03	,01	,00	-,00	,03	-,12
AC-Enfermedad	,31	,14	,32	,00	,11	-,02
ESTADO DE SALUD						
Dimensión física	,34	,26	,27	-,04	,19	,12
Dimensión psicosocial	,19	,21	,16	-,06	,11	,06
Ansiedad	,07	,11	,07	,03	,12	,04
Depresión	,25	,16	,14	-,03	,16	,00

AP: Atención Primaria; SR: Servicios Reumatología; AE: Autoeficacia; CPS: Competencia Percibida en Salud; PT-AE: Puntuación total AE; LC: Locus de control; AC: Afrontamiento; **Negrita:** correlación significativa al nivel establecido ($p \leq 0,05$).

nferos fue explicado por la PT-AE, los años con el problema de dolor, las dificultades para dormir y la ansiedad (tabla 4).

Respecto a la utilización de servicios sanitarios, la AE-Síntomas y los años con el problema de dolor explicaron el 11% de la varianza de la frecuencia total de visitas.

*Tabla 3**
Predictores utilización recursos sanitarios en Atención Primaria

Variable criterio	Variables predictoras	R ²	β	F
Analgésicos	AE-Dolor	,15	-,38	13
Somníferos	Horas sueño	,13	,36	12,3
Miorrelajantes	AE-Síntomas	,11	-,31	9
Antidepresivos	PT-AE	,11	-,32	9,1
Medicación diferente	Depresión	,9	,28	8,6
Frecuencia visitas total	PT-AE	,11	-,34	9
	AC-Enfermedad	,17	,23	
Uso servicio propio	AC-Enfermedad	,12	,33	12

AE: Autoeficacia; PT-AE: Puntuación total AE; AC: Afrontamiento; **Negrita:** correlación significativa al nivel establecido (p<0,05). *: En tabla solo predictores significativos

*Tabla 4**
Predictores utilización recursos sanitarios en Servicios Reumatología

Variable criterio	Variables predictoras	R ²	β	F
Analgésicos	Impacto físico	,07	,24	11,5
	PT-AE	,11	-,22	
Somníferos	Años problema dolor	,17	,20	11,4
	Dificultades dormir	,19	,16	
	Ansiedad	,22	-,16	
	Impacto psicossocial	,05	,21	
Miorrelajantes	Impacto físico	,07	,32	9,92
	Depresión	,10	-,62	
Antidepresivos	Depresión	,10	,32	11
	Años problema dolor	,14	,17	
	LC-Interno	,18	-,19	
	Impacto físico	,20	,15	
Medicación diferente	AE-Síntomas	,07	-,27	11,6
	Años problema dolor	,11	,16	

AE: Autoeficacia; PT-AE: Puntuación total AE; LC: Locus de control. **Negrita:** correlación significativa al nivel establecido (p<0,05). *: En tabla solo predictores significativos

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo era identificar los predictores de la utilización de recursos sanitarios en la FM, considerando el nivel asistencial en el que son atendidos estos pacientes. Hemos obtenido resultados diferentes en cada nivel asistencial aunque, en ambos, los porcentajes de varianza explicada por las diferentes variables han sido bajos (máximo un 22%). En AP, las variables de autoeficacia tienen mayor importancia en la predicción del uso de servicios médicos y del consumo de medicación, mientras que en los SR destaca el papel de las variables relacionadas con la percepción del estado de salud en la predicción del consumo de medicación.

Estos resultados son relevantes si, además, consideramos que ambas muestras son semejantes en sus características clínicas, de estado de salud y psicosociales, aunque diferentes respecto al patrón de utilización de recursos sanitarios (Lledó et al., 2009). Algunos aspectos importantes son coincidentes en ambos niveles, como la ausencia de capacidad predictiva de la intensidad del dolor y de la mayoría de variables clínicas registradas, además del escaso papel del afrontamiento, del locus de control (coincidiendo con otros autores: Gulec et al., 2007) y de la competencia percibida en salud.

Estos resultados apoyan la idea de que en los problemas crónicos la sintomatología de la enfermedad pierde importancia en la utilización de recursos sanitarios (Browne, Arpin, Corey, Fitch y Gafni, 1990). En nuestro caso, destacamos que, si bien la intensidad del dolor, el cansancio o los problemas de sueño no han explicado el consumo de medicación, sí lo ha hecho la percepción de autoeficacia del paciente respecto del manejo de esos mismos síntomas. Estos datos cuestionan, en términos de coste-eficacia, el abordaje actual del problema y, además, pueden ser un punto de partida para el diseño de futuras intervenciones. Potenciar la percepción de autoeficacia a través de intervenciones estandarizadas, sobre todo en el contexto de AP, utilizando programas de autocuidado como el del «Paciente experto», podría suponer una disminución del gasto asociado al consumo de medicación, además de los efectos beneficiosos que estos programas han demostrado en otras áreas de funcionamiento (Richardson et al., 2008). Finalmente, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros autores pero en relación con el uso de servicios médicos, donde las expectativas de autoeficacia también fueron relevantes en la FM (Cronan, 2002; Kersh et al., 2001). Probablemente la especificidad del constructo de autoeficacia (conductas concretas relacionadas con el manejo del dolor, del impacto físico y de otros síntomas relacionados) hace que sea la variable de percepción de control más adecuada para explicar las conductas relacionadas con la utilización de recursos sanitarios. La competencia percibida en salud, cuyo nivel de especificidad es intermedio (manejo de la salud en general) puede no explicar estas mismas conductas debido, precisamente, a la diferencia de especificidad con ellas. En otros trabajos se ha comprobado que este constructo tiene un papel explicativo más relevante en situaciones generales y en relación con el estado emocional (Pastor et al., 2009).

Solo el AC-Enfermedad predijo el uso de servicios médicos y únicamente en el contexto de AP. Las pacientes que utilizan con más frecuencia el descanso, los movimientos protectores y la petición de ayuda para manejar su problema, usan con mayor frecuencia los servicios médicos. Es posible que dada la accesibilidad de las consultas de AP, su utilización sea una forma habitual de búsqueda de ayuda (Lledó et al., 2009).

Como se ha comentado, en los SR destaca la importancia de las variables relacionadas con el estado de salud percibido (impacto físico y psicossocial, ansiedad y depresión) en la explicación del consumo de medicación. El consumo de fármacos, característico de esta población, parece estar relacionado con la percepción de interferencia de la enfermedad en la vida del paciente (predominando el impacto físico) y no con la sintomatología para la que se recomiendan los fármacos (salvo en el consumo de somníferos y de antidepresivos). No disponemos de estudios previos donde se evalúe la relación del estado de salud con el consumo de medicación en la FM, mientras que sí hay evidencia de su relevancia en la explicación del uso de servicios médicos (Bernatsky et al., 2005). Aunque en nuestro caso los predictores de las visitas médicas en los SR fueron la AE-Síntomas y la cronicidad (años con

el problema de dolor), resulta interesante señalar que, siendo el dolor el problema central de este síndrome, sea precisamente la AE-Síntomas y no la AE-Dolor la que determina un menor uso de los servicios en este nivel asistencial. Finalmente, en este contexto, llama la atención el papel del grado de cronicidad en las variables de utilización de recursos sanitarios. En trabajos anteriores con FM, las relaciones entre estas variables no fueron significativas (Aaron et al., 1996; Walen et al., 2001), lo cual coincide con nuestro resultado en AP. Sin embargo, en SR pudiera ser que estas pacientes acudan al especialista con mayores expectativas de curación y al no percibir mejoría con el tiempo se produzca una mayor persistencia en la búsqueda de soluciones médicas.

En conjunto, los resultados nos permiten destacar la importancia de las expectativas de autoeficacia y de la percepción del impacto físico en el uso de recursos sanitarios según el nivel asistencial estudiado. En este sentido, las intervenciones deben compartir el

objetivo de incrementar estas expectativas y mejorar el funcionamiento físico, con el fin de disminuir la percepción de impacto en esta área. Esta situación repercutiría positivamente en la mejora del estado de salud del paciente, en cubrir las exigencias que plantea la enfermedad en la propia consulta médica (desde el punto de vista del profesional) y en la optimización de recursos y mejora de la calidad asistencial. Considerando los resultados obtenidos, resulta necesario la incorporación de otras alternativas asistenciales de contenido psicosocial, fundamentalmente en el primer escalón asistencial, que complementen al tratamiento exclusivamente farmacológico (Pastor et al., 2003).

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda concedida por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS: exp. 99/0858).

Referencias

- Aaron, L.A., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Alexander, R.W., Triana-Alexander, M., Martin, M., y Alberts, K.R. (1997). Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behaviour rather than to illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39(3), 436-445.
- Alexander, R.W., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., Triana-Alexander, M., Aaron, L.A., Alberts, K.R., Martin, M.Y., y Stewart, K.E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: Association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care and Research*, 11(2), 102-115.
- Annemans, L., Wessely, S., Spaepen, E., Caekelbergh, K., Caubère, J.P., Lay, K.L., y Taïeb, C. (2008). Health economic consequences related to the diagnosis of fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 58(3), 895-902.
- Badía, X., y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Medicina Clínica*, 48, 949-957.
- Barsky, A.J. (1981). Hidden reasons why some patients visit doctors. *Annals of Internal Medicine*, 94, 492-498.
- Bernatsky, S., Dobking, P.L., De Civita, M., y Penrod, J.R. (2005). Comorbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Medical Weekly*, 135, 76-81.
- Bisquerra, R. (1989). Introducción conceptual al análisis multivariante (vol. II). Barcelona: PPU.
- Browne, G.B., Arpin, K., Corey, P., Fitch, M., y Gafni, A. (1990). Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Medical Care*, 18, 43-58.
- Carmona, L., Ballina, J., Gabriel, R., y Laffon A. (2001). EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from a national survey. *Annals of Rheumatic Disease*, 60, 140-5.
- Cronan, T.A., Serve, E.R., y Wallen, H.R. (2002). Psychosocial predictors of health status and health care cost among people with fibromyalgia. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 15(3), 261-274.
- Egeli, N., y MacMillan, P. (2008). Fibromyalgia: Predicting openness to counselling referrals. *Psychology and Health*, 23(5), 569-584.
- Güleç, H., Sayar, K., y Yazici, G.M. (2007). The relationship between psychological factors and health care-seeking behaviour in Fibromyalgia patients. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(1), 22-30.
- Kersh, B., Bradley, L., Alarcón, G., Alberts, K., Sotolongo, A., Martin, S., Aaron, L., Dewaal, D., Domino, M., Chaplin, W., Palardy, N., Cianfrini, L., y Triana-Alexander, M. (2001). Psychosocial and health status variable independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Care and Research*, 45(4), 362-371.
- Lledó, A., Pastor, M., Pons, N., López-Roig S., y Terol, M^a. (2009). Comparing Fibromyalgia patients from Primary Care and Rheumatology settings: Clinical and psychosocial features. *Rheumatology International (Clinical and Experimental Investigations)*, 29(10), 1151-1160.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó A., Pons, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., y Terol, M.C. (1998). The Chronic Pain Coping Inventory: Preliminary results of the Spanish adaptation. *Poster presented in the 12th Conference of the European Health Psychology Society*. Vienna (Austria) September.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S., y Terol, M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1-2), 53-75.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Sánchez, S., Salas, E., y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control en salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2(1-2), 91-111.
- Pastor, M.A., Pons, N., Lledó, A., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M.C., y Rodríguez-Marín, J. (2003). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicológicas en enfermedades reumáticas: el caso de la fibromialgia. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Ed.): Guía de tratamientos psicológicos eficaces (t. II): Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S., y Sánchez, S. (2009). Valoración de la competencia percibida en relación a la salud. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 85-96.
- Penrod, J.R., Bernatsky, S., Adam, M., Baron, N., y Dayan (2004). Health services costs and their determinants in women with fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 31(7), 1391-1398.
- Richardson, G., Kennedy, A., Reeves D., Bower, P., Lee, V., Middleton, E., Gardner, C., Gately C., y Rogers, A. (2008). Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 361-367.
- Rossy, L.A., Buckelewl, S.P., Dorr, N., Hagglund, K.J., Thayer, J., McIntosh1, M.J., Hewett, J.E., y Jonson, J.C. (2008). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 180-191.
- Sicras, A., Blanca, M., Navarro, R., y Rejas, J. (2009). Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 41, 77-84.
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M^a, y Reig, M.T (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Walen, H.L., Oliver, K., Groessler, E., Cronan, T.A., y Rodríguez, V.M. (2001). Traumatic events and health care use in patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9(2), 19-38.

Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L., Tugwell, P., Campbell, S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, T.J., Russell, I.J., y Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology: Criteria for the classification of

fibromyalgia: Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.

Wolfe, F., Anderson, J., Harkness, D., Bennet, R.M., Caro, X.J., Goldenberg, D.L., Russell, I.J., y Yunus, M.B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of services utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40(9), 1560-1570.