Localizador web
Artículo 78.164

Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria

C. Tapia Collados[a], V. Gil Guillén[b] y D. Orozco Beltrán[b]

Objetivo. Conocer la influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria.
Diseño. Estudio de casos y controles.
Emplazamiento. Consultas de pediatría del Área 17 de la Comunidad Valenciana.
Participantes. Se incluyó en el estudio a 131 mujeres, 46 de ellas (35,12%) madres de niños hiperfrecuentadores definidos por haber superado la media de consultas más 1 desviación estándar en un período determinado, y 85 madres de niños normofrecuentadores (64,88%).
Mediciones principales. Puntuación en escala de ansiedad STAI (ansiedad estado y ansiedad rasgo), presencia de ansiedad (definida cuando superan el percentil 50), relación entre la puntuación en las escalas y la situación laboral materna, y número de hijos.
Resultados. Las puntuaciones de las madres de los hiperfrecuentadores son significativamente más elevadas. No obtenemos diferencias en los resultados según el número de hijos y la situación laboral materna. En el análisis multivariable, la variabilidad explicada aumenta al considerar la ansiedad (el 22,7 frente al 14,9%).
Conclusiones. La ansiedad materna influye en la hiperfrecuentación de los niños. Las madres de los hiperfrecuentadores presentan puntuaciones más elevadas en las escalas de ansiedad. Éste puede ser uno de los pocos factores modificables, susceptible de intervención, para intentar reducir la hiperfrecuentación en pediatría.

Palabras clave: Ansiedad materna. Hiperfrecuentación. Pediatría. Atención primaria.

INFLUENCE OF MATERNAL ANXIETY ON THE FREQUENCY OF PAEDIATRIC PRIMARY CARE VISITS

Aim. To know the influence of mother's anxiety in the number of office visits made by the children al primary care paediatric setting.
Design. Case control study.
Setting. Primary care. 17th Health Area. Valencian Community. Spain.
Patients. 134 mothers. Overuse was defined as number of visits higher than the average of visits in all children plus one standard deviation in a certain period. 14.89% were over users. 46 mothers (35.12%) from over user children and 85 (64.88%) from non over users.
Measures. Anxiety scale STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) short form. Mother's job and number of mother's children.
Results. Mother's of over user's children score higher in STAI scale. Number of children or mother's job is not associated with STAI scores. In multivariate analysis anxiety is an important factor associated to over user's children.
Conclusions. Mother's anxiety is associated with over user's children in primary care paediatric setting. This is a modifiable factor to influence in the number of inappropriate office visits.

Key words: Mother's anxiety. Over use. Paediatrics. Primary care.

English version available at
www.atencionprimaria.com/115.555

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 69)

[a]Centro de Salud de Petrer. Petrer. Alicante. España.

[b]Medicina de Familia. Unidad Docente Área 17. Elda. Alicante. Departamento de Medicina Clínica. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Correspondencia:
Caridad Tapia Collados.
Vicente Blasco Ibáñez, 66, 2.º.
03600 Elda. Alicante. España.
Correo electrónico:
ctapiac@coma.es

Manuscrito recibido el 11 de mayo de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 20 de diciembre de 2004.

Introducción

En atención primaria, tanto si se considera la edad pediátrica como si se analiza la población de mayor edad, un pequeño porcentaje de pacientes genera gran parte de las consultas.

La morbilidad es la variable que más influye en la utilización de los servicios sanitarios, pero por sí misma sólo explica una parte de la variabilidad[1-4]. Se han identificado algunos otros factores con influencia en la sobreutilización, pero no se conoce exactamente cómo y en qué grado cada uno de ellos modifica la utilización[3,5] y tampoco ha sido posible identificarlos todos[2,4,6-8].

Algunas características de los individuos se han relacionado con el nivel de demanda[5,7,9-11]. Las alteraciones familiares y el malestar psíquico originan mayor consumo sanitario en los adultos y se han implicado las diferencias psicológicas como uno de los motivos que podrían explicar la diferente utilización de servicios[12,13]. Pese a que los patrones de uso de los adultos pueden no ser válidos en edad infantil, al investigar la frecuentación en pediatría cada vez son más consideradas las variables psicológicas de los padres, ya que los niños no tienen capacidad para decidir cuándo acudir a las consultas.

Se han relacionado los factores familiares con el grado de demanda y se ha establecido una correlación entre la utilización de cada miembro con la global de la familia[2,14-17]. Los trastornos de la personalidad se han asociado con una mayor frecuentación en adultos y se ha referido que las personas con riesgo de presentar algún trastorno suelen consumir muchos recursos sanitarios y, además, muestran baja satisfacción respecto a la asistencia recibida en atención primaria[18].

Las madres han sido el eje de muchas investigaciones, que las han considerado factores determinantes en la utilización. La percepción que ellas tienen del grado de vulnerabilidad ante la enfermedad se ha mostrado predictora de la utilización de los servicios pediátricos[19]. El abuso materno en la utilización de los servicios de salud se ha asociado con la hiperutilización en pediatría. Las creencias y percepciones maternas sobre la salud pueden resultar determinantes, al influir en la posterior utilización de los servicios por parte de los hijos cuando alcancen la edad adulta[12,20].

Dado que, de las variables conocidas, la actitud de las madres podría ser uno de los pocos factores susceptibles de intervención y cambio para reducir la hiperutilización pediátrica[2,10], se diseñó el presente trabajo con el objetivo de conocer la influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de los niños en las consultas de pediatría de atención primaria de nuestra área de salud.

Pacientes y métodos

Ámbito

Centros de salud docentes del Área 17 de la Comunidad Valenciana (Acacias, Novelda y Petrer 1). En cada uno ha participado una pediatra, con cupos de 908, 1.117 y 981 niños, respectivamente (3.006 en conjunto).

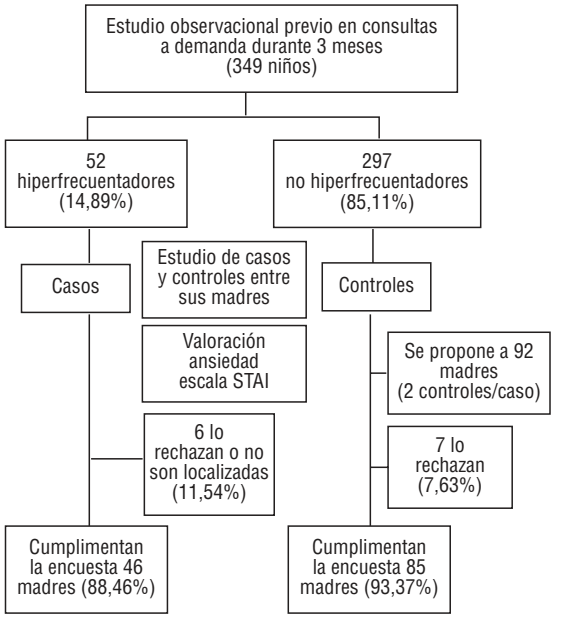
Diseño

Tras haber realizado un estudio observacional, prospectivo, longitudinal y multicéntrico durante 3 meses, en el que se seleccionó a los niños hiperfrecuentadores de 0 a 14 años, se realizó un estudio de casos y controles entre sus madres para valorar la posible influencia de la ansiedad materna en la hiperfrecuentación de los niños.

Para definir la hiperfrecuentación se dispone de diferentes criterios válidos. En los escasos trabajos realizados en pediatría, la elección más frecuente fue la media de consultas a demanda en un período más 1 desviación estándar (DE)[14,21], que fue el asumido para nuestro trabajo. Otras posibilidades son utilizar percentiles del número de consultas anuales, la media de consultas más 2 DE[22] o parámetros arbitrarios del número de visitas[23].

Para evaluar la ansiedad se utilizó el cuestionario STAI (State Trait Anxiety Inventory) en su versión española IDARE (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo)[24], que comprende escalas sepa-

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio de casos y controles para conocer la influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de los niños de las consultas de pediatría de atención primaria.

radas de autoevaluación para medir conceptos independientes de la ansiedad. Cada escala consta de 20 ítems y cada uno de ellos tiene un rango de 0 a 3 puntos. La ansiedad-estado (AE) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria que es susceptible de variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. La ansiedad-rasgo (AR) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, en consecuencia, su AE. Ambas se consideran positivas cuando superan el percentil 50.

Selección de pacientes

Tras identificar a los niños hiperfrecuentadores en un estudio observacional y prospectivo se realizó un estudio de casos y controles entre sus madres, definiendo como casos a las madres de los hiperfrecuentadores y como controles a un grupo de madres que voluntariamente lo aceptaron, pertenecientes al estudio y de características similares excepto en el hecho de que sus hijos se habían comportado como normofrecuentadores.

Para aumentar la potencia de la muestra y encontrar 2 grupos homogéneos en la comparación, minimizando el sesgo de selección, se consideró estudiar 2 controles por cada caso.

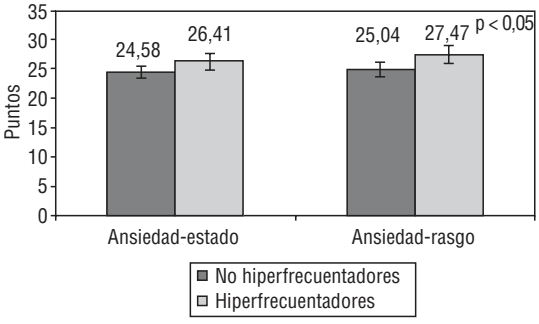


FIGURA 1

Resultados

Del total de niños hiperfrecuentadores (52 de 349 estudiados, el 14,89% de la muestra), cumplimentaron la encuesta 46 madres (88,46%), ya que 6 no pudieron ser localizadas o lo rechazaron por motivos diversos. De las 92 madres de normofrecuentadores a las que se les propuso, la cumplimentaron 85 (92,37%).

Al considerar el total de la población encuestada (n = 131), las puntuaciones obtenidas por las madres en las escalas de ansiedad aparecen en la tabla 1, tanto para la AE como para la AR.

Cuando se relacionan las puntuaciones de las escalas con el grado de frecuentación, tanto si se considera AE como AR, se obtienen diferencias significativas, con cifras más elevadas en el grupo de hiperfrecuentadores (p = 0,036 y p = 0,023, respectivamente) (fig. 1).

Según la definición del manual de las escalas[24], se considera que una persona presenta ansiedad cuando los valores superan el percentil 50. Según nuestros resultados, esto supone más de 25 puntos para la AE y más de 26 para la AR. Utilizando

TABLA 1 **Resultados obtenidos en las escalas de ansiedad. Medidas de tendencia central y dispersión. Percentiles**

Escala	Puntos	DE	IC del 95%	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda	p25	p50	p75
Estado	25,22	4,76	24,4-26,0	14	35	25,0	25	22,0	25,0	29,0
Rasgo	25,90	5,87	24,9-26,9	12	42	26,0	27	22,0	26,0	30,0

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; p: percentil.

TABLA 2 **Presencia o no de ansiedad (según el percentil 50) para las diferentes escalas en el total de madres encuestadas y desglosadas según la frecuentación**

Ansiedad		No	%	IC del 95%	Sí	%	IC del 95%	Total	%
Estado									
	Total	73	55,7	47,2-64,2	58	44,2	35,7-52,7	131	100
	No hiperfrecuentadoras	52	61,1	50,8-71,5	33	38,8	28,4-49,2	85	100
	Hiperfrecuentadoras	21	45,6	31,2-60,0	25	54,4	40,0-68,8	46	100
Rasgo									
	Total	70	53,4	44,9-61,9	61	46,5	38,0-55,1	131	100
	No hiperfrecuentadoras	50	58,8	48,3-69,2	35	41,1	30,7-51,6	85	100
	Hiperfrecuentadoras	20	43,4	29,1-57,8	26	56,5	42,2-70,8	46	100

IC: intervalo de confianza.
Ansiedad-estado: *odds ratio* = 1,88; IC del 95%, 0,91-3,88; p > 0,05.
Ansiedad-rasgo: *odds ratio* = 1,86; IC del 95%, 0,90-3,84; p > 0,05.

TABLA 3

Variable	Ansiedad-estado	DE	IC del 95%	Ansiedad-rasgo	DE	IC del 95%
Número hijos						
1	25,45	4,44	24,1-26,8	26,70	6,25	24,7-28,6
2	25,00	5,28	23,8-26,2	26,05	5,65	24,8-27,3
≥ 3	25,75	3,07	24,0-27,5	23,58	6,24	20,1-23,6
Situación laboral materna						
No trabaja	24,64	4,06	24,6-25,6	24,82	5,97	23,3-26,3
En casa	25,66	6,01	23,1-25,6	27,33	5,57	24,9-29,7
Fuera	25,72	5,03	24,3-27,1	26,65	5,78	25,0-28,3

TABLA 4 **Análisis multivariable según la ansiedad**

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	Beta	EE	Beta	T	p
Constante	13,333	3,318		4,018	0,000
Edad del niño	– 0,289	0,085	– 0,347	– 3,389	0,001
Asistencia guardería	– 0,660	0,642	– 0,090	– 1,027	0,306
Ansiedad-estado	2,450E-02	0,067	0,034	0,368	0,713
Ansiedad-rasgo	1,799E-02	0,055	0,031	0,325	0,746
Edad materna	– 0,146	0,080	–0,179	–1,819	0,071
Trabajo materno	– 0,817	0,322	–0,212	–2,542	0,012
Número de orden	– 0,433	0,533	–0,073	–0,812	0,419

EE: error estándar.

este criterio, un 44,27 y un 46,27%, respectivamente, del total de mujeres encuestadas se consideran con un nivel de ansiedad elevado. Si en vez de valorar la variable en forma cuantitativa (puntuaciones globales de las escalas) se hace en forma cualitativa, estableciendo 2 categorías para las madres (con o sin ansiedad), y relacionándolas con la frecuentación, se obtienen los datos de la tabla 2. En ambos casos se obtienen diferencias entre los grupos, pero sin significación estadística (p = 0,088 y p = 0,093).

En la tabla 3 aparecen los resultados de la relación del número de hijos de las familias y la situación laboral materna con las puntuaciones obtenidas en las escalas de ansiedad (diferencias no significativas).

En el estudio observacional de estudio de hiperfrecuentación se realizó un análisis multivariante, con las consultas a demanda como variable dependiente y como variables independientes las que se habían mostrado predictoras de mayor utilización (edad del niño, asistencia a la guardería, edad materna, trabajo materno y número de orden respecto a sus hermanos). La variabilidad explicada por el modelo fue de 0,149.

Al repetir el análisis multivariante añadiendo la AE y la AR a las variables anteriores aparecen los resultados de la tabla 4. Las diferencias siguen siendo significativas sólo para edad del niño y el trabajo materno. El análisis significativo sigue siendo de 0,000. La variabilidad explicada supera a la previa y aumenta hasta alcanzar 0,227.

Discusión

En estudios realizados en madres se ha comunicado una elevada presencia de malestar psíquico entre las que acuden a las consultas a demanda, más que en las que acuden de forma programada[25]. La menor tolerancia de las mujeres ansiosas y las percepciones negativas acerca del comportamiento de sus hijos, junto con las conductas disfuncionales o las somatizaciones que a veces origina en los niños la percepción de problemas emocionales en sus madres, puede aumentar la asistencia a las consultas[26].

Algunos autores han analizado la personalidad de las madres de los hiperfrecuentadores[27] y han sugerido que la incapacidad que presentan determinados perfiles personales para tomar decisiones cotidianas sin una cantidad exagerada de consejos o recomendaciones podría relacionarse con la mayor frecuentación. Nuestros resultados, con puntuaciones más elevadas en las madres de los hiperfrecuentadores, tanto al considerar la AE como la AR, resultan similares a los de otros trabajos[12,14,19,25,28,29].

El hecho de que casi la mitad del total de madres encuestadas pueda considerarse con ansiedad, al superar sus puntuaciones el percentil 50, en principio resulta llamativo,

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- La morbilidad es la variable que más influye en la utilización de servicios sanitarios, pero por sí misma sólo explica una parte de la variabilidad.
- Hay mayor presencia de malestar psíquico en las madres que acuden con sus hijos a consultas a demanda que en las que acuden a consultas programadas.
- La utilización por parte de mujeres ansiosas y sus hijos desciende tras el tratamiento psicoterápico materno.

Qué aporta este estudio

- La ansiedad materna influye en la hiperfrecuentación de los niños.
- Las madres de los hiperfrecuentadores presentan puntuaciones más elevadas en las escalas de ansiedad.
- La ansiedad materna puede ser uno de los pocos factores modificables y, por tanto, susceptible de intervención para intentar reducir la hiperfrecuentación en pediatría.

pero también coincide con lo descrito por otros autores, que encuentran cifras similares[25,27].

La presencia de diferencias en la puntuación en las escalas de las madres de normofrecuentadores e hiperfrecuentadores, junto con la falta de significación al establecer 2 grupos de madres (con o sin ansiedad), consideramos que puede deberse a la falta de potencia del estudio ya que, posiblemente, un aumento de ésta hubiera dado como resultado una mayor significación y una mejor explicación del modelo.

Se han referido resultados similares a los nuestros respecto al número de hijos por familia y la situación laboral materna[12,25], pero se sabe que una situación laboral inestable puede ser un factor de riesgo para presentar trastornos de ansiedad[5] y en ocasiones sí se ha encontrado significación[14,30].

Como conclusión destacamos que la ansiedad es un factor modificable y, por tanto, potencialmente reducible que debería ser tenido en cuenta al analizar la hiperfrecuentación en pediatría. Respecto a ello, hay trabajos en los que se ha medido la utilización de madres ansiosas y sus hijos durante los 3 años anteriores y posteriores a la psicoterapia de las primeras, y se ha demostrado el descenso en la utilización de ambos después de la intervención[31].

Bibliografía

1. Starfield B, Van den Berg BJ, Steinwachs DM, Katz HP, Horn SD. Variations in utilization of health services by children. Pediatrics. 1979;63:633-41.
2. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. Aten Primaria. 1992;10:591-7.
3. Wolfe BL. Children's utilization of medical care. Med Care. 1980;18:1196-207.
4. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Gómez Gil A. Determinantes del uso de las consultas de pediatría: estudio de morbilidad infantil y variables maternas. Aten Primaria. 1999;23:132-6.
5. Newacheck PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. Med Care. 1992;30:30-42.
6. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. An Esp Pediatr. 1998;49:273-9.
7. Starfield B, Hankin J, Steinwachs DM, Horn SD, Benson P, Katz H, et al. Utilization and morbidity: random or tandem. Pediatrics. 1985;75:241-17.
8. Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, Cadman DT, Links PS, Munroe-Blum H, et al. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. Pediatrics. 1988;82:425-34.
9. De la Revilla L. Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías clínicas en AP. Barcelona: Doyma; 1991.
10. Horwitz SM, Morgenstern H, Berkman LF. The impact of social stressors and social networks on pediatric medical care use. Med Care. 1985;38:423-7.
11. Cortés JA, Peñalver C, Alonso J. La prevalencia de malestar psíquico en atención primaria y su grado de relación con la frecuentación de consultas. Aten Primaria. 1993;11:459-63.
12. Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, Terradas Corominas M, De Frutos Gallego E, Cebriá Andreu J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? An Esp Pediatr. 2003;58:29-33.
13. Tessler R, Mechanic D, Dimond M. The effect of psychological distress on psysician utilization: a prospective study. J Health Soc. 1976;17:353-64.
14. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. An Esp Pediatr. 1993;38:423-7.
15. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Serrano Granell C, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Factores familiares y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. Rev Esp Pediatr. 1998; 54:497-505.
16. Asensi A, Grafía J, Coll P, García LA. Hiperutilizadores en pediatría. Bol Soc Val Pediatria. 1994;14:159.
17. Schor E, Starfied B, Stidley C, Hankin J. Family health. Utilization and effects of family membership. Med Care. 1987; 25:616-26.
18. Hueston WJ, Mainous AG, Schilling R. Patients with personality disorders: funcional status, health care utilization, and satisfaction with care. J Fam Pract. 1996;42:55-60.
19. Levy JC. Vulnerable children: parents' perspectives and the use of medical care. Pediatrics. 1980;65:956-63.
20. Montalbán J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. Aten Primaria. 1998;21:67-76.
21. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Roig Orts A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de pediatría. Aten Primaria. 1997;20:385-8.
22. Turabian JI, González-Morales MA, López F. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en atención primaria. Rev San Hig Pub. 1988;62:1645-54.
23. De la Revilla L, Aranda JM, Luna JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria en el uso de las consultas médicas. Aten Primaria. 1987;9:472-80.
24. Spielberger CD, Gorsuch RL, Zushene RE. STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (adaptación española). 3.ª ed. Madrid. TEA, S.A.; 1998.
25. Murciano Antón MA, Odriozola Aranzábal G, De Gracia Guillamón B, Iglesias Asenjo E, Llave Gamero F, Tijeras Ramírez E. Relacionar ansiedad materna con hiperdemanda pediátrica en un centro de salud. Centro de Salud. 1999;7:671-4.
26. Sanger MS, MacLean WE, Van Slyke DA. Relation between maternal characteristics and child behavior rating. Clin Pediatr. 1992;31:461-6.
27. Eisenberg JM. Physician utilization. Med Care. 1985;23:461-83.
28. Kemper KJ. Screening for maternal depresión in pediatric clinic. Am J Dis Child. 1992;146:876-8.
29. Newacheck PW, Halfon N. The association between mother's and children's use of physician services. Med Care. 1986;24:30-8.
30. Llorente S, López T. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. Aten Primaria. 1996;17:100-6.
31. Blakey R. Phychological treatment in general practice: its effect on patients and their families. J R Coll Gen Pract. 1986; 36:209-11.

COMENTARIO EDITORIAL

Dar peces y enseñar a pescar. ¡Cuánto trabajo, madre mía!

J. Bras
Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Poblenou. Barcelona. España.

La sanidad pública está estresada, ante todo por descapitalización. Se le dota con un porcentaje del PIB inferior al de los países del entorno y se le pide que asuma todas las demandas, sin límites. Incluidas las de todos los europeos cuyas demandas fueron rechazadas en sus países de origen, con un PIB mayor y un mayor porcentaje de PIB destinado a la sanidad. Y aquí se resuelven.

Y llega el terrible binomio clásico infradotación frente a hiperdemanda: las colas para todo… desde la cola telefónica para pedir visita, las colas en las salas de espera, las demoras en el acceso al equipo de atención primaria, los abusos crónicos con largas colas en urgencias, demoras insostenibles para el acceso a algunos especialistas o a algunas técnicas diagnósticas, lo que genera más visitas inefectivas que sobrecargan al médico o al pediatra, etc.

Ante ello surgen estudios para intentar reducir las colas. Y se buscan los factores que las generan que son, evidentemente, múltiples y variados. Algunos factores, menores, son algo vulnerables a la acción de los profesionales, pero otros, mayores, son invulnerables a ella por tratarse de factores estructurales o externos, «de escenario».

En el perfil de consumo de los servicios asistenciales, sobre todo en el caso de los pediátricos, se hallan implicados múltiples factores[1-3] que lo condicionan.

Si miramos *a los dos lados de la mesa,* hay que distinguir entre los condicionantes propios del usuario y los del terapeuta.

Entre los factores del usuario, distinguiremos unos individuales, como la vulnerabilidad clínica (atópicos, intolerantes, hipercinéticos, hipoinmunes, crónicos), la edad (hiperinfectividad propia de la edad de guardería) o el nivel de educación sanitaria; así, por ejemplo, se suele demandar asistencia por síntomas molestos, pero casi nunca para prevención o educación (tanto usuarios sanos como enfermos crónicos). Casi siempre se prima la demanda por molestias a la demanda de salud.

Otros factores dependerán del grupo familiar[4,5] como, por ejemplo, el orden en la fratría. Las inseguridades son mayores con el primer hijo, lo cual es importante en una sociedad con predominio de padres añosos e hijos únicos. También importa la estabilidad o angustia de las madres por la frustración de sus expectativas *femeninas* infantiles (de *marujita*) frente a la realidad de trabajadora + madre + cuidadora de hijos + encargada doméstica[6], a menudo no complementadas por el nivel de dedicación paterno. Y a ese dato, muy generalizado, pueden añadirse enfermedades maternas específicas.

También interviene el grado de disponibilidad de apoyos puntuales, canguros o abuelos, que puede estar agravado en situaciones monoparentales: aquí la aparición de episodios febriles generará angustias y urgencias sociales, sobre todo en la edad de guardería.

El grado de estabilización y de arraigo social (sobre todo durante el primer período en caso de migración) es otro elemento que condiciona posibles inseguridades maternas: la migración cultural añadirá inseguridades específicas al desarraigo familiar y a la falta de ayudas sociales.

En el caso de una relación asimétrica, como sucede en una consulta médica o pediátrica, el nivel de captación y aceptación de los mensajes cognitivos transmitidos en la consulta (dietas, prescripciones, consejos) variará según el modo afectivo de su transmisión (tono distante, objetalizador, imperativo, autoritario, ajeno o desairado de doctores y enfermería).

Algunas fobias muy extendidas (fiebrefobia, mocofobia, nutrifobia, etc.) tienen un origen en el entorno cultural, evidentemente multifactorial, pero no siempre asociado con problemas maternos[7]. De hecho, varios intereses implicados podrían favorecerlas.

Si enfocamos hacia nuestro lado de la mesa, observaremos algunos factores que dependen del terapeuta. Algunos serán individuales y propios del pediatra o la enfermera pe-

Puntos clave

- En el perfil de consumo de los servicios asistenciales pediátricos, hay que distinguir entre los condicionantes propios del usuario y del terapeuta.
- Entre los factores del usuario, algunos son de origen individual, como la vulnerabilidad clínica, la edad o el nivel de educación sanitaria.
- Factores que dependen del grupo familiar, como el orden de fratría, la inseguridad, la estabilidad o la angustia de las madres, también influyen en la hiperfrecuentación de los niños.

diátrica, como la aplicación errónea y excesiva de algunos programas preventivos que generará hiperdemanda en los usuarios.

Algunas actitudes inseguras, estresadas, con prescripción compulsiva, asociadas a menudo con una escasa dedicación a la educación en autoayuda, también pueden generar hiperdemanda (constituyen claros ejemplos la prescripción complaciente de mucolíticos, antidiarreicos u orexígenos que, sin mejorar la clínica, facilitan la hiperdemanda).

En ocasiones, la hiperdemanda del paciente simula confianza y complicidad con el terapeuta… hasta que éste consiga contener la banalización de las visitas y la inseguridad.

La experiencia personal de paternidad/maternidad puede proporcionar mejor comprensión, capacidad de manejo y empatía con los padres/madres-usuarios.

Otros condicionantes proceden del entorno asistencial, como la falta de tiempo para una asistencia digna (aquí la campaña 10 minutos creemos que pone el dedo en la llaga), la falta de reguladores objetivos de la demanda (precio, ticket, etc.), y la ausencia de horarios asistenciales claros, que puede propiciar la consideración de urgencia[8] de muchas demandas. La distribución irregular de las cargas de trabajo en un equipo puede propiciar la generación artificiosa de hiperdemandas compensadoras.

Otro elemento distorsionador es la transferencia de la angustia y la inseguridad, bien de forma activa, por la personalidad del terapeuta, o de forma pasiva (la robotización o la desconexión afectiva) ante situaciones de sobrecarga asistencial cronificada.

A ello contribuye la sobrecarga por visitas administrativas (papeles, certificados, recetas, etc.) sin justificación asistencial.

Otro elemento reside en la cultura sanitaria de los terapeutas: la formación pediátrica, aún no suficientemente extendida al escenario de la atención primaria, puede generar, sobre todo en los profesionales más jóvenes, una inadecuada visión hospitalaria, que consiste en la necesidad de objetivación y alta precisión diagnóstica ante demandas a menudo confusas, inexactas y cargadas de evidente proyección ansiosa: el interés científico por el diagnóstico no mejora el cuadro y las demandas se reiteran hasta la corrección de la inseguridad causante.

Además del marco multifactorial esbozado hasta el momento, es cierto que algunos pacientes presentan conductas anormalmente reiterativas o hiperfrecuentadoras. En el interesante artículo que se incluye en este número se revisa con seriedad metodológica esta problemática, y se propone una interpretación y una propuesta de solución que bien merecen ser comentadas en el seno de los equipos de atención primaria.

Como en el chiste de las traineras, en el que todos organizaban y sólo uno remaba, podríamos concluir que… el que rema tiene que remar mejor y más fuerte. Pero la hiperdemanda es un problema suficientemente grave, crónico y de alcance como mínimo estatal para que pensemos en él desde múltiples abordajes.

Bibliografía

1. Starfield B, Van den Berg BJ, Steinwachs DM, Katz HP, Horn SD. Variations in utilization of health services by children. Pediatrics. 1979;63:633-41.
2. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. An Esp Pediatr. 1998;49:273-9.
3. Orueta JF, López de Muniain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria. Gac Sanit. 2000; 14:195-202.
4. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Gómez Gil A. Determinantes del uso de las consultas de pediatría: estudio de morbilidad infantil y variables maternas. Aten Primaria. 1999;23:132-6.
5. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Serrano Granell C, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Factores familiares y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. Rev Esp Pediatr. 1998; 54:497-505.
6. Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, Terradas Corominas M, De Frutos Gallego E, Cebriá Andreu J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? An Esp Pediatr. 2003;58:29-33.
7. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. Aten Primaria. 1992;10:591-7.
8. Sansa Pérez Ll, Orús Escolà T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. An Esp Pediatr. 1996;44:105-8.