

Violencia del paciente en una consulta de incidencia turística

Sr. Director: Tal como hacen constar Moreno Jiménez et al¹ en un original publicado recientemente en esta revista, los datos relacionados con la violencia hacia los médicos de atención primaria son escasos en nuestro ámbito. En ese estudio, cuyos resultados pueden estar interferidos por limitaciones metodológicas, un 58% de los encuestados había sufrido algún tipo de agresión verbal o física en el curso de los 12 meses anteriores, y el perfil del médico agredido correspondía a un profesional que hace guardias, que desconfía del paciente y cree que éste no tolera la demora ni la frustración, y que carece de habilidades para la comunicación y/o es demasiado rígido.

Con un perfil bien distinto, nuestra experiencia personal respecto a la violencia ejercida por los pacientes sobre los médicos es igualmente desalentadora. Durante los meses de julio y agosto de 2005 fui contratada de modo eventual, con horario de 15.00 a 22.00, para atender una consulta de atención primaria específicamente destinada a pacientes desplazados en una localidad de la costa asturiana con alta incidencia turística. La atención prestada comprendía consultas a demanda (y concertadas), asistencia domiciliaria, urgencias, dispensación de recetas, y todo ello sin lista de espera y prácticamente sin demora horaria. Una enfermera y una administrativa con dedicación exclusiva completaban el equipo.

Ni de mis características profesionales, como mujer joven² y médico de familia con la especialidad recién terminada³ en un centro de salud sobresaturado (con más de 70 consultas diarias en el cupo de mi tutor), ni de la actividad que se me encomendó (sin guardias, en condiciones óptimas para el usuario), ni del breve período de duración del contrato, cabría esperar gran espacio para la violencia.

Pues bien, fui amenazada con arma blanca, sin lesiones, por un paciente toxicómano; fui amenazada e insultada por el padre de una paciente pediátrica (niña de 3 años, en perfecto estado, visitada por dos pediatras

en el curso de las 12 h anteriores por una fiebre sin foco) y demandada por denegación de asistencia (pendiente de juicio), y fui objeto (o bien yo, o el equipo, o el centro de salud) de más de 10 reclamaciones, presentadas al coordinador del centro o a la gerencia de atención primaria, por deficiente comunicación entre áreas sanitarias, por caídas de la red informática, por horarios poco acordes con los gustos o necesidades de los turistas, etc. Algunas de estas reclamaciones me fueron anticipadas de viva voz, en tono perentorio.

Aunque se trata de una vivencia individual, seguramente no extrapolable (o sí, visto el porcentaje de médicos agredidos en el estudio de Moreno Jiménez et al¹), resulta muy ilustrativa de la característica de «alto riesgo» hacia la que ha derivado la profesión médica en nuestro país. No sería descabellado plantearse un curso obligatorio sobre control de emociones y manejo de situaciones violentas en el cuatrienio de la residencia de medicina de familia.

A. Ronzón-Fernández

Centro de Salud de Luanco. Luanco. Asturias. España.

1. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateos Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36:152-8.
2. Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Ser médico o médica marca: diferencias en la práctica asistencial. *Aten Primaria*. 2001;28:219-26.
3. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:127-33.

Repuesta de los autores

Sr. Director: Desgraciadamente todo hace pensar que hoy día la violencia contra los profesionales en el SNS se ha convertido

en una espada de Damocles que puede caer sobre cualquiera al margen de la existencia de estereotipos simplistas: en un estudio sobre la agresividad de cuidadores, las actitudes agresivas de éstos se correlacionaban con su nivel de sobrecarga, pues bien, según este estudio, aun no estando los cuidadores sobrecargados, cuando la incidencia de agresiones superaba el 50%, la probabilidad de que los cuidadores manifestaran actitudes agresivas seguía siendo tan alta que un sanitario nunca podría estar confiado, sobre todo si el usuario percibía negligencia, deshumanización, demora y rigidez¹.

El bajo tamaño muestral en nuestro trabajo² limita la potencia estadística de nuestros datos y no nos ha permitido concluir, como seguramente sea así, que el sexo femenino y la falta de antigüedad están asociadas a la violencia.

En el caso de actos violentos contra el médico de familia, aunque no se ajustase el perfil del médico de familia agredido al definido, hay que tener presente, que aunque el médico no sea promotor de las agresiones, dependen en último lugar de un usuario que se convierte en agresor, lo cual es posible, aunque éste no perciba incompetencia profesional o demora en la atención. Hay que tener mucho cuidado por ello con las denegaciones y con el reconocimiento, de los usuarios alterados emocionalmente, pudiendo ser fundamental para ello la formación en técnicas de comunicación. Por supuesto que no sólo no es descabellado, sino muy aconsejable la realización de cursos de formación en el reconocimiento y manejo de situaciones violentas durante la residencia de Medicina de Familia.

Es en este sentido donde sobre todo las asociaciones profesionales (Colegios de Médicos principalmente) promueven iniciativas de lucha contra la violencia, pero no se debe olvidar que, aunque el médico ponga de su parte todos los medios para prevenirla, una solución óptima depende de la implicación de otras instancias, sobre todo el propio Servicio de Salud, más que de cualquier organización sindical o profesional, amparando al médico y denunciando ante la justicia las agresiones y, sobre todo, promoviendo reformas que motiven al médico, combatan la masificación y reduzcan la demora. Las esperas son causa de la indignación del usuario, la causa más im-

Palabras clave: Violencia. Agresión. Relaciones médico-paciente.

Palabras clave: Violencia. Agresión. Relaciones médico-paciente.

portante para los médicos, según nuestros datos, de las agresiones detrás la masificación, consecuencia de ésta y motivo principal del estrés del médico y de su desgaste profesional.

Más de 70 consultas diarias, por las razones referidas, con cupos desconocidos donde es más difícil que inicialmente se te reconozca y que el médico de familia a su vez conozca el perfil biopsicosocial de todos los usuarios y, por tanto, las razones de sus necesidades y peticiones, probablemente sea un marco muy peligroso de cara a la aparición de actos violentos, sobre todo en ausencia de la conciencia de dicho peligro, y esto aunque se tenga un nivel de competencia óptimo en aspectos clínicos si no tiene parejo un nivel de competencia similar en técnicas de comunicación.

M.A. Moreno-Jiménez

Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén.
España.

1. Moreno MA, Mateos MJ. Agresividad de cuidadores de enfermos oncológicos hospitalizados. *Psicooncología*. 2004;1: 127-38.
2. Moreno Jiménez MA, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateos Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36:152-8.

Hiperfrecuentación en pediatría y sistema de atención a la infancia

Sr. Director: El tema de la hiperfrecuentación en nuestras consultas preocupa a los profesionales sanitarios. La hiperfrecuentación en edades pediátricas es algo conocido, pero escasamente estudiado. La investigación de Tapias Collados et al^{1,2} aporta elementos interesantes a esta discusión. Sin embargo, tras la lectura atenta nos asalta la duda de que los grupos de «casos» y «contro-

les» no sean del todo comparables, a pesar de la cantidad de variables estudiadas², y por ello las conclusiones, aunque congruentes con lo que pensamos todos respecto de este tema, puedan no reflejar del todo la realidad. Tal como afirman^{1,2}, la morbilidad en cualquier tramo de edad sería la variable que más explicaría la utilización de nuestro sistema sanitario; morbilidad en los niños que, sin embargo, no se tiene en cuenta en ambos estudios y puede ser un factor de confusión que podría explicar gran parte de la «ansiedad» encontrada en las madres. Tener un niño con un cólico del lactante los primeros meses de vida, o con crisis de asma frecuentes, con insomnio, o con infecciones respiratorias recurrentes, son causas suficientes para crear o precipitar ansiedad generalizada a cualquier madre. Recalco la palabra «utilización» y no «frecuentación» –el número de veces que acuden los pacientes a la consulta– para hacer notar que la atención ambulatoria es sólo una parte del total de la frecuentación en la edad pediátrica, dado que la misma «ansiedad» de las madres estudiada en este trabajo hace que no se espere al médico y que se acuda a los sistemas de urgencias y puntos de atención continuada, haciéndose cargo estos de una importante cantidad de visitas que no acaban en la consulta del médico que atiende a estos niños.

A este respecto, no se tiene en cuenta factores como la atención fuera del sistema: el doble aseguramiento, o la atención privada, algo que diferencia claramente la atención primaria prestada a los adultos de la de los niños y que resta muchos contactos con el sistema según las comunidades autónomas³. La situación económica familiar, o poseer un seguro privado, o acudir al pediatra privado, hubieran sido variables interesantes al respecto.

A pesar de todo ello, y admitiendo la ansiedad de las madres como una causa frecuente de hiperfrecuentación, hay otros factores además que explicarían este hecho en nuestro sistema sanitario. Así, la especial sensibilidad de la sociedad hacia la infancia con una actitud en buena medida complaciente, más en consonancia con la necesidad percibida o expresada por la población que con la necesidad normativa –algo que observamos recientemente con el cambio en las recomendaciones de las citologías y la atención a la mujer^{4,5}, podría explicar estos comportamientos. Que la

atención al niño en el ámbito ambulatorio en España sea realizada exclusivamente por especialistas, siendo nuestro país uno de los que tiene más pediatras por número de habitantes de Europa y del mundo, y la aplicación de programas de atención al niño sano sin suficiente evidencia científica⁶ son algunos de los elementos que explican, en mi opinión, esta neurotización de los padres y, con ello, esta sobreutilización del sistema sanitario. Esta sobreutilización no es inocua, pues trata innecesariamente a los niños por enfermedades mentales de las madres, muchas veces inducidas o precipitadas por el mismo sistema sanitario (un «síndrome de Münchhausen por poderes» real, pero que no es percibido por el profesional especialista).

Estudios comparativos sobre esta variable (pediatra frente a médico de familia) no se pueden realizar en nuestro país, pues no hay –no se permiten– experiencias de médicos de familia que atiendan a la infancia en una consulta de medicina familiar dentro el sistema sanitario público (salvo alguna puntual, como la de quien escribe este texto). Siempre he creído que éste es un tema importante sobre el que la semFyC debería haberse definido, pues no en vano fue ella quien avaló el nombre y el contenido de la especialidad, en la que justamente se encuentra la atención al niño^{7,8}. No nos sorprende por ello que quien haga el comentario editorial del artículo sea un pediatra⁹ y que éste se olvide, lógicamente, de este último factor apuntado.

No es casual, a modo de botón de muestra, que España sea uno de los países con más índices de resistencias bacterianas de Europa, en buena medida relacionada con la mala utilización de los antibióticos, siendo la infancia el tramo de edad que mayor consumo hace¹⁰.

En este aspecto, la implicación del médico de cabecera en la atención de la infancia permite utilizar la información que posee de los padres y del ambiente que rodea al niño¹¹: aspectos de la personalidad y de los antecedentes psicopatológicos, prácticas de riesgo (alcoholismo, toxicomanías, etc.), ambiente familiar, salubridad de la vivienda, escuela, barrio, etc., para poder detectar y tratar gran cantidad de enfermedades inducidas al niño (maltrato por acción o omisión, abusos sexuales, desnutrición, etc.) y evitar el sobretratamiento.

Palabras clave: Infancia.
Hiperfrecuentación. Demanda asistencial.

Mi crítica, por tanto, a este trabajo es triple. Por un lado, a los revisores de la Revista que han dado por válido el trabajo sin tener en cuenta, en mi opinión, sesgos que ponen en duda la validez de las conclusiones. A la dirección de la revista ATENCIÓN PRIMARIA por elegir a un pediatra para desarrollar el editorial cuando se trata de un tema fundamentalmente de medicina familiar –la ansiedad de las madres–, y a la misma sociedad científica semFyC que a esta altura aún no se ha pronunciado sobre un tema fundamental que desvirtúa actualmente el contenido y la labor de los médicos de familia españoles, y afecta por inhibición a la atención del tramo de edad más vulnerable de la población española.

M. Seguí

UBS ES Castell. Menorca. I. Baleares. España.

1. Tapia Collados C, Gil Guillen V, Orozco Beltrán D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:64-70.
2. Tapia Collados C, Gil Guillen V, Orozco Beltrán D. Factores asociados a la hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:167-8.
3. El doble aseguramiento varía del 1 al 26% entre regiones. *Correo Médico*; 18-24 julio de 2005. p. 4
4. Gallo P, García-Altés A. Anàlisi de necessitats. En: Jovell AJ, Aymerich M, editors. *Evidència científica i presa de decisions en sanitat*. Barcelona: Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 1999. p. 9-31.
5. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Screening for cervical cancer: will women accept less? *Am J Med*. 2005;118:151-8.
6. Seguí Díaz M. Revisión del niño sano por el médico general/de familia. *Semer-gen*. 2000;26:196-218.
7. Buitrago Ramírez F. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. *Aten Primaria*. 2001;27:217-9.
8. Seguí Díaz M. ¿Por qué la semFyC no se pronuncia sobre la atención a la infancia? *Aten Primaria*. 1999;23:316-7.
9. Bras J. Dar peces y enseñar a pescar. ¿Cuánto trabajo, madre mía! *Aten Primaria*. 2005;36:69-70.
10. Turnidge J, Christiansen K. Antibiotic use and resistance. Proven the obvious. *Lancet*. 2005;365:548-9.

11. Seguí Díaz M. La infancia como responsabilidad del médico de cabecera. *Semer-gen*. 2000;26:178-9.

Respuesta de los autores

Sr. Director: En referencia a la carta sobre la publicación «Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación a las consultas de pediatría en atención primaria»¹, comentar que ha sido motivo de tesis doctoral ya defendida en la Universidad Miguel Hernández y calificada con la máxima nota de sobresaliente cum laude y a la que puede accederse a través de la base de datos TESEO. La tesis abarca más aspectos que los descritos y la descripción de las características del estudio es más detallada.

Se realizó un estudio previo observacional, prospectivo, longitudinal y multicéntrico con un seguimiento de 3 meses². Se seleccionó a niños de las consultas a demanda de pediatría y el caso (hiperfrecuentador) se definió según el criterio de elección más frecuente, que fue la media de las consultas a demanda durante el período que duró el estudio más 1 desviación estándar. Y los controles son los que obtuvieron una media de consulta inferior a la definición de caso. Ambos se compararon con el factor de estudio, que fue la evaluación de la ansiedad medida por el cuestionario STAI en su versión española IDARE, que comprende escalas separadas de autoevaluación para medir conceptos independientes de la ansiedad³.

Los estudios de casos y controles (ECC) tienen una serie de ventajas y desventajas, y no están exentos de sesgos. Tal como indican Argimon-Pallàs y Jiménez Díaz⁴, es fácil que se introduzcan errores sistemáticos, tanto en la selección de los grupos como al recoger la información. En nuestra investigación para minimizar en lo posible los sesgos de selección y medición, y mejorar la potencia estadística se decidió seleccionar 2 controles por cada caso (según la fórmula de Lilienfeld)⁵ y en el Departamento de Medicina Clínica de la Universi-

dad Miguel Hernández en su Unidad de Epidemiología Clínica se realizó un curso para las personas que realizaron la labor de campo sobre cómo se debía realizar la entrevista. La información recogida no se basó en fuentes secundarias (registros, historias clínicas), sino que fue de fuentes primarias (prospectivo previo mediante observación directa para medir frecuentación, entrevista a la madre). También cuando se midió la ansiedad el entrevistador no sabía si la paciente era o no hiperfrecuentadora. Para disminuir factores de confusión y seleccionar mejor las variables comparadas en nuestro estudio se realizó un análisis multivariable^{1,2} y se utilizaron como variables independientes las que se habían demostrado predictoras de mayor utilización, como la edad del niño, la asistencia a la guardería, la edad materna, el trabajo materno y el número de orden del niño seleccionado con respecto a sus hermanos. Cuando en este modelo se añade la ansiedad, la variabilidad explicada sube de 0,149 a 0,227, es decir, faltan otros factores que, de haber sido abordados en nuestro estudio, en el modelo multivariable resultante habrían aumentado la variabilidad explicada.

Al realizar el artículo, obviamente es preciso resumir las condiciones del estudio, lo que en ocasiones lleva a no aclarar suficientemente algunos detalles del diseño del mismo, máxime si, como es el caso, ya se ha publicado anteriormente otro artículo² del mismo estudio. Por ello, quizá no ha quedado aclarado suficientemente que los niños del grupo de casos y los del grupo de controles lógicamente eran comparables en variables importantes que podrían actuar como factores de confusión, como el tipo de enfermedad que presentan, especialmente las enfermedades crónicas, graves o de impacto reconocido en la vida familiar (p. ej., el cólico del lactante). Se analizaron más variables, dado que una de las características de este tipo de estudios (ECC) es poder comparar un gran número de variables, pero sólo hemos reflejado las que fueron significativas.

Lógicamente, la atención ambulatoria es sólo una parte del total de la frecuentación en la edad pediátrica; así lo tuvimos en cuenta al diseñar el estudio y así consta en el estudio original, donde se refleja que se trata de poblaciones donde la asistencia a

Palabras clave: Pediatría. Frecuentación consultas. Atención ambulatoria.

consultas privadas es prácticamente inexistente, toda vez que por las características socioeconómicas de la zona y por la tradición de atención de alta calidad en el centro son pacientes que acuden de forma exclusiva a la medicina pública. Por la misma razón no hay doble aseguramiento. Pensamos excluir a los pacientes que tuvieran esa característica, pero en ningún caso se dio esta circunstancia. No se recogió la asistencia a PAC o urgencias, pero esta asistencia, al menos en nuestra área (se trata de un área pequeña con isocronas bajas al hospital o al PAC), se suele reflejar al día siguiente en consulta, pues generalmente acuden a la consulta normal a por las recetas o a valorar el seguimiento. El uso excesivo de urgencias suele relacionarse con problemas de accesibilidad (horaria, de distancia) que no se dan en nuestra área.

Otras variables que se nos recomiendan, como la especial sensibilidad de la sociedad hacia la infancia, no se tuvieron en cuenta, pero no alcanzamos a saber cómo se podrían medir. Consideramos que esto suele ocurrir en las sociedades con buenos sistemas sanitarios y sería una consecuencia positiva de ello. Como es lógico, se hizo una exhaustiva búsqueda bibliográfica para intentar incluir las variables estudiadas por otros autores o descritas como hipótesis en revisiones o actualizaciones sobre el tema.

Otro factor que creemos muy importante, que no se nos comenta, es el del profesional sanitario. En nuestro estudio participaron sólo 3 consultas de pediatras, llevadas por 3 profesionales, con formación, modos de actuación, actitudes incluso edad y sexo (las 3 mujeres) muy similares, por lo que no hubo diferencias entre las 3 consultas, pero sería interesante poder realizar un estudio amplio para analizar el impacto del profesional (formación, edad, sexo) y de las características de la consulta (poca o gran demanda, entorno asistencial, horario) sobre el tema, pero serían necesarios recursos importantes para llevarlo a cabo.

Que la atención al niño en el ámbito ambulatorio en España realizada exclusivamente por especialistas sea un factor explicativo de la neurotización de los padres y, con ello, de esta sobreutilización del sistema sanitario es algo que no hemos encontrado en la bibliografía y animamos al autor a realizar un estudio con esta hipótesis, aunque según el autor sería de difícil realización.

Las críticas a las posturas de la semFYC deberían remitirse a esta sociedad, a la que pertenecemos, por si consideran realizar alguna respuesta, pero también es cierto que muchas consultas de pediatría son llevadas por médicos de familia. Si verdaderamente actuamos como equipo de atención primaria, los aspectos de intervención a los pa-

dres por el medico de familia deberían complementar la atención prestada por el pediatra. En nuestro caso, a la vista de los resultados, se abordó el tema de forma conjunta.

**C. Tapia-Collados, V. Gil-Guillén
y D. Orozco-Beltrán**

Centro de Salud de Petrer. Alicante.
Universidad Miguel Hernández.
Departamento de Medicina Clínica. San
Juan. Alicante. España.

1. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:64-70.
2. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Factores asociados a la hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:167-8.
3. Spielberger CD, Gorsuch RI, Zushene RE. STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (adaptación española). 3.ª ed. Madrid: TEA; 1998.
4. Argimon-Pallás JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Ed. Harcourt; 2002.
5. Lilienfeld A, Lilienfeld D. Fundamentos de epidemiología. Fondo Educativo Interamericano; 1983.