



N. MARÍA ESQUINAS, A. HIDALGO ARENAS, B. NIETO MORO

■ ¿Deberían estar presentes los niños cuando se pregunta a la madre sobre violencia conyugal?

Zink T. *Should children be in the room when the mother is screened for partner violence?. J Fam Pract* 2000; 49 (2): 130-6.

La violencia doméstica es la causa más frecuente de daño no mortal en las mujeres norteamericanas. El riesgo a lo largo de la vida de daño severo como resultado de la misma es del 9% para las mujeres, siendo el riesgo de muerte bastante sustancial¹. En 1992 la Asociación de Medicina Americana (AMA) y otras organizaciones comenzaron a investigar la existencia de violencia conyugal en las mujeres adultas y en 1998 la Academia Americana de Pediatría (AAP) se unía a dicho propósito. Esta investigación hizo que el AMA aconsejase que la entrevista se realizara a la mujer sola sin marido ni hijos presentes.

Se suscita la cuestión acerca de quién es el paciente. Los niños procedentes de familias con violencia doméstica también son víctimas, ya que los últimos estudios al respecto indican que el abuso y agresión a menores sucede entre un 33-77% de los casos en los que hay agresión a la madre por parte del cónyuge^{2,3}.

Menos de un 0,3% de los médicos de Atención Primaria pregunta sobre el tema de manera rutinaria a sus pacientes. ¿Hay algún método de realizar este tipo de entrevistas delante de los niños sin necesidad de hacerlos salir fuera de la consulta? ¿Qué tipo de preguntas son las adecuadas para clarificar situacio-

nes de violencia conyugal que puedan hacerse de manera rutinaria y con completa seguridad?

Se realizó un estudio en el que participaron doce expertos en el tema (2 psicólogos infantiles, 1 trabajador social, 1 coordinador de un centro de atención en casos de violencia doméstica, 5 pediatras y 3 médicos de familia) a los que se entrevistó con 5 preguntas abiertas y utilizando la técnica de "bola de nieve" (se añade una nueva respuesta por el siguiente entrevistado a las previamente obtenidas). Se les preguntó por signos y síntomas de los niños en la consulta que son testigos de violencia familiar, la edad a la que consideraban apropiado preguntar a la madre sobre el tema delante del niño, la edad de la madre a la que debería preguntar el médico sobre la presencia de violencia conyugal, cómo debería responder éste ante una respuesta positiva y, dada la obligación de denunciar abusos a menores, cómo se informa ante estos casos.

Por otra parte se reunieron tres grupos de expertos a los que se realizó las mismas preguntas por los mismos entrevistadores, analizando a su vez la edad apropiada del niño para preguntarle acerca de los padres y cómo pedirle confidencialidad sobre el tema.

El 88% de los expertos entrevistados fueron mujeres de raza blanca. Todas las respuestas de las en-

trevistas, tanto individuales como en grupo, coincidían en que las cuestiones propuestas por el AMA podían realizarse a la madre delante de niños menores de 2-3 años. La mayoría opinaba que otro formato de preguntas más generales podría realizarse frente a niños de todas las edades:

—Todo el mundo tiene alguna vez problemas, ¿cómo los resuelve?

—¿Ha estado su hijo alguna vez en situaciones que le hayan puesto nervioso o le hayan preocupado?

—¿Ha tenido pesadillas en relación a una disputa familiar?

Una minoría de expertos no estaba de acuerdo en realizar este tipo de preguntas a niños mayores de 2-3 años; además contemplaron la posibilidad de que el niño en casa cuente al agresor el contenido de la entrevista, así como el hecho de que hay madres que niegan delante del médico la existencia de violencia conyugal y el niño refuerza la idea de que se trata de un secreto familiar. La mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo en que las cuestiones realizadas a la madre no deberían quedar reflejadas en la historia médica familiar y ello facilitaría la honestidad de la víctima a la hora de responder a las preguntas. También estimaron oportuno preguntar a la madre agredida si el niño también era víctima de la agresión, así como animarla a denunciar el hecho dada la obligatoriedad por parte del médico de denunciar el conocimiento de agresión a menores.

El estudio demostró que la práctica diaria, en muchas ocasiones, está basada en la experiencia clínica, y no hay un claro consenso de preguntas para identificar a través de la madre, la existencia de violencia conyugal. La confidencialidad de la entrevista es otro punto importante que debería ser analizado por expertos en el tema. Los médicos del estudio no tuvieron en cuenta los signos y síntomas que pueden presentar los niños en consulta que son testigos de violencia doméstica, a pesar de que varios estudios publicados estiman entre un 11-20% de niños que presentan problemas en la esfera física y emocional por este problema. Aproximadamente 3 de cada 9

médicos preguntaban a los niños acerca de agresiones domésticas tras conocer previamente su existencia según un estudio reciente, dato ciertamente preocupante. Parece pues, que no hay suficiente formación en este tema, ya que una vez identificado el problema familiar no se indaga sobre el bienestar del niño y ambas situaciones deberían ser analizadas a la vez. Esto además supone denunciar a las autoridades la agresión al menor, que en muchos casos, enfrenta al médico con la madre.

La técnica "bola de nieve" induce a los participantes a que muchas veces tengan opiniones similares, aunque en esta ocasión se evidenció una gran riqueza de opiniones y experiencias de los participantes.

Algunas recomendaciones podrían tenerse en cuenta a la luz de este estudio:

—El formato de preguntas propuestas por el AMA deberían ser utilizadas en presencia de niños menores de 2-3 años.

—Se debería preguntar a la madre delante del niño siempre con el permiso previo de la misma.

—Los médicos deberían educar a los pacientes acerca de estos temas hablando con ellos, mediante folletos informativos en la consulta o en la sala de espera, etc.

—En caso de violencia conyugal se debería investigar la presencia de abuso a menores y viceversa.

Se trata pues de un tema que no debería ser pasado por alto en la práctica clínica diaria dada la elevada frecuencia con que se presenta, y un mínimo de atención por parte del médico podría evitar las graves consecuencias que puede ocasionar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esenstat SA, Bancroft L. Domestic violence. *N Eng J Med* 1999; 341: 886-92.
2. Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998; 101: 1091-2.
3. Mezey G, King M, Macclintock T. Victims of violence and the general practitioner. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 906-8.

■ Diferencias según el sexo en la utilización de los servicios sanitarios

Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of Health Care Services. *California. J Fam Pract* 2000; 49 (2): 147-52.

En los últimos años se han realizado estudios¹⁻³ que mostraban un mayor uso de los servicios sanitarios en las mujeres en comparación con los hombres. En dichos estudios se ofrecen varias explicaciones entre las que se encuentra la biología reproductiva, diferencias en la percepción de la salud, enfermedades

específicas de cada sexo o una mayor preocupación por la prevención en las mujeres que en los hombres. Asimismo se estudió si había diferencias en el gasto sanitario entre ambos sexos.

El objetivo de este trabajo es conocer si hay diferencias en la utilización de los servicios sanitarios

entre hombres y mujeres y en el gasto asociado a dichos servicios.

Se seleccionó a los primeros 956 adultos que acudían a un centro médico universitario. Se excluyeron a mujeres embarazadas y aquellos que no acudían a la cita, con lo que en total se obtuvo una muestra de 509 pacientes (315 mujeres - 62% y 194 hombres -38%).

No había diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad ni raza. Las mujeres tenían un nivel educacional y salario inferiores.

Se recogieron datos sociodemográficos y se utilizó el cuestionario SF-36 para conocer el estado de salud de cada uno de ellos. Dicho cuestionario contiene ocho escalas: salud general, funciones físicas, rol psíquico, rol mental, función social, dolor, energía y salud mental.

Tras un periodo de seguimiento de un año, se contactó con cada uno de los pacientes y se completó el cuestionario recogiendo datos acerca de su asistencia al centro médico.

Las consultas eran atendidas por 105 médicos de Atención Primaria.

Se revisó para cada uno de ellos las visitas a Atención Primaria, atención especializada, servicio de urgencias, hospitalización y pruebas diagnósticas (radiológicas y de laboratorio) y se determinó el gasto para cada uno de los servicios.

El uso de los servicios sanitarios por hombres y mujeres se comparó mediante el test *t* de Student.

Las mujeres tenían un mayor número de visitas a Atención Primaria ($p=0,004$) y eran sometidas a mayor número de pruebas diagnósticas que los hombres ($p=0,005$). No había diferencias significativas en el resto de categorías.

Respecto al gasto sanitario, éste era mayor en las mujeres en Atención Primaria ($p=0,0010$), visita a especialista ($p=0,048$), servicio de urgencias ($p=0,0065$), servicio de diagnóstico ($p=0,0016$) y gastos totales ($p=0,0037$). No había diferencias en los gastos hospitalarios.

En los cuestionarios respondidos al inicio del estudio, en que los pacientes valoraban su estado de salud, las mujeres presentaban un estado de salud más bajo que los hombres *a priori*, lo que puede explicar su mayor número de visitas a los servicios sanitarios y un mayor gasto sanitario. Se observaba que las tasas de hospitalización entre hombres y mujeres eran similares y podía ser debido a que los hombres sobrevaloraran su estado de salud.

A pesar de que en este estudio se excluyeron a mujeres adultas embarazadas, no se controlaron las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios asociados a problemas específicos para cada sexo. Tampoco se valoró la actitud y creencias de los pacientes acerca de los servicios sanitarios.

En conclusión, las mujeres utilizan más los servicios sanitarios que los hombres y tienen un mayor gasto sanitario. En esa diferencia podría influir la mayor preocupación por la salud de las mujeres así como un mayor número de visitas médicas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, además de una mayor preocupación por su estado de salud. Ello no se correlaciona con una mayor morbimortalidad. Por otro lado destaca que los varones superaban a las mujeres en el porcentaje relacionado con ingreso hospitalario. Este dato no permite conocer si eso es debido a que los hombres tomen menos en serio los problemas relacionados con su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mustard CA, Kaufert P, Kozyrskyj A, Mayer T. Sex differences in the use of health care services. *N Engl J Med* 1998; 338: 1678-82.
2. Franks P, Clancy CM. Referrals of Adult Patients from Primary Care: Demographic Disparities and Their Relationship to HMO Insurance. *The Journal of Family Practice* 1997; 45: 47-53.
3. Ayanian JZ, Epstein AM. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. *N Engl J Med* 1991; 325: 221-5.

■ Creencias de los pacientes acerca de las características, causas y cuidados del catarro común

Braun B, Fowles J, Solberg L, Kind E, Healey M, Anderson R. Patient beliefs about the characteristics, causes and care of the common cold. *J Fam Pract* 2000; 29: 153-6.

Aunque la mayoría de la población trata sus resfriados en casa, el catarro común sigue siendo una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria, facturando aproximadamente 22 millones de visitas médicas y 250 millones de días de baja por año. A pesar de la gran documentación existente sobre su etiología vírica, el uso del antibiótico es aún

prevalente en el manejo de los resfriados no complicados.

Desde 1970, la literatura médica ha estado repleta de artículos sobre el resfriado y su manejo, no estando nada claro cómo esta información ha influido en la población. Se sabe que factores como la baja temperatura ambiental y la humedad no facilitan adqui-



rir un resfriado ni influyen en su intensidad; así como el estrés y la baja clase social incrementan la frecuencia y la gravedad de los resfriados¹⁻³.

Persisten anécdotas y creencias con respecto a la efectividad de los tratamientos. No existe papel para los antibióticos en el manejo de los catarros no complicados, o en la prevención de infecciones bacterianas secundarias. El efecto terapéutico de la vitamina C en el alivio de los síntomas no ha sido demostrado consistentemente. Algunos tratamientos ayudan a mejorar los síntomas del resfriado en niños mayores y adultos. En particular la aspirina y los AINEs, reducen el dolor de cabeza y el dolor de garganta. Hay que considerar que el uso de la aspirina en niños sintomáticos no está indicada por su posible asociación con el síndrome de Reye¹.

Los antihistamínicos reducen los estornudos y la rinorrea. La tos puede ser controlada con codeína. Se ha comprobado que inhalando humedad caliente y tomando zinc, no se altera el curso del resfriado.

Una encuesta entre adultos con catarros no complicados que residían en el medio rural, suburbano o áreas urbanas del Reino Unido, reveló que el 87% de los encuestados creían que los antibióticos reducían los síntomas, y al menos el 50% opinaban que la vitamina C y otras medicaciones fueron útiles en el tratamiento.

El conocimiento y las creencias puede que difieran según la etnia o el nivel socioeconómico². Este estudio pretende identificar los conocimientos y creencias acerca de los catarros no complicados entre las personas del medio suburbano que solicitaron cuidados médicos para sus hijos o para ellos mismos durante las fases tempranas del resfriado.

Se seleccionaron un total de 249 padres de niños sintomáticos y 257 adultos sintomáticos que solicitaron consejo médico en la primavera de 1997 en tres clínicas de Atención Primaria suburbanas de Minneapolis-St. Paul, Minnesota. Fueron seguidos telefónicamente por entrevistadores entrenados desde las 48 hasta las 96 horas después de la consulta médica.

Todas las preguntas realizadas hicieron referencia al resfriado o a los síntomas relatados. Los entrevistadores recogieron las respuestas personales y las creencias de los encuestados sobre el catarro común, siendo áreas de específico interés las causas y las características del cuadro y la eficacia de los cuidados paliativos. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando la técnica de Chi cuadrado (χ^2). No existieron diferencias entre las opiniones de los padres de niños sintomáticos y los adultos sintomáticos.

La mayoría de los pacientes que respondieron, tenían cobertura de seguro para sus enfermedades (97%) y estaban empleados a tiempo completo (64%). La duración de los síntomas osciló entre 3,5

($\pm 2,6$) días en niños y 5 ($\pm 3,5$) días en adultos desde que contactaron con la clínica.

Menos de la mitad de los que respondían pensaron que los virus eran la única causa de los catarros, y un 42% decían que los virus y bacterias tenían un papel causal. La mayoría de los que respondían opinaban que estar debilitado causaba resfriado y sólo unos pocos que coger frío era causa de un catarro. Los encuestados opinaban que los resfriados típicos podían durar 7,6 días (± 3 días), tanto en niños como en adultos. El reposo fue elegido mayoritariamente como un método efectivo en el cuidado paliativo de los síntomas. Aquéllos que decían que los virus eran la única causa de los catarros, fueron los que menos creían que los antibióticos ayudaban a la resolución del cuadro, mientras que aquéllos que creían que tanto los virus como las bacterias causaban los resfriados fue más probable opinar que los antibióticos ayudaban en la curación (44%). Resultados similares se han obtenido en otros estudios³. Por otro lado se observó que la prescripción de antibiótico en enfermos con catarro no complicado también estuvo influenciada por la voluntad del facultativo de intentar satisfacer las expectativas de curación que tiene el paciente.

Este estudio concluye que los encuestados estaban en general mal informados en cuanto a la primera causa del resfriado, el uso de las prescripciones médicas para el tratamiento de los síntomas y la efectividad de algunas técnicas de cuidados paliativos. Los mismos autores consideran como una importante limitación de este estudio la muestra escogida; los encuestados tenían tendencia a tener buena salud, una buena educación, estaban empleados y con cobertura médica. Finalmente otro punto no evaluado en este estudio fue que la intervención del médico estuviera bien o mal hecha.

Por último, señalar que las tareas para el cuidado de la salud que deben ser proporcionadas en el manejo del catarro común son: educar y tranquilizar al paciente, ofrecer opciones para el alivio de los síntomas, y evitar el uso de antibióticos en el tratamiento del resfriado común.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belay ED, Bresee JS, Holman RC, Khan AS, Shahriari A, Schonberger LB. Reye's syndrome in the United States from 1981. *N Engl J Med* 1999; 340: 1377-82.
2. McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47: 366-9.
3. Mainous AG, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract* 1997; 45: 75-83.