

ORIGINAL

## ¿De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil?

C. Nunes<sup>a,\*</sup> y M. Ayala<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad del Algarve, Faro, Portugal

<sup>b</sup> Centro de Salud de Castro Marim, Servicio de Salud Pública, Castro Marim, Portugal

Recibido el 21 de septiembre de 2010; aceptado el 20 de marzo de 2011

Disponible en Internet el 6 de mayo de 2011

### PALABRAS CLAVE

Programa salud infantil;  
Madres;  
Pediatras;  
Consejos preventivos;  
Comunicación

### Resumen

**Objetivos:** Los pediatras son la principal fuente técnica de consejo para los padres sobre desarrollo y educación infantil. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre el contenido y características de esta labor de consejo. Este estudio analiza la duración de las consultas, los temas abordados y la iniciativa de madres y pediatras.

**Material y métodos:** Realizamos el análisis de contenido de 49 consultas de 5 pediatras. Clasificamos los temas abordados en 7 categorías: prevención secundaria, prevención primaria, promoción de la salud, desarrollo, educación, centrada en los padres y relación familiar.

**Resultados:** Las consultas tienen una duración dentro de los valores recomendados ( $M = 16,1$ ;  $DT = 5,6$ ) y un contenido muy denso (14,3 temas/consulta). Las prioridades de los pediatras fueron alimentación (100%), enfermedades (71%), desarrollo psicomotor (67%) y crecimiento (53%) y las de las madres problemas de salud menores (37%), crecimiento (33%), alimentación (27%) y comportamiento (24%). Existen diferencias significativas entre los pediatras en todas las dimensiones estudiadas. Observamos equilibrio en la comunicación entre pediatras y madres tanto en la emisión de palabras como en el abordaje de temas. No observamos efecto del nivel de escolaridad de la madre.

**Conclusiones:** Existen estilos pediátricos diferentes cuyo estudio podría ayudar a los pediatras a mejorar su práctica profesional. Observamos equilibrio en la emisión de palabras y abordaje de temas por pediatras y madres. No identificamos barreras de comunicación asociadas a la escolaridad de la madre. La introducción de más temas psicosociales podría contribuir para mejorar el programa.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csnunes@ualg.pt (C. Nunes).

**KEYWORDS**

Well-child program;  
Parents;  
Paediatricians;  
Anticipatory  
guidance;  
Communication

**What do paediatricians and mothers talk about in the well-child program visits?****Abstract**

**Aims:** Paediatricians are the parents' main formal counselling source on their children's development and education. Unfortunately, there is limited knowledge on the content and the characteristics of their counselling practice. This study analyses the visit duration, topics discussed, and parent and paediatrician initiatives.

**Material and methods:** We performed a content analysis of 49 visits to 5 paediatricians. We classified the topics discussed into 7 categories: secondary prevention, primary prevention, health promotion, development, education, focused on the parents and family relationship.

**Results:** The duration of the visit was within the recommended limits ( $M = 16.1$ ;  $SD = 5.6$ ) and the content was very dense (14.3 topics per visit). The paediatricians' priorities were: feeding (100%), diseases (71%), psychomotor development (67%) and growth (53%), and those of the mothers were: minor health problems (37%), growth (33%), feeding (27%) and behaviour (24%). Significant differences among paediatricians were observed in all the studied dimensions. We observed a balance in the communication between paediatricians and mothers in the emission of words and in the introduction of topics. The mother's educational level had no effect on the studied parameters.

**Conclusions:** There are different paediatric styles, and their study could help paediatricians to improve their professional practice. We observed a balance in the emission of words and the introduction of topics by paediatricians and mothers. We did not identify communication barriers as regards the mother's educational level. The introduction of more psychosocial topics could help to improve the program.

© 2010 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

En los países occidentales los pediatras, tanto a través de los media como personalmente, son una fuente de información sobre desarrollo y educación infantil de gran importancia para los padres<sup>1-6</sup>. En Andalucía, esta labor es realizada principalmente dentro del marco institucional del Programa de Seguimiento de la Salud Infantil. Sin embargo, aunque el consejo es un componente clave de estos programas, conocemos poco acerca del modo concreto en que los pediatras lo realizan<sup>4,7-10</sup>.

Varios estudios muestran que la agenda pediátrica está organizada según una perspectiva biomédica en la que los temas psicosociales y de prevención de accidentes ocupan un lugar secundario<sup>11-14</sup>. Manning et al<sup>15</sup> observaron que, en 128 consultas preventivas, crecimiento, dieta y seguridad de los niños pequeños eran abordados con frecuencia pero muy brevemente. La frecuencia con que los diversos temas preventivos son abordados en la consulta depende de la edad del niño<sup>16</sup>.

Sin embargo, los aspectos psicosociales tienen creciente importancia por su frecuencia y relevancia. Por ello, la Academia Americana de Pediatría ha señalado la necesidad de reorientar la práctica pediátrica dando mayor relieve a los problemas relacionados con desarrollo y educación<sup>17</sup>.

Existen datos empíricos que muestran que los padres no reciben de los pediatras toda la información que necesitan<sup>6,11,16,18,19</sup>. Los problemas identificados son: consejos excesivamente escuetos y no adaptados a las preocupaciones concretas de los padres<sup>20</sup> y escasa formación específica sobre técnicas de comunicación, desarrollo y educación por parte de los pediatras<sup>12,17,21-24</sup>. Además existe una percepción recíproca de falta de interés sobre estos temas entre padres y pediatras; los padres consideran que

son poco relevantes para los pediatras<sup>25</sup> y los pediatras para los padres<sup>26</sup>.

Así, los temas relacionados con desarrollo y educación parecen tener una prioridad muy inferior a la indicada por su frecuencia y relevancia porque las expectativas de los padres y el entendimiento de los pediatras sobre su rol están muy centrados en el núcleo central de prevención y tratamiento de enfermedades<sup>5,27,28</sup>.

El objetivo de este estudio es describir y analizar el curso de pediatras y madres en las consultas del programa del de Seguimiento de la Salud Infantil. Más específicamente analizaremos la duración de las consultas, el número de palabras emitidas, los temas abordados y la iniciativa.

Conocer la duración de la consulta, los temas abordados y quién toma la iniciativa de hacerlo es relevante porque, tanto la duración como la densidad de contenido de la consulta, están positivamente asociadas a la satisfacción de las madres y a mejores resultados del programa<sup>7,21,22,29-31</sup>. Esta información permitirá hacernos una idea de la oportunidad que tienen las madres de expresar sus preocupaciones, comprender el consejo del profesional y así incorporarlo en su práctica y en su comprensión general acerca de lo que es benéfico o perjudicial para la salud, desarrollo y educación de su hijo.

**Material y métodos****Participantes**

Se analizan 49 consultas de 5 pediatras (un varón y cuatro mujeres) seleccionados en tres distritos sanitarios de la provincia de Sevilla, con un promedio de 45,6 años de edad ( $DT = 10,6$ ; máx. = 63; mín. = 34) y 16,8 años de experiencia

profesional. Los criterios de selección fueron la accesibilidad y poseer más de 5 años de experiencia profesional en atención primaria. Todos los pediatras contactados accedieron a participar.

Los niños que acudieron a la consulta tenían un promedio de edad de 16,5 meses (DT = 18,3; min. = 0,3; máx. = 60), las madres de 32,0 años (DT = 4,1; min. = 22; máx. = 41) y habían completado en media 9,7 años de estudios (DT = 2,7; min. = 8, máx. = 15).

## Procedimiento

Después de obtener las autorizaciones necesarias y el consentimiento informado de las madres, observamos y grabamos en audio las 10 consultas siguientes ya inscritas en el libro de citas del centro de salud. Las consultas fueron integralmente transcritas. Una consulta fue excluida porque el continuo lloro del niño imposibilitó su transcripción.

Para cuantificar los temas abordados utilizamos el criterio de significación. Así, un tema puede ser evocado por el pediatra con una sola frase, «¿Qué come?», o desarrollado en varias frases secuenciales, como por ejemplo para introducir el tema del desarrollo psicomotor: «Ahora lo importante es estimularla. (...) Pero tampoco obligarla a que esté de pie ni a hacer cosas que no corresponden a su edad. Ahora mismo tiene un desarrollo que está perfecto para su edad» [pediatra 1, consulta 4].

Cuando un mismo tema era abordado varias veces se consideró como nuevo cuando tenía un contenido diferente. Por ejemplo, contamos dos temas si al principio de la entrevista el pediatra preguntó qué come el niño y al final dio pautas de alimentación para los meses siguientes.

Los temas fueron agrupados en 7 categorías ordenadas según un eje en cuyos extremos se sitúan la historia natural de la enfermedad y el desarrollo psicosocial. Cada una de estas categorías incluye otras subcategorías como se muestra y ejemplifica en la [tabla 1](#).

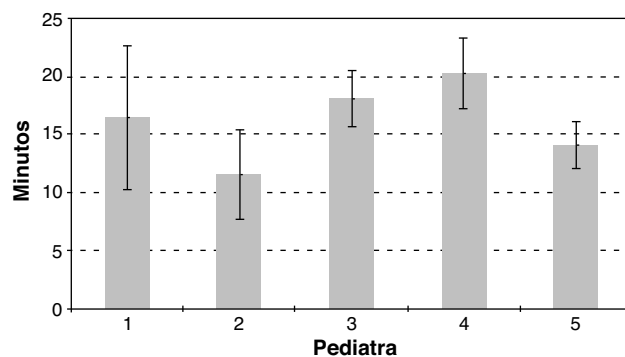
La validez facial de la lista de categorías puede ser estimada por su descripción ([tabla 1](#)). La validez de contenido fue satisfactoria, ya que todos los segmentos del texto transcrito se han incluido en las categorías definidas. El investigador principal (CN) y un asistente de investigación entrenado analizaron y codificaron todas las consultas. Los desacuerdos fueron infrecuentes (< 3% de las observaciones) y se resolvieron por consenso.

La codificación, la tabulación y la presentación gráfica de los datos fue realizada en Excel® y el análisis estadístico en SPSS® v.17. En el análisis estadístico inferencial utilizamos las pruebas t de Student, Chi-cuadrado, ANOVA y regresión lineal múltiple. Las variables independientes consideradas fueron: pediatra, edad y sexo del niño, edad y estudios de la madre.

## Resultados

### Duración de las consultas

La duración media de las consultas fue de 16,1 min. (DT = 5,6; CV = 35%; R = 6-30 = 24). Existe una diferencia relevante y estadísticamente significativa entre pediatras ( $F_{(4, 44)} = 4,548$ ;  $p = 0,004$ ) ([fig. 1](#)).



**Figura 1** Distribución de la duración de las consultas por pediatra.

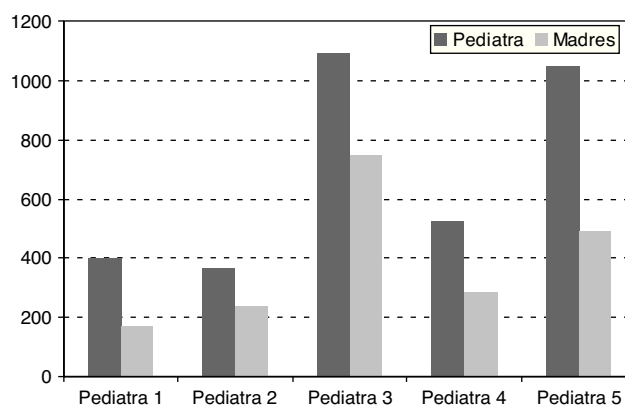
En el análisis de regresión lineal múltiple la variable pediatra, introducida en el modelo como variable *dummy*, es la que muestra mayor poder explicativo ( $R^2 = 0,34$ ;  $F_{(4, 38)} = 4,805$ ;  $p = 0,003$ ). La variabilidad restante es mejor captada por la edad del niño ( $R^2 = 0,48$ ;  $F_{(5, 37)} = 6,793$ ;  $p = 0,0001$ ). Existe también una relación directa con la escolaridad de la madre pero en el modelo multivariado queda ocultada por la edad del niño que tiene mayor poder explicativo.

### Palabras emitidas en las consultas

Como era de esperar el discurso de los pediatras es significativamente más extenso que el de las madres. En media el pediatra emite 692 palabras por consulta y la madre 390 ( $t_{(4)} = 4,010$ ;  $p = 0,016$ ).

Podemos observar la existencia de dos grupos de pediatras ([fig. 2](#)). El primero, compuesto por los números 3 y 5, tiene una media de emisión superior a las 1.000 palabras/consulta siendo más de 2,5 veces mayor que la de los restantes. Esta diferencia es estadísticamente muy significativa ( $t_{(30,53)} = -7,679$ ;  $p = 1,29 \cdot 10^{-8}$ ).

La cantidad de discurso de las madres se correlaciona fuertemente con la de los pediatras. La mitad de la variabilidad de la cantidad del discurso de las madres puede ser explicada por la cantidad de discurso del pediatra ( $R^2 = 0,52$ ).



**Figura 2** Número medio de palabras por consulta emitidas por pediatras y madres.

**Tabla 1** Categorías y subcategorías de los temas abordados en las consultas

Categorías	Definición	Subcategorías y ejemplos
Prevención secundaria	Intervención dirigida a la detección precoz de estados de salud alterada y reducción consecuente del daño	Crecimiento: «¿A ver cuánto mides, Enrique? Échate un poquito para acá. Ya puedes salir» [pediatra 2-consulta 3] Desarrollo físico: «A ver los pies ¿Qué tal?» [pediatra 1-consulta 8] Enfermedades: «Tiene una pequeña hernia» [pediatra 4-consulta 1] Problemas de salud menores: «¿Qué puedo hacer con los gases?» [madre 2-pediatra 5]
Prevención primaria	Intervención dirigida a evitar la aparición de la enfermedad. Se restringe a la evitación de una entidad nosológica o grupo preciso de entidades relacionadas de modo sindrómico	Prevención accidentes: «Ten cuidado ahora con los accidentes domésticos, cuando empiece a andar..., medicamentos, quitarlo de lo que esté a su alcance (...)» [pediatra 2-consulta 9] Salud oral: «¡Oye!, por cierto, que se me ha olvidado de una cosa. ¿Tiene cepillo de dientes? (...)» [ <i>Le da un folleto</i> ] [pediatra 5-consulta 6] Vacunas: «(...) Cuando empiece el colegio porque ha salido una vacuna nueva para la meningitis, la famosa aquella, tú te acuerdas que no querían... » [pediatra 3-consulta 7]
Promoción de la salud	Intervención dirigida a capacitar a las personas para que aumenten el control que ejercen sobre su salud y la mejoren	Alimentación: «¿Come de todo?» [pediatra 2-consulta 2] Cuidados generales: «Hay que bañarse todos los días ¿eh? Ahora como ya son más grandes, a veces no se quieren bañar (...)» [pediatra 1-consulta 9] Control de esfínteres: «¿No se hace pipi? » [pediatra 2-consulta 6] Sueño: «¿Qué tal duerme por la noche? » [pediatra 3-consulta 1]
Desarrollo	Intervención dirigida a evaluar, orientar o promover el desarrollo infantil	Desarrollo psicomotor: «¿Y eso de andar? Que me dicen ¿todavía no anda?, ¿todavía no anda? Que me tiene la gente agobiada» [madre 5-pediatra 5] Lenguaje: «¿Qué te dicen en la guardería del tema del hablar? (...)» [pediatra 3-consulta 3]
Educación	Intervención dirigida a evaluar, orientar o mejorar las estrategias y actividades educativas de los padres	Comportamiento: «Y Carlos a veces las pega. Y muchas veces tengo que darle un cachete en el culete. No me gusta pero... » [madre 4-pediatra 1] Guardería/colegio: «¿No va a ir Mario a la guardería?» [pediatra 4-consulta 8] Educación: «Hay que controlar un poco los programas de Televisión que ven, ¿de acuerdo?, y que se acuesten prontito» [pediatra 1-consulta 8]
Relación familiar	Intervención dirigida a evaluar, estrechar o mejorar los vínculos afectivos que unen a los miembros de la misma familia	Relación familiar: «Y (el hermano) ¿está enceladillo o no? » [pediatra 3-consulta 2]
Centrada en los padres	Recurso a los padres como fuente de información y evaluación del estado de salud de su hijo. Respuesta a sus dudas y preocupaciones o preocupación por su estado de salud o anímico	Estado general del niño: «(...) ¡Está muy bien todo! (...) ¡Sí, sí! Está estupendamente! » [pediatra 2-consulta 10] Dudas madre: «Y, ¿querías preguntar algo? ¿Traes alguna duda? » [pediatra 5-consulta 4] Opinión madre: «Bueno, cuéntame más cosas de tu niño» [pediatra 3-consulta 1]

El análisis multivariado muestra que la cantidad de discurso de los pediatras tomados en su conjunto sólo está relacionada con la edad del niño. La cantidad de discurso de las madres sólo está relacionada, y muy fuertemente, con el número de palabras emitidas por el pediatra.

### Temas abordados en las consultas

Fueron registrados 700 temas: 537 abordados por iniciativa de los pediatras y 163 por las madres. Por tanto, en cada consulta fueron abordados una media de 14,3 temas diferentes: 11 por los pediatras ( $DT = 3,5$ ;  $R = 19-4 = 15$ ) y 3,3 por las madres ( $DT = 2,1$ ;  $R = 10-0 = 10$ ).

Existe una diferencia relevante y estadísticamente muy significativa entre pediatras en el número medio de temas abordados ( $F_{(4, 44)} = -8,005$ ;  $p = 6,1 * 10^{-5}$ ). Pero en abierto contraste con esta gran variabilidad, la proporción entre el número de temas introducidos por el pediatra y por la madre es prácticamente constante. Todos los pediatras introducen 3 de cada 4 temas independientemente del número total de temas abordados.

A medida que los niños se van haciendo mayores va disminuyendo el número de temas que aborda tanto el pediatra como la madre, aunque esta tendencia no alcanza significación estadística.

En el análisis multivariado ninguna variable independiente se relaciona significativamente con el número de temas introducido por el pediatra. Sin embargo, la cantidad de temas introducidos por las madres está poderosamente determinada por los que introduce el pediatra. La relación es directa e intensa, con un coeficiente de regresión de 0,27. Es decir, 3,7 temas abordados por el pediatra inducen la introducción de uno por la madre ( $p < 0,001$ ). Ninguna de las demás variables independientes tienen poder predictivo significativo respecto al número de temas introducido por las madres.

La duración de la consulta influye mucho más sobre la cantidad de temas introducidos por las madres que por los pediatras (fig. 3) pues, aunque las rectas de regresión son casi paralelas, existe una diferencia relativa mayor y más consistente en la cantidad de temas introducidos por madres en función de la variación de la consulta.

Respecto a los contenidos de los temas, la alimentación fue abordada en todas las consultas seguida de enfermedades (80%), crecimiento (78%) y desarrollo psicomotor (71%). El tema menos abordado fue educación (10%). Las dudas y opiniones de las madres fueron solicitadas infrecuentemente (14%) y sólo por las pediatras 3 y 5.

Las prioridades de los pediatras fueron, por este orden, alimentación (100%), enfermedades (71%), desarrollo psicomotor (67%) y crecimiento (53%) y las de las madres problemas de salud menores (37%), crecimiento (33%), alimentación (27%) y comportamiento (24%).

Madres y pediatras tienen prioridades diferentes. La comparación de la estructura de temas iniciados señala una diferencia muy significativa ( $\chi^2_{(17)} = 139,08$ ;  $p = 3,30 * 10^{-22}$ ).

Utilizando la estructura de temas iniciados por los pediatras para determinar el número esperado de temas iniciados por las madres observamos que comparativamente las madres están más interesadas en los problemas de salud menores y menos en desarrollo psicomotor y alimentación (fig. 4).

Una vez expuesta la estructura detallada de los datos pasamos a presentarlos agrupados en las categorías generales (fig. 5). Pensamos que esta clasificación, que sigue esencialmente el eje de la historia natural de la enfermedad-contexto psicosocial, puede permitirnos una mejor comprensión de diferencias subyacentes entre las prácticas de los profesionales y la perspectiva de las madres. Observamos que la agenda materna está claramente dominada por la perspectiva de la prevención secundaria y que la de los pediatras es más amplia y equilibrada.

Al analizar la estructura temática general de las consultas observamos una significativa heterogeneidad entre pediatras ( $\chi^2_{(24)} = 90,03$ ;  $p = 1,42 * 10^{-9}$ ). Los temas abordados de modo más heterogéneo son prevención secundaria ( $\chi^2_{(4)} = 23,7$ ;  $p = 0,0001$ ), desarrollo ( $\chi^2_{(4)} = 23,9$ ;  $p = 0,0001$ ), educación ( $\chi^2_{(4)} = 10,1$ ;  $p = 0,04$ ) y centrado en los padres ( $\chi^2_{(4)} = 22,1$ ;  $p = 0,0002$ ).

### Discusión

La duración media de las consultas, 16 min, se sitúa dentro de los valores recomendados<sup>16,29,30,32,33</sup> y está relacionada con el número de temas introducidos por las madres. La disminución de la duración a medida que los niños se van haciendo mayores está probablemente relacionada con la pérdida de contenido del programa a partir de los 2 años observada en otros estudios<sup>11,13</sup>.

La relación observada entre la emisión de palabras por pediatras y madres (64- 6%) se aproxima mucho a la considerada como deseable. Algunos autores sugieren que a partir del 60% del tiempo utilizado por el profesional tiende a disminuir la calidad y relevancia de la información obtenida<sup>34</sup>.

Abordar más de 14 temas por consulta representa una gran densidad de contenido. Al introducir uno de cada cuatro temas las madres muestran bastante iniciativa en la consulta y no parece plausible que existan importantes barreras a la expresión de sus dudas y preocupaciones. Esto es importante porque existe una sólida base empírica que indica que la capacidad de un pediatra para obtener información de los padres mejora su sensibilidad diagnóstica respecto a las alteraciones del desarrollo y del comportamiento así como la satisfacción de los padres<sup>35</sup>.

Los datos sugieren que no existe una gran asimetría de poder en la consulta. El pediatra tiene un papel facilitador clave. Si el pediatra habla, la madre habla.

Aunque la agenda de madres y pediatras se centre en temas biomédicos, tienen una estructura de prioridades significativamente diferente. Los pediatras sitúan en primer lugar la alimentación seguida por el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y la supervisión del crecimiento y desarrollo físico. En cambio, las madres están más interesadas en problemas de salud menores. Una explicación plausible de esto es que la introducción de temas por las madres está determinada fundamentalmente por la frecuencia de las alteraciones mientras que los pediatras hacen rastreo de condiciones menos prevalentes pero probablemente más importantes.

Los temas psicosociales (relación familiar, educación) son poco abordados en las consultas tanto por las madres como por los pediatras. En este aspecto nuestras observaciones confirman las realizadas por otros autores<sup>11-15</sup>. ¿Por qué la

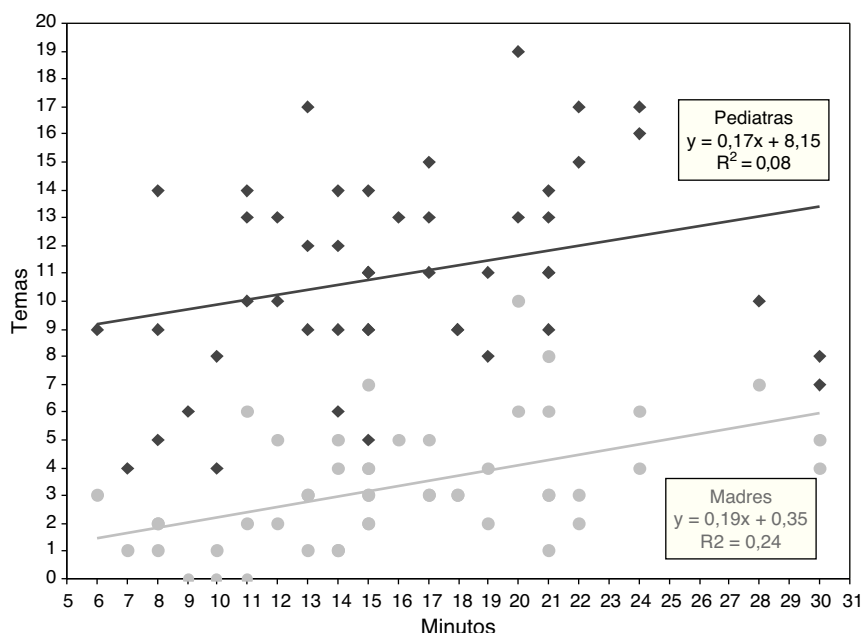


Figura 3 Regresión del número de temas abordados por la madre y el pediatra sobre la duración de la consulta.

agenda pediátrica y materna está tan restringida a los temas biomédicos y se abordan tan raramente los de educación y relación familiar? Sabemos que estos problemas son frecuentes y relevantes, que existe la necesidad de consejo profesional y nuestras observaciones muestran que no existen barreras a la expresión de las preocupaciones y dudas maternas.

Una explicación que nos parece plausible es que la representación social de la consulta pediátrica, como consulta

médica, no se ha modificado suficientemente, ni en los profesionales ni en la población, como para cambiar de modo sustancial aquello que se considera oportuno o adecuado plantear en la consulta<sup>14,25,33</sup>.

Esto no significa que no se hayan producido cambios en la relación que se establece en la consulta. Nuestras observaciones sugieren que existe un equilibrio adecuado en la emisión del discurso y la iniciación de temas y, además, no existe una barrera social y cultural mensurable que limite la

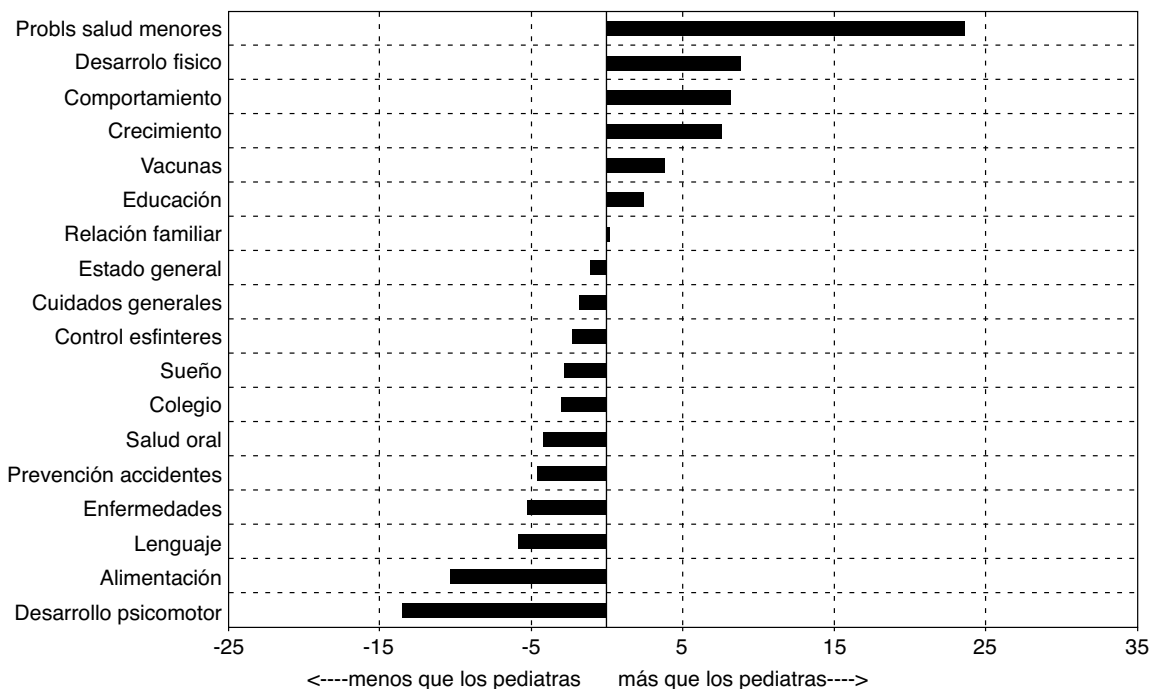


Figura 4 Diferencia entre el número de iniciativas de las madres esperadas y observadas por tema (subcategorías).



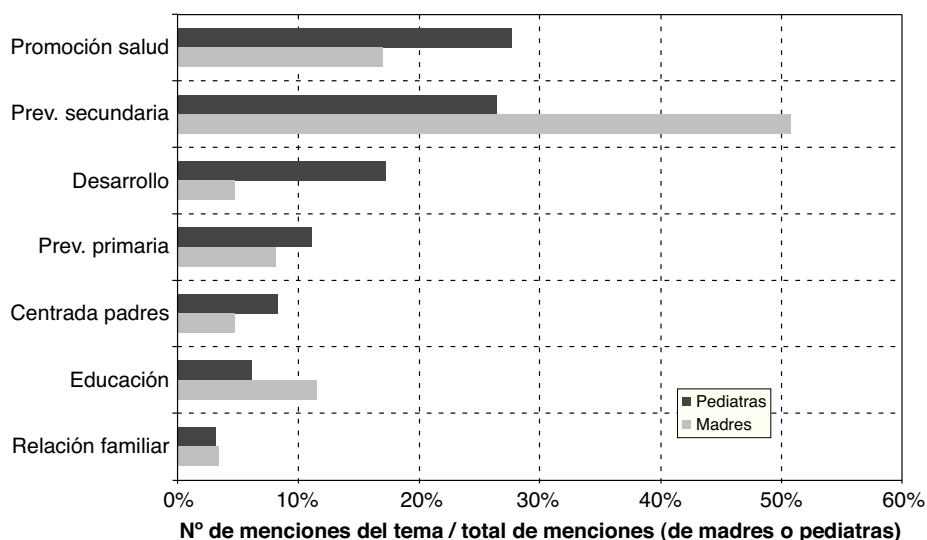


Figura 5 Temas abordados en la consulta por categoría.

expresión de las madres con menor nivel de escolarización. Lo que parece faltar es impulso institucional y apoyo a la formación médica.

La elevada dispersión de la duración, las palabras emitidas, el número y el tipo de temas abordados sugieren que la práctica profesional de los pediatras es bastante heterogénea. Las pediatras 3 y 5 inician más temas relacionados con educación y se interesan más por las opiniones y dudas de las madres. Esta parece ser la mejor estrategia para detectar problemas de salud y desarrollo<sup>35</sup> y de hecho se verifica que en estas consultas madres y pediatras hablan más y la riqueza temática es mayor.

Aunque en el presente estudio existen varias observaciones de interés para mejorar el programa de seguimiento de la salud infantil y la práctica de los profesionales que los desarrollan debe tenerse en cuenta el tamaño limitado de la muestra y su carácter no aleatorio y su diseño descriptivo limitan la generalizabilidad de los resultados.

Por otro lado, el hecho de que los datos sean resultado de una observación directa e independiente de las consultas constituye una fortaleza del estudio en un ámbito en que la mayoría de los estudios publicados se basan en cuestionarios aplicados a pediatras o padres.

Pensamos, por tanto, que nuestro trabajo es útil para avanzar en el conocimiento de la comunicación y contenido de las consultas pediátricas preventivas y que son necesarios más estudios para conocer los efectos y determinantes de la variabilidad de la práctica clínica pediátrica en este área<sup>9,18,22</sup>.

En resumen, la duración y la cantidad de temas abordados en las consultas se sitúan dentro de los valores deseables y revelan una gran densidad de contenido. No obstante, después del primer año se va reduciendo el repertorio de temas y la duración de la consulta.

Nuestro estudio sugiere que existen estilos pediátricos diferentes cuyas características y efectos merecen ser investigados en trabajos futuros para ayudar a los pediatras a mejorar su práctica profesional.

Aunque de compleja interpretación en un diseño no analítico, la ausencia de efecto del nivel de escolaridad de la

madre sobre todos los parámetros estudiados es una característica muy positiva de la práctica profesional observada. Es también positivo el equilibrio existente en la emisión de palabras y abordaje de temas por pediatras y madres.

La introducción de más temas relacionados con la educación, la relación familiar y el desarrollo podría contribuir para atender necesidades insatisfechas de las familias y mejorar así la efectividad del programa.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Berkule-Silberman SB, Dreyer BR, Huberman HS, Klass PE, Mendelsohn AL. Sources of parenting information in low SES mothers. *Clin Pediatr*. 2010;49:560-8.
- Harkness S, Super CM, Keefer CH, Raghavan CS, Campbell EK. Ask the doctor: the negotiation of cultural models in American parent-pediatrician discourse. En: Harkness S, Super CM, editors. *Parents' cultural belief systems: their origins, expressions and consequences*. New York: Guilford; 1996. p. 289-310.
- Hidalgo MV, Menéndez S, López I, Sánchez J. Nacer a la vida: un programa de apoyo y formación durante la transición a la maternidad y la paternidad. *Infancia y Aprendizaje*. 2004;27:407-15.
- Nunes C, Ayala A. ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:411-25.
- Young K, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents: a national survey of parents with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:255-62.
- Schuster MA, Duan N, Regalado M, Klein DJ. Anticipatory guidance: what information do parents receive? What information do they want? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:1191-8.
- Maderuelo-Fernández JA, Hernández-García I, González-Hierro M, Velázquez-San Francisco I. Necesidades de información de los usuarios de atención primaria desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. Un estudio Delphi *Gac Sanit*. 2009;23:365-72.

8. Nelson C, Wissow L, Cheng T. Effectiveness of anticipatory guidance: recent developments. *Curr Opin Pediatr*. 2003;15:630-5.
9. Nunes C, Ayala A. Communication techniques used by pediatricians in the well-child program visits: A pilot study. *Patient Educ Couns*. 2010;78:79-84.
10. Young R, Boltri J. How do family physicians provide anticipatory guidance during well-child visits? *J Am Board Family Practice*. 2005;18:440-4.
11. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Mistry R. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113:1907-16.
12. Wissow LS, Larson S, Anderson J, Hadjiisky E. Pediatric residents' responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics*. 2005;115:1569-78.
13. Bethell C, Reuland CH, Halfon N, Schor EL. Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: national estimates and patterns of clinicians' performance. *Pediatrics*. 2004;113:1973-83.
14. Cheng T, DeWitt T, Savageau J, O'Connor KG. Determinants of counseling in primary care pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:629-35.
15. Manning KM, Ariza AJ, Massimino TK, Binns HJ, Pediatric Practice Research Group. Health supervision visits of very young children: time addressing 3 key topics. *Clin Pediatr*. 2009;48:931-8.
16. Galuska DA, Fulton JE, Powell K, Burgeson CR, Pratt M, Elster A, et al. Physicians' practices survey, 1998-1999. *Pediatrics*. 2002;109:E83-90.
17. American Academy of Pediatrics. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics*. 2001;108:1227-30.
18. Bethell C, Peck C, Schor E. Assessing health system provision of well-child care: the promoting healthy development survey. *Pediatrics*. 2001;107:1084-94.
19. Nansel TR, Weaver NL, Jacobsen HA, Glasheen C, Kreuter MW. Preventing unintentional pediatric injuries: a tailored intervention for parents and providers. *Health Educ Res*. 2008;23:656-69.
20. Magar N, Dabova-Missova S, Gjerdingen D. Effectiveness of targeted anticipatory guidance during well-child visits: a pilot trial. *J Am Board Fam Med*. 2006;19:450-8.
21. Hart C, Kelleher K, Drotar D, Scholle SH. Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient Educ Couns*. 2007;68:179-85.
22. Levetown M. The Committee on Bioethics. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121:e1441-1460.
23. Wissow LS, Roter DL, Wilson MEH. Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*. 1994;93:289-95.
24. Crespo M. Formación de especialistas en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:37-52.
25. Cheng TL, Savageau JA, Bigelow C, Charney E, Kumar S, DeWitt TG. Assessing mother's attitudes about the physician's role in child health promotion. *Am J Pub Health*. 1996;86:1809-12.
26. Macphee D. The pediatrician as source of information about child development. *J Pediatr Psych*. 1984;9:87-100.
27. Nunes C. *Pediatras, madres y políticas de salud infantil*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2004. p. 388.
28. Hickson GB, Clayton EW. Parents and their children's doctors. En: Bornstein MH, editor. *Handbook of Parenting. Vol. 5: Practical Parenting*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002. p. 439-62.
29. Cox ED, Smith MA, Brown RL, Fitzpatrick MA. Effect of gender and visit length on participation in pediatric visits. *Patient Educ Couns*. 2007;65:320-8.
30. Halfon N, Inkelas M, Mistry R, Olson LM. Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*. 2004;113:1965-72.
31. Schonwald A, Horan K, Huntington N. Developmental screening: is there enough time? *Clin Pediatr*. 2009;48:648-55.
32. Reisinger K, Bires J. Anticipatory guidance in pediatric practice. *Pediatrics*. 1980;66:889-92.
33. Goldstein E, Dworkin PH, Bernstein B. Time devoted to anticipatory guidance during child health supervision visits: how are we doing? *Amb Child Health*. 1999;5:113-20.
34. Borrell F. *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SemFYC; 2004. p. 372.
35. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child: Care, Health and Development*. 2000;26:137-49.