Original

¿Quién acompaña a los pacientes a la consulta pediátrica? El acompañante de los pacientes pediátricos en Atención Primaria

A. Lacasa Maseri[a], S. Lacasa Maseri[a], J. M. Ledesma Albarrán[b],

[a]MIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España • [b]Pediatra. CS Las Delicias. Málaga. España.

Publicado en Internet:
1-octubre-2012

Andrea Lacasa Maseri:
andrealacasa@gmail.com

Resumen

Introducción: en la actualidad, los cambios socioculturales pueden haber modificado el habitual esquema de la madre como acompañante principal en la consulta pediátrica. Objetivo: análisis descriptivo de la situación actual en la consulta de Pediatría.

Material y métodos: Centro de Salud Las Delicias (distrito sanitario de Málaga capital). Muestra de 250 pacientes seleccionados entre los periodos de 1-15 de julio y 15-30 de septiembre de 2011.

Resultados: en la mayoría de los casos (54,8%), la madre se sitúa como acompañante principal; apareciendo ambos progenitores en la consulta en el 16,4% de los casos. La figura de los abuelos como acompañantes toma especial relevancia cuando la madre se encuentra laboralmente activa. La mayoría de las consultas realizadas fueron a demanda con cita (82,4%), por sintomatología aguda, con una duración de los síntomas inferior a tres días en la mayor parte de los casos (59,2%).

Discusión: la madre se presenta como acompañante principal de los niños en la consulta de Pediatría de Atención Primaria (en la mayoría de los casos). La figura paterna o de los abuelos, estará presente ante factores socioculturales, principalmente el estado laboralmente activo de la madre.

Palabras clave:
- Consulta pediátrica
- Entrevista clínica
- Atención Primaria

Who goes with patients to the pediatrician? The accompanying person of pediatric patients in primary care

Abstract

Introduction: today, cultural changes may have changed the usual pattern of the mother as the accompanying person in the pediatric office.

Objetives: descriptive analysis of the current situation in the pediatrics office.

Material and methods: Las Delicias Health Center (health district of Malaga). Selected sample of 250 patients between the periods 1-15 July and 15-30 September, 2011.

Results: in most cases (54.8%), the mother stands as the main accompanying person, appearing both parents in the consultation in 16.4% of cases. The figure of the grandparents is of special significance when the mother is an active worker. Most consultations were on-demand by appointment (82.4%), for acute symptoms, with symptoms lasting less than 3 days in most cases (59.2%).

Discussion: the mother is presented as the main accompanying person in most cases. The father or grandparents will be present in front of social-cultural factors, mainly active employment status of the mother.

Key words:
- Pediatric consultation
- Clinical interview
- Primary care

INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica es una competencia esencial (la base de la consulta) del pediatra de Atención Primaria, de manera que la comunicación es una pieza clave en la relación medico-paciente[1]. La atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo el profesional y el consultante se comuniquen, ya que una comunicación provechosa resulta un componente principal en la recuperación de la salud[2]. En Pediatría, la relación médico-paciente posee un carácter distinto con respecto al resto de las especialidades médicas, ya que intervienen varias personas además del propio niño. En esta situación, el acompañante a la consulta pediátrica se convierte en una pieza clave para poder establecer una relación médico-paciente adecuada[3,4].

De manera tradicional, la madre ha sido quien acude de acompañando a su hijo a la consulta, ya que, socioculturalmente, es considerada la encargada del cuidado de los niños. Además, en muchas familias las cuestiones de salud se entienden como una responsabilidad materna más, independientemente de que esta trabaje o no fuera de casa[5]. Varios estudios confirman que, entre los acompañantes de los niños enfermos a la consulta pediátrica, la mayoría, en más de un 90% de los casos, corresponde a la madre, seguido por las abuelas, tías y hermanas[6].

Desde hace un par de décadas, todos somos conscientes de que se han producido cambios socioculturales en nuestro entorno, que han llevado a cabo la incorporación de la mujer en el mundo laboral; hecho que se ha visto incrementado en los últimos años, dada la delicada situación económica de muchas familias. Este hecho puede haber modificado el clásico esquema de la madre como acompañante principal en la consulta pediátrica, lo cual podría ser relevante para poder alcanzar un adecuado abordaje asistencial.

La incorporación de la mujer al trabajo ha motivado uno de los cambios sociales más profundos de este siglo. Este hecho hace necesario configurar un sistema que contemple las nuevas relaciones sociales surgidas y un nuevo modo de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres que permita un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y en la privada. La necesidad de conciliación del trabajo y la familia ha sido ya planteada a nivel internacional y comunitario como una condición vinculada de forma inequívoca a la nueva realidad social. Ello plantea una compleja y difícil problemática que debe abordarse, no solo con importantes reformas legislativas (Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres), sino con la necesidad de promover adicionalmente servicios de atención a las personas, en un marco más amplio de política de familia. La citada ley introduce cambios legislativos en el ámbito laboral para que los trabajadores puedan participar en la vida familiar, dando un nuevo paso en el camino de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Al mismo tiempo, se facilita que los hombres puedan ser copartícipes del cuidado de sus hijos desde el mismo momento del nacimiento o de su incorporación a la familia[7].

El objetivo del presente trabajo es llevar a cabo un análisis descriptivo de la situación actual en la consulta pediátrica, conociendo el tipo y perfil del acompañante principal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo tipo transversal realizado sobre una muestra de la población consultante de un cupo de Pediatría del Centro de Salud Las Delicias (distrito sanitario de Málaga capital, España), analizándose durante el periodo de estudio (1-15 julio y 15-30 septiembre 2011) todas la consultas realizadas de lunes a viernes de 08:00 a 15:00 horas.

El tamaño muestral se calculó para un proporción esperada del 5%, una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%, resultando n=203. A efectos prácticos, con el fin de facilitar la distribución de los pacientes según el periodo vacacional escolar, se tomó un tamaño muestral final de 250 pacientes (125 pacientes en julio y 125 pacientes en septiembre).

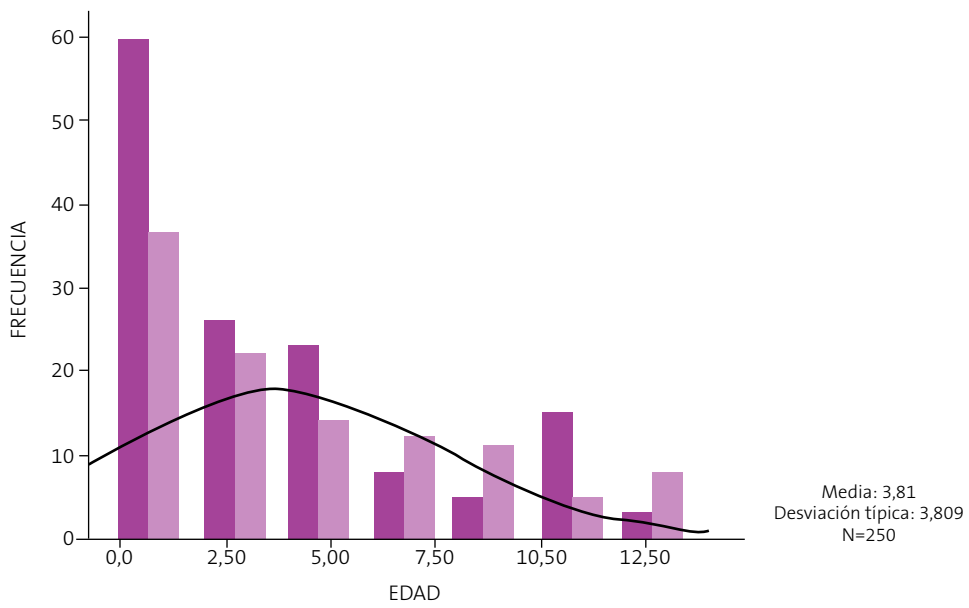
Se informó a las familias de la obtención de esta información y todos los pacientes participaron voluntariamente en el estudio, previo consentimiento escrito del representante legal del paciente. En cada visita se recogieron los siguientes datos: edad del niño y de los padres, acompañantes del niño (madre, padre, ambos padres, abuelos, etc.), tipo de consulta (programada, a demanda con cita o a demanda sin cita), tipo de patología aguda (y días de evolución de los síntomas) o crónica, periodo vacacional escolar, nivel de estudios y situación laboral del padre y de la madre.

El análisis estadístico se realizó mediante resúmenes numéricos para variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas. Se ha utilizado un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). A la hora de comparar variables, se utilizó la prueba de la T de Student para la comparación de medias y la Chi-cuadrado para la comparación de porcentajes. Los datos se analizaron con el programa SPSS® 15.0 para Windows®.

RESULTADOS

Se estudiaron 250 consultas (125 del 1-15 de julio y 125 del 15-30 de septiembre) de las cuales el 55% correspondió a varones y el 45% a mujeres, con un rango de edad comprendido entre 1 mes y 14 años (edad mediana de tres años) (Fig. 1). Del total de las consultas, 206 fueron a demanda con cita (82,4%), 29 fueron programadas según el Programa de Salud Infantil (11,6%) y finalmente 25 consultas fueron a demanda sin cita (6%) (Tabla 1). La consulta previa por el mismo motivo tuvo lugar en el 13,6% de los casos. El 88,4% de las consultas (221 pacientes) acudió por patología aguda, con una duración de los síntomas de entre uno y tres días en el 35,6% de los casos (89 pacientes), menos de 24 horas en el 23,6% (59 pacientes), entre tres y siete días en el 15,2% (38 pacientes) y mayor de siete días de duración de los síntomas en los casos restantes (Fig. 2). Como ya hemos comentado anteriormente, el 50% de las consultas se recogió durante periodo vacacional escolar, y el restante 50% en periodo escolar.

Figura 1. Edad de los pacientes



El eje X corresponde a la edad en años (de 0 a 14 años) y el eje Y al número de casos (frecuencia). La línea dibuja una curva de distribución normal, donde la media es de 3,81 años, con una desviación típica de 3,8 años (por lo tanto, el 68% de los pacientes estudiados [N=250] tenía una edad comprendida entre 0 y 7,6 años).

Tabla 1. Motivo de consulta

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado (%)
Programada	29	11,6	11,6
A demanda con cita	206	82,4	94,0
A demanda sin cita	15	6,0	100,0
Total	250	100,0	–

Centrándonos en el acompañante, la media fue de una persona (IC 95%), correspondiendo a la madre en el 54,8% (137 consultas), al padre en el 8% (20 consultas) y a ambos progenitores en el 16,4% (41 consultas). La figura de los abuelos como acompañantes estuvo presente en un 10% de los casos (25 consultas), y en un 8% de los casos (20 consultas) el acompañante correspondió a un progenitor junto con la abuela. En un 21% de las consultas acudió otra persona como acompañante (tía/o, hermano/a mayor, etc.), independientemente de la presencia o no de la madre, el padre o los abuelos.

Si nos detenemos en el estudio de los progenitores, y en concreto, estudiamos la figura materna, la edad media fue de 36 años (IC 95%: 41 a 31); el 63,2% (158 casos) se encontraba laboralmente activa en el momento de la entrevista clínica; y en cuanto al nivel de estudios, el 28,8% (72 casos) presentaba estudios primarios, el 44,4% (111 casos) estudios secundarios-nivel formativo, y el 26,8% (67 casos) estudios universitarios. Con respecto a la figura paterna, la edad media fue de 38 años (IC 95%: 45 a 31); el 80,4% (201 casos) se encontraba laboralmente activo en el momento de la entrevista clínica; y en cuanto al nivel de estudios, el 28,8% (72 casos) presentaba estudios primarios, el 46,8% (117 casos) estudios secundarios-nivel formativo, el 20,4% (51 casos) estudios universitarios y el 4% (10 casos) no presentaba estudios.

En cuanto al análisis bivariante, si tenemos en cuenta el nivel de ocupación de la madre, se observaron diferencias notables: cuando la madre se encuentra laboralmente activa, se detecta que los abuelos acuden a la consulta en un 12,7% de los casos con respecto a un 5,4% (p=0,06) (Tabla 2); el padre en un 9,5% de los casos respecto a un 5,4% de casos (Tabla 3), y en cuanto a la madre, en cambio, el hecho de que esté o no laboralmente activa no supone diferencias a la hora de acudir a la consulta (el 56,5 frente al 53,8%) (Tabla 4). Con respecto al nivel de estudios del padre, no se observaron diferencias con respecto al hecho de acudir o no a la consulta. En cuanto al tipo de visita realizada en la consulta (a demanda o programada) se observó lo siguiente: la madre acude a consulta de manera prácticamente similar tanto si la consulta es programada o no (el 63 frente al 53%); y en cuanto al padre, se observó que tiende a acudir ligeramente más a consulta programada (20%) que a consulta

Figura 2. Duración de la sintomatología aguda

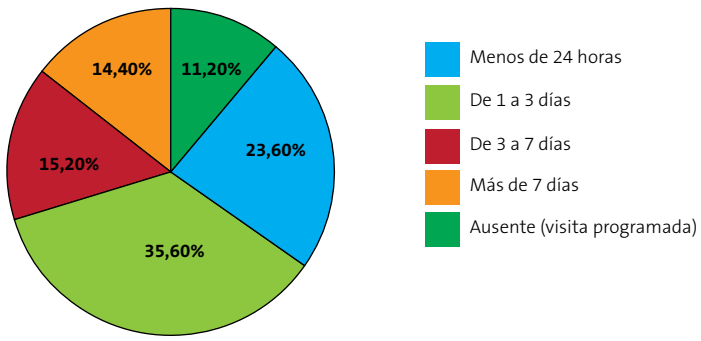


Tabla 2. Relación madre ocupación-presencia de los abuelos en consulta

			Abuelos (acompañantes en la consulta)		Total
			No	Sí	
Madre (ocupación)	No activa	N	87	5	92
		% madre (ocupación)	94,6%	5,4%	100,0%
	Activa	N	138	20	158
		% madre (ocupación)	87,3%	12,7%	100,0%
Total		N	225	25	250
		% madre (ocupación)	90,0%	10,0%	100,0%

a demanda (15%) (Fig. 3). Teniendo en cuenta la duración de los síntomas, se observa que la madre tiende a acudir más a la consulta cuando los síntomas tienen una duración inferior a 24 horas (el 61% frente al 39%) y entre uno y tres días (el 57 frente al 42%) (Fig. 4). En cuanto al número de acompañantes, no se han objetivado variaciones con respecto a periodo vacacional escolar o no.

DISCUSIÓN

La consulta pediátrica se basa en la relación establecida entre el médico, el niño y el acompañante de este último, que, en rasgos generales, suelen ser los padres, y en concreto, la madre. En este contexto, el acompañante a la consulta pediátrica debe reunir las características necesarias para poder establecer una relación adecuada con el profesional sanitario: manejar al paciente, aportar información necesaria para el diagnóstico y participar en el cuidado habitual del niño[3].

En cuanto a los resultados de nuestro estudio, encontramos que el 100% de los casos acude acompañado a la consulta, siendo la madre la principal acompañante; seguido de ambos progenitores de manera simultánea; y por último de los abuelos. El padre también participa como acompañante en un porcentaje nada desdeñable, hecho que parece relacionarse con el estado laboralmente activo de la madre, si bien, en nuestro caso, el nivel de estudios que presenta el padre no parece ser un factor influyente en cuanto al hecho de acudir o no a consulta. El estado laboral de la madre influye de manera significativa en cuanto a la presencia o no de los abuelos en la consulta pediátrica, haciendo que la figura de estos se duplique. Por último, el tipo de consulta no influye en la presencia de la madre como acompañante, ya que esta acude de manera indistinta, se trate de una consulta a demanda o programada. Con respecto a la duración de los síntomas, cuando es menor a tres días, la madre acude a la consulta en prácticamente el 100% de los casos.

En la sociedad actual, a pesar de que la mujer adquiere un papel cada vez más relevante, sigue siendo, en la mayoría de los casos, la cuidadora principal de los hijos y, por tanto, la acompañante principal en la consulta pediátrica. Teniendo en cuenta los cambios socioculturales experimenta-

Tabla 3. Relación madre ocupación-presencia del padre en consulta

			Padre (acompañante en la consulta)		Total
			No	Sí	
Madre (ocupación)	No activa	N	87	5	92
		% madre (ocupación)	94,6%	5,4%	100,0%
	Activa	N	143	15	158
		% madre (ocupación)	90,5%	9,5%	100,0%
Total		N	230	20	250
		% madre (ocupación)	92,0%	8,0%	100,0%

Tabla 4. Relación madre ocupación-presencia de la madre en consulta

		Madre (acompañante en la consulta)			Total
			No	Sí	
Madre (ocupación)	No activa	N	40	52	92
		% madre (ocupación)	43,5%	56,5%	100,0%
	Activa	N	73	85	158
		% madre (ocupación)	46,2%	53,8%	100,0%
Total		N	113	137	250
		% madre (ocupación)	45,2%	54,8%	100,0%

dos en los últimos años y basándonos en los resultados obtenidos en nuestro estudio, la figura paterna adquiere una mayor relevancia en cuanto al papel de cuidador principal de los niños y acompañante de estos a la consulta.

Facilitar la accesibilidad a la consulta de Pediatría por parte de ambos progenitores debe ser una labor a tener en cuenta, siendo un factor más en la conciliación de la vida laboral y familiar. La conciliación de la vida laboral, familiar y personal es una estrategia que facilita la consecución de la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Se dirige a conseguir una nueva organización del sistema social y económico donde mujeres y hombres puedan hacer compatibles las diferentes facetas de su vida: el empleo, la familia, el ocio y el tiempo personal. Por tanto, la conciliación de la vida familiar, laboral y personal contribuye a construir una sociedad basada en la calidad de vida de las personas, primando las mismas oportunidades para las mujeres y los hombres con el fin de poder desarrollarse en todos los ámbitos vitales, progresar profesionalmente, atender las responsabilidades familiares y poder disfrutar del tiempo, tanto familiar como personal. Para ello, la conciliación de la vida laboral, familiar y personal requiere una serie de cuestiones:

- El desarrollo de recursos y estructuras sociales que permitan el cuidado y la atención de las personas dependientes (menores, mayores, personas enfermas y personas con discapacidad).

Figura 3. Relación consulta programada-presencia de ambos padres en consulta

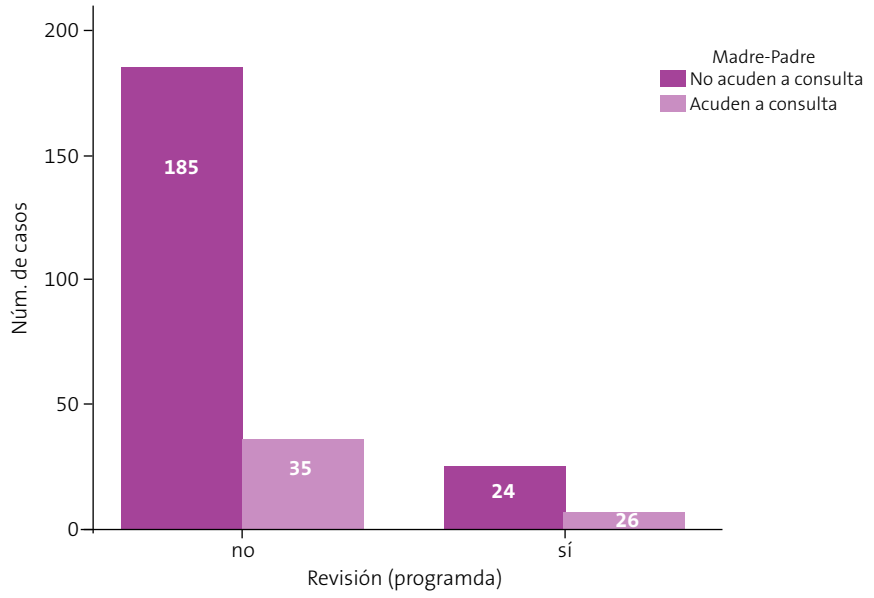
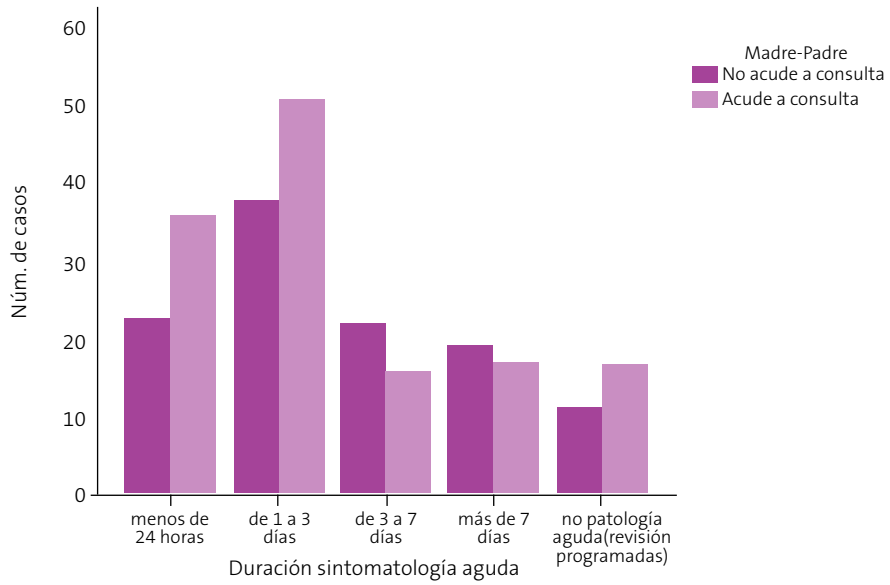


Figura 4. Relación duración sintomatología-presencia de la madre en consulta



- La reorganización de los tiempos y espacios de trabajo.
- El establecimiento de medidas en las organizaciones laborales que posibiliten a las personas trabajadoras desarrollarse en las diferentes facetas de su vida.
- La modificación de los roles tradicionales de mujeres y hombres respecto a su implicación en la familia, hogar y el trabajo.

Se hace necesario, por tanto, un cambio social que introduzca nuevos modelos de organización, haciéndose imprescindible para ello la participación de todos los agentes sociales desde una corresponsabilidad[8].

Una relación profesional con los pacientes y las familias basada en la participación activa en la toma de decisiones genera satisfacción y mejores resultados clínicos, ya que aumenta la eficacia en la detección y resolución de los problemas clínicos y la adherencia al tratamiento. Es labor del pediatra, y en general de todo personal sanitario, fomentar habilidades de comunicación que ayuden a establecer una relación clínica óptima entre el pediatra, los niños y los padres, que en el momento actual, son los principales acompañantes[9].

La relación clínica con el paciente y sus cuidadores juega un papel determinante en el resultado de todas las actividades relacionadas con la asistencia sanitaria. La entrevista clínica es considerada una pieza básica en la relación médico-paciente. Los objetivos de la entrevista clínica en la atención pediátrica son:

- Conocer el motivo por el que el paciente y su familia acuden a la consulta.
- Prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta.
- Establecer una relación asistencial satisfactoria con los padres y el niño[10].

La capacidad para averiguar y entender por qué un paciente y sus padres acuden en busca de ayuda y consejo y acordar con ellos qué hacer exige del pediatra habilidades técnicas, pero también habilidades de comunicación. Tratar a un paciente y a sus padres no consiste solamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir un tratamiento basado en la evidencia. La salud y la enfermedad tienen componentes biológicos, psicológicos y sociales y por ello es preciso entablar, desde el primer momento, contacto con todos los aspectos de la persona[11].

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

BIBLIOGRAFÍA

1. López García-Ramos L, López Martín D, Berbel Jiménez FJ, Pérez de Colosía Civantos M, Pedregal González M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. Aten Primaria. 2009;41(3):147-51.
2. Castillo Barrera J, Schwartz Calero P, Pardo Álvarez J, Ortega Carpio A, Aguilar Valadez C, Pedregal González M. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. Medicina de Familia (And). 2003;2:136-8.
3. Domínguez Aurrecoechea B, Alonso Lorenzo J. Acompañantes de los niños a la consulta de pediatría: ¿algo está cambiando? Aten Primaria. 1998;22(1): 444-9.
4. Quiroz R. La consulta pediátrica. Rev Perú Pediatr. 2007;60:65-6.
5. Caroli PL, Navia MJ. Presencia del padre en la consulta pediátrica. Arch Arg Pediatr. 2006;104:325-7.
6. Santiago B. El 90 por ciento de los acompañantes de los niños enfermos son sus madres. En: Repercusiones biopsicosociales y educacionales en la hospitalización infantil. Santiago de Compostela: Fundación María José Jove; 2011.
7. Ley Orgáncia 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/3/2007; p. 12611-12645.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
9. Arroba Basanta ML, Dago R, Manzarbeitia P. Entrevista clínica en Pediatría: teoría y práctica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12(Supl 19):263-70.
10. Arroba Basanta ML, Dago R. Relación clínica y comunicación asistencial en pediatría. Primera parte. ¿Disfrutamos del encuentro clinic con nuestros pacientes? Form Act Pediatr Aten Prim. 2008;1(1):27-33.
11. Arroba Basanta ML, Dago R. Relación clínica y comunicación asistencial en pediatría. Segunda parte. La exploración. Form Act Pediatr Aten Prim. 2008;1(2): 88-94.

Original

Who goes with patients to the pediatrician? The accompanying personof pediatric patients in primary care

A. Lacasa Maseri[a], S. Lacasa Maseri[a], J. M. Ledesma Albarrán[b],

[a]Internal Medicine Resident-Pediatrics. Pediatrics Service. Regional University Hospital Carlos Haya. Málaga. Spain. • [b]Paediatrician. Primary Care Center Las Delicias. Málaga. Spain.

Publicado en Internet:
1-October-2012

Andrea Lacasa Maseri:
andrealacasa@gmail.com

Abstract

Introduction: today, cultural changes may have changed the usual pattern of the mother as a companion in a pediatric primary

Objective: descriptive analysis of the current situation in the office of pediatrics

Patients and method: Las Delicias Health Center (health district of Malaga). Selected sample of 250 patients between the periods of 1 to 15 July and 15-30 September 2011

Results: in most cases (54.8%), the mother stands as principal accompanist, appearing both parents in the consultation in 16.4% of cases. The figure of the grandparents as companions, takes on special significance when the mother is active working. Most consultations were on-demand by appointment (82.4%), for acute symptoms, with symptoms lasting less than 3 days in most cases (59.2%).

Discussion: the mother is presented as the main passenger in most cases. The father figure or grandparents, will be present to sociocultural factors, mainly active employment status of the mother.

Key words:
- Pediatric consultation
- Clinical interview
- Primary care

¿Quién acompaña a los pacientes a la consulta pediátrica? El acompañante de los pacientes pediátricos en Atención Primaria

Resumen

Introducción: en la actualidad, los cambios socioculturales pueden haber modificado el habitual esquema de la madre como acompañante principal en la consulta pediátrica.

Objetivo: análisis descriptivo de la situación actual en la consulta de Pediatría.

Material y métodos: Centro de Salud Las Delicias (distrito sanitario de Málaga capital). Muestra de 250 pacientes seleccionados entre los periodos de 1-15 de julio y 15-30 de septiembre de 2011.

Resultados: en la mayoría de los casos (54,8%), la madre se sitúa como acompañante principal; apareciendo ambos progenitores en la consulta en el 16,4% de los casos. La figura de los abuelos como acompañantes toma especial relevancia cuando la madre se encuentra laboralmente activa. La mayoría de las consultas realizadas fueron a demanda con cita (82,4%), por sintomatología aguda, con una duración de los síntomas inferior a tres días en la mayor parte de los casos (59,2%).

Discusión: la madre se presenta como acompañante principal de los niños en la consulta de Pediatría de Atención Primaria (en la mayoría de los casos). La figura paterna o de los abuelos, estará presente ante factores socioculturales, principalmente el estado laboralmente activo de la madre.

Palabras clave:
- Consulta pediátrica
- Entrevista clínica
- Atención Primaria

INTRODUCTION

The clinical interview is an essential competence (the basis of the visit) of the Primary Care paediatrician, so communication is a crucial element in the doctor-patient relationship[1]. Healthcare services and their outcomes depend on how the professional and the service-seeker communicate, since productive communication is a key element toward the recovery of health[2]. The doctor-patient relationship is different in the field of paediatrics than in other medical specialties, since other individuals besides the child are involved in it. In this field, the accompanying adult that comes to the paediatrician's office becomes a key player in establishing an appropriate doctor-patient relationship[3,4].

Traditionally, it was customary for the mother to accompany her child to the clinic, since from a socio-cultural standpoint she was considered the person in charge of the children. Furthermore, many families perceive the management of healthcare issues as one of the responsibilities of the mother, regardless of whether or not she works outside the home[5]. Several studies have confirmed that most of the time the children are accompanied by their mothers to the paediatrician's office, in over 90% of cases, followed by grandmothers, aunts, and sisters[6].

We are all aware that socio-cultural shifts have been happening in our environment for about two decades leading to the incorporation of women into the workforce; a shift that has intensified in recent years given the delicate financial situation of many families. This fact may have modified the traditional schema of the mother as the main accompanying adult in the paediatric clinic, and may need to be taken into account if we are to develop an approach to healthcare that works well.

The entry of women into the workforce has brought on one of the deepest social changes of this century. This calls for the configuration of a system which takes into account the newly emerged social relationships and allows a new way for men and women to cooperate and compromise, so that they can attain an equitable division of responsibilities in their professional and personal lives. The need to reconcile work and family has been broached in the European Union and other countries as one that is unequivocally tied to the new social reality. This poses a complex and difficult challenge that must be addressed not only through important legislative reforms (Organic Law 3/2007 dated 22 March for the effective equality of men and women), but also through the promotion of additional services to the public within a broader framework of family policy. The aforementioned law introduces legislative changes in the work environment so workers can participate in family life, taking a new step toward equal opportunity for men and women. At the same time, it makes it easier for men to share the care of their children from the very moment of their birth or their incorporation in the family[7].

The objective of the present study is to perform a descriptive analysis of the current situation in the paediatric office in order to learn what the profile and characteristics of the main accompanying adult are.

MATERIALS AND METHODS

We did an observational descriptive cross-sectional study on a sample of the population served by a paediatric office in the Healthcare Centre of Las Delicias (Málaga City health district, Spain), analysing all the visits that took place from 8:30 to 15:00 pm Monday through Friday during the period under study (July 1-15 and September 15-30 2011).

We calculated the sample size for an expected proportion of 5%, a precision of 5%, and a 95% confidence interval, which resulted in n = 203. For practical purposes, aiming to facilitate the distribution of patients in relation to the school holidays, we chose a final sample size of 250 patients (125 patients in July and 125 patients in September).

The families were informed that the data was going to be collected, and all patients participated

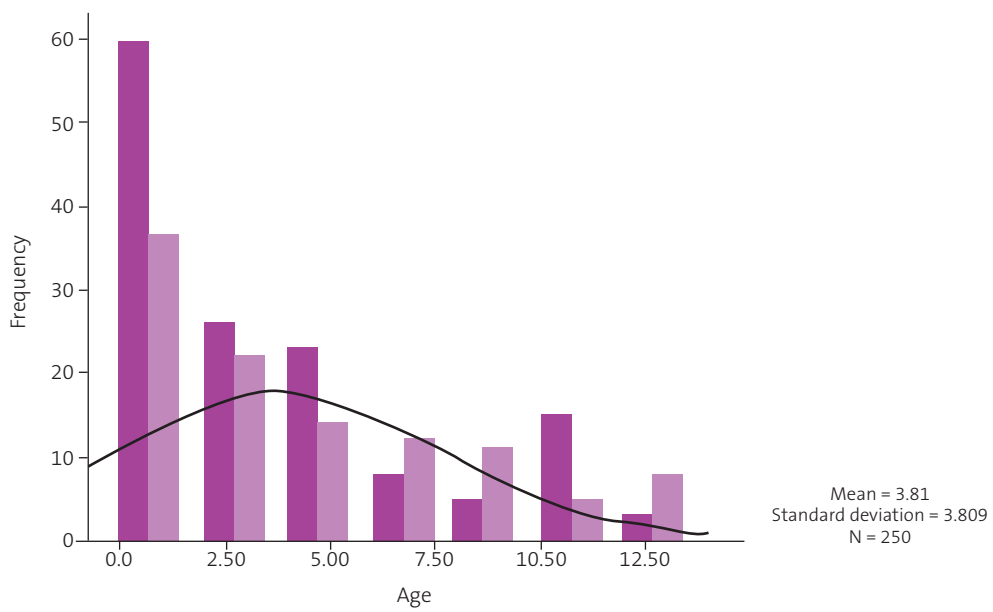
in the study voluntarily after the legal representative of the patient had given consent in writing. The following data were collected at each visit: age of the child and parents, who was accompanying the child (mother, father, both parents, grandparents, etc.), the type of visit (scheduled routine visit, scheduled appointment by demand, unscheduled appointment by demand), type of acute pathology (and duration of symptoms in days) or chronic pathology, school period (holiday or term), and the education level and employment status of the father and the mother.

For the statistical analysis, we did numerical summaries for quantitative variables and percentages for qualitative variables. We used a 95% confidence interval (95% CI). When it came to variable comparison, we performed Student's T-test to compare means, and Pearson's chi-squared test to compare percentages. The data were analysed using the SPSS® 15.0 application for Windows®.

RESULTS

We studied 250 visits (125 from July 1st through 15th, and 125 from September 15th through 30th) in which 55% of the patients were boys and 45% girls, with ages ranging from 1 month to 14 years (the average age was three years) (Fig. 1). Out of all visits, 206 were appointments scheduled on demand (82.4%), 29 (11.6%) were routine visits scheduled in accordance with the PSI (Programa de Salud Infantil), the healthy child programme, and lastly 25 were unscheduled appointments on demand (6%) (Table 1). In 13.6% of the cases there had been a previous visit for the same reason. In 88.4% of the visits (221 patients) services were sought due to an acute pathology, with symptoms that had been present for one to three days in 35.6% of the cases (89 patients), for less than 24 hours in 23.6% (59 patients), from three to seven days in 15.2% (38 patients) and with symptoms lasting over seven days in the remaining cases (Fig. 2). As we mentioned above, 50% of the visits took pla-

Figure 1. Age of patients



The x-axis corresponds to the age of the patient in years (from 0 to 14) and the y-axis to the number of cases (frequency). The curve represents a normal distribution where the mean age is 3.81 years, with a standard deviation of 3.8 years (thus, 68% of all patients in the study [N = 250] was between 0 and 7.6 years of age).

Table 1. Reason for visit

	Frequency	Percentage (%)	Cumulative percentage (%)
Scheduled routine	29	11,6	11,6
Scheduled on demand	206	82,4	94,0
Unscheduled on demand	15	6,0	100,0
Total	250	100,0	–

ce during the school holidays, and the remaining 50% during the school term.

When it came to the accompanying adult, on average the child was accompanied by one adult (95% CI), who was the mother only in 54.8% of the cases (137 visits), the father only in 8% (20 visits), and with both parents accompanying the child in 16.4% of the cases (41 visits). Children were accompanied by grandparents in 10% of the cases (25 visits), and in 8% of the cases (20 visits) the accompanying adults consisted in one parent and a grandmother. In 21% of the visits the child was accompanied by another person (aunt or uncle, older sibling, etc.), independently of the presence or not of the mother, the father, or the grandparents.

If we look at the data on the parents, and at the mother figure in particular, the average age was of 36 years (95% CI: 41 to 31); 63.2% (158 cases) were employed at the time of the clinical interview, and when it came to the education level, 28.8% (72 cases) had finished elementary school, 44.4% (111 cases) have finished high school, and 26.8% (67 cases) had college-level studies. As for the father, the average age was 38 years (95% CI: 45 to 31); 80.4% (201 cases) were actively employed at the time of the clinical interview, and in terms of their level of education, 28.8% (72 cases) had finished elementary school, 46.8% (117 cases) had graduated from high school, 20.4% (51 cases) had college-level studies, and 4% (10 cases) had no formal education.

When we take into account the employment status of the mother in the bivariate analysis, we can observe considerable differences: when the mother is actively employed, we see that the grandparents come to the visit in 12.7% of the cases, compared to 5.4% ($p = 0.06$) (Table 2), and the father in 9.5% of the cases compared to 5.4% of the cases (Table 3); however, when it came to the mother herself accompanying the child, her being actively employed or not did not make a difference in frequency (56.5 compared to 53.8%) (Table 4). We observed no differences in the presence or absence of the father in relation to his level of education. In terms of the type of visit to the office (whether it was a scheduled routine visit or an appointment on demand) we observed the following: the mother attended the visit with practically the same frequency whether the visit was a

Figure 2. Duration of acute symptoms

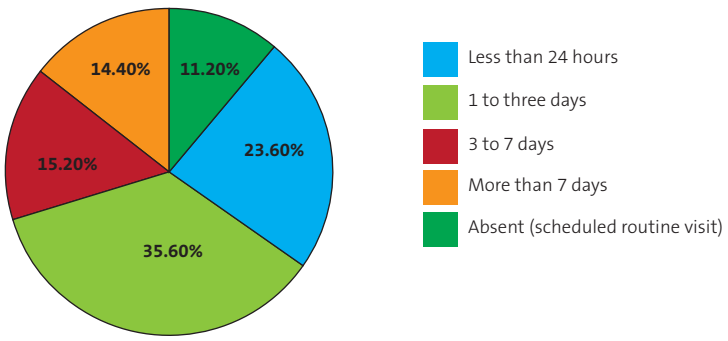


Table 2. Relationship between mother's employment status-presence of grandparents in visit

		Grandparents (accompanying visit)			Total
			No	Yes	
Mother (employment)	Unemployed	N	87	5	92
		% mother (employment)	94,6%	5,4%	100,0%
	Employed	N	138	20	158
		% mother (employment)	87,3%	12,7%	100,0%
Total		N	225	25	250
		% mother (employment)	90,0%	10,0%	100,0%

scheduled routine one or not (63 versus 53%); as for the father, we observed that he tended to come more often to scheduled routine visits (20%) than to appointments on demand (15%) (Fig. 3). Looking at the duration of the symptoms, we see that the mother tends to accompany the child more often when the symptoms have lasted less than 24 hours (61% compared to 39%) and between one and three days (57% versus 42%) (Fig. 4). When it came to the number of people accompanying the child, the data did not show variations in relation to the visit taking place during the school holidays as opposed to the school term.

DISCUSSION

The paediatric visit is based on the relationship established between the physician, the child, and the adult that accompanies the latter, an adult who, generally speaking, tends to be a parent, and more specifically the mother. In this context, the adult that accompanies the child to the paediatric visit must be able to meet certain necessary requirements to be able to establish an appropriate relationship with the healthcare professional: handling the patient, providing the information needed to make a diagnosis, and participating in the care of the child on a regular basis[3].

As for the results of our study, we found that the child was accompanied to the visit in 100% of the cases, with the mother being the most frequent accompanying adult, followed by both parents together, and lastly by the grandparents. The father also was the accompanying adult in a considerable percentage of cases, a fact that seems to be associated to the mother's active employment status, although in our study the level of education of the father did not seem to influence whether he came to the visit or not. The employment status of the mother had a significant influence on the presence or absence of the grandparents in the paediatric visit, with employment having the effect of doubling their presence. Last of all, the type of visit had no effect on the presence of the mother as the accompanying adult, since the mother attended whether the visit was on demand or a scheduled routine visit. When the symptoms had lasted for fewer than three days, the mother was the accompanying adult in practically 100% of the cases.

Table 3. Relationship between mother's employment status-presence of father in visit

		Father (accompanying visit)			Total
			No	Yes	
Mother (employment)	Unemployed	N	87	5	92
		% mother (employment)	94,6%	5,4%	100,0%
	Employed	N	143	15	158
		% mother (employment)	90,5%	9,5%	100,0%
Total		N	230	20	250
		% mother (employment)	92,0%	8,0%	100,0%

Table 4. Relationship between mother's employment status-presence of mother in visit

		Mother (accompanying visit			Total
			No	Yes	
Mother (employment)	Not employed	N	40	52	92
		% mother (employment)	43,5%	56,5%	100,0%
	Employed	N	73	85	158
		% mother (employment)	46,2%	53,8%	100,0%
Total		N	113	137	250
		% mother (employment)	45,2%	54,8%	100,0%

While women are playing an increasingly relevant role in today's society, in most cases they continue to be the main caregiver of the children, and thus the most frequent accompanying adult in the paediatric office. Taking into account the socio-cultural changes that have occurred in recent years, and based on the results obtained in our study, the father is gaining relevance in the role of main caregiver to the children and in accompanying them to healthcare visits.

We must address the task of making the paediatric office easily accessible to both parents, as it is yet another factor that plays in the reconciliation of work and family life. The reconciliation of work, family and personal life is a strategy that facilitates the fulfilment of the effective equality of men and women. Its purpose is to achieve a new organisation of the social and economic system where men and women can make the different facets of their lives compatible: work, family, leisure, and personal time. Therefore, the reconciliation of family, work, and personal life contributes to building a society based on the quality of life of its people, that offers the same opportunities to men and women so they can develop in every aspect of their lives, advance professionally, attend to their familial responsibilities, and be able to enjoy their family and personal time. For these goals to be achieved, the reconciliation of work, family, and personal life requires that certain challenges be met:

- The development of social resources and structures that allow serving and caring for depen-

Figure 3. Relationship between scheduled routine visit and presence of both parents

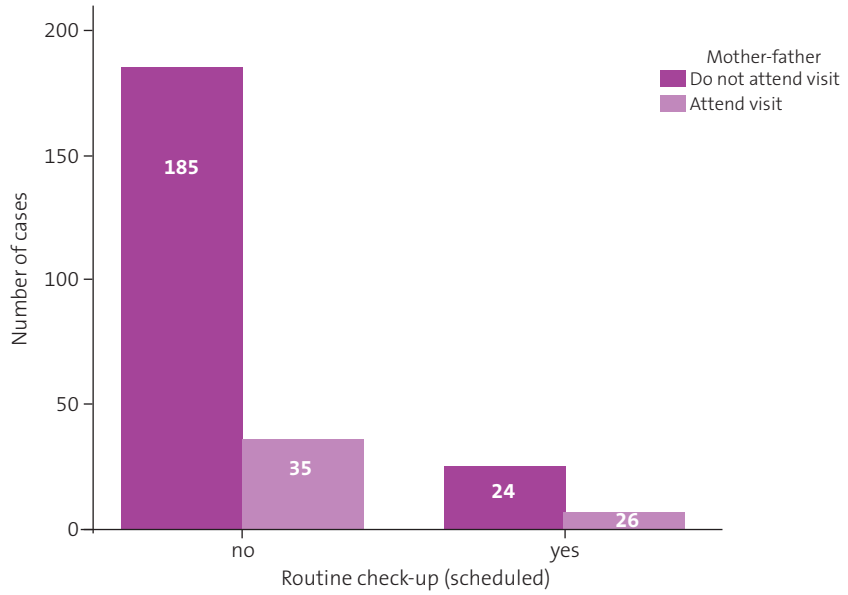
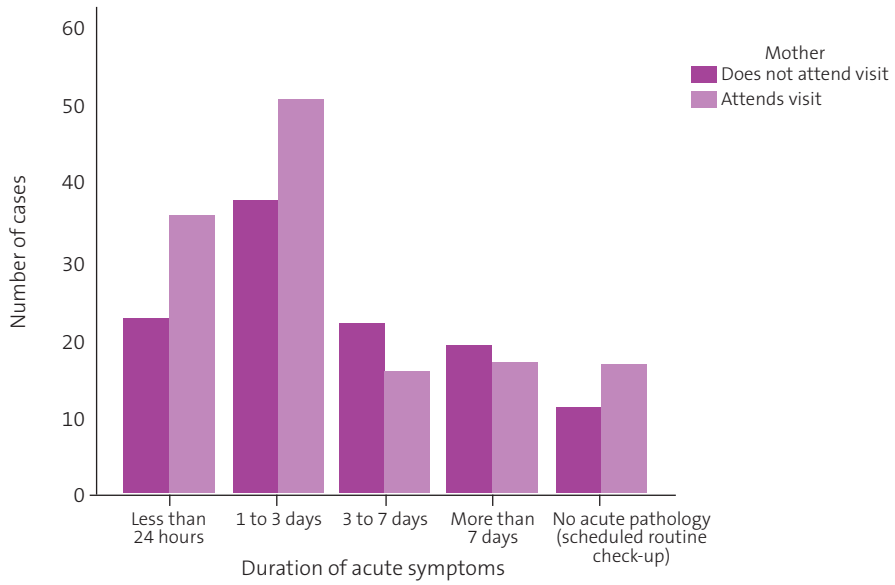


Figure 4. Relationship between symptom duration and presence of mother in visit



dent persons (children, the elderly, the sick, and disabled individuals).

- The reorganisation of work spaces and schedules.
- The implementation of measures in workplaces that allow employed individuals to develop in the different facets of their lives.
- The modification of the traditional roles of men and women in relation to their involvement in family, home, and workforce.

Thus, there needs to be a social shift that introduces new models of organisation, and it necessitates the participation of all social agents from a position of shared responsibility[8].

A professional relationship with patients and families based on the active participation of the former in decision making leads to satisfaction and better clinical outcomes, since it increases efficacy in the identification and resolution of medical problems, as well as treatment compliance. It is the duty of both the paediatrician and the entire healthcare team to foster communication skills that facilitate the establishment of an optimal clinical relationship between the paediatrician, the child, and his parents, who at present are the main accompanying adults[9].

The clinical relationship with the patient and his caregivers plays a decisive role in the outcome of all activities associated to healthcare. The clinical interview is considered an essential piece in the doctor-patient relationship. The goals of the clinical interview in paediatric care are:

- Learning the reason why the patient and his family are coming to the doctor's office.
- Prescribing a treatment or recommending a course of action.
- Establishing a satisfactory healthcare relationship with the parents and the child[10].

The ability to learn and understand why a patient and his parents come seeking help and advice, and to agree on a course of action with them, demands technical skills from the paediatrician, but also communication skills. Treating a patient and his parents does not consist solely of diagnosing a disease and prescribing an evidence-based treatment. There are biological, psychological, and social components to health and disease, and this is why it is critical that the physician establishes a

connection with every aspect of the person from the outset[11].

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare that they have no conflict of interest in regard to the preparation and publication of this article.

ACRONYMS

95% CI: 95% confidence interval.

BIBLIOGRAPHY

1. López García-Ramos L, López Martín D, Berbel Jiménez FJ, Pérez de Colosía Civantos M, Pedregal González M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. Aten Primaria. 2009;41(3):147-51.
2. Castillo Barrera J, Schwartz Calero P, Pardo Álvarez J, Ortega Carpio A, Aguilar Valadez C, Pedregal González M. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. Medicina de Familia (And). 2003;2:136-8.
3. Domínguez Aurrecoechea B, Alonso Lorenzo J. Acompañantes de los niños a la consulta de pediatría: ¿algo está cambiando? Aten Primaria. 1998;22(1):444-9.
4. Quiroz R. La consulta pediátrica. Rev Perú Pediatr. 2007;60:65-6.
5. Caroli PL, Navia MJ. Presencia del padre en la consulta pediátrica. Arch Arg Pediatr. 2006;104:325-7.
6. Santiago B. El 90 por ciento de los acompañantes de los niños enfermos son sus madres. En: Repercusiones biopsicosociales y educacionales en la hospitalización infantil. Santiago de Compostela: Fundación María José Jove; 2011.
7. Ley Orgáncia 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/3/2007; p. 12611-12645.
8. Ministerio de Igualdad. Conciliación de la vida laboral, familiar y personal. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2010.
9. Arroba Basanta ML, Dago R, Manzarbeitia P. Entrevista clínica en Pediatría: teoría y práctica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12(Supl 19):263-70.
10. Arroba Basanta ML, Dago R. Relación clínica y comunicación asistencial en pediatría. Primera parte. ¿Disfrutamos del encuentro clinic con nuestros pacientes? Form Act Pediatr Aten Prim. 2008;1(1):27-33.
11. Arroba Basanta ML, Dago R. Relación clínica y comunicación asistencial en pediatría. Segunda parte. La exploración. Form Act Pediatr Aten Prim. 2008; 1(2):88-94.