



¿Consejo o prescripción? Análisis de las recomendaciones pediátricas en las consultas del programa de salud infantil

C. Nunes^a, M. Ayala^b

Publicado en Internet:
9-enero-2014

Cristina Nunes:
csnunes@ualg.pt

^aProfesora asociada. Centro de Investigação sobre Espaço e Organizações, Universidade do Algarve. Campus de Gambelas. Portugal

• ^bMédico, especialista en Salud Pública. Servicio de Salud Pública. CS de Castro Marim. Portugal.

Resumen

Introducción: razonar las recomendaciones aumenta la adhesión y satisfacción de las madres en las consultas de programa de salud infantil. Una recomendación puede ser considerada consejo o prescripción según sea razonada o no.

Objetivos: en el presente estudio describimos y analizamos el uso del consejo y la prescripción en las recomendaciones transmitidas a las madres en el ámbito del programa de salud infantil. Analizamos la cantidad y calidad de las recomendaciones, su contenido y su relación con la duración de la consulta, y con las características del niño y de la madre.

Material y métodos: grabamos 50 consultas de cinco pediatras y, a través del análisis de contenido, clasificamos las recomendaciones en seis categorías: prevención secundaria, prevención primaria, promoción de la salud, desarrollo, educación y relación familiar.

Resultados: los pediatras realizan 4,37 recomendaciones por consulta, el 69% por iniciativa propia y el 31% a petición de las madres. Los pediatras hacen sobre todo recomendaciones acerca de la promoción de la salud (32,87%), la prevención secundaria (17,13%) y la primaria (10,19%). La cantidad de recomendaciones está positivamente asociada con la duración de la consulta ($M=16,10$ minutos) y negativamente asociada con la edad del niño. Los pediatras utilizaron mucho más el consejo (70%) que la prescripción (30%). No observamos efecto del nivel de escolaridad de la madre.

Conclusión: en todas las variables observadas existe una gran heterogeneidad entre los pediatras, lo que 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.

Palabras clave:

- Pediatras
- Programa de salud infantil
- Consejo
- Prescripción
- Recomendaciones
- Atención Primaria

Advice or prescription? Analysis of the pediatric recommendations in the well-child program visits

Abstract

Introduction: reasoning the recommendations increases mothers' adherence and satisfaction in the healthy child program visits. A recommendation can be considered an advice or a prescription according to its reasoning.

Aims: in this study we described and analyzed the use of advice and prescription in the recommendations made by pediatricians to mothers in the healthy child program visits. We analyzed the quantity and quality of recommendations, its content and its relation to the visits' duration, and the characteristics of the child and mother.

Methods: we audio-taped 50 visits of five pediatricians and we classified, through content analysis, the recommendations in six categories: secondary prevention, primary prevention, health promotion, development, education and family relationships.

Results: pediatricians made 4.37 recommendations per visit, 69% by their own initiative and 31% by mothers' request. Pediatricians make recommendations mainly about health promotion (32.87%), secondary prevention (17.13%) and primary prevention (10.19%). The amount of recommendations was positively associated with the visit's length ($M=16.10$ minutes) and negatively related with child's age. The pediatricians used much more advice (70%) than prescription (30%). The effect of the mothers' educational level wasn't observed.

Conclusions: there was a great heterogeneity between pediatricians in all observed variables; this suggests that there exist different pediatric styles whose characteristics and effects deserve further investigation in future studies in order to help pediatricians to improve their professional practice.

Key words:

- Pediatricians
- Healthy Child Program
- Advice
- Prescription
- Recommendations
- Primary Health Care

INTRODUCCIÓN

Los pediatras son la principal fuente técnica de asesoramiento de los padres sobre el desarrollo y educación de sus hijos¹⁻⁶, cuyo marco institucional en Andalucía es el programa de salud infantil. Este programa asigna a los pediatras no solo la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades y alteraciones del desarrollo, sino también el apoyo a los padres en la educación de sus hijos para la adquisición de hábitos saludables⁷. Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre los contenidos y el modo concreto en que son realizadas sus recomendaciones. Aunque reciben poca atención en la formación pediátrica y en la investigación, las consultas del niño sano, en las que se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituyen un aspecto central de la práctica pediátrica⁸.

La agenda pediátrica está organizada según una perspectiva biomédica en la que los temas psicosociales y educativos ocupan un lugar secundario⁹⁻¹⁵. Sin embargo, los pediatras se adhieren a los principios generales de la promoción de la salud^{9,16} y la Academia Americana de Pediatría¹⁷ considera que los aspectos psicosociales tienen creciente importancia por su frecuencia y relevancia.

Por otro lado, una amplia base empírica indica que las madres desean más información de la que reciben^{5,12,14,18} y que se preste más atención al desarrollo y a la educación infantil en las consultas^{2,19}.

La comunicación pediatra-madre es importante porque afecta a los resultados de la atención a la salud infantil. La eficacia de la comunicación está asociada con la satisfacción de las madres, la adhesión a las recomendaciones pediátricas y la discusión de temas psicosociales^{2,20-25}. Por otro lado, la falta de información, la información errónea y la falta de sensibilidad a sus necesidades son las principales quejas expresadas por las madres^{22,23,25,26}.

Una comunicación eficaz se basa en el uso de técnicas que faciliten la expresión de dudas y preocupaciones maternas y que aumenten la compren-

sión y adhesión a las recomendaciones. Una técnica muy importante es el uso de la racionalización y la explicación de las recomendaciones^{21,22,24,27}. Razonar las recomendaciones facilita que las madres las integren en una explicación coherente del enorme conjunto de factores que determinan la salud, el desarrollo y la educación de su hijo.

Una recomendación médica puede ser dada como consejo o como prescripción^{21,27}. Entendemos por consejo la recomendación de pautas de actuación de un modo razonado o elaborado y por prescripción la realizada sin explicación del objetivo ni de la cadena causal en que se inserta.

La validez de la mayoría de los estudios en este campo está afectada por la utilización de cuestionarios autocumplimentados o encuestas telefónicas. Ello limita las inferencias sobre las características y la calidad de la comunicación y realza la necesidad de estudios basados en la observación directa de las consultas.

El objetivo de este estudio es describir y analizar el uso del consejo y la prescripción en las recomendaciones transmitidas a las madres en el ámbito del programa del niño sano, mediante el análisis de las grabaciones íntegras de las consultas. Estudiaremos la cantidad y la calidad de las recomendaciones, su contenido y su relación con la duración de la consulta, y con las características del niño y de la madre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se observaron 50 consultas de cinco pediatras (un hombre y cuatro mujeres) seleccionados en tres distritos sanitarios de la provincia de Sevilla (España), con un promedio de 45,60 años de edad (desviación típica [DT] 9,48; mínimo [mín.] 34; máximo [máx.] 63) y 16,80 años de experiencia profesional. Los criterios de selección fueron la accesibilidad y poseer más de cinco 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 16,48 meses (DT 18,45; mín. 0,33; máx. 60), las madres tenían una media de edad de 32,05 años (DT 4,16; mín. 22; máx. 41) y habían completado, de media, 9,70 años de estudios (DT 2,71; mín. 8; máx. 15).

Procedimiento

Después de obtener las autorizaciones necesarias y el consentimiento informado de las madres, observamos y grabamos en audio consecutivamente las diez consultas siguientes de cada pediatra ya inscritas en el libro de citas del centro de salud. Las grabaciones fueron íntegramente transcritas y luego analizadas para describir cuantitativa y cualitativamente las recomendaciones dadas por el pediatra y las solicitadas por las madres. Una consulta fue excluida porque el continuo llanto del niño imposibilitó su transcripción.

Para cuantificar las recomendaciones se utilizó el criterio de significación. Así, una recomendación puede ser dada por el pediatra con una sola frase: *“No utilices el tacataca, porque provoca accidentes en casa y puede dañar las caderas”* o desarrollado en varias frases secuenciales, como por ejemplo para introducir el tema del desarrollo psicomotor: *“Ahora lo importante es estimularla. A ella [otra hermana] no le hace falta, que está muy bien. (...) Pero tampoco obligarlas a que estén de pie. Ni hacer cosas que no corresponden a su edad. Ahora mismo tienen un desarrollo que está perfecto para su edad”*.

Tal como referimos anteriormente, distinguimos dos tipos de recomendaciones: consejo y prescripción. Entendemos por consejo la recomendación de pautas de actuación de un modo razonado o elaborado, esto es, utilizando por lo menos una de las siguientes explicaciones: detallar la conducta propuesta, dar ejemplos y explicar la base racional. Los consejos pueden referirse a conductas, sentimientos y maneras de enfrentarse a problemas como enfermedades o molestias. En estos dos ejemplos se explica la base racional de la evitación de un comportamiento por su relación causal con resultados indeseados:

“No utilices el tacataca, porque provoca accidentes en casa y puede dañar las caderas” (pediatra 1, consulta 4).

“Bueno, mira, es un niño muy inquieto, ¿eh?, y es muy frecuente en los niños de este tipo que a los tres, cuatro años tartamudeen, ¿eh?, Porque es que van muy rápido ellos y no son capaces de articular bien lo que quieren decir, ¿sabes? Eso es muy frecuente y no pasa nada. Se le va a quitar, a no ser que vosotros lo traumaticéis, insistiendo y forzándole, que es como se hacía antiguamente, y se queda tartamudo ya para toda la vida. Vosotros, cuando tú veas que está así un poco más excitado y que le cuesta organizar bien las palabras, tú le dices, «tranquilo luego me lo cuentas». Y ya después cuando él esté más tranquilo te lo cuenta. No dejes que nadie de la familia le fuerce” (pediatra 3, consulta 3).

Por el contrario, denominamos prescripción a las recomendaciones sin explicación del objetivo ni explicación de la cadena causal en que se insertan, como en los ejemplos siguientes:

“Hay que controlar un poco los programas de televisión que ven” (pediatra 1, consulta 3).

“¿Sigue usando chupe, o no? (...) También pronto se lo puedes ir retirando” (pediatra 3, consulta 7).

Los temas de las recomendaciones fueron agrupados en las siguientes categorías generales: **prevención secundaria, prevención primaria, promoción de la salud, desarrollo, educación, centrada en los padres y relación familiar**, que se articulan en torno a dos ejes: la historia natural de la enfermedad y el desarrollo psicosocial (Tabla 1).

La validez facial (claridad y relevancia) de la lista de categorías puede ser estimada por su definición (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 y un asistente de investigación entrenado analizaron y codificaron todas las consultas independientemente. Los desacuerdos fueron infrecuentes (<3% de las observaciones) y se resolvieron por consenso.

La codificación, tabulación y presentación gráfica de los datos fue realizada en Excel® y el análisis es-

Tabla 1. Categorías, definición y ejemplos de las recomendaciones pediátricas		
Categorías	Definición	Ejemplos
Prevención secundaria	Intervención destinada a la detección precoz de estados de salud alterada y reducción consecuente del daño	<ul style="list-style-type: none"> • “Mira, tú sigue con los antibióticos, con el tratamiento que te han puesto. Sácate un poquito de leche cuando estés muy desesperada, porque eso te va a molestar. (...) ¿Te ha dado fiebre hoy? (...) Bueno, si te vuelve a dar fiebre o esto empieza a empeorar, te vas al ‘Maternal’ para que te lo vea bien un especialista, ¿vale?” (P 3, C 5) • “¿Qué puedo hacer con los gases?” (M 2, P 5)
Prevención primaria	Intervención destinada a evitar la aparición de la enfermedad. Se restringe a la evaluación de una entidad nosológica o grupo preciso de entidades relacionadas de modo sindrómico	<ul style="list-style-type: none"> • “Ten cuidado ahora con los accidentes domésticos, cuando empiece a andar (...), medicamentos, quitarlo de lo que esté a su alcance (...)” (P 2, C 9) • “(...) Cuando empiece el colegio, (tomará la vacuna) porque ha salido una vacuna nueva para la meningitis, la famosa aquella, tú te acuerdas que no querían (...)” (P 3, C 7)
Promoción de la salud	Proceso de capacitar a las personas para que aumenten el grado de control que ejercen sobre su salud y la mejoren	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Sigue con la leche de continuación hasta que yo te vuelva a ver (...)” (P 2, C 9) • “Hay que bañarse todos los días, ¿eh? Ahora como ya son más grandes, a veces no se quieren bañar (...)” (P 1, C 9)
Desarrollo	Intervención dirigida a evaluar, orientar o promover el desarrollo de los niños	<ul style="list-style-type: none"> • “El tema del hablar, del lenguaje, que te preocupa tanto. De momento déjalo este verano. Cuando empiece el colegio hablas con el psicólogo del colegio, ¿eh? (...) A mí me parece que es un niño nerviosillo porque cuando está tranquilo se le entiende bien” (P 3, C 3)
Educación	Intervención dirigida a evaluar, orientar o mejorar las estrategias y actividades educativas de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • “Y Carlos a veces las pega. Y muchas veces tengo que darle un cachete en el culete. No me gusta pero...” (M 4, P 1) • “Hay que controlar un poco los programas de televisión que ven, ¿de acuerdo? Y que se acuesten prontito” (P 1, C 8)
Relación familiar	Intervención dirigida a evaluar, estrechar o mejorar los vínculos afectivos que unen a los miembros de la misma familia	<ul style="list-style-type: none"> • “Dedícale ratitos a tu niña a solas. (...) No, a solas. Que se quede la abuela con el chico y tú te pones a jugar como hacíais antes con ella, para que vea que no ha perdido nada. (...) Seguro que tiene que salirle por muchos sitios (los celos), y todavía no le ha salido del todo, ¿eh? Son 15 días, pero tú déjala que lo diga, lo que tenga que decir” (P 3, C 5)

C: consulta; M: madre; P: pediatra.

tadístico en SPSS® v.18. En el análisis estadístico descriptivo utilizamos las siguientes medidas: media (M), desviación típica (DT), coeficiente de variación (CV), mínimo (mín.) y máximo (máx.). En el análisis estadístico inferencial utilizamos las pruebas Chi-cuadrado (χ^2), ANOVA (F), correlación de Pearson (r) y regresión lineal (R^2). Las variables independientes consideradas fueron: pediatra, edad y sexo del niño, edad y estudios de la madre.

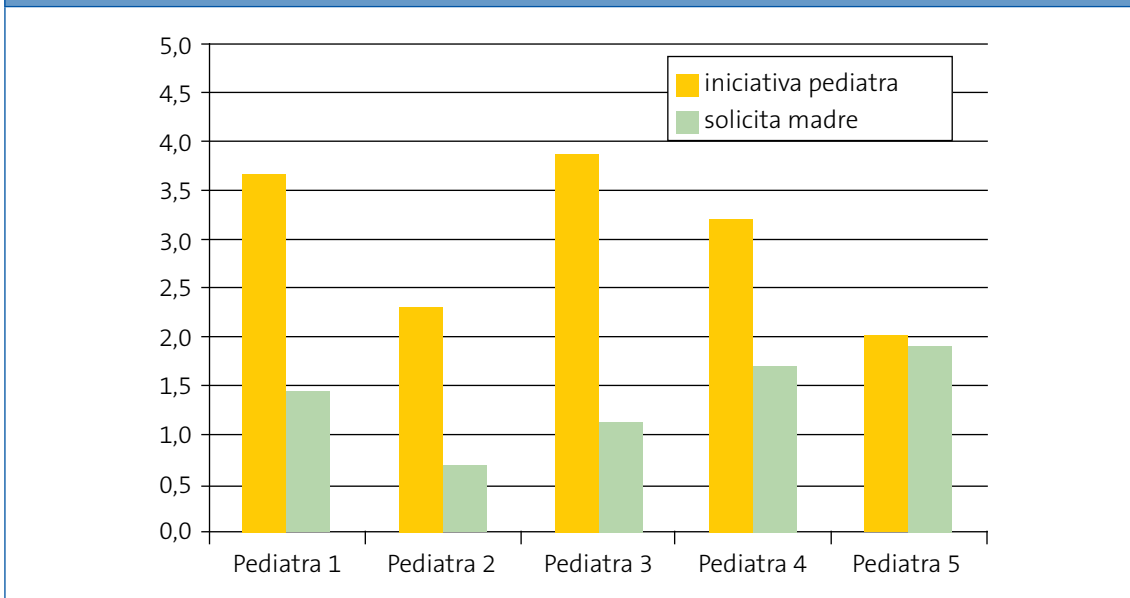
RESULTADOS

Los pediatras dieron alguna recomendación en casi todas las consultas (46 de 49; 94%). De un total de 214 recomendaciones, 147 (69%) fueron por

iniciativa del pediatra y 67 (31%) a petición de las madres. Ello equivale a 4,37 recomendaciones por consulta (DT 2,83, mín. 0, máx. 11), tres dadas por iniciativa del pediatra (DT 2,15, mín. 0, máx. 8) y 1,4 solicitadas por las madres (DT 1,57, mín. 0, máx. 8). En la **Fig. 1** observamos una gran variabilidad entre pediatras en la distribución de la iniciativa de las recomendaciones (CV iniciativa pediátrica 24%, CV iniciativa madres 32%, χ^2 107,00; $p=0,0009$).

Al analizar los contenidos por categorías generales, se observa que la agenda pediátrica se centra sobre todo en los aspectos biomédicos (**Fig. 2**). Los pediatras hacen sobre todo recomendaciones acerca de la promoción de la salud (32,87%), prevención secundaria (17,13%) y primaria (10,19%).

Figura 1. Número medio de recomendaciones por iniciativa del pediatra y solicitadas por las madres



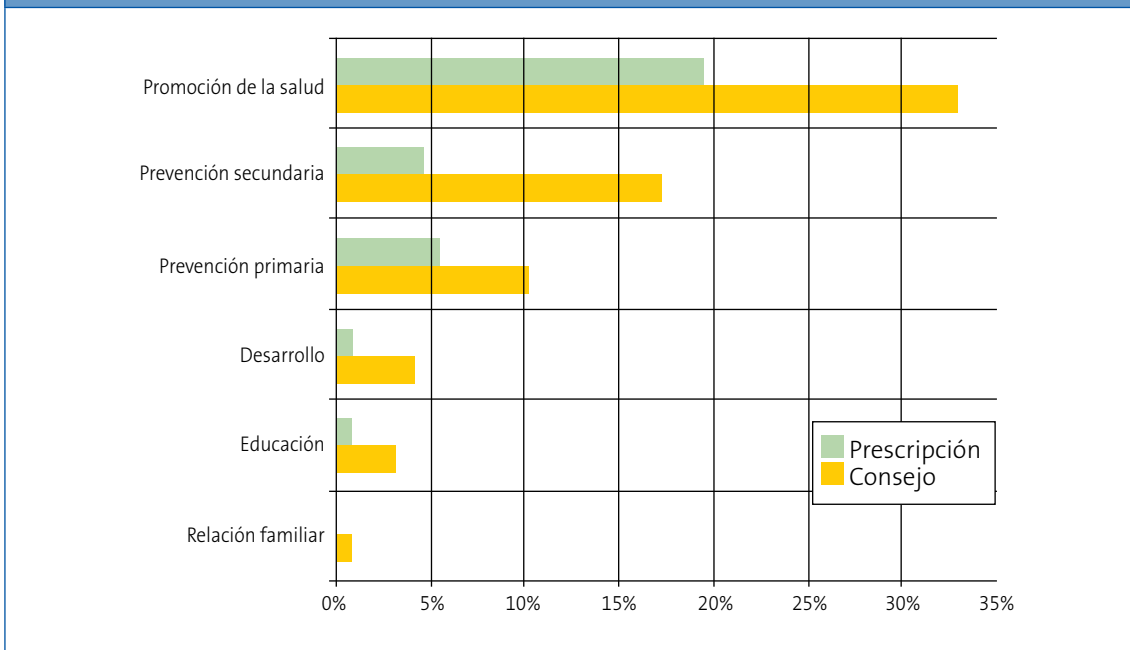
Desarrollo (4,17%), educación (3,24%) y relación familiar (0,93%) son objeto apenas de recomendaciones esporádicas (χ^2 237,89; $p=0,000$).

La duración media de las consultas fue de 16,10 minutos (DT 5,72, mín. 6, máx. 24). Existe una diferencia significativa entre pediatras (F 4,55;

$p=0,004$). La duración está intensa y positivamente asociada con el número de recomendaciones, cada tres minutos se produce una recomendación adicional (r 0,556; $p=0,00003$).

Como referimos anteriormente dentro de las recomendaciones, es importante distinguir entre con-

Figura 2. Categorías generales de las recomendaciones



sejos y prescripciones. Los pediatras utilizaron más el consejo (149/214; 70%) que la prescripción (65/214; 30%) (χ^2 32,97; $p=0,000$). En cada consulta se dieron una media de 3,04 consejos (DT 2,51, mín. 0; máx. 9) y 1,33 prescripciones (DT 1,48, mín. 0, máx. 7). El efecto de la duración de la consulta es más pronunciado en el consejo (R^2 0,24; $p=0,000$) que en la prescripción (R^2 0,06; $p=0,100$).

Existe una gran variabilidad entre pediatras tanto en la media de consejos dados (CV 38,38%) como en la de prescripciones (CV 40,75%) (Fig. 3).

Es más probable que una recomendación sea razonada si ha sido solicitada por la madre, aunque la diferencia no alcanza significación estadística. La relación consejo/prescripción es 3,47 cuando la iniciativa parte de la madre y 1,94 cuando parte del pediatra (χ^2 2,94; $p=0,086$).

Por otro lado, las rectas de regresión de la Fig. 4 muestran que, a medida que aumenta la edad del niño, se hace más frecuente la prescripción ($p=0,048$) y menos el consejo ($p=0,015$). La relación consejo/prescripción se invierte hacia los tres años y medio. Ninguna otra característica del niño ni de la madre se asocia a la cantidad de consejos o prescripciones.

DISCUSIÓN

En las consultas del niño sano observadas, los pediatras dan un número apreciable de recomendaciones. Solo en el 6% de las consultas no se dan recomendaciones. Este dato coincide con el observado en otros estudios^{28,29}. Es sin duda positivo que la mayoría de las recomendaciones sean consejos y no prescripciones. Acompañar las recomendaciones de razonamientos tiene múltiples efectos positivos: mejora la comprensión de su utilidad, incrementa su cumplimiento, eleva la satisfacción, capacita y da seguridad a las mujeres en el desempeño de su rol materno^{2,20-24}.

El hecho de que casi un tercio de las recomendaciones sean solicitadas por las madres, y que en estos casos los pediatras razonen más su respuesta, sugiere que adecuan su discurso a las necesidades maternas. De hecho, dar la oportunidad a los padres de expresar sus dudas y preocupaciones es de primordial importancia en la efectividad y calidad de los cuidados preventivos infantiles^{30,31}. Tanto la oportunidad de expresar dudas como la de recibir consejo fueron independientes del nivel de escolaridad de la madre, lo que sugiere que los pediatras

Figura 3. Número medio de consejos y prescripciones por pediatra

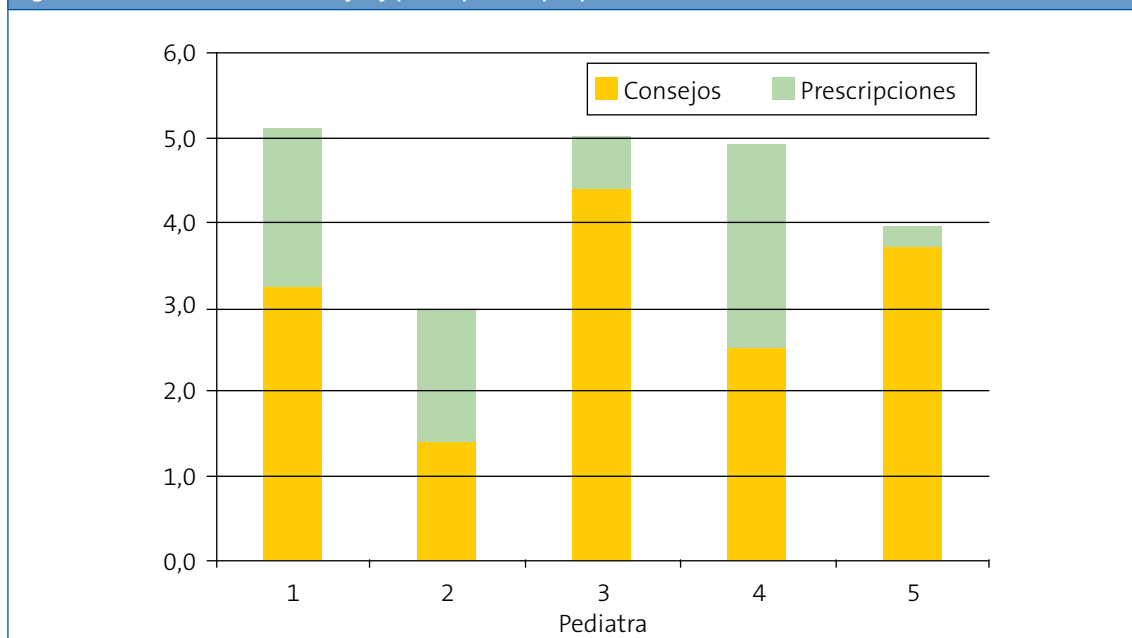
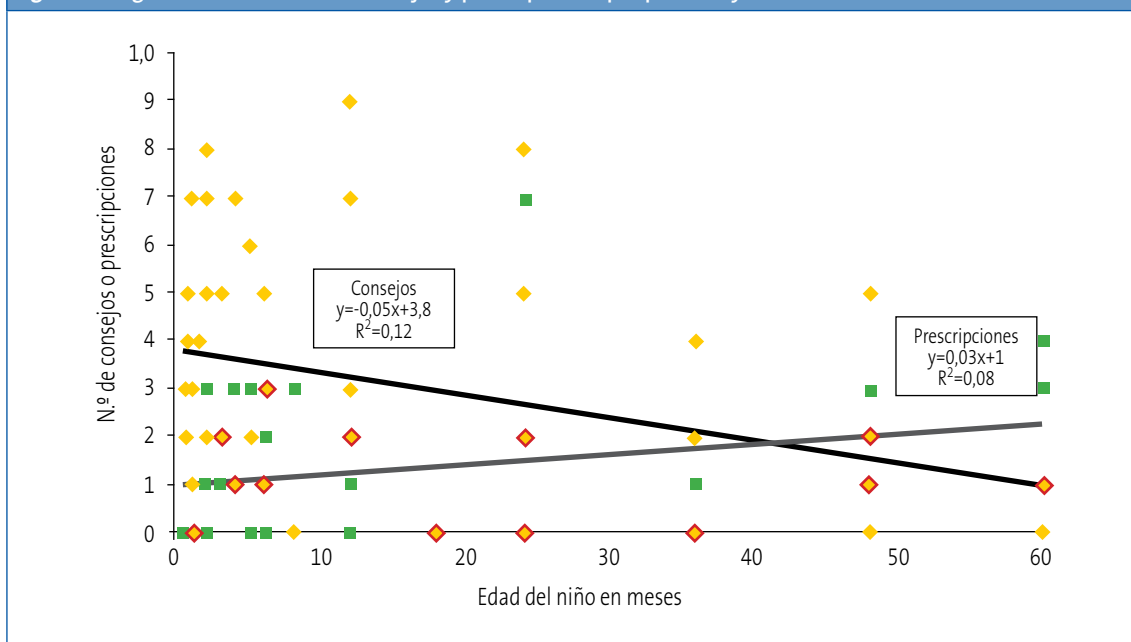


Figura 4. Regresión del número de consejos y prescripciones por pediatra y edad del niño



dirigen su actividad en el sentido de neutralizar los efectos de la desigualdad social y constituye un aspecto muy positivo de su práctica profesional.

La duración de las consultas, 16 minutos, está dentro de los valores recomendados^{18,28,32,33} y se relaciona positiva e intensamente con la cantidad de consejos y sin afectar apenas a la de prescripciones. Ello sugiere que, hasta un determinado límite, la duración de la consulta se relaciona con su calidad. De hecho, algunos autores consideran que no es posible realizar en tan pocos minutos la larga lista de actos y consejos médicos que integran el programa del niño sano^{8,31}.

A medida que los niños se van haciendo mayores, aumentan las prescripciones y disminuyen tanto la duración de la consulta como los consejos. Este empobrecimiento de contenidos del programa ha sido también observado en otros estudios^{9,12,14} y está probablemente relacionado con el hecho de que la agenda pediátrica esté tan centrada en los aspectos biomédicos. Los aspectos psicosociales, la relación familiar y la educación son abordados apenas esporádicamente y son estos los temas que se van haciendo más importantes a medida que el niño crece.

Creemos que existe aquí una clara oportunidad de mejora, ya que sabemos que estos problemas son frecuentes y que las familias desean recibir consejo pediátrico sobre ellos^{8,16,19,35}.

La formación, muy centrada en los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad, tiene también como consecuencia un entendimiento de la comunicación con los pacientes y las familias casi exclusivamente basado en las características personales de los pediatras. Solo recientemente se está generalizando el entendimiento de la relación médico-paciente como un ámbito técnico susceptible de aprendizaje y entrenamiento²¹⁻²⁵.

Existe más heterogeneidad de la esperada en un grupo profesional con un patrimonio técnico-científico común en las principales variables estudiadas: consejos, prescripciones, facilitación del discurso materno y duración de la consulta. Aunque todos los pediatras usan más el consejo que la prescripción, algunos casi nunca prescriben, esto es, casi nunca dan recomendaciones sin razonar, y otros prescriben más que aconsejan.

La generalización de los resultados de este estudio está limitada por el reducido tamaño de la mues-

tra de pediatras y por su selección no aleatoria. No obstante, la muestra de las madres atendidas por cada pediatra puede ser considerada representativa de sus usuarias. Por otro lado, en un ámbito en que la mayoría de los estudios utilizan cuestionarios aplicados a pediatras o padres, el método de observación directa y grabación de las consultas permite estudiar el contenido real de las consultas en vez de la opinión de los intervinientes, por lo que consideramos que es una fortaleza de nuestro estudio.

Nuestros datos sugieren que existen estilos pediátricos diferentes cuyas características y efectos deben ser investigados para fundamentar estrategias de formación pediátrica adaptadas a la práctica profesional en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Nunes C, Ayala A. ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9(35):411-25.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Cheng T, Savageau J, Bigelow C, Charney E, Kumar S, DeWitt T. Assessing mothers' attitudes about the physician's role in child health promotion. *Am J Public Health*. 1996;86:1809-12.
7. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Guía para la salud infantil. Sevilla: Junta de Andalucía e Consejería de Salud; 1990.
8. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics*. 2004;114:210-6.
9. Nunes C. Pediatricians' ideas about child development and education. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011;24(2):765-72.
10. Cheng TL, DeWitt TG, Savageau JA, O'Connor KG. Determinants of counseling in primary care pediatric practice. Physicians attitudes about time, money, and health issues. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:629-35.
11. Nunes C, Ayala M. ¿De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil? *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(4):239-46.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue parcialmente financiado por la Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), Portugal.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

CV: coeficiente de variación • **DT:** desviación típica • **F:** ANOVA • **M:** media • **máx.:** máximo • **mín.:** mínimo • **r:** correlación de Pearson • **R²:** regresión lineal • **χ²:** Chi-cuadrado.

15. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl. 1):1479-88.
16. Tanner L, Stein MT, Olson LM, Radecki L, Frintner MP. Reflections on well-child care practice: a national study of pediatric clinicians. *Pediatrics*. 2009;124:849-57.
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. Galuska DA, Fulton JE, Powell KE, Burgeson CR, Pratt M, Elster A, et al. Pediatrician counseling about preventive health topics: results from the Physicians' Practices Survey, 1998-1999. *Pediatrics*. 2002;109:E83-3.
19. Radecki L, Olson LM, Frintner MP, Tanner JL, Stein MT. What do families want from well-child care? Including parents in the rethinking discussion. *Pediatrics*. 2009;124:858-65.
20. Hart CN, Kelleher KJ, Drotar D, Scholle SH. Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient Educ Couns*. 2007;68:179-85.
21. 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.
22. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007;66:270-7.
23. Worchel FF, Prevatt BC, Miner J, Allen M, Wagner L, Nation P. Pediatrician's communication style: relationship to parent's perceptions and behaviors. *J Pediatr Psychol*. 1995;20:633-44.
24. Nobile C, Drotar D. Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: Implications and recommendations. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24(4):279-90.
25. Clayman ML, Wissow LS. Pediatric residents' response to ambiguous words about child discipline and behaviour. *Patient Educ Couns*. 2004;55:16-21.
26. Baker LH, O'Connell D, Platt FW. What else? Setting the agenda for the clinical interview. *Ann Intern Med*. 2005;143:766-70.
27. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1988.
28. 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.
29. Manning KM, Ariza AJ, Massimino TK, Binns HJ. Health supervision visits of very young children: Time addressing 3 key topics. *Clin Pediatr*. 2009;48:931-8.
30. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Dev*. 2000;26:137-49.
31. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*. 2005;116(1):174-9.
32. 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.
33. Halfon N, Inkelas M, Mistry R, Olson LM. Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*. 2004;113:1965-72.
34. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care: Is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-41.
35. Combs-Orme T, Nixon BH, Herrod HG. Anticipatory guidance and early child development: Pediatrician advice, parent behaviors, and unmet needs as reported by parents from different backgrounds. *Clin Pediatr*. 2011;50:729-37.



Advice or prescription? Analysis of the pediatric recommendations in the healthy child program visits

C. Nunes^a, M. Ayala^b

^aAssociate Professor. Universidad del Algarve, Departamento de Psicologia e Ciências da Educação. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve. Gambelas campus. Portugal

^bPhysician. Autoridade Municipal de Salud de Castro Marim, Castro Marim Healthcare Centre. Portugal.

Published in Internet:
9-January-2013

Cristina Nunes:
csnunes@ualg.pt

Abstract

Introduction: reasoning the recommendations increases mothers' adherence and satisfaction in the healthy child program visits. A recommendation can be considered an advice or a prescription according to its reasoning.

Aims: in this study we described and analyzed the use of advice and prescription in the recommendations made by pediatricians to mothers in the healthy child program visits. We analyzed the quantity and quality of recommendations, its content and its relation to the visits' duration, and the characteristics of the child and mother.

Methods: we audio-taped 50 visits of five pediatricians and we classified, through content analysis, the recommendations in six categories: secondary prevention, primary prevention, health promotion, development, education and family relationships.

Results: pediatricians made 4.37 recommendations per visit, 69% by their own initiative and 31% by mothers' request. Pediatricians make recommendations mainly about health promotion (32.87%), secondary prevention (17.13%) and primary prevention (10.19%). The amount of recommendations was positively associated with the visit's length ($M=16.10$ minutes) and negatively related with child's age. The pediatricians used much more advice (70%) than prescription (30%). The effect of the mothers' educational level wasn't observed.

Conclusions: there was a great heterogeneity between pediatricians in all observed variables; this suggests that there exist different pediatric styles whose characteristics and effects deserve further investigation in future studies in order to help pediatricians to improve their professional practice.

Key words:

- Pediatricians
- Child program
 - Advice
- Prescription
 - Obesity
- Primary Care

¿Consejo o prescripción? Análisis de las recomendaciones pediátricas en las consultas del programa de salud infantil

Resumen

Introducción: razonar las recomendaciones aumenta la adhesión y satisfacción de las madres en las consultas del programa de salud infantil. Una recomendación puede ser considerada consejo o prescripción según sea razonada o no.

Objetivos: en el presente estudio describimos y analizamos el uso del consejo y la prescripción en las recomendaciones transmitidas a las madres en el ámbito del programa de salud infantil. Analizamos la cantidad y calidad de las recomendaciones, su contenido y su relación con la duración de la consulta, y con las características del niño y de la madre.

Material y métodos: grabamos 50 consultas de cinco pediatras y, a través del análisis de contenido, clasificamos las recomendaciones en seis categorías: prevención secundaria, prevención primaria, promoción de la salud, desarrollo, educación y relación familiar.

Resultados: los pediatras realizan 4,37 recomendaciones por consulta, el 69% por iniciativa propia y el 31% a petición de las madres. Los pediatras hacen sobre todo recomendaciones acerca de la promoción de la salud (32,87%), la prevención secundaria (17,13%) y la primaria (10,19%). La cantidad de recomendaciones está positivamente asociada con la duración de la consulta ($M=16,10$ minutos) y negativamente asociada con la edad del niño. Los pediatras utilizaron mucho más el consejo (70%) que la prescripción (30%). No observamos efecto del nivel de escolaridad de la madre.

Conclusión: en todas las variables observadas existe una gran heterogeneidad entre los pediatras, lo que 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.

Palabras clave:

- Pediatras
- Programa de Salud Infantil
 - Consejo
- Prescripción
 - Recomendaciones
- Atención Primaria

INTRODUCTION

Paediatricians are the main technical source of counselling for parents in the development and education of their children¹⁻⁶, and in Andalusia they operate within the institutional framework of the well-child programme. The programme tasks paediatricians with the prevention, early detection, and treatment of diseases and abnormalities in development, but also with supporting parents in the education of their children toward the acquisition of healthy habits⁷. However, there is limited knowledge about the specific manner in which paediatricians make these recommendations and of their contents. Although they are hardly taken into account in paediatrics education and research, well-child visits, in which health-promoting and disease-prevention activities are carried out, constitute a central aspect of the paediatric practise⁸.

The paediatric agenda is organised according to a biomedical perspective in which psychosocial and educational issues are deemed secondary⁹⁻¹⁵. Still, paediatricians adhere to the general principles of health promotion^{9,16} and the American Academy of Pediatrics¹⁷ considers that psychosocial issues are growing in significance due to their frequency and relevance.

On the other hand, there is ample empirical evidence that mothers wish they were given more information than they actually receive^{5,12,14,18} and that child development and education were addressed more during visits^{2,19}.

Interpersonal communication between mothers and paediatricians is important because it has an effect on the outcomes of paediatric healthcare. The effectiveness of such communication is correlated to the mothers' satisfaction, compliance with paediatrician recommendations, and the discussion of psychosocial issues^{2,20-25}. On the other hand, a lack of information, receiving erroneous information, and a lack of sensitivity towards their needs are the main complaints expressed by mothers^{22,23,25,26}.

Efficient communication is based on the use of

techniques that help express parental doubts and concerns and promote understanding of and compliance with doctor recommendations. One technique that is very important is explaining the guidelines and the reasons behind them^{21,22,24,27}. Explaining the rationale for recommendations helps mothers integrate them in a coherent account of the enormous set of factors that determine the health, development, and education of their child.

A medical recommendation can be given as counselling or as prescription^{21,27}. We define counselling as giving guidelines in a reasoned-out or detailed manner, and prescription as making the recommendation without explaining its purpose or the set of causal relationships into which it fits.

The validity of most studies in this field is affected by the use of self-administered questionnaires or telephone surveys. It limits the inferences that can be made regarding communication characteristics and quality, and underscores the need for studies based on the direct observation of healthcare visits.

The purpose of this study is to describe and analyse the use of counselling and prescription in the recommendations made to mothers in the context of the well-child programme by analysing integral recordings of the visits. We studied the quantity and quality of the recommendations, their content, and their relationship to the duration of the visit and the mother and child characteristics.

MATERIALS AND METHODS

Participants

We observed 50 visits with five paediatricians (one male and four females) selected from three healthcare districts in the province of Seville (Spain), with a mean age of 45.6 years (standard deviation [SD] 9.48; minimum [min.] 34; maximum [max.] 63) and 16.8 years of professional experience. The selection criteria were accessibility and having more than five years of professional experience in Primary Care. All the paediatricians we contacted agreed to participate.

The mean age of the children who came for the visits was 16.48 months (SD 18.45; min. 0.33; max. 60), the mean age of the mothers was 32.05 years (SD 4.16; min. 22; max. 41) and they had completed 9.7 years of education on average (SD 2.71; min. 8; max. 15).

Procedure

After obtaining the necessary authorizations and the informed consent of the mothers, we observed and audio-recorded the first ten consecutive visits already scheduled in the appointment calendar of the healthcare centre. The recordings were fully transcribed and then analysed to make qualitative and quantitative descriptions of the recommendations given by the paediatrician and those requested by the mothers. We excluded one of the visits because the constant crying of the child made transcribing it impossible.

To quantify the recommendations, we used the significance criterion. Thus, a recommendation given by the paediatrician can consist of a single sentence: *“Don’t use the walker, because it causes accidents at home and can hurt the hips”* or be developed in several sequential sentences, for example to introduce the topic of psychomotor development: *“The important thing right now is to stimulate her. As for her [a different sister], she does not need it, she’s doing quite well. (...) But you also should not force them to stand. Nor do anything that does not fit their age. Right now their development is exactly what is expected for their age”*.

As we noted before, we differentiate between two types of recommendation: counselling and prescription. We understand counselling as giving guidelines along with a rationale for them or in a detailed manner, that is, using at least one of the following explanations: a detailed account of the proposed course of action, examples, and explaining the reasons for doing it. The counselling can address behaviours, feelings, and ways to manage problems such as diseases or discomfort. In the two following examples, they explain the rationale for avoiding a behaviour that has a causal relationship with unwanted outcomes:

“Don’t use the walker, because it causes accidents at home and can hurt the hips” (paediatrician 1, visit 4).

“Well, you see, he’s quite a restless boy, right?, and it is quite common for this kind of kid to stutter when he is three or four, you know? Because they just go really fast and they cannot articulate what they want to say properly, you see? It’s quite common and it’s perfectly fine. It’s going to go away, unless you traumatise him, nagging him and pushing him, which is what we used to do before, and then the stutter remained for life. What you need to do when you see that he is a bit overexcited and having trouble organising his words is tell him, ‘don’t worry, you can tell me later’. And later on, when he is calmer, he tells you. Don’t let anyone in the family push him” (paediatrician 3, visit 3).

By comparison, we define prescription as those recommendations given without an explanation of their purpose or the causal chain into which they fit, as happens in the following examples:

“You should control a bit what television programmes they watch” (paediatrician 1, visit 3).

“Is the child still using the pacifier or not? (...) You can start withdrawing it soon” (paediatrician 3, visit 7).

We grouped the topics of the recommendations into the following broad categories: **secondary prevention, primary prevention, health promotion, development, education, and parenting and the family relationship**, which are articulated around two axes: the natural history of disease and psychosocial development (**Table 1**).

The face validity (clarity and relevance) of the list of categories can be estimated according to their definition (Table 1). The content validity was satisfactory, as all segments of the transcribed text fit into the defined categories. The principal investigator and a trained research assistant analysed and codified every visit independently. Disagreements were infrequent (<3% of observations) and were resolved by consensus.

The codification, tabulation, and graphic representation of the data were done in Excel® and the statistical analysis performed with SPSS® v.18. We used the following measures in our descriptive

Table 1. Categories, definition and examples of pediatric recommendations

Categories	Definition	Examples
Secondary prevention	Intervention aiming at the early detection of anomalous health states with the purpose of reducing harm	<ul style="list-style-type: none"> • “Look, continue taking the antibiotics, with the treatment you were given. Express a little bit of milk when you get really frustrated, because it is going to be uncomfortable. (...) Did it give you a fever today? (...) Well, if you start having a fever again or it starts getting worse, go to the maternity ward to see a specialist, OK?” (P 3, C 5) • “What can I do about the gases?” (M 2, P 5)
Primary care	Intervention aiming at preventing the development of the disease. It is limited to assessing for a nosological entity or a specific group of entities with a syndromic association	<ul style="list-style-type: none"> • “Be careful with home accidents now, when he starts to walk (...), medications, remove what is within his reach (...)” (P 2, C 9) • “(...) When he starts school (he’ll be vaccinated) because there is a new vaccine against meningitis, that famous one, remember, the one they did not want (...)” (P 3, C 7)
Health promotion	Process of giving people the tools to increase the degree of control they exert on their health so they can	<ul style="list-style-type: none"> • “(...) Continue with follow-on formula until we meet next time (...)” (P 2, C 9) • “We have to take baths every day, OK? Now that they are bigger, sometimes they don’t want to bathe (...)” (P 1, C 9)
Development	Intervention aiming at assessing or promoting the development of the child, and giving advice about it	<ul style="list-style-type: none"> • “The issue of talking, of language, that worries you so. For now, just leave it this summer. When school starts, go talk to the school psychologist, all right? (...) I think he’s just a restless boy, because when he is calm it is easy to understand him “ (P 3, C 3)
Education	Intervention meant to evaluate, offer guidance, or improve the parents’ educational strategies and activities	<ul style="list-style-type: none"> • “And sometimes Carlos hits them. And I often have to spank him in the butt. I don’t like doing it, but...” (M 4, P 1) • “You should control a bit what television programmes they watch, OK? And have them go to bed early “ (P 1, C 8)
Family relationship	Intervention meant to evaluate, strengthen, or improve the affective bonds that join the family members	<ul style="list-style-type: none"> • “Find short stretches to have some alone time with your girl. (...) No, the two of you alone. Let the grandma stay with the boy and you play with her the way you used to, so she can see she has not lost anything. (...) I am sure it has to come out in many ways (the jealousy), and it is not all out yet, you see? It’s 15 days, but let her say it, whatever she needs to say “ (P 3, C 5)

C: consultation; M: mother; P: pediatrician.

statistical analysis: mean (M), standard deviation (SD), coefficient of variation (CV), minimum (min.) and maximum (max.). In our inferential statistical analysis we used the chi-squared test (χ^2), ANOVA (F), Pearson’s coefficient (r) and linear regression (R^2). The independent variables under study were: paediatrician, age and sex of the child, age, and mother’s educational level.

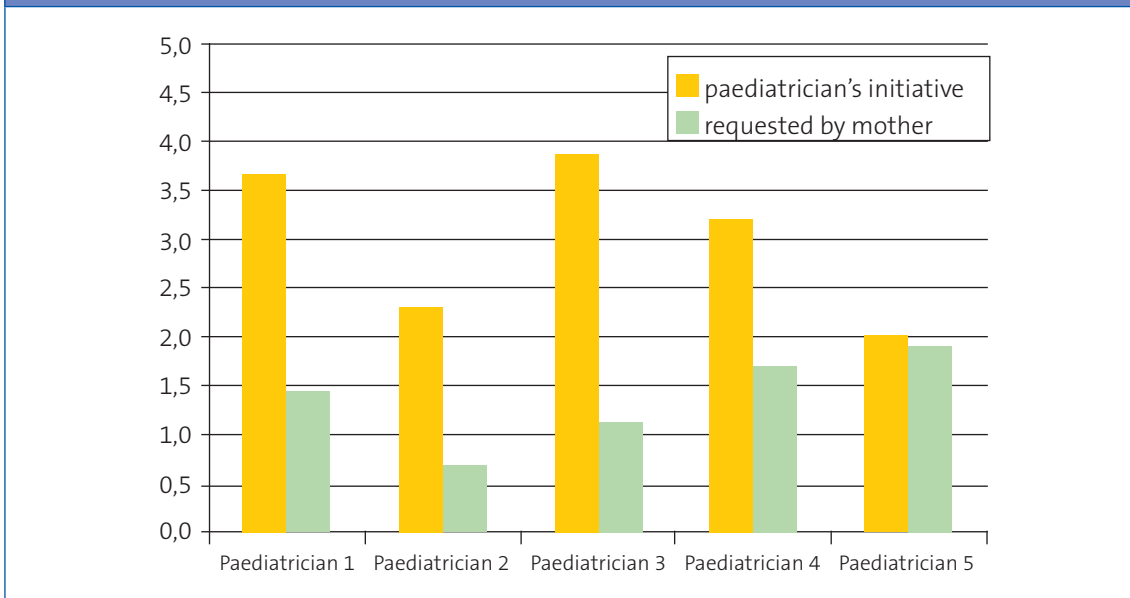
RESULTS

Paediatricians made some recommendations in nearly every visit (46 out of 49; 94%). Of a total of 214 recommendations, 147 (69%) were the result

of the paediatrician’s initiative, while 67 (31%) were sought by the mothers. This amounts to 4.37 recommendations per visit (SD 2.83, min. 0, max. 11), three of which were given by the paediatrician’s initiative (SD 2.15, min. 0, max. 8) and 1.4 requested by the mothers (SD 1.57, min. 0, max. 8). In **Fig. 1** we observe a wide variation between paediatricians in the distribution of the initiative for giving the recommendations (CV for paediatrician initiative 24%, CV for mother initiative 32%, χ^2 107.00; $p=0.0009$).

When we analysed the contents assigned to the general categories, we observed that the paediatric agenda was mostly focused on biomedical aspects (**Fig. 2**). Paediatricians made recommenda-

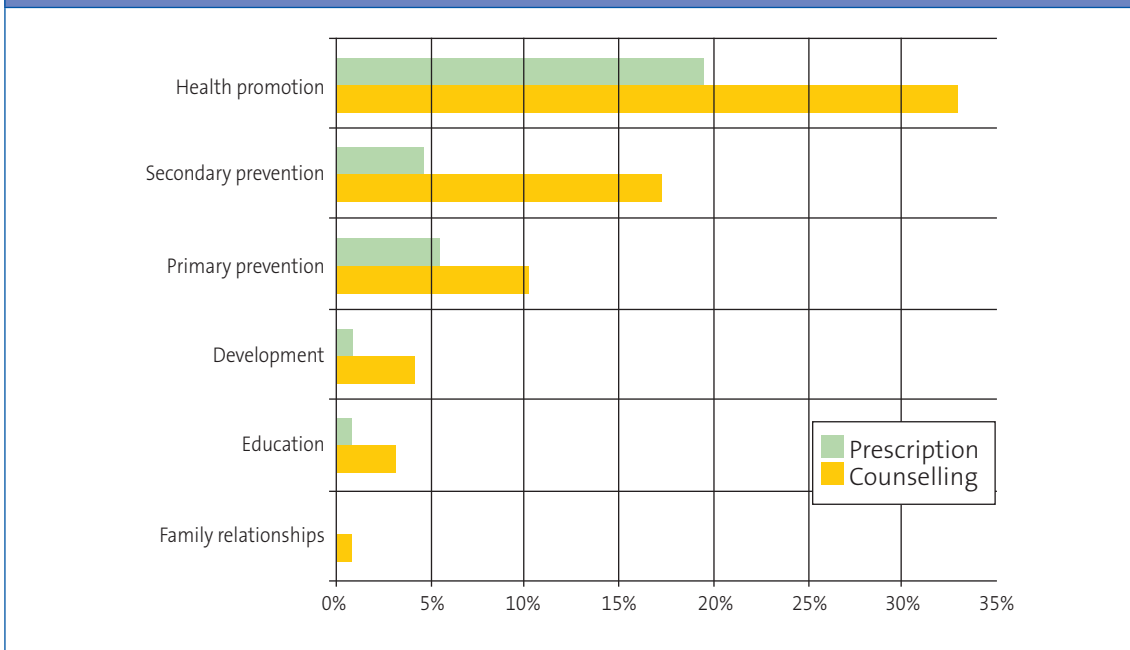
Figure 1. Mean number of recommendations made by paediatrician's initiative and requested by mothers



tions for the purposes of health promotion most frequently (32.87%), followed by secondary (17.13%) and primary prevention (10.19%). Development (4.17%), education (3.24%), and family relationships (0.93%) were barely the subject of occasional recommendations (χ^2 237.89; $p=0.000$).

The mean duration of the visits was of 16.1 minutes (SD 5.72, min. 6, max. 24). There was a significant difference between paediatricians (F 4.55; $p=0.004$). The duration showed a strong positive correlation to the number of recommendations, with a new recommendation occurring every three minutes (r 0.556; $p=0.00003$).

Figure 2. General categories of recommendations



As we have said above, when it comes to recommendations it is important to distinguish between counselling and prescriptions. Paediatricians used counselling (149/214; 70%) more often than prescription (65/214; 30%) (χ^2 32.97; $p=0.000$). In each visit, an average of 3.04 counselling recommendations (SD 2.51, min. 0; max. 9) and of 1.33 prescriptions (SD 1.48, min. 0, max. 7) were given. The effect of visit duration is more pronounced in counselling (R^2 0.24; $p=0.000$) than in prescription (R^2 0.06; $p=0.100$).

There is great variability between paediatricians both in the mean number of recommendations given (CV 38.38%) as well as the mean number of prescriptions (CV 40.75%) (Fig. 3).

The paediatrician was more likely to explain a recommendation if it had been requested by the mother, although the difference was not statistically significant. The recommendation/prescription ratio is 3.47 when the mother takes the initiative and 1.94 when the initiative is from the paediatrician (χ^2 2.94; $p=0.086$).

On the other hand, the regression curves of Fig. 4 show that as the age of the child increases, prescription becomes more frequent ($p=0.048$) and

counselling less so ($p=0.015$). The counselling-to-prescription ratio becomes inverted at around three and a half years of age. No other characteristic of the child or the mother is associated to the frequency of counselling or prescription recommendations.

DISCUSSION

In the observed well-child visits, paediatricians gave a considerable amount of recommendations. Only 6% of visits did not include recommendations. These data are in agreement with the observations of previous studies^{28,29}. It is certainly a good thing that most recommendations are of the counselling as opposed to the prescription type. Accompanying the recommendations with explanations has several positive effects: it improves the understanding of their usefulness, results in increased compliance, raises the levels of satisfaction, and gives skills and confidence to women in their role as mothers^{2,20-24}.

The fact that nearly a third of recommendations were sought by mothers, and that in these cases

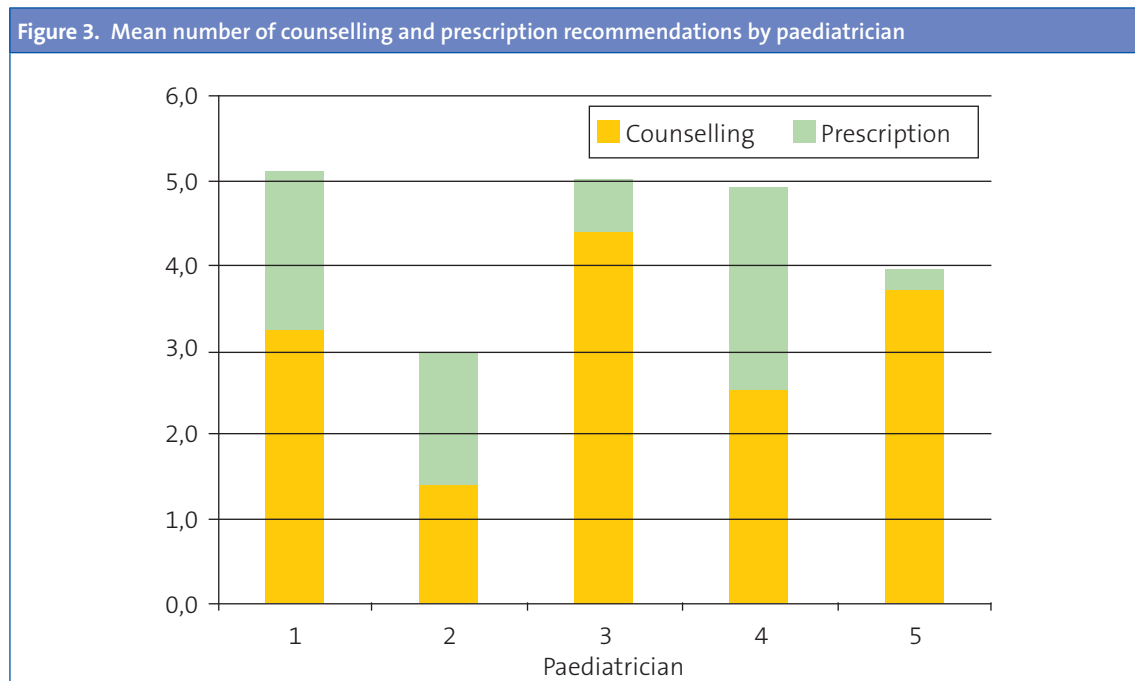
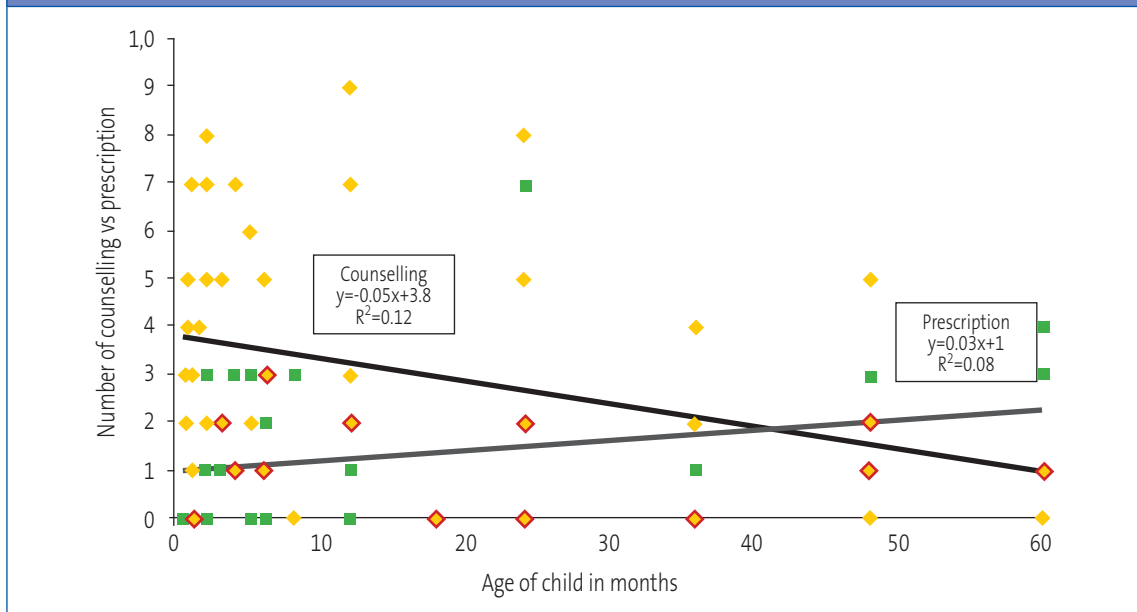


Figure 4. Regression of the number of counselling and prescription recommendations given by the paediatrician against child's age



paediatricians gave more explanations as they answered, suggests that paediatricians adapt their discourse to the needs of mothers. In fact, giving parents the opportunity to express their doubts and concerns plays a crucial role in the efficiency and quality of children's preventive care^{30,31}. Having the opportunity to express doubts and to receive advice was independent from the educational level of the mother, which suggests that paediatricians are moving toward neutralising the effects of social inequality in their practices, which is a very positive aspect of their professional activity.

The duration of the visits, of 16 minutes, was within the recommended values^{18,28,32,33} and is positively and strongly associated to the amount of counselling, while having hardly any effect on prescriptions. This suggests that the duration of the visit is associated to its quality to a certain degree. In fact, some authors consider that the long list of actions and medical advice included in the well-child programme cannot be fulfilled in so few minutes^{8,31}.

As children grow older, the frequency of prescriptions rises and the duration of the visit and the

frequency of counselling decrease. This impoverishment of the contents of the programme has been observed in other studies^{9,12,14} and is probably related to the fact that the paediatric agenda is so heavily focused on biomedical aspects. Psychosocial aspects, the family relationship, and education, are areas that are addressed only sporadically when these issues grow in significance as the child grows. We believe that there is a clear opportunity for improvement here, as we know that problems in these areas are frequent and that families would like to get advice about them from their paediatricians^{8,16,19,35}.

Medical training is very focused on the biological aspects of the health-disease process, and as a result the approach to communication with patients and families is almost exclusively based on the personal characteristics of paediatricians. The widespread view of the doctor-patient relationship as a technical area that can be subject to being learned and taught is a recent development²¹⁻²⁵.

We found more heterogeneity than expected in a professional group with a shared technical and sci-

entific background in the main variables that we studied: counselling, prescriptions, encouragement of maternal expression, and duration of visit. Although all paediatricians used counselling more than prescription, some seldom prescribe, that is, almost never give recommendations without explaining them, while others prescribe more often than they counsel.

The generalizability of the results of this study is limited due to the small sample size and non-random selection of paediatricians. Nevertheless, the sample of mothers served by each paediatrician can be considered representative of his or her clients. On the other hand, in a field in which most studies use questionnaires given to paediatricians or parents, the direct observation and recording of visits allowed us to study the actual content of the

visits rather than the opinion of those involved in them, so we consider this a strength in our study.

Our data suggest that there are different paediatric practise styles whose characteristics and effects must be researched to set the foundations for training strategies in paediatrics adapted to professional practise in a primary care setting.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare having no conflict of interests in relation to the preparation and publication of this paper.

ACRONYMS

CV: coefficient of variation • **SD:** standard deviation • **F:** ANOVA • **M:** mean • **max.:** maximum • **min.:** minimum • **r:** Pearson's coefficient • **R²:** linear regression • **χ²:** chi-square.

BIBLIOGRAPHY

1. 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.
2. Nunes C, Ayala A. ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9(35):411-25.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Cheng T, Savageau J, Bigelow C, Charney E, Kumar S, DeWitt T. Assessing mothers' attitudes about the physician's role in child health promotion. *Am J Public Health*. 1996;86:1809-12.
7. Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud. Guía para la salud infantil. Sevilla: Junta de Andalucía e Consejería de Salud; 1990.
8. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics*. 2004; 114:210-6.
9. Nunes C. Pediatricians' ideas about child development and education. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011;24(2):765-72.
10. Cheng TL, DeWitt TG, Savageau JA, O'Connor KG. Determinants of counseling in primary care pediatric practice. Physicians attitudes about time, money, and health issues. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999; 153:629-35.
11. Nunes C, Ayala M. ¿De qué hablan los pediatras y las madres en la consulta de seguimiento de la salud infantil? *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(4):239-46.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

15. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Cien Saude Colet*. 2011; 16(Supl. 1):1479-88.
16. Tanner L, Stein MT, Olson LM, Radecki L, Frintner MP. Reflections on well-child care practice: a national study of pediatric clinicians. *Pediatrics*. 2009;124: 849-57.
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. Galuska DA, Fulton JE, Powell KE, Burgeson CR, Pratt M, Elster A, et al. Pediatrician counseling about preventive health topics: results from the Physicians' Practices Survey, 1998-1999. *Pediatrics*. 2002;109: E83-3.
19. Radecki L, Olson LM, Frintner MP, Tanner JL, Stein MT. What do families want from well-child care? Including parents in the rethinking discussion. *Pediatrics*. 2009;124:858-65.
20. Hart CN, Kelleher KJ, Drotar D, Scholle SH. Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient Educ Couns*. 2007;68:179-85.
21. 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.
22. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007;66:270-7.
23. Worchel FF, Prevatt BC, Miner J, Allen M, Wagner L, Nation P. Pediatrician's communication style: relationship to parent's perceptions and behaviors. *J Pediatr Psychol*. 1995;20:633-44.
24. Nobile C, Drotar D. Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: Implications and recommendations. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24(4):279-90.
25. Clayman ML, Wissow LS. Pediatric residents' response to ambiguous words about child discipline and behaviour. *Patient Educ Couns*. 2004;55:16-21.
26. Baker LH, O'Connell D, Platt FW. What else? Setting the agenda for the clinical interview. *Ann Intern Med*. 2005;143:766-70.
27. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1988.
28. 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.
29. Manning KM, Ariza AJ, Massimino TK, Binns HJ. Health supervision visits of very young children: Time addressing 3 key topics. *Clin Pediatr*. 2009; 48:931-8.
30. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Dev*. 2000;26:137-49.
31. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics*. 2005;116(1):174-9.
32. 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.
33. Halfon N, Inkelas M, Mistry R, Olson LM. Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*. 2004;113:1965-72.
34. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary Care: Is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-41.
35. Combs-Orme T, Nixon BH, Herrod HG. Anticipatory guidance and early child development: Pediatrician advice, parent behaviors, and unmet needs as reported by parents from different backgrounds. *Clin Pediatr*. 2011;50:729-37.