

---

# ¿Qué piensan las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil?

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

<sup>a</sup>Doctora en Psicología. Profesora Auxiliar. Departamento de Psicología. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidad de Algarve. Portugal.

<sup>b</sup>Médico, Especialista en Salud Pública. Asistente de Salud Pública Administración Regional de Salud del Algarve. Autoridade Municipal de Salud de Castro Marim. Portugal.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:411-25

Cristina Nunes, csnunes@ualg.pt

## Resumen

**Objetivos:** analizar la perspectiva de las madres acerca del programa de seguimiento de la salud infantil. Se describen sus dudas y fuentes de información sobre la salud, el desarrollo y la educación de sus hijos, así como su valoración del programa, su percepción y el cumplimiento de las recomendaciones de los pediatras.

**Diseño:** estudio transversal descriptivo.

**Material, métodos y población de estudio:** construimos un cuestionario con 31 preguntas que abarca las siguientes áreas de intervención del pediatra: alimentación, sueño, cuidados generales, desarrollo psicomotor, lenguaje, prevención de accidentes y enfermedades. Se aplicó mediante una entrevista a 72 madres que acuden a las consultas del programa.

**Principales resultados:** las fuentes de información más importantes de las madres fueron, por este orden: su pareja, su familia, el pediatra y la enfermera. Mencionan más aspectos positivos que negativos del programa. El mejor valorado fue el trato personal del pediatra. Los peor valorados fueron las condiciones estructurales de la consulta: accesibilidad, horario y comodidad. Más de la mitad de las madres consideró que siempre o casi siempre el pediatra examinaba cuidadosamente al niño (65%) y que eran claras sus informaciones (57%) y recomendaciones (67%). La valoración de los pediatras con más experiencia y empeño en el programa es significativamente más positiva que la de los restantes pediatras en todos los aspectos estudiados: claridad de las recomendaciones ( $p = 0,001$ ) claridad de la información ( $p = 5 * 10^{-5}$ ) y examen cuidadoso del niño ( $p = 0,009$ ).

**Conclusión:** las madres andaluzas se apoyan más en las relaciones sociales fundamentales que en la opinión de los técnicos para formar sus criterios de crianza. Evalúan positivamente el programa y valoran mejor a los pediatras con más experiencia y empeño en el programa.

**Palabras clave:** Salud infantil, Madres, Pediatras, Desarrollo, Educación.

---

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

## Abstract

**Objectives:** to analyze the mother's perspective about the well-child program.

We describe their doubts and sources of information about their children's health, development and education, as well as their opinion about the program, perception and accomplishment of the pediatrician's advice.

**Design:** cross-sectional descriptive survey.

**Material, methods and participants:** we built a questionnaire with 31 questions, applied by interviews to the 72 mothers attending the visits of the program. The questionnaire included the following areas of the pediatrician's intervention: feeding, sleeping, general care, psychomotor development, language, prevention of accidents and illnesses.

**Main results:** the mothers' main sources of information were the following, by order of importance: their mate, family, pediatrician and nurse. They mention more positive aspects of the program than negative ones. The most valued aspect was the personal treatment of the pediatrician and the worst valued aspects were the structural conditions of the visit (accessibility, schedule, convenience). More than half of the mothers considered that the pediatrician always or almost always examined carefully their children (65%) and that the information given was clear (57%), so as the recommendations (67%). The evaluation of the pediatricians who were more experienced and keen on the program is significantly higher than the rest of the pediatricians in every studied aspect: clarity of the recommendations ( $p = 0,001$ ); clarity of the information ( $p = 5 * 10^{-5}$ ); careful examination of the children ( $p = 0,009$ ).

**Conclusion:** the andalusian mothers get more support from their basic social relations than from the technicians to build their criteria of upbringing. They value the program positively and they value better the more experienced pediatricians that were keen on the program.

**Key words:** Children's health, Mothers, Pediatricians, Development, Education.

## Introducción

Los padres necesitan información y orientación que los ayude a tomar las decisiones más acertadas y a sentirse seguros en las actuaciones que afectan al proceso de salud, desarrollo y educación de sus hijos. Una de las principales fuentes de información y consejo para los padres son los pediatras<sup>1-4</sup>.

En Andalucía, el marco institucional en que encuadran las labores de consejo del pediatra es el Programa de Seguimiento de Salud Infantil<sup>5</sup>. Uno de los

objetivos fundamentales de este programa es dar respuesta a la necesidad de orientación y consejo de los padres. De los profesionales sanitarios se espera no sólo que realicen la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades y alteraciones del desarrollo, sino también que fomenten el estímulo de éste, den pautas educativas y promuevan la adquisición de hábitos saludables<sup>6</sup>.

Sin embargo, existe un conocimiento limitado sobre qué temas son abordados

en estas consultas y si responden, o no, a las expectativas y necesidades de información de los padres. Varios estudios sugieren que los progenitores no reciben toda la información que necesitan sobre el desarrollo y la educación de los niños<sup>7-10</sup> y que no solicitan consejo a los pediatras sobre estos temas porque perciben que existe poco interés por su parte o falta de tiempo en las consultas<sup>11</sup>.

Por otro lado, sabemos que la formación pediátrica está centrada fundamentalmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y que la mayoría de las actividades de prevención y educación son una experiencia relativamente reciente. De hecho, tanto en la formación inicial como en la especialidad pediátrica, el desarrollo psicológico, la educación infantil y las técnicas de comunicación son temas relegados a un plano muy secundario<sup>12,13</sup>.

El objetivo general de este estudio es conocer la perspectiva de las madres acerca del programa de seguimiento de la salud infantil, prestando especial atención a los aspectos relacionados con el desarrollo y la educación de los niños. Los objetivos específicos son conocer:

- Las dudas, fuentes y necesidad de información percibidas por las madres sobre la salud, el desarrollo y la educación de sus hijos.

- Valoración sobre el programa y el pediatra.
- Su percepción y cumplimiento de las recomendaciones de los pediatras.

## Material y métodos

La muestra estuvo constituida por 72 madres que acudían a las consultas del programa de seguimiento de la salud infantil. Con la finalidad de evaluar el efecto de la selección por conveniencia de los pediatras sobre el conjunto de las variables de interés se formaron dos grupos. El grupo A, constituido por 45 mujeres que acuden a las consultas de pediatras con amplia experiencia y empeño en el programa, seleccionadas aleatoriamente por día de consulta. El grupo B, constituido por 27 mujeres seleccionadas directamente desde la unidad de atención al usuario de modo consecutivo a partir de la lista de cita previa y no por la experiencia o disponibilidad del pediatra de participar en el estudio. Se adhirieron todas las mujeres contactadas, tras la obtención de su consentimiento informado.

Para describir la valoración de las madres sobre el programa de seguimiento de la salud infantil, construimos un cuestionario con 31 preguntas, siguiendo las áreas de intervención del pediatra, tal como las define la Consejería de

Salud de la Junta de Andalucía<sup>5</sup>: alimentación, sueño, cuidados generales, desarrollo psicomotor, lenguaje, prevención de accidentes y enfermedades (ver anexo 1).

Las entrevistas se concertaron telefónica o personalmente en el centro de salud durante la consulta y las madres fueron previamente informadas acerca de los objetivos del estudio. Los cuestionarios fueron aplicados a través de una entrevista individual en el hogar con una duración media de una hora.

La codificación, tabulación y presentación gráfica de los datos fue realizada en Excel® y el análisis estadístico en SPSS® v.11,5.

## Resultados

---

### Características de los sujetos

Las participantes eran mujeres con edades comprendidas entre los 22 y los 41 años con una media de 32,7 años y una distribución normal. La mitad (50%) tenía estudios primarios y las restantes de nivel medio (24%) o superior (26%). El nivel de escolaridad de los padres era prácticamente idéntico al de las madres pero existía una gran diferencia en su situación laboral: trabajaban de modo continuo el 89% de los hombres y el 24% de las mujeres. En el 4% de los ho-

gares estaban ambos en paro y en otro 4% el único trabajo existente era intermitente. Las familias estaban constituidas por una media de 2,1 hijos. Los niños que traían a la consulta tenían edades comprendidas entre 1 mes y 7 años con una media de 25 meses.

### Estado de salud del niño, dudas y preocupaciones de las madres

Según las madres, el 97% de los niños tenía un estado de salud bueno o muy bueno, y el 93% lo había tenido así durante toda su vida. La mayoría de los problemas experimentados fueron banales o agudos. De todas maneras, el 60% de los niños había sufrido a lo largo de su vida (incidencia acumulada) al menos un problema de salud digno de mención. En un 20% de los casos se trató de un problema agudo con relevancia clínica.

Sólo el 27% de las madres no tenía ninguna preocupación o duda relacionada con la salud del niño. Las causas más frecuentes fueron las enfermedades, sobre todo la meningitis, y los problemas ya experimentados por el niño.

### Fuentes y necesidad de información sobre crianza, desarrollo y educación

A las madres entrevistadas cuidar y educar a los hijos les parecía difícil, aun-

<b>Anexo I. Ítems del cuestionario</b>
1. ¿Qué le ha preguntado al pediatra en las consultas del niño sano?
2. ¿De qué temas le ha hablado (el pediatra) durante todas las consultas del niño sano?
3. Desde que nació, la salud de su hijo ha sido...
4. ¿Qué problemas de salud ha tenido?
5. Y en este momento, ¿cómo es su salud?
6. ¿Qué problemas de salud tiene?
7. ¿Qué temas le preocupan más (o qué dudas tiene) sobre la salud de su hijo?
8. ¿Por qué le preocupa o le crea dudas?
9. ¿Qué temas le preocupan más (o qué dudas tiene) sobre el desarrollo y la educación de su hijo?
10. ¿Por qué le preocupa o le crea dudas?
11. En relación con el sueño, ¿ha habido situaciones en las que no estaba segura de qué era lo mejor?
12. En relación con la lactancia, ¿ha habido situaciones en las que no estaba segura de qué era lo mejor?
13. En relación con las rabietas, ¿ha habido situaciones en las que no estaba segura de qué era lo mejor?
14. En relación con el desarrollo del niño, ¿ha habido situaciones en las que no estaba segura de qué era lo mejor?
15. En relación con la alimentación, ¿ha habido situaciones en las que no estaba segura de qué era lo mejor?
16. ¿Qué es lo que le parece más difícil en la crianza y educación de los hijos?
17. ¿Por qué lleva a su niño a las consultas del programa de salud infantil?
18. Aparte del pediatra del centro de salud, ¿le lleva a otro pediatra? ¿Por qué motivo?
19. ¿Le gustaría haber hablado con el pediatra de otros temas?, ¿cuáles?
20. ¿Por qué no lo ha hecho hasta ahora?
21. ¿Las recomendaciones que hace el pediatra son claras?
22. ¿En qué aspectos ha habido diferencias entre lo que pensaba y lo que le ha dicho el pediatra?
23. ¿Alguna vez le ha parecido que en el caso concreto de su hijo era mejor no hacer lo que le aconsejaba?
24. ¿De qué se trataba?
25. En cuanto a la duración de las consultas, le parece que duran...
26. ¿Las explicaciones que le dan son claras?
27. ¿El pediatra examina con mucho cuidado y atención al niño?
28. En relación con la comodidad, ¿cómo le parecen las instalaciones de la consulta?
29. ¿El pediatra suele darle folletos o material informativos?, ¿los suele leer?, ¿cómo le parecen estos folletos?
30. ¿Qué es lo que más le gusta de estas consultas?
31. ¿Y lo que menos le gusta?

que la mayoría (78%) consideraba que los problemas se pueden resolver usando el sentido común.

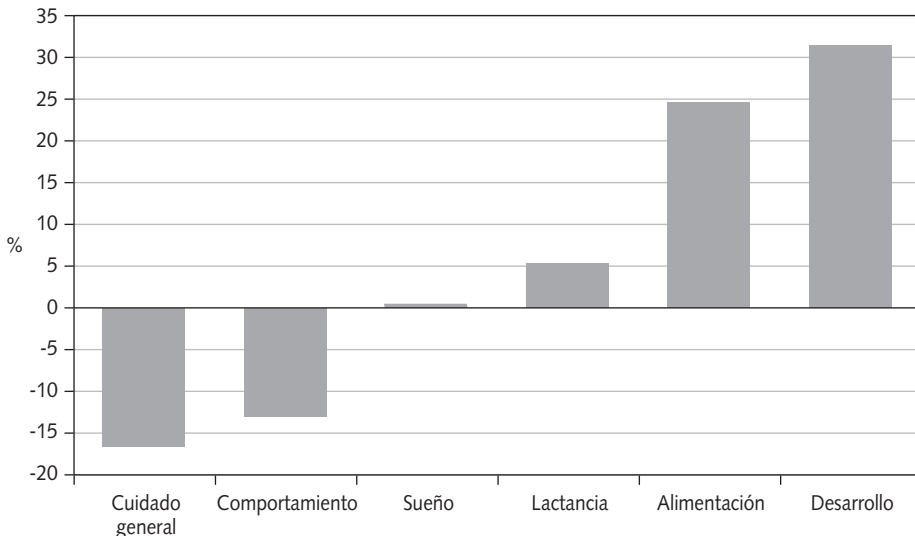
Para conocer qué temas causaban mayor inseguridad construimos un índice de autoconfianza de acuerdo con la fórmula:  $[(N \text{ total desacuerdo} \times 3) + (N \text{ desacuerdo} \times 2) - (N \text{ acuerdo} \times 2) - (N \text{ total acuerdo} \times 3)] \times 100 / \text{Total de respuestas} \times 3$ .

Donde N es el número de respuestas obtenidas a preguntas con la siguiente estructura común: "En relación con... ha habido situaciones en las que no estaba segura sobre qué era mejor hacer". Este índice permite una interpretación

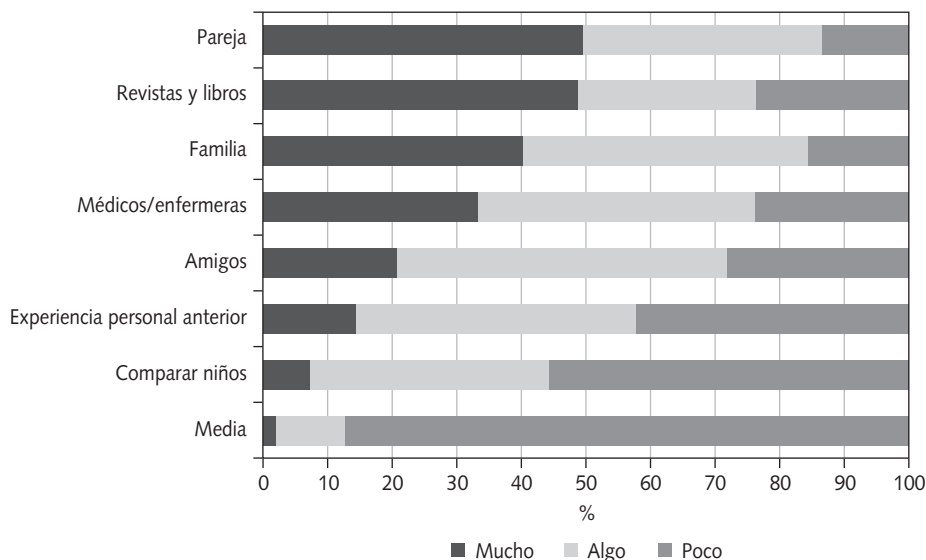
intuitiva con un rango que se sitúa entre el 100% para total seguridad y el -100% para total inseguridad. En la figura 1 podemos observar que se sentían menos seguras para resolver problemas relacionados con los cuidados generales del niño y el comportamiento y más seguras ante el desarrollo y la alimentación.

En la figura 2 podemos observar que las personas que más contribuyeron para el conocimiento de las madres sobre los niños eran, por este orden, su pareja, su familia y el médico o la enfermera. Han aprendido mucho más consultando revistas y libros que a través de los me-

**Figura 1.** Índice de seguridad de las madres por temas.



**Figura 2.** Fuentes de información de las que más han aprendido las madres.



dia. La función de la pareja como fuente de consejo acerca de la educación es aún más importante, y son también relevantes el papel de psicólogo de la abuela del niño y del profesional sanitario. Las fuentes de información y consejo no variaron significativamente en función del nivel de estudios de las madres.

### Evaluación del programa y del pediatra

Las madres no explicaron de forma clara el motivo por el que llevaron a sus niños a la consulta y muchas veces (38%) sus motivos son de beneficencia

general tal como "saber si está todo bien", "saber cómo va" o "para que lo vea". Además, cuando se mencionan motivos específicos existe una importante dispersión entre ellos; los más mencionados son el control del crecimiento y desarrollo (20%) y las razones normativas tales como "porque hay que llevarlos" (17%).

A la hora de valorar el programa en general, las madres mencionaron más aspectos positivos que negativos: un 43% no encontró aspectos negativos aunque un 29% tampoco mencionó ninguno positivo. Lo que mejor se valoró fue el trato personal del pediatra,

y los aspectos peor valorados fueron las condiciones estructurales de la consulta (accesibilidad, horario, comodidad) y la competencia técnico-científica (figura 3).

El diagrama de dispersión (figura 4) muestra que la valoración del trato personal de la competencia técnico-científica están muy débilmente relacionadas ( $R^2 = 0,10$ ). Llama la atención que, siendo similar la valoración de la competencia técnico-científica entre los dos grupos pediátricos, las madres del grupo A estén mucho más satisfechas con el trato que reciben que las del B. De hecho, las del grupo A sólo expresan opiniones positivas sobre el trato mientras que entre las del B predominan claramente las negativas ( $p < 0,0001$ ).

En las preguntas ¿qué es lo que más le gusta de estas consultas?, ¿y lo que menos le gusta?, la mayoría no se pronuncia acerca de los objetivos del programa, la organización de la consulta o el apoyo emocional y social que obtiene.

Las respuestas a las preguntas específicas sobre el desempeño pediátrico muestran también una evaluación positiva: más de la mitad consideró que siempre o casi siempre el pediatra examinaba cuidadosamente al niño (65%) y que eran claras sus informaciones (57%) y recomendaciones (67%).

En este punto volvemos a encontrar grandes diferencias entre los grupos pediátricos: en todos los aspectos la evaluación de los pediatras del grupo A es significativamente mejor que la de los del B. (Claridad de las recomendaciones:  $\chi^2 = 14,692$ ; 2 g. l.;  $p = 0,001$ ; claridad de la información:  $\chi^2 = 19,967$ ; 2 g. l.;  $p = 5 * 10^{-5}$ ; examen cuidadoso del niño:  $\chi^2 = 9,526$ ; 2 g. l.;  $p = 0,009$ .)

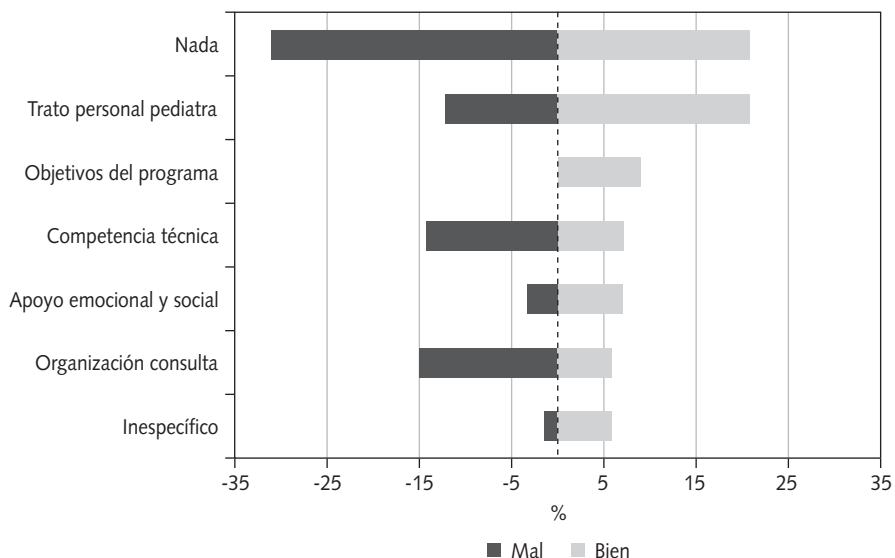
Las madres preguntaban al pediatra, sobre todo, aspectos relacionados con alimentación, crecimiento, pautas de desarrollo y tratamiento de enfermedades o problemas banales de salud. El pediatra abordaba más temas que ellas y se centraba en alimentación, crecimiento, vacunas y pautas de desarrollo.

Aunque la mayoría (64%) no sintió necesidad de abordar más temas, a más de un tercio (36%) le habría gustado hablar más, especialmente sobre disciplina y educación (46%) y desarrollo infantil (35%), aunque no lo hicieron por falta de tiempo. Las recomendaciones del pediatra son frecuentemente incumplidas: el 40% de las madres no cumplió por lo menos una, sobre todo en relación con el tratamiento de enfermedades (55%) y las pautas de alimentación (28%) (figura 5).

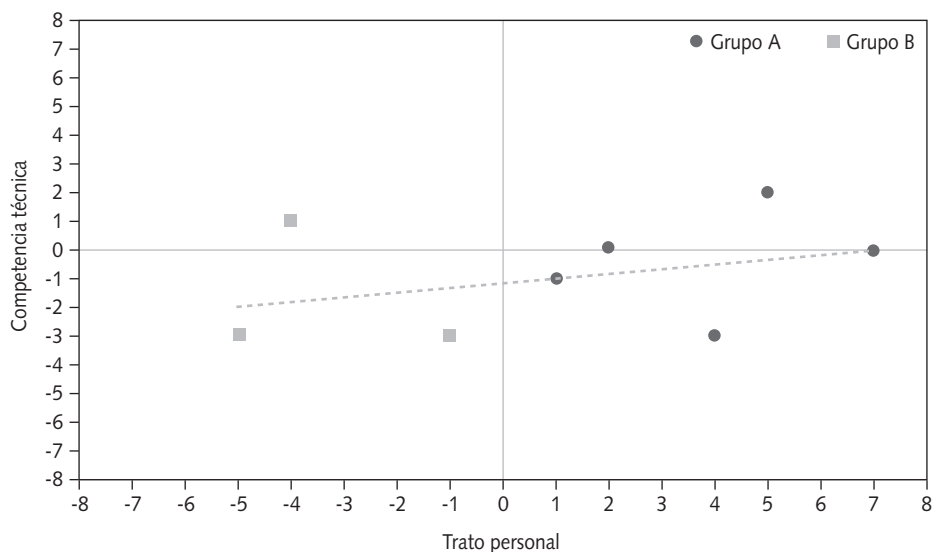
La diferencia entre las ideas de madres y pediatras y el incumplimiento de las recomendaciones también varía significati-



**Figura 3. Aspectos positivos y negativos del programa.**

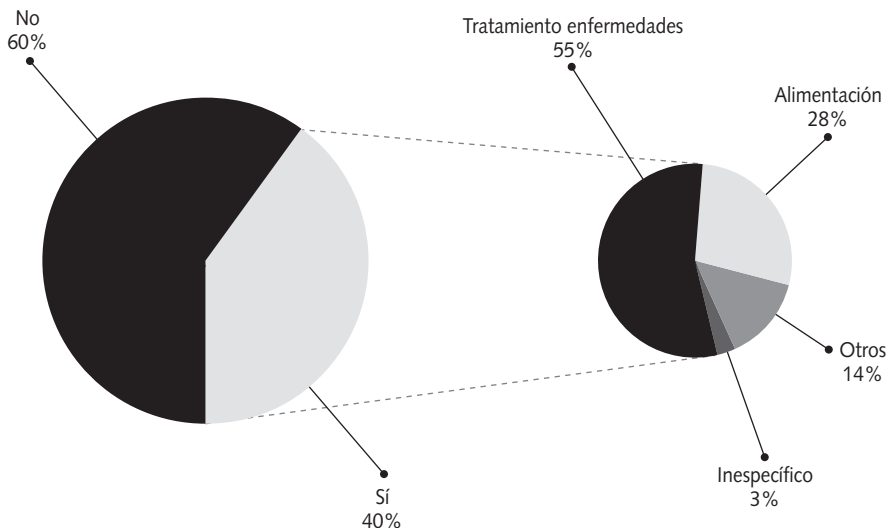


**Figura 4. Valoración del trato personal y la competencia profesional en los ocho pediatras.**



\* Diferencia entre el número de menciones positivas y negativas de cada categoría.

Figura 5. Incumplimiento de las recomendaciones del pediatra.



vamente entre grupos pediátricos: el 74% de las madres del grupo B refiere diferencias frente al 46% de las del grupo A ( $p = 0,02$ ), e incumple sólo el 27% de las madres de los pediatras del grupo A frente al 63% de las del grupo B ( $\chi^2 = 9,242$ ; 1 g. l.;  $p = 0,002$ ).

La mayoría de las madres (64%) no recibió ningún tipo de material informativo impreso por parte del pediatra, aunque la minoría que los ha recibido los lee (92%) y les ha servido de mucha (71%) o alguna ayuda (29%). Los pediatras del grupo A han dado más material informativo que los del grupo B ( $\chi^2 = 8,492$ ; 1 g. l.;  $p = 0,004$ ).

Respecto a la duración de las consultas, el 56% de las madres piensa que duran lo justo, el 43% que es escasa y sólo el 1% que es excesiva. Una proporción significativamente mayor ( $\chi^2 = 16,382$ ; 1 g. l.;  $p = 5 * 10^{-5}$ ) de madres de los pediatras del grupo B consideran que las consultas deberían durar más tiempo.

La comodidad de las instalaciones de la consulta es considerada "suficiente" por la mayoría (62%). Una proporción igual (19%) las encuentra "muy cómodas" o por el contrario "poco cómodas".

Cerca de dos tercios de las madres sólo acuden a la consulta del pediatra del centro de salud. La consulta a pediatras aje-

nos al centro de salud es significativamente ( $\chi^2 = 7,08$ ; 1 g. l.;  $p = 0,008$ ) más frecuente en el grupo B. Los principales motivos para hacerlo son los siguientes: por un problema de salud (11%), por hábito (8%), más calidad y confianza (8%), por comodidad de horario (6%) o para contrastar opiniones (3%).

## Discusión

El estado de salud percibido de los niños estudiados es bastante satisfactorio; no obstante, la mayoría ha experimentado un episodio de enfermedad relevante. La preocupación de las madres tiene raíces en su experiencia personal y no es sólo el producto del pasado histórico. Es decir, que, a pesar de la enorme reducción de la carga de morbimortalidad, los niños siguen experimentando problemas de salud lo bastante relevantes como para dar origen a preocupaciones, los niños siguen siendo vulnerables.

La preocupación, como estado psíquico, está emparentada con el miedo en el sentido de que anticipa el dolor, y, tal como este, muchas veces no se ajusta a la amenaza objetiva. De este hecho son conscientes muchas madres. Así, aunque existe más apetencia de información sobre desarrollo/educación, la salud/enfermedad es causa mucho más

frecuente de preocupación. Sólo el 27% se considera libre de ella.

Como lo atestiguan situaciones recientes de pánico de masas, la meningitis es la enfermedad preocupante por excelencia. Su capacidad para segar con rapidez vertiginosa la vida de un niño previamente sano y su carácter epidémico se asocian para evocar pánicos maternos. La epidemiología de la enfermedad meningocócica y la ecología de *Neisseria meningitidis* son complejas. Son por eso difíciles de resumir de forma tal que se permita una comprensión capaz de sustentar un comportamiento materno adecuado a la naturaleza de la amenaza.

Es de esperar que la apreciación global de un proceso de la magnitud de la crianza de un hijo sea compleja y difícil de captar mediante posicionamientos acerca de enunciados simples. No obstante, nos pareció que deberíamos intentar avanzar en el conocimiento de esta visión de las mujeres, porque en el esfuerzo de apreciación global de una parte tan importante de la vida, se revela una conciencia de alguna manera superior del orden de las cosas.

Dicen que educar a los hijos es difícil, aunque las cosas se resuelven usando el sentido común. El campo semántico de sentido común es muy complejo y con

alguna influencia del empirismo inglés va a beber en diversas fuentes de la filosofía clásica. Casi al unísono las madres nos dicen que, en la difícil tarea de educar, el conocimiento general de la vida, y no una técnica específica, es lo esencial. Algunas piensan que tienen y tuvieron ese conocimiento y otras que no.

Ser madre es, en primer lugar, resolver multitud de problemas prácticos del tipo "¿qué hacer cuando el niño...?"; por eso no es sorprendente que sean estos cuidados generales la causa más frecuente de dudas e inseguridad. El comportamiento infantil se considera la segunda causa de inseguridad, la primera causa de preocupación y la fuente de los problemas más difíciles de resolver.

Las principales preocupaciones de las madres son similares a las encontradas en los estudios norteamericanos<sup>7,8,10</sup>. Sin embargo, la proporción de madres que manifiestan dudas acerca del desarrollo y educación en nuestra muestra (60%) es superior a la observada por Hidalgo<sup>3</sup> en Sevilla (42%). No obstante, esta autora señala que los padres con mayor nivel de estudios y los que acuden al centro de salud son los que tienen más dudas.

Aunque lo esencial sea el sentido común, existe una gran apetencia por conocimiento acerca de los niños y más

sobre aspectos educativos que sanitarios. De hecho, muchas mujeres se han enfrentado con barreras de acceso a la información sobre crianza en un momento tan crucial como el primer embarazo. La multiparidad está asociada a la dificultad de informarse y, sin embargo, ni la escolarización ni la edad materna ejercen un efecto mensurable.

A lo largo de la entrevista sobresale la gran importancia del padre como interlocutor acerca de todo tipo de cuestiones relacionadas con el cuidado y la educación del niño. Esta observación es compatible con la de Hidalgo<sup>3</sup>, aunque esta autora no individualiza el papel del padre respecto del conjunto de la familia. Por otro lado, en nuestra muestra no observamos que las madres con un nivel de estudios más alto recurrieran más frecuentemente a especialistas y lecturas.

Los trabajos de Harkness y cols<sup>1</sup> muestran que la población norteamericana obtiene información de fuentes muy diferentes de la española, con un claro predominio de los pediatras seguida por los libros, muchos de los cuales están escritos por pediatras. Amigos y familia son fuentes marginales.

Nuestros resultados son compatibles con la idea de que las españolas se apoyan más en las relaciones sociales fundamentales para formar sus criterios de

crianza mientras que las estadounidenses parecen formar sus criterios según las opiniones de los técnicos.

La valoración realizada por las madres de casi todos los aspectos relevantes del desempeño de los pediatras está fuertemente determinada por el grupo pediátrico al que pertenecen.

Las madres del grupo A fueron seleccionadas por ser atendidas por pediatras identificados por los coordinadores de educación para la salud como más experimentados y entusiastas respecto del programa. Además, estuvieron disponibles para ser entrevistados y lo suficientemente seguros como para aceptar ser observados al pasar consulta. En consecuencia, consideramos que era probable que constituyesen un grupo con prácticas de mayor calidad que el conjunto de su grupo profesional. Por el contrario, las del grupo B fueron seleccionadas a partir de una lista de citas sin ninguna característica peculiar y, por tanto, es más probable que frecuenten profesionales representativos de la población de pediatras que lleva a cabo el programa.

Los datos señalan claramente que la práctica de los pediatras del grupo A es mejor que la de los del B en casi todos los aspectos estudiados. Las madres atendidas por los pediatras del grupo A

están más satisfechas con el trato recibido, entienden mejor las recomendaciones, consideran que la exploración física de su niño es hecha con mayor cuidado, reciben más material informativo y sienten que se les dedica más tiempo. Consecuentemente, perciben que existen menos diferencias entre sus ideas y las del pediatra y, posiblemente por eso, cumplen mejor sus recomendaciones y consultan menos a otros pediatras.

Por el contrario, no se observan diferencias entre los grupos respecto a las condiciones estructurales de la consulta (accesibilidad, horario y comodidad), el acuerdo con los objetivos del programa y la apreciación de la calidad técnico-científica del pediatra.

Estos datos son importantes porque muestran por primera vez cómo actúan en el terreno de la vigilancia de la salud infantil leyes y observaciones realizadas en otros ámbitos. En primer lugar, la enorme importancia del trato personal no sólo en la satisfacción de las madres sino también en la efectividad del pediatra. Esta observación, tal como ocurre con muchas otras obtenidas empíricamente, no es sorprendente. Si somos más amables, damos la oportunidad y el tiempo para que la madre se exprese y nos esforzamos por ser claros, aumentamos la probabilidad de ser entendi-

dos, de que las madres se apropien de nuestras recomendaciones y de que finalmente las cumplan.

También vemos actuar otra ley, estudiada ampliamente por primera vez por Donabedian<sup>14</sup>, que asume que, desde la perspectiva de los ciudadanos, la calidad del trato personal y la calidad técnico-científica son dimensiones poco relacionadas y que, siendo por definición el público el mejor juez de la primera, es un mal evaluador de la segunda.

En general, la gente no tiene elementos de juicio para evaluar la calidad técnico-científica de los médicos de manera válida. La evaluación por legos de la

exactitud del diagnóstico y la efectividad del tratamiento está sujeta a innumerables sesgos cuya dirección principal es favorecer el exceso diagnóstico y terapéutico. Obviamente, el tratamiento activo de condiciones que cursan espontáneamente hacia la cura, como frecuentemente es el caso en pediatría, es una fuente inagotable de prestigio y reconocimiento. En cambio, un comportamiento de prudente espera ante una fiebre sin ninguna focalidad, en aquella ocasión entre muchos millares que evolucionó hacia un síndrome meníngeo, será eternamente recordado como un error garrafal.

---

## Bibliografía

1. Harkness S, Super C, Keefer C. Learning to be an American parent: how cultural models gain directive force. In: Andrade RG, Strauss C, editors. Human motives and cultural models. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. p. 163-78.

2. Harkness S, Super C, Keefer C. Ask the doctor: the negotiation of cultural models in American parent-paediatrician discourse. In: Harkness S, Super C, editors. Parents' cultural belief systems. New York: Guilford; 1996. p. 289-310.

3. Hidalgo MV. El proceso de convertirse en padre y madre. Análisis ecológico desde la psicología evolutiva. Tesis doctoral no publicada. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1994.

4. Nunes C. Pediatras, madres y políticas de salud infantil. Tesis doctoral no publicada. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2004.

5. Dirección General de Atención Primaria. Guía para la salud infantil. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de salud; 1990.

6. Martínez Fernández MR, Sánchez Calderón M, Hindi El Kassis B, Palomino Bueno C, Grifo Peñuelas MJ. Encuesta a los padres sobre el programa de salud infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:21-30.

7. 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.

8. Galuska DA, Fulton JE, Powell KE. Pediatrician counseling about preventive health topics: results

from the Physicians' Practices Survey, 1998-1999. *Pediatrics*. 2002;109:e83.

9. Bethell C, Peck C, Schor E. Assessing health system provision of wellchild care: the Promoting Healthy Development Survey. *Pediatrics*. 2001; 107:1084-94.

10. Olson L, Inkelas M, Halfon N, Schuster M, O'Connor K, Mistry R. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and paediatricians. *Pediatrics*. 2004;113: 1907-16.

11. Cheng TL, Savageau JA, DeWitt TG, Bige-

low C, Charney E. Assessing mother's attitudes about the physician's role in child health promotion. *Am J Pub Health*. 1996;86:1809-12.

12. American Academy of Pediatrics. The pediatrician and the "new morbidity". Policy Statement. *Pediatrics*. 1993;92:731-3.

13. Crespo M. Formación de especialistas en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:37-52.

14. Donabedian. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Mexicana; 1984.

