



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Determinantes del Consejo de Comportamiento

Saludable en estudiantes de medicina

TESIS DOCTORAL

Autor: Juan Ricardo Bencomo Pérez

Directoras: Dra. Sofía López Roig
Dra. M^a Ángeles Pastor Mira

Sant Joan d'Alacant, Mayo 2015

AGRADECIMIENTOS

En un proyecto como este siempre terminan involucrándose para bien muchas personas, lo cual se agradece y estimula.

A Sofia y Ma Angeles, mis directoras de tesis, quiero agradecer no solo la paciencia, la dedicación y la orientación sino también el compartir la experiencia de un proceso que se inició como una investigación (y terminó como una tesis doctoral) pero que también fue una puerta que se abrió para cambiar mi realidad en su totalidad y vosotras habéis formado parte de eso también.

A mi madre, siempre me has apoyado, me has dado lo mejor de ti en todos los sentidos y gracias a tu impulso muchas cosas en mi vida se han hecho realidad.

A Manuel, con tu amor incondicional, has hecho que mi vida tenga más de mil colores.

A Mari Carmen y muchos otros amigos, queridos todos, que han estado y están profundamente involucrados en mi vida de lo cual me alegro mucho!

Y pensando en mi historia, es justo agradecer tanto a las personas y pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Maracaibo e igualmente a la Unidad de Oncología del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, lugares que durante 15 años fueron mi escuela y donde aprendí a querer y respetar mi profesión, a reconocer la importancia del trabajo multidisciplinario y a valorar el sentido de servicio hacia los demás.

Índice de Tablas	V
Lista de Abreviaturas	X
JUSTIFICACIÓN	1
RESUMEN	6
ESTUDIO TEÓRICO.....	9
1. El control en salud.....	10
1.1. Control a través de la interacción.....	15
1.1.2. Modelos de relación médico-paciente de Roter y Hall.	21
1.1.2. El Consejo Comportamental de salud.....	27
1.1.2.1. Características del Consejo Comportamental de salud.....	29
1.1.2.2. Aplicación del Consejo Comportamental de salud en el contexto sanitario.....	31
1.1.2.3. El Consejo Comportamental de salud y el cambio de conducta.....	32
1.1.2.4. Prevalencia del Consejo Comportamental de salud en la consulta médica.....	35
1.2. Evaluación de la interacción médico-paciente.....	37
1.2.1. Sistema de Modos Verbales de Stiles.....	39
1.2.2. Sistema de análisis de Bales.....	41
1.2.3. Sistema de Análisis de Interacción de Roter (RIAS).....	43
2. El aprendizaje del rol médico	50
2.1. Perspectivas de rol.....	51
2.2. Rol profesional en medicina.....	51
2.2.1. La socialización profesional en medicina.....	52
2.3. Aprendizaje de actitudes y comportamientos de dar control al paciente.....	53
2.3.1. Competencias de rol y habilidades de comunicación del médico.....	54

II

2.3.2. Valoración de habilidades de interacción del médico.	56
2.3.3. Entrenamiento en habilidades de consejo comportamental de salud.....	58
3. La Teoría de la Acción Planeada	62
3.1. La Teoría de la Acción Planeada.	63
3.2. La Teoría de la Acción Planeada y la ejecución de conductas de salud.....	66
ESTUDIO EMPÍRICO.....	69
I. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	70
1. Objetivos	70
1.1. Objetivos generales.....	70
1.2. Objetivos específicos	70
2. Hipótesis	71
II. MÉTODO	78
1. Diseño, población de estudio y procedimiento	78
1.1. Diseño, participantes y procedimiento.....	78
1.2. Procedimiento de registro del Consejo Comportamental de salud.	80
1.3. Procedimiento para el estudio de fiabilidad interjueces.	81
2. Variables e instrumentos.....	82
2.1. Variables sociodemográficas.	82
2.2. Variables de Consejo Comportamental de salud	82
2.2.1. Análisis de fiabilidad interjueces (G2).	87
2.2.2. Análisis de fiabilidad interjueces (G1).	88
2.3. Variables de la Teoría de la Acción Planeada.	89
2.4. Variables de manipulación de la percepción de control.	90
3. Tratamiento de los datos y procedimiento de análisis estadístico	93
4. Participantes.....	97

III

4.1. Variables sociodemográficas	97
4.2. Comparación de las variables socio-demográficas entre grupos G1 y G2. ...	102
III. RESULTADOS.....	104
1. Descripción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud.....	104
1.1. Total y categorías Médica/Terapéutico y Estilo de Vida/Psicosocial.....	104
1.2. Diferencias según el sexo y ocupación de los padres. 122	106
1.3. Análisis de frecuencias.	111
2. Análisis predictivo de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud.....	114
2.1. Descripción de las variables de la Teoría de la Acción Planeada.....	114
2.2. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T1.	116
2.3. Análisis predictivo de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud en T1.....	118
3. Evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes.	120
3.1. Descripción de las variables Teoría de la Acción Planeada en el T2.	120
3.2. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T2.	122
3.3. Evolución de la intención y sus determinantes entre T1 y T2.....	123
3.4. Descripción de las variables de la Teoría de la Acción Planeada en T3.	127
3.5. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T3.	129
3.6. Evolución de las variables de la Teoría de la Acción Planeada en T1, T2 y T3.	131
4. Análisis de efectos de la manipulación de la percepción de control.	133

IV

4.1. Descripción de la intención conductual de dar Consejo Comportamental de salud y la manipulación de la percepción de control.....	133
4.2. Análisis de la evolución de las condiciones de manipulación de la percepción de control.....	135
IV. DISCUSIÓN.....	140
V. CONCLUSIONES.....	156
BIBLIOGRAFIA	160
ANEXOS.....	172



Índice de Tablas

Tabla 1. Análisis de fiabilidad interjueces G2	87
Tabla 2. Análisis de Fiabilidad Interjueces G1	88
Tabla 3. Variables de estudio.....	93
Tabla 4. Tratamiento estadístico según los objetivos de investigación	96
Tabla 5. Descriptivos de la edad respecto al sexo	100
Tabla 6. Distribución de la variable tipo de escuela.....	101
Tabla 7. Distribución de frecuencia de la variable Tipo de escuela respecto al sexo... 101	
Tabla 8. Distribución de frecuencia de la variable Ocupación de los padres	102
Tabla 9. Comparación de medias de las variables Sociodemográficas entre el 1er y 2do curso.....	103
Tabla 10. Percentiles de la variable total Consejo Comportamental de Salud	104
Tabla 11. Percentiles de las variables Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial ...	106
Tabla 12. Diferencias de medias de las variables Consejo Comportamental de Salud según sexo.....	107
Tabla 13. Percentiles de las variables Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial ...	107
Tabla 14. Diferencia de medias de la conducta de dar CCS según ocupación de los padres	108
Tabla 15. Distribución de frecuencias de las subcategorías de CCS de condición médica/régimen terapéutico.....	111
Tabla 16. Distribución de frecuencias de las subcategorías de Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial.....	112
Tabla 17. Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina	114

Tabla 18. Diferencias de medias de las variables TAP según sexo	115
Tabla 19. ANOVA de un factor de la ocupación de los padres y la TAP	116
Tabla 20. Correlaciones entre variables de la TAP en T1	117
Tabla 21. Análisis predictivo de la actitud, norma subjetiva y control comportamental percibido sobre la intención en T1	118
Tabla 22. Correlaciones entre variables de la TAP y la conducta de dar consejos comportamental de salud en T1	119
Tabla 23. Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina en T2	120
Tabla 24. Diferencias de medias de las variables de la TAP según sexo en T2	121
Tabla 25. ANOVA de un factor de la ocupación sanitaria de los padres y variables TAP en T2	121
Tabla 26. Correlaciones entre variables de la TAP en T2	122
Tabla 27. Análisis predictivo de las variables de la TAP sobre la intención en T2	123
Tabla 28. Evolución de la intención y sus determinantes entre T1 y T2	125
Tabla 29. Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina	127
Tabla 30. Diferencias de medias de las variables de la TAP según sexo en T3	128
Tabla 31. ANOVA de un factor de la ocupación de los padres y variables de la TAP en T3	129
Tabla 32. Correlaciones entre variables de la TAP en T3	129
Tabla 33. Análisis predictivo de las variables de la TAP sobre la intención en T3	131
Tabla 34. Evolución de la intención y sus determinantes entre T1, T2 y T3	132
Tabla 35. Descriptivos de la intención conductual de dar Consejo Comportamental de Salud en las condiciones de manipulación de la percepción de control	133
Tabla 36. Diferencias de medias de la manipulación de la percepción de control según sexo	134

Tabla 37. Diferencias de medias de condiciones de manipulación de la percepción de control y ocupación de los padres.....	135
Tabla 38. Comparación de las condiciones de manipulación de la percepción de control entre T1 y T2.....	136
Tabla 39. Evolución de la manipulación de la percepción de control entre T1 y T2	136
Tabla 40. Evolución de la manipulación de la percepción de control en T1, T2 y T3 .	138



Índice de Figuras

Figura 1. Sistema de Análisis de Interacción.....	39
Figura 2. Sistema de Análisis de Interacción de Stiles.....	40
Figura 3. Sistema de Análisis de Interacción de Bales.....	43
Figura 4. Sistema de Análisis de Interacción RIAS.....	44
Figura 6. Teoría de la Acción Razonada.....	63
Figura 7. Teoría de la Acción Planeada.....	64
Figura 8. Distribución de la muestra por curso académico.....	97
Figura 9. Distribución de la muestra por Sexo	98
Figura 10. Normalidad de la distribución de la variable edad	99
Figura 11. Distribución de los datos de la Edad respecto al Sexo	100
Figura 12. Distribución respecto al Tipo de Escuela	101
Figura 13. Distribución de los datos de la variable total de Consejo Comportamental de Salud.	104
Figura 14. Porcentajes totales de Consejo Comportamental de Salud por categoría Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial.....	105
Figura 15. Distribución de los datos de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial	105
Figura 16. Distribución de los datos de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de salud Estilo de Vida/Psicosocial según sexo.	106
Figura 17. Distribución según grupo de Alto y Bajo Consejo Comportamental de salud	109

Figura 18. Distribución del grupo Alto Consejo Comportamental de Salud según sexo	109
Figura 19. Distribución del grupo bajo Consejo Comportamental de salud según sexo	110
Figura 20. Distribución de frecuencias de las subcategorías de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial.....	113
Figura 21. Distribución de la intención conductual según sexo en T1 y T2.....	126
Figura 22. Distribución de la Norma Subjetiva por Sexo en T1 y T2	126
Figura 23. Distribución de la percepción de control según sexo en T1 y T2	126
Figura 24. Distribución de la actitud según sexo en T1 y T2	126
Figura 25. Distribución de frecuencias de las variables de la TAP en T1, T2 y T3	132
Figura 26. Evolución de la manipulación de la percepción de control entre T1 y T2..	138
Figura 27. Evolución de la manipulación de control en T1, T2 y T3	139

Lista de Abreviaturas

AMA	American Medical Assosiation
AAPP	American Academy on Physician and Patient
CCI	Coefficiente de correlación intraclase
CCS	Consejo comportamental de Salud
CCSEVPS	Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial
CCSMT	Consejo Comportamental de Salud Medico Terapéutico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OS	Ocupación sanitaria
OOC	Otra ocupación
TAP	Teoría de la Acción Planeada
OMC	Organización médica colegial de España
RIAS	Roter Interaction Analisis System
SAI	Sistema de análisis de interacción

JUSTIFICACIÓN

La promoción de la salud es una estrategia esencial para abordar los principales retos sanitarios que afrontan las naciones industrializadas y en vía de desarrollo, tomando en consideración que el estilo de vida es una variable que puede incidir positiva o negativamente sobre la salud de las personas. Por ello, las políticas sanitarias se han convertido en tópicos constantes en las agendas de ministerios y secretarías de salud alrededor del mundo.

Hace más de dos décadas, la Organización Mundial para la Salud (OMS) inició un esfuerzo de convocatoria a las naciones para que activamente participasen en el desarrollo de programas de promoción de la salud. Como evidencia de este esfuerzo quedan las conclusiones y recomendaciones emanadas de las conferencias internacionales de Ottawa (WHO, 1986), Adelaida (WHO, 1988) y México (WHO, 2000) y las acciones respectivas que de ellas se han derivado. Las agendas de estas conferencias han considerado aspectos como: requisitos previos necesarios para la existencia de la salud, desarrollo de políticas públicas orientadas a la salud, la participación simultánea del sector sanitario y las comunidades, desarrollo de estudios empíricos sobre la efectividad/eficacia de la promoción de la salud y la revisión de los esfuerzos que se han llevado a cabo (WHO, 2000) entre otros aspectos.

La vulnerabilidad del ser humano en términos sanitarios hace que los esfuerzos por mejorar su salud se orienten hacia la promoción y no sólo al mero aspecto curativo, pero este objetivo requiere de la participación de los entes sanitarios y de la colectividad. Es por ello que la promoción de estilos sanos de vida tiene como base la interacción de la persona y el ambiente sanitario, ambos son protagonistas de un proceso donde ocurre el

fortalecimiento de las aptitudes, habilidades y la participación en la toma de control de los factores determinantes de la salud. Este proceso se conoce como “Empowerment for health” o capacitación para la salud (Nutbeam, 1998;WHO, 1995).

A través de la capacitación para la salud, las personas participan activamente en las decisiones que afectan a su bienestar, identifican los comportamientos que influyen en su salud, fortalecen la relación entre los comportamientos saludables, los beneficios alcanzables y cómo lograrlos, por lo que aumenta la percepción de control del individuo.

La calidad y frecuencia de la interacción entre el médico y el paciente es un elemento crítico para la promoción de comportamientos saludables y el cumplimiento de las metas terapéuticas (Greenfield, Kaplan, Ware, Yano, y Frank, 1988; Kaplan, Greenfield, y Gandek, 1996; Orth, Stiles, Scherwitz, Hennrikus, y Valbona, 1987). Los pacientes que en la consulta médica expresan sus necesidades, preocupaciones, síntomas y creencias tienen mayor posibilidad de ofrecer la información necesaria para que el equipo sanitario realice un diagnóstico y tratamiento más preciso. Estas personas desarrollan una mejor comprensión de su condición de salud por lo que pueden tomar mejores decisiones y se involucran activamente en la gestión de su condición lo cual lleva a experimentar más confianza y compromiso en el tratamiento prescrito (Cegala, Marinelli, y Post, 2000; Greenfield, Kaplan, y Ware, 1985; Greenfield et al., 1988; Kaplan et al., 1996; Ong et al., 1987; Roter et al., 1995). Similares consideraciones sirven de base para el origen y desarrollo del programa del “Paciente Experto” (Lorig, Mazonson, y Holman, 1993) mediante el cual, no solo se educa e informa al paciente sobre la enfermedad crónica que padece, sino que se busca el desarrollo de su

motivación y seguridad, permitiendo que el paciente asuma un rol activo de control sobre su padecimiento.

Sin embargo, a pesar de estos datos, los pacientes con frecuencia manifiestan que el ambiente médico, es decir, el desarrollo de la relación médico paciente, promueve la pasividad del paciente y no facilita la “conversación” fuera de los parámetros de la charla clínica del médico (Addel-Tawab y Roter, 2002; Kim, Putjuk, Basuki, y Kols, 2003; Roter y Hall, 1993). Iniciativas como la del “Paciente Experto” no se fundamentan exclusivamente en la participación del paciente, estas incluyen de manera imprescindible la implicación del médico para su organización, desarrollo y aplicación. Por ello, instituciones como el departamento de salud del gobierno británico en su informe “The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century” (Health, 2000) indica claramente la necesidad de capacitar al médico en información y habilidades, a través de programas de formación, ya sea durante la carrera o mediante cursos avanzados.

La relación del médico con el paciente y en particular, la interacción que allí se desarrolla (Nutbeam, 1998) se convierte en una herramienta esencial para lograr la capacitación del paciente y esta se logra a través del afianzamiento de la confianza mutua, consolidación del compromiso terapéutico, intercambio de información y el consejo médico comportamental.

No obstante, es probable que el personal médico se encuentre mejor capacitado para el manejo de sustancias bio-tóxicas que para lograr que un paciente tome conciencia de un comportamiento poco saludable y lo cambie. En su mayoría, los autores coinciden en afirmar que esto se debe, o al menos se relaciona, con carencias del profesional sanitario en aspectos como: habilidades de comunicación en la interacción con el paciente, herramientas para la modificación de conducta y escaso aprovechamiento en

ofrecer Consejos de Comportamental de Salud al paciente como estrategia de prevención y promoción sanitaria (Valente, Sobal, Muncie, Levine, y Antlitz, 1986; Yeager et al., 1996).

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de desarrollar y poner en práctica programas de entrenamiento aplicables en el proceso de educación formal del estudiante de medicina, de manera que se incentive la interacción médico-paciente como una estrategia y oportunidad para lograr cambios comportamentales positivos entre ambos. El entrenamiento de estudiantes de medicina sobre contenido psicosocial relativo tanto a la comunicación como a la aplicación del Consejo Comportamental de Salud, genera una mayor sensibilización hacia la medicina centrada en el paciente (Utting, Campbell, Rayner, Whitehouse, y Dornan, 2000) y al mismo tiempo mejora la percepción del estudiante sobre su capacidad para comunicarse efectivamente con el paciente (James, Nastasic, Horne, y Davies, 2001), especialmente si ha sido entrenado durante su formación académica (Wagner, Lentz, y Heslop, 2002).

En la carrera de medicina, la presencia de asignaturas o cursos de contenido psicosocial, la manera de impartirlas o el año de ubicación del curso, son algunas variables importantes, pero no suficientes, para conocer la efectividad del entrenamiento en estudiantes de medicina en relación con el paciente y su entorno. Para ello, se requiere de estudios que exploren otros determinantes de la conducta. En este sentido, la teoría de la Acción Planeada (TAP) (Ajzen, 1991) ofrece una perspectiva social cognitiva sobre la predicción de comportamientos, tanto los que se encuentran bajo control volitivo como los que no, y la relación que existe entre la actitud, la norma subjetiva la percepción de control comportamental sobre la probabilidad de que éste se realice.

La intención de incentivar en el estudiante de medicina su aprendizaje sobre el

Consejo Comportamental de Salud va a depender de la actitud que tenga hacia el mismo, las normas sociales manifiestas de otras personas importantes y la autovaloración de su capacidad para llevar a cabo dicha conducta. Todo lo anterior se encuentra considerado en los diferentes constructos de la TAP arriba mencionados.

Por lo antes expuesto, la presente investigación tiene como objetivo conocer, en estudiantes de medicina, los determinantes de la conducta y de la intención conductual de ofrecer Consejo Comportamental de Salud, considerando el paso del tiempo y la participación en una asignatura de contenido psicosocial orientada a la relación del facultativo y el paciente.

Los resultados de esta investigación ofrecerán datos sobre los factores que potencialmente estimulan o inhiben la conducta y la intención de dar consejos comportamentales saludables en estudiantes de medicina, ofreciendo así la posibilidad de desarrollar conocimientos para elaborar estrategias orientadas al desarrollo de un recurso humano capaz de afrontar los retos propios de un fenómeno tan complejo como lo es la relación médico-paciente.

Así pues, con los objetivos y razones mencionadas, este trabajo se estructura siguiendo la siguiente secuencia: una primera parte identificada como estudio teórico donde se exponen las bases conceptuales y teóricas que sustentan el estudio. Una segunda parte identificada como estudio empírico, donde, después de la exposición de los objetivos e hipótesis, desarrollamos los aspectos metodológicos del trabajo de investigación. Posteriormente, se presentan los resultados, su discusión y, finalmente, las conclusiones a las que hemos llegado una vez desarrollado el trabajo que aquí se presenta.

RESUMEN

Los nuevos modelos asistenciales se dirigen hacia la capacitación de las personas en el cuidado de su salud tanto con fines de promoción y prevención como para el tratamiento de problemas, sobre todo crónicos. Desde esta perspectiva, el Consejo Comportamental de Salud es una estrategia útil para estimular en los individuos la incorporación de comportamientos saludables y aumentar así su percepción de control en cualquier condición de salud. Sin embargo, a pesar de su eficacia en tiempo y costo, esta herramienta es poco utilizada en la práctica médica y con frecuencia los profesionales se sienten poco capaces de aplicarla y de ejercer influencia para lograr cambios conductuales en los pacientes. El entrenamiento de los profesionales en general, y de los médicos en particular, especialmente durante su formación académica es esencial para que incorporen esta estrategia, tanto en el plano comportamental como en su esquema de rol. Para un diseño eficaz de ese entrenamiento, se requieren estudios que exploren los determinantes de esta conducta, como la intención de realizarla, actitudes, normas sociales y capacidad percibida para llevarla a cabo. Por ello, nuestro objetivo fue estudiar la conducta de dar Consejo Comportamental de salud (CCS) en estudiantes de Medicina, y analizar sus determinantes y evolución a medio y largo plazo, teniendo como modelo de referencia la Teoría de la Acción Planeada (TAP).

Método: estudio cuasi experimental con diseño de un grupo, con medidas pre y post. Un total de 149 estudiantes de medicina completaron medidas en tres tiempos: al comienzo de su segundo año (T1), después de la asignatura "Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad" (T2) y al comienzo del cuarto año, al inicio del segundo ciclo (T3). Se grabaron consultas simuladas y se midió la CCS codificando dos de las categorías del Roter Interaction Analysis System (RIAS), (Roter, 1995): Consejos médicos y terapéuticos y Consejos psicosociales y sobre estilo de vida. Se midió la intención de dar CCS y sus determinantes, actitud, norma subjetiva y percepción de

control, con un cuestionario basado en la (TAP). Finalmente, se midió la intención manipulando la percepción de control de la situación a través de 4 ítems que introdujeron dos factores: Intención de dar CCS en situación de alta vs baja carga laboral, e Intención de dar CCS siendo ellos los médicos (situación “yo”) vs si otros fueran los médicos (situación “otro”).

Resultados: Los estudiantes ofrecieron CCS al paciente, principalmente sobre aspectos relacionados de contenido médicos y no psicosociales. No hubo diferencias según variables como el sexo o la ocupación de los padres. La intención y la actitud favorable a dar CCS fueron altas, mientras que la percepción de control conductual fue moderada. La percepción de control fue mayor, en estudiantes varones y con padres con profesiones no sanitarias. La intención, la actitud y la norma subjetiva favorable a dar CCS aumentó significativamente después de la asignatura y de la realización de la conducta en situación de consulta simulada (T2). Este efecto fue mayor en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, la percepción de control disminuyó significativamente en los hombres, se mantuvo sin cambios en las mujeres y la diferencia observada en función de la profesión sanitaria desapareció. Las puntuaciones en intención, actitud y norma subjetiva disminuyeron en T3 a niveles similares a los obtenidos en T1. Respecto a la predicción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, la grabación de una entrevista simulada sirvió para obtener una medida objetiva del comportamiento. Pero ni la intención conductual ni la percepción de control fueron predictores significativos de esta conducta. Los predictores de la intención con mayor peso fueron la actitud seguida de la norma subjetiva, explicando entre ambas un 27% de la varianza de la intención de dar CCS y excluyendo a la percepción de control (T1). Este modelo predictivo se mantuvo estable en los diferentes modelos de medida, hasta un 59% de la varianza explicada en T3.

Finalmente, la manipulación de la percepción de control resultó en una intención de dar CCS a más pacientes en la situación de alto control potencial, es decir, cuando eran ellos los protagonistas de la situación y cuando tenían una menor carga laboral. Estos resultados se confirmaron después de la exposición a la consulta simulada, especialmente en cuanto al efecto Yo-Otro, tanto en situación de alta como de baja carga laboral.

Conclusiones: Se confirma la importancia de la exposición a experiencias simuladas en modificar favorablemente los determinantes de dar CCS, especialmente para un ajuste realista de la percepción de control conductual. Nuestros resultados muestran un posible sesgo “Yo-Otro”; pero también una actitud real implícita hacia dar Consejo Comportamental de salud, menos positiva que su alta intención o actitud positiva explícitas. Los resultados de esta investigación subrayan aun más la necesidad de entrenamiento continuado en aspectos relacionados con la comunicación centrada en el paciente para incorporar la estrategia de CCS en el futuro desempeño profesional.

Palabras Clave: Consejo Comportamental de Salud, Teoría de la Acción Planeada, Estudiantes de Medicina, Comunicación en Salud.

ESTUDIO TEÓRICO



1.. El control en salud

Las personas buscan constantemente modos de evitar la incertidumbre ante los acontecimientos de la vida; por lo general, la inseguridad se asocia con una ausencia de tranquilidad y confianza y, por el contrario, experimentar cierto grado de control genera experiencias reconfortantes.

La necesidad de control es un aspecto de vital importancia. Así lo demuestran décadas de investigación en ciencias como la Sociología y la Psicología que relacionan la experiencia de control de un individuo con el afrontamiento, la motivación y la autoestima, entre otros. El control no es una mera experiencia del ser humano, sino que constituye un elemento básico dentro del funcionamiento de su psique (Bandura, 1997; Skinner, 1996).

El control como constructo se ha definido, medido e interpretado, de forma muy variada según la perspectiva del autor que lo utiliza. Además, su estudio resulta complicado dada la heterogeneidad con que se ha definido (Skinner, 1996).

Skinner (1996) hace una revisión exhaustiva del constructo control y sugiere dos dimensiones básicas que permiten clasificarlo. La primera se refiere a: “Control Objetivo” vs. “Control Subjetivo o Percibido”. Respecto a lo anterior, la autora indica que deberíamos poder especificar si un constructo de control alude a las posibilidades objetivas o reales de control en una situación o se refiere a la percepción que sobre ellas posee el sujeto, coincida o no con las reales. La segunda dimensión se refiere a la relación entre “Agentes”, “Medios” y “Metas” de control. Los “Agentes” de control son los individuos o grupos que tienen la posibilidad de ejercer control. Los “Medios” son las estrategias que se emplearían para lograr control en una situación específica.

Las “Metas” o fines se refieren a lo que se desea evitar o lograr a través del ejercicio del control. Así, es posible especificar si un constructo de control refleja una relación entre Agentes-Medios, entre Agentes-Metas o entre Medios-Metas (Skinner, 1996).

La dimensión “Control Objetivo vs. Percibido” ha probado tener más relevancia en el inicio, mantenimiento o evitación de un comportamiento (Skinner, 1996). El control objetivo o real, se refiere a la capacidad de manipular intencionalmente una transacción ambiental (interna o externa al individuo) para alcanzar los resultados deseados (Bandura, 1997; Thompson y Collins, 1995). Este tipo de control implica disponer del conocimiento y habilidades instrumentales reales, así como del poder real de decisión. Entonces, el control real se refiere a la capacidad efectiva de decidir e influir en diversidad de circunstancias.

Por su parte, el control percibido, que como cualquier constructo de control, es complejo y multidimensional (Langer, 1983; Peterson y Seligman, 1987) muestra ser la dimensión de control que tiene un mayor impacto en la respuesta de estrés, salud y bienestar (Cohen, Evans, Stokols, y Krantz, 1986; Sarafino, 1998; Thompson, 1981). Así, creer que se tiene control sobre un fenómeno, frecuentemente es tan importante como tener control real del mismo (Bandura, 1986). Basta con que un individuo piense que tiene control sobre una situación, es decir, que tenga una alta percepción de control o control percibido, para que aumente la probabilidad de actuar. Por ello, diferentes constructos de control percibido resultan buenos predictores de la acción comparados con aquellos que se refieren al control objetivo (Skinner, 1996).

Relacionado con el control percibido, la “Experiencia de Control”, se refiere a la interacción directa de la persona con una situación determinada que la hace “vivir” de

primera mano el control en dicha situación, permitiéndole concluir con cierto grado de certeza, si en realidad posee o no control sobre la misma. En este sentido, la experiencia de control sería un producto de las contingencias entre la acción de la persona y los resultados que obtiene, tal y como los percibe; mientras que el control percibido pertenece a la elaboración cognitiva del individuo (Skinner, 1996).

Entre los diferentes constructos de control percibido, destacamos algunos que han sido aplicados en contextos de salud. Uno de los más relevantes es la autoeficacia. Se define como la creencia del individuo de disponer de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los logros deseados (Bandura, 1997). Consecuentemente, las personas con alta autoeficacia están típicamente orientadas a las tareas y a resolver problemas como forma de aumentar las oportunidades de lograr sus metas. Por el contrario, personas con baja autoeficacia tienden a percibir los estresores como inmanejables y a concentrarse en sus deficiencias percibidas. Esto, a su vez, hace que las personas con baja autoeficacia estén propensas a experimentar más distrés cuando enfrentan un estresor, a tener menos compromiso con sus metas y a abandonar sus intentos de solucionar sus problemas prematuramente (Bandura, 1997).

La percepción de diferentes grados de control tiene que ver con las distintas explicaciones que una persona formula sobre un acontecimiento y que generan diferentes relaciones de contingencia entre acciones y resultados (Thompson, 1981). La comprensión y predicción están generalmente asociadas con experiencias de control y la falta de comprensión e incertidumbre están asociados con falta de control percibido.

Las personas tienden a formular distintos tipos de explicaciones sobre los resultados de su conducta, en el sentido de percibir que no existe una relación entre su comportamiento y las consecuencias que obtiene (locus de control externo) o que sí existe tal relación (locus de control interno). Las personas con locus de control interno (generalizado o específico a una situación) perciben el resultado como contingente con su propia conducta. Por el contrario, las personas con locus de control externo creen que sus acciones tienen un impacto mínimo en los resultados deseados ya que éstos están asociados a fuerzas externas a ellos mismos (Rotter, 1990).

Ajzen y Fishbein (1980) en su formulación de la Teoría de la Acción Planeada, incluyen el concepto de percepción de control configurado tanto por variables externas al individuo (p.e. tiempo, herramientas, oportunidad para realizar la conducta, obstáculos presentes, entre otras) como por variables internas (p.e. percepción de capacidad, percepción de habilidad o motivación) y, en su modelo, plantean que esta variable es capaz de predecir directamente el comportamiento futuro.

Por su parte Wallston (1992) explica que la predicción de un comportamiento no está en función de un alto locus de control interno, ya que esto no garantiza que esa persona ponga en práctica comportamientos saludables preventivos o correctivos. La motivación hacia los comportamientos saludables se incrementa cuando la persona posee una alta percepción de capacidad en relación con los mismos, es decir, que se ve a sí misma capaz de realizar dichos comportamientos y a eso lo denominó “Competencia Personal Percibida” (Wallston, Strudler y Develus, 1978).

Los autores mencionados anteriormente enfocan desde perspectivas distintas el problema del poder predictivo del control; sin embargo, coinciden en que la percepción

de poder realizar un comportamiento específico, es hasta el momento, la dimensión de control con mayor evidencia empírica y capaz de vincular intenciones, motivaciones y comportamientos reales.

Un aspecto de la vida de las personas donde con frecuencia entran en debate el control real versus el control percibido es en el ámbito de la salud. En los últimos 20 años, científicos de la salud han coincidido en considerar que la causa de muchas enfermedades y muertes está íntimamente asociada al control de los factores del estilo de vida que afectan a la calidad de la salud. En este sentido, aquellas personas que creen tener control sobre su bienestar, son más propensas a realizar comportamientos promotores de la salud (Wallston, 1992) e igualmente hacen mayores esfuerzos por mantener dichas conductas (Castro y Izquierdo, 1994).

Las personas intrínsecamente motivadas para ejercer control sobre su salud, utilizan distintos medios para conseguir información que les permita reducir su incertidumbre. Una de las formas cada vez más frecuentes para lograrlo, es a través de Internet. Las personas en general utilizan la web como una estrategia de consulta de información, orientación y aprendizaje sobre aspectos de la salud. Otro canal a través del cual las personas y pacientes potencialmente pueden desarrollar grados de control sobre su salud son los programas televisados y de radio, los cuales orientan sobre prácticas saludables y prevención de enfermedades. Las revistas, libros y suplementos también tienen una importancia dentro del proceso de adquisición de información por parte de una persona o paciente. Son las recomendaciones o acciones que aparecen en los medios antes mencionados, las que una vez valoradas, hacen que una persona las perciba factibles de llevarlas a cabo o no. Finalmente, otro canal que tiene el paciente para adquirir un sentido de control sobre su salud, es la propia consulta del médico. Esta interacción

acontece entre el médico y el paciente dentro del contexto de la consulta médica y bajo condiciones de relación particulares que potencialmente pueden estimular el aprendizaje e intercambio entre ambos (Foster et al, 2002). Dentro de ese proceso, el médico puede utilizar estrategias orientadas a facilitar el desarrollo de control percibido (y real) por parte del paciente, siendo una de estas, la aplicación del “Consejo Comportamental de Salud”, aspecto que será ampliado en próximos apartados.

1.1. Control a través de la interacción.

En el ámbito sanitario es de interés identificar las condiciones que puedan favorecer que las personas alcancen y mantengan niveles aceptables de bienestar físico y mental. Para lograrlo, muchos han de realizar cambios en su estilo de vida, ya sea incorporando nuevos comportamientos y/o eliminando otros.

Hoy en día, cualquier persona puede obtener gran cantidad de información sobre el tema de la salud, sin embargo y a pesar de esta facilidad, la relación directa del paciente con el centro sanitario no ha menguado y el médico sigue siendo una de las fuentes principales de información y orientación para los pacientes.

Existe un consenso general que ubica al médico en una posición privilegiada para llevar a cabo la acción curativa y preventiva a través de la promoción de hábitos sanos de vida, siendo el contexto de la consulta médica el espacio ideal para que el médico pueda realizar intervenciones orientadas a facilitar que el paciente consiga y mantenga un mejor estado de salud (Wilson, McDonald, Hayes, y Cooney, 1992).

Este tipo de ambiente es definido como “espacios para la salud” (WHO, 1995) debido a que reúne las condiciones adecuadas para ofrecer a las personas la posibilidad

de desarrollar competencias que les permitan participar activamente en su proceso de salud y no solo limitarse a obtener un tratamiento. En este contexto, tanto el médico como el paciente son protagonistas, y el objetivo es que uno facilite al otro el fortalecimiento de aptitudes, habilidades y la participación en la toma de decisiones. Este proceso, donde el médico facilita el proceso para que el paciente asuma nuevas pautas de control sobre su salud, se conoce como “Empowerment for health” o capacitación para la salud (Nutbeam, 1998 ;WHO, 1995).

La capacitación para la salud del paciente es un proceso que lleva al desarrollo de un sentido de control sobre las decisiones y acciones que afectan su bienestar. A través de dicho proceso, los pacientes pueden identificar la relación entre su comportamiento y la salud, desarrollando una correspondencia entre los esfuerzos que realizan y los resultados en su calidad de vida. Está demostrado los beneficios tanto en salud mental como física cuando un paciente percibe control, es decir, percibe que tiene maneras de influir en su estado de salud, ya sea para modificar una condición específica o para prevenir alguna situación indeseada (Aujoulat y Luminet, 2007; Bridges y Brehm, 1981; Deakin, Cade, Williams, y Greenwood, 2006). La capacitación supone, pues, aumentar las posibilidades de un paciente de percibirse como agente de control de su salud, para conseguir determinadas metas y a través de distintas estrategias o medios.

Para que el paciente desarrolle un sentido de control sobre su salud hace falta más que deseo o motivación. Las condiciones ambientales también son relevantes y dentro de ellas destaca la relación que existe con el médico y las capacidades de éste para facilitar al paciente el desarrollo de su entrenamiento en salud. Lo anterior implica que existen pautas de relación médico paciente que pueden facilitar o entorpecer el desarrollo de esa capacitación o lo que es igual, que la relación entre ambos puede

afectar la percepción de control del paciente (Greenfield et al., 1985; Kaplan et al., 1996).

Gran parte del éxito para alcanzar las metas terapéuticas depende de la calidad de la interacción que se establece entre médicos y pacientes (Ford, Fallowfield, y Lewis, 1995; Roter y Hall, 1993) Cuando surgen deficiencias en esta interacción, se generan obstáculos para lograr un completo potencial terapéutico e impiden el desarrollo del "momento de aprendizaje" entre médico y paciente (Diéz, Yague, Jordana, García, Cervere y Cebria, 1997). Dado que el médico puede considerarse como un mediador en el proceso de capacitación del paciente en el contexto de la consulta, este profesional ha de emplear un modelo de relación que incentive la confianza y seguridad en el paciente, logrando que éste sea más participativo durante la consulta (Levinson, Roter, Mullooly, Dull, y Frankel, 1997).

Así, dentro del contexto sanitario, uno de los aspectos que ha suscitado interés y debate ha sido cómo debe desarrollarse la relación entre médicos y pacientes. Tradicionalmente cuando una persona experimenta una circunstancia desfavorable para su bienestar, la respuesta que obtiene del sistema sanitario suele estar circunscrita a los aspectos somáticos de la enfermedad y partiendo de allí, el equipo sanitario enfoca sus esfuerzos a reparar en la medida de lo posible el daño o malestar orgánico que padece la persona. Esta forma de aproximación a los problemas de la salud responden a un modelo biologicista en el cual, el médico lleva la mayor responsabilidad y control sobre los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente y se espera que éste último sea obediente ante las indicaciones del facultativo (Roter y Hall, 1993). La relación médico paciente es un tema que ha tenido una evolución interesante.

Una de las primeras referencias científicas de las que se tiene conocimiento está dada por los trabajos del sociólogo funcionalista Parsons en la década del 1950 (Loh y Sivalingam, 2008). Para este autor, estar enfermo eximía a las personas del trabajo así como de otras responsabilidades, por lo tanto dejaba al individuo desprovisto de su rol productivo lo que era potencialmente perjudicial para el mantenimiento del orden social. Esta circunstancia requería de un proceso que regulara y procurara la reintegración de esa persona a la sociedad.

En sus trabajos, Parsons concluyó que el profesional llamado a ejercer dicha labor era el médico y estaría encargado de regular la transición entre salud y enfermedad, debía asegurarse que el paciente asumiera su "rol de enfermo" y luego conducir el proceso con el fin de re-socializarlo, es decir, de reintegrarlo en lo posible al proceso productivo. En este sentido se puede observar que Parsons reconoce la existencia de dos partes (médico y paciente) y que cada uno debe asumir y llevar a cabo el rol que le corresponde (Loh y Sivalingam, 2008).

Respecto al rol del paciente, son cuatro las consideraciones que expuso Parsons (Loh y Sivalingam, 2008):

- el paciente no es responsable de su condición de salud
- mientras está enfermo, el paciente queda eximido de toda obligación
- la enfermedad en sí, es indeseable
- el paciente debe colocarse bajo el cuidado de un profesional.

Para ser eficiente en su rol profesional con el paciente, el médico debía actuar conforme a las siguientes pautas:

- tratar al paciente con neutralidad afectiva,

- las decisiones son tomadas por el médico y orientadas al bienestar del paciente y
 - el trato debe ser igualitario sin establecer particularidades.

Los trabajos de Parsons fueron importantes y llegaron a considerarse como modelo de las relaciones entre médicos y pacientes, influyendo tanto en la práctica médica como en los programas de formación académicas de las universidades norteamericanas y que progresivamente se fueron extendiendo a otras regiones del mundo (Loh y Sivalingam, 2008).

Otros investigadores se interesaron también por el estudio de la relación médico paciente, reconociendo que no todos los profesionales de la salud se relacionaban siguiendo las pautas descritas por Parsons. En sus observaciones describieron que la aplicación de otras estrategias de relación médico-paciente influían en aspectos como la motivación a realizar cambios de estilo de vida, asumir compromisos de control sanitario, o adoptar un rol activo en el control de la salud (Clifford, 1996). Estos autores no habían sistematizado un proceso de relación con los pacientes, lo que estaban describiendo era que los pacientes respondían de una forma positiva cuando era tratados por su médico de una forma más personal.

A través del modelo Parsons, la ciencia de la medicina no mostró especial interés por comprender la experiencia personal que tiene el paciente con la enfermedad ya que no la consideró como un factor que podía influir en los estados de salud de los individuos. Esta postura alejada de la vivencia íntima del paciente permitió que el médico desarrollara una visión "objetiva" del problema del paciente y evitó que el profesional sanitario involucrara sus propias emociones. Con el paso del tiempo nuevos investigadores continuaron interesándose por nuevos modelos de relación médico paciente.

Los trabajos de Roter y Hall (1993) presentan tres acontecimientos que las autoras consideran relacionados con el crecimiento en volumen de la investigación sobre la comunicación del médico-paciente:

El primero se refiere a la necesidad del médico de capacitarse para ser más eficiente a la hora de comunicarse con el paciente y recabar información con el objeto establecer un diagnóstico lo más rápido posible y establecer el correspondiente tratamiento.

El segundo tiene que ver con los cambios sociales que surgieron como consecuencia de la revolución de la información en la década de 1980, lo que dio paso a la transformación de un paciente pasivo a uno más activo e informado y el desafío que representó esto al control tradicional ejercido por el médico en su consulta.

El tercero surge a partir de la privatización de la medicina, generando interés los estudios sobre estilos de interacciones entre médicos y pacientes con el objeto de mejorar la satisfacción del paciente y reducir los costes de atención (Roter y Hall, 1993).

Una manera pragmática para observar la evolución que experimentó la medicina en relación con el control y su relación con el paciente, se puede observar a través de los siguientes párrafos. El primero data del año 1847 y se refiere capítulo I, artículo II del código de ética de la American Medical Association (AMA, 1847):

La obligación del paciente hacia su médico: la obediencia del paciente a las indicaciones de su médico deben ser inmediatas e implícitas. El paciente nunca debe permitir que sus propias opiniones hacia la pertinencia o no del tratamiento recetado, influyan en su estricto acatamiento del mismo. Una falta particular podría convertir un buen tratamiento en algo peligroso e inclusive fatal (AMA, 1847, p.96)

Contrastando con lo anterior, se menciona a continuación la opinión establecida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (OMC, 2011), al referirse a los elementos fundamentales de la relación médico paciente:

El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, sobre las opciones clínicas disponibles. Es un deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial (OMC, 2011, p.14).

Entre ambas informaciones ha pasado mucho más que tiempo, es evidente que muestran una imagen contrapuesta de lo que era el paciente y lo que es hoy en día. La "obligación y obediencia" ha dado paso a "la decisión, aceptación o rechazo" del paciente ante el médico por lo que se hace evidente que ha ocurrido un cambio en el control y poder en las interacciones. El cambio ha sido tan drástico que prácticamente el uso de un modelo de interacción basado en el estilo paternalista es visto como negativo y perjudicial para la relación médico paciente (Chin, 2002).

1.1.2 Modelos de relación médico-paciente de Roter y Hall.

Roter y Hall (1993) describen tres modelos básicos de interacción médico paciente, los cuales se diferencian entre sí por el grado de participación que cada protagonista tiene en la consulta médica, el liderazgo y el ejercicio del control durante estas interacciones, ellos son: el modelo paternalista, el modelo consumista o clientelista y el modelo mutualista.

El modelo paternalista es considerado la manera tradicional de relación médico paciente y conserva un gran parecido al modelo de Parson (Loh y Sivalingam, 2008). El rol del paciente es pasivo y dependiente, en contraste con el rol del médico que es

profesionalmente dominante y autónomo. El médico determina el grado de enfermedad del paciente a través de su experiencia y profesionalidad, actúa sólo en su área de conocimiento, no involucra sus emociones con las del paciente, toma decisiones por él y en su beneficio. Este modelo posee una función de control social separando a las personas sanas de las enfermas y proveyendo a estas últimas de los beneficios asociados a un estado de salud desfavorable como son ayudas económicas o bajas laborales entre otras cosas (Roter y Hall, 1993). Desde el punto de vista de la interacción que sucede entre médico y paciente, el control de la relación la tiene el médico, la participación del paciente es en función de las instrucciones del médico, quedando el paciente en una posición de obediencia más que de cooperación (Roter y Hall, 1993).

Szasz y Hollender (1976) indicaron que existían situaciones médicas donde la relación "paternalista" era no solo adecuada sino necesaria y la denominaron modalidad de relación médico-paciente del nivel 1, o de "actividad del médico y pasividad del enfermo". Según los autores, es el tipo de relación que se produce en situaciones en que el paciente es incapaz de valerse por sí mismo, como por ejemplo situaciones de urgencia médica o quirúrgica, pacientes con pérdida o alteración de conciencia o estados de agitación o delirio agudo. En estos casos, el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. Queda claro que lo planteado por Szasz y Hollender (1976) indica que la no participación del paciente es por su estado de salud y no por una falta de voluntad a participar.

Sin embargo, la concepción tradicional del modelo "paternalista" presenta inconvenientes que son especialmente evidentes cuando el paciente se encuentra sin el espacio de participación que solicita y sus necesidades no están siendo tomadas en cuenta. Por ejemplo, al omitir o dejar en segundo plano las experiencias emocionales del paciente asociadas a su condición de salud (Roter y Hall, 1993).

El modelo consumista o clientelista se popularizó en la década de los años sesenta en los Estados Unidos de Norte América. En este modelo, el médico es un agente comercial, el paciente es un consumista de la medicina cuya autonomía en esta relación es absoluta, y la medicina, como consecuencia, queda sujeta a la economía de mercado. El médico es solo un asistente técnico que proporciona todos los detalles posibles de las alternativas de tratamiento, pero es el paciente el que con sus valores y sus juicios toma las decisiones (Tuneu y Silva-Castro, 2008). Por su parte, el paciente adopta una posición más activa y se ve en capacidad de cuestionar la opinión médica durante el curso de toda la interacción (Roter y Hall, 1993).

Se asume que el paciente siempre sabe exactamente lo que siente y lo que quiere, aun en circunstancias enormemente complejas o que podrían dejar al paciente en una situación de vulnerabilidad emocional (Tuneu y Silva-Castro, 2008). El rol del paciente posee una característica adicional, la de poder seleccionar quien le proporciona el servicio de salud que está buscando, por lo que al iniciar una relación con un médico, es el paciente quien decide si continua o no con esa interacción y principalmente dependerá de su grado de satisfacción.

Este modelo plantea un cambio radical en la manera tradicional del manejo de poder entre médicos y pacientes, enfocándose en los derechos del comprador (paciente) y las obligaciones del proveedor (médico). Si bien es un cambio en la manera de relacionarse ambos, este modelo tiene el inconveniente de ver dicha relación con un

fuerte peso mercantilista o como un intercambio comercial. De igual manera, su aplicabilidad no encaja del todo en los sistemas de salud pública donde cada persona cuenta con un médico de cabecera asignado y con el cual debe establecer y desarrollar gran parte de sus interacciones relacionadas a su salud.

En resumen, es el paciente quien controla esta relación, y es quien decide cómo le ha de ayudar el médico. El paciente es un consumidor de servicios sanitarios y los va utilizando según sus necesidades. Es más frecuente ver este tipo de modelo en pacientes jóvenes, con un alto nivel socio-económico, suelen ser más escépticos, pero también más asertivos y demandantes (Tuneu y Silva-Castro, 2008).

En la actualidad existen aproximaciones teóricas y estudios empíricos que apuntan a una modalidad que permita que tanto médico como paciente puedan desarrollar una interacción de manera productiva y a su vez limitar los conflictos relacionados con el poder y control en dicha relación. El modelo mutualista o centrado en el paciente, es como una alternativa a los modelos paternalista y consumista. En este modelo, cada uno de los participantes (médico y paciente) traen a la interacción fortalezas y recursos que van a colocar en función de la salud del paciente. En este sentido, la relación entre médico y paciente se caracteriza por que cada cual tiene responsabilidades particulares, la relación es voluntaria, hay disposición a la negociación por ambas partes y cada participante debe beneficiarse de la misma (Quill, 1983). Existen cuatro factores que facilitan el establecimiento de una relación centrada en el paciente (Brody et al., 1989):

- Establecer una atmósfera que facilite la participación del paciente.
- Conocer y comprender las metas y expectativas del paciente.
- Educar al paciente con relación a la naturaleza de su problema de salud.
- Obtener las recomendaciones y preferencias informadas del paciente y la negociación de cualquier desacuerdo entre el médico y el paciente.

Este tipo de relación desarrolla lazos terapéuticos significativos que involucran y ofrecen control al paciente para que este tome parte activa en su proceso de salud. Esta toma de control por parte del paciente ha sido descrita como una variable importante que afecta su bienestar general (Skinner, 1996).

La introducción de un modelo de relación centrado en el paciente ha llevado a redefinir tanto el rol del médico, exigiéndole desarrollar mejores estrategias de comunicación, como el rol del paciente, adquiriendo mayores responsabilidades en el manejo de su proceso de salud (Roter y Hall, 1993).

El modelo centrado en el paciente prioriza la exploración de las ideas, miedos y expectativas de los pacientes sobre su enfermedad. Este modelo permite el intercambio de información provocando que el paciente se sienta más informado e involucrado en el proceso médico (Roter y Hall, 1993).

Al revisar la producción científica publicada sobre el control en la relación médico paciente, observamos que la mayoría de estos estudios hacen mención al modelo centrado en el paciente, como el marco general de referencia para describir la relación del médico y el paciente en el siglo XXI (Arora y McHorney, 2000; Cecil y Killeen, 1997; Laine y Davidoff, 1996; Landis y Koch, 1977; Langewitz et al., 2002; ; Lutfey, 2005; May, Allison, y al, 2004; Mead y Bower, 2002; Mead y Bower, 2002; ; Roter y Hall, 1987; Stewart, 2001).

Asumir el modelo centrado en el paciente implica que el médico debe desarrollar una comprensión sobre la persona enferma en un sentido más amplio (por ejemplo debe conocer su experiencia subjetiva con la enfermedad, percepciones, valores, circunstancias sociales y psicológicas del paciente) y después de haber logrado esa comprensión, llevarla al contexto de salud actual del paciente (Askham y Chisholm,

2006). A su vez, el paciente tiene la responsabilidad de expresar sus necesidades, temores, capacidades, valores e inclinaciones en cuanto a las decisiones que sean necesarias tomar. Este modelo muestra que el poder se mantiene en ambos participantes y que puede variar destacando uno u otro en función de quien esté protagonizando en un momento determinado la interacción.

El estudio del modelo centrado en el paciente ha destacado varios puntos de interés, como así muestra el siguiente resumen, en el cual se identifican tres aspectos alrededor de los cuales ha girado la investigación en la relación médico paciente y cómo se provee de control al paciente:

Publicaciones que indican la necesidad de un médico más capacitado para atender las necesidades del paciente, orientando su conocimiento y experiencia hacia las acciones que vayan en el mejor interés del paciente. Esta visión destaca al médico como el único "entrenado científicamente" para determinar lo que es mejor para el paciente y desde esa perspectiva no existe realmente un control del paciente sobre su condición de salud y el poder sigue recayendo sobre el médico (Arora y McHorney, 2000; Coulter y Ellins, 2006; Mead y Bower, 2002).

Publicaciones que destacan la necesidad que los médicos trabajen en función de las preferencias de los pacientes; en otras palabras, se trata de "ser el médico que el paciente desea". Este enfoque es problemático en el sentido que las circunstancias cambian de paciente a paciente y el médico estaría sujeto a cambiar su estilo de interacción constantemente. Adicionalmente existen otros inconvenientes con esta visión, como por ejemplo: se asume que el paciente va a solicitar del médico lo que mejor le conviene desde el punto de vista de su salud, consideración que no tiene porqué ser cierta (Askham y Chisholm, 2006), e inclusive cuando el paciente elija un tratamiento o procedimiento que no sea el más adecuado, el médico estaría en la

obligación de ofrecer "counseling" pero debe respetar los deseos del paciente. Es evidente que este enfoque de control en el paciente cae en contradicción con la función misma del médico y sería casi inevitable que éste ejerciera su labor e intentara educar al paciente sobre los pro y contras de su decisión (Lutfey, 2005). Los autores que defienden esta postura la identifican con la "autonomía absoluta del paciente" especialmente al referirse a la toma de decisiones y la manera como ha de relacionarse con el sistema de salud (Laine y Davidoff, 1996; May et al., 2004; Mead y Bower, 2002; Stewart, 2001).

Publicaciones que proponen una aproximación donde el médico trabaje en sociedad con el paciente y que esté estrechamente vinculado al proceso de toma de decisiones. Esta perspectiva se acerca a lo descrito en el modelo centrado en el paciente. Se considera al paciente como un colaborador del médico en una especie de "sociedad", pero donde los participantes poseen roles diferenciados, mutua participación y comparten responsabilidades (Langewitz et al., 2002; Laine y Davidoff, 1996; Roter, 1977; Roter y Hall, 1987; Tuckett, Boulton, Olson, y Williams, 1985).

1.1.2. El Consejo Comportamental de salud.

La promoción de la salud, más que una acción que se basa en el sentido común, es un proceso basado en conocimientos científicos, con pautas de acción específicas y que debe ser adquirido en procesos de educación formal.

Existe un consenso general que identifica al médico como protagonista en el proceso de promoción de hábitos sanos de vida y por otra parte se considera a las consultas médicas como la oportunidad ideal (tanto en frecuencia como en condiciones ambientales) para realizar una intervención orientada a la consecución de un mejor estado de salud en el paciente.

Más específicamente, la capacitación para la salud fortalece aptitudes y capacidades en los individuos para que tomen decisiones y ejerzan control sobre ciertos factores relacionados con su salud. Una estrategia que ha probado ser efectiva para el logro de estos objetivos es la aplicación del Consejo Comportamental de salud (Ballesteros, Ariño, Pinto, y Querejeta, 2003; Díez et al., 1997; Escolies, 1998; Salleras, Bertrán, y Prat, 1994).

Roter y Hall (1993) recalcan la importancia educativa de la comunicación entre los médicos y sus pacientes, de manera tal que, cuando este encuentro genera un espacio de entendimiento y mutua colaboración, se establecen las bases para intervenciones orientadas a la modificación de hábitos y adquisición de otros saludables.

Un método para incrementar el sentido de control del paciente, es el uso del Consejo Comportamental de Salud (CCS) (también conocido como: consejo conductual, consejo preventivo de salud, promoción sanitaria oportuna o consejo sobre estilo de vida (Bull, Kreuter, y Scarff, 1999; Flocke, Kelly y Highland, 2009; Lourerio y Nayga, 2006; Mundt, French, Roebuck, Manwell y Barry, 1997).

El CCS es una estrategia que emplea el médico para incrementar la percepción de control del paciente haciendo explícito aquellos comportamientos que deben ser adquiridos, incrementados o eliminados y las instrucciones específicas sobre como cambiar esos comportamientos (Ashenden, Silagy, y Weller, 1997; Flocke et al., 2009; Lourerio et al., 2006; Mundt et al., 1997). Estas recomendaciones sobre la mejora de comportamientos de salud son principalmente ofrecidas por el profesional sanitario y dirigidas al paciente para lograr un cambio en ciertas conductas que reduzcan algunos factores de riesgo, entre las cuales están: el consumo de alcohol, el tabaquismo, la dieta y el ejercicio.

El CCS es el resultado de un proceso de interacción que se da entre dos personas y

que va más allá del ofrecimiento de información, donde el profesional de la salud procura desarrollar una asociación basada en la empatía, respeto y legitimación del paciente (Escolies, 1998). Es una actividad de educación sanitaria orientada hacia la modificación voluntaria de comportamientos saludables.

En resumen, el CCS es una alianza educativa del médico y el paciente en la cual se discuten los estilos de vida a cambiar o adoptar, la motivación para ello y el mantenimiento de los cambios alcanzados (Salleras et al., 1994), y que acontece en el contexto de una relación empática y reflexiva, la cual permite que este último experimente una ambivalencia con relación a su conducta y reflexione sobre la necesidad de realizar cambios (Andreu, Fontcuberta, y Castillejos, 2000).

Las consideraciones antes mencionadas dejan entrever que la relación médico paciente es un espacio ideal para el desarrollo de una interacción educativa, capaz de influir positivamente en el comportamiento del paciente y mantener estos cambios en el tiempo. En este sentido, la OMS menciona que el consejo médico es una estrategia de la educación sanitaria que busca cambios positivos en la salud de las personas (Nutbeam, 1998), que puede ser entendida como una práctica basada en la evidencia y efectiva para lograr el cambio

1.1.2.1. Características del Consejo Comportamental de salud.

El personal sanitario y en especial los médicos tienen la mayor responsabilidad para aplicar el Consejo Comportamental de Salud a sus pacientes. Este hecho hace necesario que se expongan las características y condiciones a través de las cuales el CCS se convierte en un eslabón del proceso de educación sanitaria y se diferencia de cualquier otro tipo de interacción mejor clasificable en el ámbito de la opinión o el comentario no científico.

Centeno y Capilla (2001) describen algunas de sus características prestando

especial atención a la motivación como un proceso que se desarrolla entre el médico y el paciente. Este autor señala que el consejo debe incluir: objetivos alcanzables y beneficiosos para el paciente, tiempo para que se desarrolle un clima de confianza, permiso para que el paciente pueda hablar de sus experiencias, exprese sus expectativas terapéuticas y participación activa del paciente en estos encuentros.

Adicionalmente a la premisa mencionada por estos autores (Centeno y Capilla, 2001) es evidente que hay pautas específicas que diferencian una recomendación cualquiera de un CCS; es decir, hablamos de condiciones bajo las cuales el consejo debe realizarse con el objeto de incrementar la posibilidad de su efectividad. Esas condiciones son (Escolies, 1998):

- Establecimiento de la alianza terapéutica: El profesional sanitario debe hacer explícito al paciente los comportamientos a adoptar o abandonar, ofreciendo motivación hacia la acción para llevar a cabo el cambio y su mantenimiento posterior.
- Universalización: El profesional de salud debe esforzarse por hacerlo extensivo, tomando en consideración necesidades educativas individuales del paciente y asegurando un rol activo por parte de éste.
- Investigación de los hábitos del paciente: Es necesario llegar a un exhaustivo conocimiento de los hábitos de vida del paciente, sus creencias, valores, actitudes, sentimientos, cambios comportamentales pasados, grado de éxito conseguido y valorar los posibles obstáculos que pueden entorpecer los cambios comportamentales.
- Priorización de la conducta o conductas a modificar: El principio de parsimonia es fundamental refiriéndose a que es poco eficaz intentar modificar muchas conductas simultáneamente.

- Diseño del plan educativo: El profesional sanitario ha de facilitar al paciente todos los recursos disponibles que le puedan ser útiles como son los grupos de apoyo, terapia individual especializada o material escrito entre otras cosas.
- Desarrollo del plan: A través de una comunicación que debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - Verdadera: la información no debe ser deformada o interpretada por el médico.
 - Completa: la información debe presentar todos los hechos posibles que permitan valorar los puntos a favor o en contra.
 - Clara y Comprensible: el paciente debe tener la oportunidad de comprender los datos que el médico ofrece a través del uso de un lenguaje preciso y sencillo.
- Monitorización de los progresos alcanzados: Es necesario mantener un seguimiento de los progresos alcanzados por el paciente, se deben revisar con el paciente los factores facilitadores o inhibidores del cambio y el uso de los recursos disponibles para el paciente.

1.1.2.2. Aplicación del Consejo Comportamental de salud en el contexto sanitario.

La aplicación del CCS se encuentra sustentada por una amplia base de investigaciones las cuales justifican las cualidades que se le otorgan en términos de eficacia y efectividad. En España, los estudios sobre su aplicación en el área de la salud utilizan principalmente tres descriptores, siendo el más frecuente "consejo médico" (Altisent et al., 1997; Ballesteros et al., 2003; Díez et al., 1997; Escolies, 1998; Fernández et al., 1997; García et al., 2001; Llambrich, 1993; Rodríguez, 1994; Salleras et al., 1994). Un segundo descriptor es el de "intervención breve" (Díez et al., 1997;

Fernández et al., 1997) destacando el carácter breve del consejo como una estrategia de cambio conductual.

Al considerar los estudios realizados en el ámbito anglosajón, los descriptores varían entre "health advice", "patient counselling" (Cummings, Rubin, y Oster, 1989; Harris, Caspersen, De Friese, y Estes, 1989; Hoppe, Farquhar, Henry, y Stoffelmayr, 1990; Levenkron, Greenland, y Bowley, 1990; Mullen et al., 1997), "brief intervention" (Beich, Gannaik, y Malterud, 2002; Bien, Miller, y Tonigan, 1993; Fleming et al., 2000; Poikolainen, 1999; Wilk, Jensen, y Havighurst, 1997).

En cualquiera de los casos mencionados sobre las diversas palabras claves utilizadas, todas hacen referencia a una relación de intercambio que se lleva a cabo durante la consulta médica y que facilita al paciente la adopción de conductas saludables. La aplicación del CCS posee índices de eficacia entre un 5% y un 10%. Estos porcentajes al trasladarlos a la población general generan un impacto que es importante al considerar que es el método con que se obtienen cambios de comportamientos con la menor inversión de tiempo y dinero (Ashenden et al., 1997; Ballesteros et al., 2003; Castellanos et al., 2002; Castel, Karkabi, y al., 2005; Centeno y Capilla, 2001; Diéz et al., 1997; Fleming et al., 2000; García et al., 2001; Russell, Willson, Taylor, y Baker, 1979). Las aplicaciones más frecuentes se mencionan a continuación.

1.1.2.3. El Consejo Comportamental de salud y el cambio de conducta.

Como se mencionó anteriormente, la aplicación del CCS busca lograr cambios comportamentales favorables en la salud de los pacientes, de allí que se desarrollen estudios para valorar la efectividad del mismo en distintos ámbitos de la salud. A continuación se presenta un resumen de dichos estudios y su relevancia para la presente investigación.

Hay evidencia sobre la efectividad del CCS ofrecida por el médico para cambiar la

conducta de salud del paciente (Ajzen, 1991; Bull et al., 1999; Lourerio et al., 2006). En este sentido, la mayoría de los estudios son de tipo cualitativo (Bull et al., 1999), de revisión respecto al tipo de consejo que debe darse y su efectividad (Coleman y Wilson, 1999; Coleman y Murphy, 2000; Walker y Townsend, 2002) o sobre la estructura de las interacciones tendentes a buscar el cambio conductual (Flocke et al., 2009). Otros estudios apoyan la efectividad del CCS para modificar comportamientos de riesgo (Bull et al., 1999; Lourerio et al., 2006; Mundt et al., 1997). Por ejemplo, en un estudio sistemático de 45 investigaciones, se compararon grupos que recibieron una atención "normal" y otro que recibió CCS. El grupo que recibió Consejo Comportamental de Salud realizó cambios respecto de fumar, disminuir alcohol, aumentar la frecuencia y duración del ejercicio físico (Ashenden et al., 1997). Otros estudios han revisado la eficacia de las intervenciones en atención primaria, demostrando que independientemente del tiempo que ha dedicado el médico para dar CCS, existe un efecto sobre la conducta de los pacientes (Johansson, Bendtsen, y Akerlind, 2004; Kreuter y Wray, 2003).

En el ámbito de la deshabituación del tabaquismo, un meta-análisis (Russell et al., 1979) y otros estudios aleatorizados, longitudinales y transversales (Castel et al., 2005; Castellanos et al., 2002; García et al., 2002; García et al., 2001) que reúnen una muestra total de 3224 sujetos de ambos sexos, revelan que la aplicación del CCS generó cambios significativos (Castellanos et al., 2002) en el hábito de fumar (dejar de fumar) con índices de efectividad que variaron desde el 5.1% al 11% de los sujetos, en periodos de seguimiento entre 6 meses y 12 meses (Russell et al., 1979). Los resultados de estos estudios indican, por tanto, que la aplicación del CCS por parte del médico es efectiva para influir en el comportamiento de un paciente, provocando cambios hacia conductas más saludables que se mantienen en el tiempo.

En cuanto a la aplicación del CCS al consumo de alcohol, los estudios revisados como meta-análisis (Ballesteros et al., 2003) y estudios aleatorizados, longitudinales y transversales (Altisent et al., 1997; Díez, Peña, García, y Gaité, 2002; Fleming et al., 2000; García et al., 2003; Mundt et al., 1997) reunieron una muestra total de 3031 sujetos, los cuales tuvieron como objetivo la disminución del consumo en pacientes cuya ingesta representaba un riesgo para su salud. La aplicación del CCS por parte del médico logró cambios significativos (Mundt et al., 1997) con índices de efectividad que variaron entre el 4% y el 15%, con periodos de seguimiento entre los 3 meses y 24 meses (García et al., 2003; Mundt et al., 1997).

El meta-análisis realizado sobre estudios españoles (Ballesteros et al., 2003) mostró que los grupos tratados con el CCS ofrecido por el médico obtuvieron índices de eficacia del orden del 20%. Estos resultados superan a los índices antes mencionados, y van en la misma dirección, apuntando al Consejo Comportamental de Salud como una herramienta eficaz en el cambio de conductas de riesgo por comportamientos más saludables.

La aplicación del CCS en otros casos de salud como por ejemplo, disminución de peso en pacientes con obesidad mórbida (Lourerio et al., 2006), llevar a cabo actividades deportivas en pacientes con riesgo de enfermedades coronarias y pacientes de atención primaria (Fleming et al., 2000; Harris et al., 1989), apoyan la idea del CCS como estrategia de prevención e intervención, si bien han mostrado resultados de efectividad que variaron entre el 0.3% y 2.8%.

En resumen, la aplicación del Consejo Comportamental de Salud en diversas situaciones sanitarias deja por sentado que es una herramienta útil, económica tanto en recursos como en tiempo, aplicable por sí sola, logrando índices de efectividad variables según la condición de salud y cambios hacia comportamientos más saludables que se

llegan a mantener en el tiempo, específicamente durante el período de seguimiento de los estudios revisados (Armitage y Conner, 2001; Ashenden et al., 1997; Bull et al., 1999; Johansson et al., 2004; Kreuter y Wray, 2003; Lourerio et al., 2006; Mundt et al., 1997).

1.1.2.4. Prevalencia del Consejo Comportamental de salud en la consulta médica.

El interés por la salud ha conducido a la comunidad científica a buscar el qué, cómo, cuándo y dónde idóneos para lograr los cambios conductuales deseados hacia un mejor estado de salud (Foster et al., 2002). Las alternativas de respuestas tienden a coincidir identificando las consultas médicas como la oportunidad ideal (tanto en frecuencia como en condiciones ambientales) para realizar una intervención orientada a la consecución de un mejor estado de salud en el paciente (Foster et al., 2002).

Como hemos comentado, la consulta médica se encuentra dentro de los ambientes identificados por la OMS como espacios para la salud. Son definidos como lugares en donde los individuos diariamente interactúan con el objeto de generar un efecto sobre la salud y el bienestar (Nutbeam, 1998), donde se encuentran individuos con roles definidos y regidos por una estructura organizacional determinada. Estos ambientes también son utilizados para promover la salud a través del contacto con las personas que asisten a ellos o a través de la interacción de estos centros con las comunidades circundantes y por ello se consideran como ideales para la realización del Consejo Comportamental de Salud.

Es por ello que dar CCS es considerado como una práctica basada en la evidencia, a través de la cual, el médico realiza una intervención breve y efectiva para modificar comportamientos en sus pacientes. De esta manera, el médico tiene como parte de su labor, lograr la mejora de la condición del paciente incluyendo la promoción de cambios en conductas de riesgo, es decir, aplicando el CCS. Sin embargo, a pesar de lo deseable

que pueda resultar el uso del CCS, la frecuencia con que se aplica por parte del médico es baja (Coleman, 2004; Silagy y Muir, 1992). De hecho, no está claro si esta acción forma parte de las herramientas de interacción interpersonal del facultativo con el paciente, ni si existen programas de formación serios que se orienten para que el médico desarrolle una formación conducente su uso y aplicación para diferentes conductas. Es decir, el CCS no es tan frecuente como se esperaría tomando en consideración la efectividad y eficiencia que se informa en los estudios que han medido el efecto de esta variable en los cambios de hábitos de salud.

En las consultas médicas de atención primaria, el uso del CCS posee una prevalencia que se encuentra entre el 20% y 35% de los pacientes, lo cual se considera como un desaprovechamiento de la oportunidad para ofrecer el consejo y estimular cambios conductuales (Diéz et al., 1997; Eakin, 2007; García et al., 2003; Ibáñez et al., 2001; Yeager et al., 1996). Esto se aplica especialmente en aquellos casos de salud que son susceptibles de mejorar o prevenir complicaciones como por ejemplo, incentivar la actividad física en pacientes con obesidad, hipertensión o propensión a problemas coronarios (Ibáñez et al., 2001).

Por tanto, una conclusión evidente es que el uso del CCS como herramienta para la prevención y modificación de conductas está aún muy por debajo de su potencial. En este sentido, Yeager et al (1996) hace mención de varios factores que explican este hecho, entre los cuales se tiene:

- el médico no considera que sea una herramienta a utilizar en su consulta
- desconoce su efectividad real y por ello la considera poco útil,
- existen restricciones de tiempo para realizar la consulta debido a la sobrecarga de pacientes,
- los propios hábitos de salud de los médicos y

- el escaso entrenamiento que reciben en estrategias de comunicación e interacción con los pacientes.

En resumen, la acción de ofrecer CCS por parte de los médicos está sujeta a varias condiciones o variables relacionadas íntimamente al comportamiento humano, y por ello, se trata de un comportamiento complejo, sujeto tanto las circunstancias sociales y psicológicas de quien lo pretende aplicar.

1.2. Evaluación de la interacción médico-paciente.

Existen referencias a partir de los años 50, de estudios que comenzaban a dar un marco científico al tópico del "cómo se dicen las cosas" entre médicos y pacientes, pero no es hasta ya bien entrados los años 70 cuando se comienza a observar en la literatura internacional estudios relacionados a la comunicación médico paciente.

Se han aplicado diferentes métodos al estudio del CCS en contextos médicos. Mencionaremos tres enfoques a los cuales comúnmente se hace referencia en la literatura científica.

Un método es la encuesta telefónica, aquí el paciente se pone en contacto después de que él o ella ha interactuado con el profesional médico. Este método implica que el paciente debe hacer memoria acerca de si él o ella recibió CCS durante un encuentro con el médico (Diéz et al., 1997; García et al., 2002; Shiffman et al., 2009).

Un segundo método consiste en revisar el historial médico del paciente y buscar anotaciones que indiquen que se le ha ofrecido CCS o analizar protocolos destinados a detectar su uso. En el primer caso, el médico debe anotar intencionalmente el comportamiento de dar CCS a un paciente particular. En el segundo caso, el investigador utiliza un cuestionario en el que el paciente debe informar si ha recibido o no CCS (Carrion y Furest, 1995; Ibáñez et al., 2001).

Una tercera manera de estudiar CCS en el entorno sanitario, es grabar las interacciones del paciente con su médico mientras se encuentran en la consulta, método también conocido como “Sistema de análisis de la interacción” (Bertakis y Azari, 2007; Harting, van Assema, van der Molen, Ambergen, y de Vries, 2004; Robinson, 1998). Así, el uso de sistemas de análisis de la interacción supone un método de registro aplicado a los diálogos médico-paciente, con el objetivo de describir dichos encuentros, en términos del proceso y de los resultados. Una grabación de la conversación real entre los pacientes y los médicos permite una evaluación precisa del evento, permite que más de un observador pueda ver y codificar la interacción. El uso de sistemas de análisis de la interacción es más objetivo que los métodos anteriormente descritos, y la fiabilidad del observador puede calcularse cuando se cuenta con varios codificadores. Con este método, los investigadores han podido identificar una gran variedad de comportamientos de comunicación que tienen lugar entre médicos y pacientes (es decir, el tono emocional, calidad de voz o la cantidad de tiempo que se habla, entre otros), revelando también la manera cómo se influyen mutuamente ambos protagonistas.

Los principales análisis de sistemas de interacción conocidos son el Sistema de Modos de Respuestas Verbales de Stiles (Stiles, 1992), el Sistema de Interacción de Bales (Bales, 1999) y el Sistema de Análisis de Interacción de Roter (RIAS) (Roter, 1995). Si bien es cierto que todos ellos comparten la perspectiva metodológica, se diferencian en la forma final de aplicación y en aquello que consideran relevante analizar (Inui, Carter, Kukull, y Haigh, 1982).



Figura 1. Sistema de Análisis de Interacción (Roter,1995)

1.2.1. Sistema de Modos Verbales de Stiles.

El sistema de modos verbales de Stiles (Stiles, 1992) plantea que las verbalizaciones son un medio de relación el cual implica un intercambio no solo de información sino de perspectivas, las cuales están basadas en la experiencia subjetiva de cada protagonista. La interacción viene a ser un intercambio de experiencias entre el emisor y el receptor, situación en la cual se observan comportamientos típicos o roles, los cuales van a dar sentido y contexto a la relación.

El procedimiento se basa en grabar las conversaciones en cintas; posteriormente son transcritas literalmente para luego ser analizadas. La taxonomía propuesta por Stiles permite la comparación directa de roles entre individuos que interactúan (p.e. terapeuta versus cliente, médico versus paciente, esposo versus esposa, padre versus hijo) al igual que evalúa la clase de relación que se establece o el tipo de discurso. Este sistema se interesa principalmente por las acciones o comportamientos que las personas realizan cuando se comunican más que el contenido de lo que dicen. Cada participación verbal, ya sea del emisor o del receptor es codificada como una de las siguientes acciones: (R)

reflexión, (K) comprensión, (I) interpretación, (Q) pregunta, (C) confirmación, (E) edificación, (A) consejo o (D) revelación. Las principales aplicaciones de este sistema se refieren a áreas como la medicina, publicidad, entretenimiento, política, educación, relaciones familiares y psicoterapia (Stiles, 1992).



Figura 2. Sistema de Análisis de Interacción de (Stiles, 1992)

Stiles

1.2.2. Sistema de análisis de Bales.

Bales (1999) es uno de los pioneros de los sistemas de análisis de interacción, cuya aplicación inicial la dirigió hacia el estudio de las relaciones que surgen en grupos sociales pequeños. Bales indica que la dinámica de un grupo se encuentra definida en términos de acciones orientadas a la tarea y las socio-emocionales (Bales, 1999). Para este autor, una orientación hacia la tarea implica la presencia de comunicaciones explícitas que persiguen el cumplimiento de una meta como por ejemplo, solicitar o recibir información, dirigir o evaluar. Las socio-emocionales son actividades mediadoras de las tareas e incluyen los procesos de toma de decisiones, manejo de estrés y la manifestación emocional.

El sistema de análisis de interacción de Bales tiene por objeto conocer las relaciones que ocurren en el interior del grupo y procurar mejorar las pautas de comportamiento del conjunto. La comunicación dentro del grupo revela las características y la naturaleza del mismo, los puntos de liderazgo y las relaciones con el entorno.

El sistema de Bales propone un número de categorías de interacción las cuales han sido agrupadas en cuatro amplios aspectos.

- Reacciones positivas (muestra solidaridad, valora a los demás, presta ayuda, libera tensión, bromea, sonríe, muestra satisfacción, concuerda, muestra aceptación pasiva, participa, confía, aceptación).
- Respuestas atemperadas (hace sugerencias, dirige aceptando la autonomía de los demás, da opiniones, evalúa, analiza, expresa sentimientos, da orientaciones, información, repite, aclara, confirma).

- Pregunta (pide orientaciones, información, repetición, confirmación, solicita opinión, evaluación, análisis, expresión de sentimientos, solicita sugerencias, posibles vías de acción).
- Reacciones negativas (expresa desacuerdo, muestra rechazo pasivo se muestra en desacuerdo, muestra tensión, no amistoso).

Bales indica que existen dos clases de comportamiento comunicacional, el socio-emocional que incluye las acciones positivas o negativas que surgen entre los miembros de un grupo (p.e. amistoso o mostrar tensión). El segundo comportamiento se refiere a las conductas enfocadas en el proceso las cuales incluyen el dar sugerencias, ofrecer opiniones e información. El autor sostiene que dentro de los grupos va a existir un líder socio-emocional encargado de mejorar las relaciones del grupo y un líder del proceso el cual facilita y coordina los esfuerzos para alcanzar las metas de trabajo del grupo. De igual manera, Bales indica que los individuos se relacionan de acuerdo a tres estilos: dominante vs. Sumiso; amistoso vs. No amistoso; instrumental vs. Emocional (Bales, 1999).

Este sistema de análisis fue específicamente diseñado para la evaluación de los grupos durante procesos de tomas de decisiones, analizando el contenido de las conversaciones y posteriormente ubicándolas en categorías de comunicación.

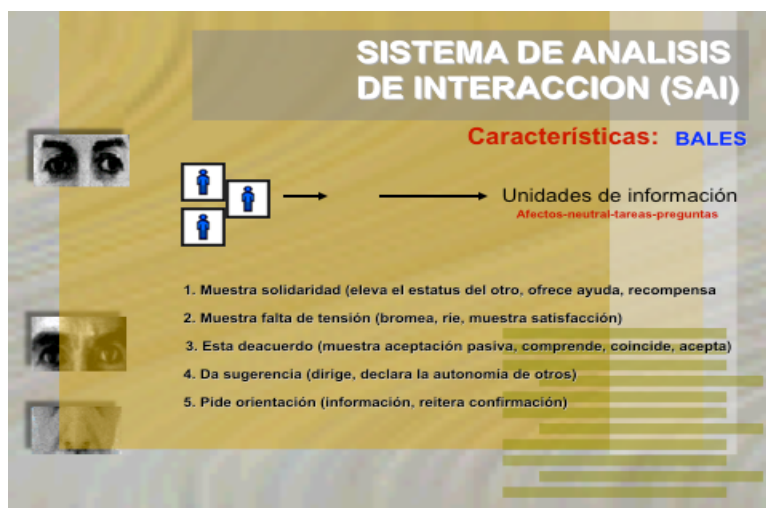


Figura 3. Sistema de Análisis de Interacción de Bales (Bales, 1999)

1.2.3. Sistema de Análisis de Interacción de Roter (RIAS).

El sistema de análisis de interacción de Roter (Roter,1995) se deriva de las teorías sobre el intercambio social, la educación para la salud y la capacitación para la salud del paciente, considerando al encuentro médico paciente como "una reunión de expertos", donde el diálogo moldea la relación terapéutica y refleja los roles de cada uno.

Es un método para codificar las interacciones entre médicos y pacientes durante la consulta que surge de la modificación del trabajo realizado por Robert Bales (Bales, 1999) el cual estudia patrones de interacción en pequeños grupos durante tareas de resolución de problemas o toma de decisiones.



Figura 4. Sistema de Análisis de Interacción RIAS (Roter,1995)

El RIAS se diferencia del modelo original de Bales sustancialmente en cuatro aspectos (Roter, Hall, y Aoki, 2002):

- La unidad de análisis es la "utterance", descrita como el segmento verbal más pequeño que ofrece un significado semántico (Roter,1995).
- La codificación está diseñada para adaptarse a los intercambios específicos que ocurren durante una consulta médica. Todo el diálogo entre médico y paciente es codificado en categorías que pueden ser aplicadas a cada emisor, sin embargo, algunas categorías pueden ser aplicadas para algún emisor en particular.
- Las categorías se adaptan para reflejar directamente el contenido y el contexto del diálogo rutinario entre los pacientes y los médicos durante intercambios médicos.
- La identificación y la clasificación de acontecimientos verbales se codifican directamente de cintas de audio y no de transcripciones.

- Puesto que la codificación se hace directamente de cintas de audio, más que de transcripciones, la codificación de la calidad del tono emocional de la interacción es posible. Esto permite conocer y codificar el contexto emocional de la visita más allá de la significación de las palabras habladas. De acuerdo con una impresión afectiva general, los codificadores clasifican al paciente y al médico en dimensiones afectivas globales tales como cólera, ansiedad, dominación, amistad e interés.

A través del RIAS se codifican las interacciones médico paciente aludiendo a dos dimensiones: contenido socio-emocional y contenido centrado en el proceso, entre ambas hacen 34 categorías mutuamente excluyentes las cuales son utilizadas para clasificar los contenidos verbales.

La dimensión centrada en el proceso incluye comportamientos realizados por el médico, orientados a obtener datos, realizar exámenes, procedimientos, educar al paciente y dar consejos. Estas acciones vienen a ser el resultado de la aplicación de habilidades técnicamente utilizadas en la solución de problemas que conforman la base del ser "experto" adquirida a través de la educación formal médica.

La dimensión socio-emocional incluye las conductas orientadas a desarrollar un vínculo afectivo entre médico y paciente con el objeto de construir un ambiente emocional positivo. La práctica de la empatía, la escucha activa, la estimulación a la participación del paciente y la muestra de interés son algunos de los comportamientos tomados en cuenta dentro de esta dimensión.

Existe coincidencia entre los investigadores de la interacción médico paciente, que estos dos grupos, enfocados en la tarea y socio-emocional, forman parte de los distintos comportamientos verbales observables en los procesos de interacción médico paciente (Roter y Larson, 2002). Sin embargo, existen puntos de vista que critican la adopción

de estas dos dimensiones por considerarlas limitadas o no representativas de todo el espectro comunicativo que sucede entre médicos y pacientes (Ong et al., 1987).

Sondell, Sonderfelt, y Pamqvist (2003) cuestionan el hecho de que estas dos combinaciones sean las únicas que aparezcan dentro del proceso de interacción médico paciente. En una tentativa de solucionar esta situación contradictoria, el RIAS permite tanto la codificación de la comunicación no-verbal como la entonación (Roter y Hall, 1993; Roter et al., 2002; Roter y Larson, 2002).

Roter y Hall (1993) son de la opinión que el carácter afectivo de una interacción se puede definir en tres niveles para los pacientes y los médicos: (1) el nivel intrínseco, (2) el nivel transportado, y (3) el nivel interpretado. El nivel intrínseco de la comunicación abarca las verbalizaciones que tienen contenido socio-emocional explícito. La base para la identificación de estos intercambios es la concordancia de la expresión facial y el contenido literal de la comunicación. El nivel transportado de la comunicación se refiere a la manera de la comunicación y no al contenido, p.e calidad de la voz, insinuación y opción de palabras. El nivel interpretado de la comunicación refleja la impresión total creada en el receptor de la comunicación.


El RIAS ofrece un marco de categorías mutuamente excluyentes por lo que la contribución del paciente y el médico puede ser detalladamente clasificada y estudiada. El RIAS muestra una ventaja sobre otros sistemas en cuatro maneras (Roter et al., 2002):

- Práctico: el codificador trabaja directamente sobre la grabación, evitando realizar largas transcripciones y las reglas de codificación pueden ser dominadas por no lingüistas en un período de entrenamiento relativamente corto.
- Funcional: A través de la codificación de las conductas orientadas a la tarea se logra valorar dos funciones básicas de la entrevista médica que son la obtención

de información para comprender el problema del paciente y la educación y el consejo del paciente. Los aspectos emocionales reflejan la tercera función de la entrevista médica que es el desarrollo de una relación con el paciente a través del rapport y el estar atento a las emociones del paciente. Una cuarta función que se puede sumar es la "activación y construcción de cooperación" la cual se observa en el uso de estrategias verbales que ayudan al paciente a pasar de un paradigma biomédico a uno psicosocial.

- Flexible: El RIAS es altamente adaptable y puede ser acomodado para capturar intercambios verbales particulares. Estas adaptaciones han sido realizadas para el análisis de consultas oncológicas, obstetricia, ginecología, pediatría, cuidados rutinarios, pacientes con diagnósticos específicos como asma, hipertensión o diabetes (Ford et al., 1995; Hampson, McKay, y Glasgow, 1996; Kaplan et al., 1996; Sondell, Soderfelt, y Palmqvist, 2003). En cada uno de estos contextos, el RIAS contempla la creación de subcategorías propuestas particularmente para la situación en estudio, logrando que el instrumento de codificación se ajuste a la situación y no viceversa. Este sistema permite la codificación de múltiples actores como puede ser el caso de una consulta pediátrica donde el médico en algunas ocasiones interactuará con el niño y en otras con su representante.
- Sensible: El RIAS, se caracteriza por confiabilidad y consistencia en la ejecución del codificador. El RIAS ha demostrado ser una estrategia que arroja muestra índices de confiabilidad y validez (predictiva y concurrente) lo que hace que los datos que se obtienen de su aplicación tengan un grado de certeza que permite la realización de estudios científicos serios.

EJEMPLO



Dr. Hola, buenos días.. (Saludo)

Pa. Pues bien, con un dolor de espalda terrible (Trans - Give Med)

Dr. Parece que es un dolor muy fuerte, dígame ¿dónde le duele? (Empathy -Med)

Pa. Acá en el hombro. Es que ayer....mis nietos.....me puse a cortar leña... (Give Med - Give Med - Trans - Give Med)

Dr. ¿Cómo es eso que se puso a cortar leña? (L/S)

Pa. A mis nietos les encanta ver la chimenea encendida y bueno...(Gives P/S)

Pa. Yo me puse a cortar y di un giro brusco y senti un dolor fuerte (Gives Med)

Trans: frase de transición
 Give Med: da info médica
 Empathy: muestra empatía
 L/S: Pregunta abierta sobre estilo de vida
 Gives P/S: da info psicosocial (únicamente paciente)




Figura 5. Ejemplo de codificación con el RIAS

El sistema RIAS ha sido utilizado en múltiples ámbitos de la investigación sanitaria, sin embargo, para este estudio es de interés destacar los más relacionados al mismo, como son: el entrenamiento y formación en habilidades de comunicación en médicos, la evaluación de características de comunicación en la consulta médica y la capacitación comunicacional del paciente.

Respecto al entrenamiento y formación, el RIAS se ha empleado como sistema para valorar las destrezas del médico en su interacción con el paciente y así detectar habilidades, oportunidades de mejora e incorporar estrategias de comunicación que optimicen su desempeño profesional (Bensing y Sluijs, 1985; Blanch y Hall, 2009; Cooper et al., 2011; de Ridder, Theunissen, y van Dulmen, 2007; Fassaert, van Dulmen, Schellevis, y Bensing, 2007; Finset, Graugaard, y Holgersen, 2006; Graugaard, Eide, y Finset, 2003; Hall y Roter, 1988; Helitzer et al., 2011).

En relación con la evaluación de características de comunicación en médicos, el RIAS se ha empleado como herramienta para identificar aspectos comunicacionales que ocurren en el contexto de una consulta médica. A través de este sistema, se ha logrado

establecer pautas particulares de comunicación que se aplican a distintas situaciones dentro del contexto laboral del médico, por ejemplo, consultas en las cuales se debe orientar al paciente a la toma de decisión, el consejo genético, dar malas noticias, la interacción con el paciente oncológico y el cuidado preventivo en atención primaria (Cooper et al., 2011; Ellington et al., 2006; Eide et al., 2004; Lamiani, Meyer, Browning, Brodsky, y Todres, 2009; Valente et al., 1986). Las áreas mencionadas anteriormente no cubren en su totalidad el espectro de aplicación del RIAS pero sirven para ilustrar que la comunicación en el contexto sanitario es diferenciada del "hablar popular" y a su vez particular a la situación de interacción entre el médico y su paciente.

El fundamento teórico que sustenta al sistema RIAS propone un paciente participativo, informado, capacitado o potencialmente apto para serlo, es decir, suscribe la noción de un modelo de interacción médico centrado en el paciente. Por ello, este sistema se ha aplicado para identificar las variables comunicacionales que facilitan ese modelo centrado en el paciente, es decir, que promueven el intercambio productivo y colaboración entre médico y paciente, en el contexto de su interacción. Esto se puede observar en comportamientos del médico que faciliten que el paciente incremente su percepción de control, facilite su expresión emocional, incentive su participación activa, motive a la toma de decisión, entre otras conductas (Bensing, Verheul, Jansen, y Langewitz, 2010; Roter, 1977; Roter et al., 1995; Kim et al., 2003).

Se puede constatar que el RIAS es uno de los sistemas de interacción más utilizados en estudios de relación médico paciente (Roter, Larson, Beach, y Cooper, 2007), y dada las bondades que presenta para valorar la experiencia integral de interacción médico paciente, su facilidad de codificación y la diferenciación entre tipos de verbalizaciones lo hace un método deseable para utilizar en estudios como el presente.

2. El aprendizaje del rol médico

El estudio de rol se fundamenta en la necesidad de comprender aspectos complejos del comportamiento humano asociados a situaciones de la vida. Sus inicios se remontan a la década de los treinta (Clifford, 1996), sin embargo, desde mucho antes ya se tenía conocimiento de la palabra “rol” puesto que en el vocabulario de la lengua inglesa ha sido de uso frecuente para describir situaciones muy distintas como lo son: teatro (el papel de los actores), una función (el papel del cementero) o una actividad (el papel de la policía). Las múltiples aplicaciones de la palabra rol y su uso dentro del lenguaje cotidiano crea oportunidades para la confusión (Clifford, 1996).

Para las ciencias de la conducta, en especial, la Psicología Social, el concepto de rol es definido como patrones de conducta que son esperados de una persona o grupo, dentro de un contexto social determinado (Gilbert, Fiske, y Lindsey, 1998). Los roles son un mecanismo a través del cual el individuo se relaciona con los diversos niveles de organización social y este proceso lleva a que se integren valores y normas que son los elementos que regulan su expresión (Bloombaum, 1984). Dadas estas premisas, cabe considerar que la lista de roles posibles podría ser muy extensa, por lo que el uso de la variable rol tiende a estar contextualizada por los investigadores, situación frecuente cuando se carece de definiciones comunes (Bloombaum, 1984).

2.1. Perspectivas de rol.

Tomando en cuenta los inicios de la investigación en rol, se han diferenciado tres perspectivas o marcos referenciales que se mencionan a continuación:

- Perspectiva sociológica enunciada por Mead en 1934 (Clifford, 1996) que indica que las personas en general intentan ubicarse en la sociedad y conseguir "su lugar por lo que el rol es una consecuencia de esa búsqueda de adaptación del individuo a la estructura social que influye en él.
- Perspectiva antropológica. Considera que el status resume los valores, derechos y deberes que adquiere cualquier individuo al vivir en sociedad. El rol forma parte del status y representa el aspecto dinámico del mismo, es decir, es lo que se puede ver del status (Clifford, 1996).
- Perspectiva psicológica. Tiene su máximo representante en Moreno quien indica que los roles permiten socializar con otros individuos. Este proceso sucede a través de la percepción de roles y posterior actuación de los mismos en un contexto social definido (Clifford, 1996).

2.2. Rol profesional en medicina.

La atención de la salud es un acto complejo dada la interacción de factores diversos como pueden ser la tecnología, la enfermedad, las características del paciente o la filosofía de trabajo del equipo de salud. Por ello, existe interés por comprender los factores que caracterizan al equipo de salud tanto en su formación como en su desarrollo (Howe, 2001; Shuval, 1975) y se ha destacado los nuevos retos que enfrenta el equipo de salud al tener que hacer frente al aumento en la demanda de asistencia, nuevas tecnologías y tratamientos, altos costos del sistema sanitario, lo cual lejos de simplificar la acción de estos profesionales la incrementa. Este proceso de ajuste

involucra cambios en el paradigma del equipo de salud, afectando la forma que médicos conciben su rol profesional.

En general el constructo rol se relaciona principalmente con tres aspectos: concepto de rol (Bhargava, 1985; Bebeau y Born, 1993; Clifford, 1996; Taylor, 2001); Verschuren y Nardone, 1997; Yung, 1996), modelo de rol (Ambrozy et al., 1997; Paukert y Richards, 2000; Reuler y Nardone, 1994; Wrights, Wong, y Newill, 1997) y socialización del rol (Du Toit, 1995; Taylor, 2001; Wear, 1997). Los estudios mencionados comparten de manera explícita o implícita la perspectiva que considera al rol como un mecanismo a través del cual el individuo se relaciona con las estructuras sociales y en el campo de lo profesional, vincula al individuo con aquello que define esa actividad tanto en habilidades, valores como actitudes.

2.2.1. La socialización profesional en medicina.

En el caso de los médicos, en el proceso para conocer como ocurre la socialización de esta profesión se han empleado muestras de estudiantes y profesionales de la medicina, destacando que de las tres concepciones de rol mencionadas anteriormente, en medicina es el "modelo de rol" la que aparece con mayor frecuencia en los estudios (Ambrozy et al., 1997; Paukert y Richards, 2000; Reuler y Nardone, 1994; Wear, 1997). Esto indica que en la carrera de medicina, los médicos/profesores, son medios de modelado en la adquisición de habilidades técnicas, conocimientos, actitudes y valores. Tanto los estudiantes de medicina como los propios médicos reconocen la importancia de este proceso de modelo de rol como una fuente esencial para aprender a ser médico (Paukert y Richards, 2000).

Este proceso de transferencia del modelo de rol del médico hacia el alumno de medicina, ocurre a través de la socialización profesional (Ambrozy et al., 1997; Reuler y Nardone, 1994) y se destacan tres características a saber: el modelo de rol como

médico, que señala principalmente las habilidades clínicas y conocimientos en una especialidad; el rol médico como docente, en el cual se realzan las cualidades de investigación; y el modelo de rol como persona, donde resaltan las cualidades y destrezas interpersonales (Ambrozy et al., 1997; Paukert y Richards, 2000).

Dada la complejidad del proceso de socialización debido a la amplitud de contenidos que deben ser modelados, no es de extrañar que existan discrepancias tanto en el contenido de lo modelado por el médico hacia los estudiantes, como también la manera de hacerlo. Por ejemplo, en el proceso de socialización profesional el médico tiende a transmitir más conocimientos clínicos/terapéuticos que habilidades interpersonales o valores (Reuler y Nardone, 1994) y que sin una cierta organización de los contenidos a transmitir, se puede generar la posibilidad de modelar contenidos no deseados de valores y normas (Reuler y Nardone, 1994; Wear, 1997).

En resumen, el rol es un conjunto de normas, actitudes y valores que permiten que los individuos definan un esquema de participación social. La manera como un individuo se hace de un rol profesional viene dado por un proceso de socialización que ocurre durante la formación del estudiante a través de la educación formal y por intervención de figuras que ejercen un papel de "modelos" (Paukert y Richards, 2000).

2.3. Aprendizaje de actitudes y comportamientos de dar control al paciente.

Los estudiantes de medicina durante el proceso de socialización profesional experimentan de manera formal o informal ejemplos de relación médico-paciente. Las materias dedicadas a este fin y el modelamiento de los médicos a lo largo de la carrera son medios que ofrece la universidad para que el estudiante de medicina adquiera estas habilidades. Cuando el estudio de las habilidades de interacción es impartido a los estudiantes de una manera sistemática y en diversos niveles a lo largo de la carrera, se logra que éste valore la comunicación como un cuerpo de conocimiento científico,

considere como valioso el dominio de estas habilidades para su futura vida profesional e incrementa su confianza para emplearlos (Hannah, Millichamp, y Kathryn, 2004).

Pero como se comentó en el punto anterior, la socialización profesional del médico a través del modelo de rol, puede transmitir muy diversos contenidos, habilidades y valores, pudiendo estos ser tan diversos como estilos docentes existen. En ese sentido, se han realizado iniciativas para lograr establecer cierta uniformidad sobre qué debe contener ese proceso de socialización del estudiante de medicina. Una de ellas es la llevada a cabo por la Academia Americana sobre Médicos y Pacientes (American Academy on Physician and Patient). Esta sociedad, organizó en 2002 una conferencia sobre competencias de comunicación y habilidades interpersonales que deben adquirir los estudiantes de medicina en su proceso de formación. El resumen de esta conferencia se publicó bajo el nombre de The Kalamazoo II Report (Duffy et al., 2004) y por su relevancia, presentamos un resumen de sus principales conclusiones: La educación de habilidades de comunicación y relación interpersonal de los estudiantes de medicina y médicos en general, 1. Se desarrolla desde el comienzo de la carrera de medicina hasta la incorporación a una especialidad, 2. Cada nivel de formación posee sus necesidades de formación en términos de comunicación e interacción, 3. En la medida que el estudiante de medicina avanza en la carrera, aumenta la complejidad de las habilidades y comportamientos que debe adquirir en el campo de la comunicación y relación con el paciente (Duffy et al., 2004).

2.3.1. Competencias de rol y habilidades de comunicación del médico.

El informe mencionado describe tres competencias generales relacionadas a la comunicación y relación interpersonal que debe adquirir el estudiante de medicina y el médico en general:

- **Habilidades de comunicación:** La comunicación con pacientes es una habilidad básica para la práctica de la medicina. Puede ser definida como acciones específicas y conductas observables que incluyen la entrevista para obtener la historia médica, explicación de un diagnóstico y pronóstico, ofrecer instrucciones terapéuticas e información necesaria para dar un consentimiento informado antes de iniciar cualquier proceso de intervención terapéutico. Los aspectos más específicos que se incluyen aquí son: escuchar de manera efectiva al paciente, obtener información del paciente utilizando habilidades efectivas de entrevista, proveer información utilizando habilidades de exploración adecuadas, dar consejo al paciente y educarlo, tomar decisiones basadas en el consentimiento informado del paciente.
- **Habilidades interpersonales:** Estas son habilidades dirigidas principalmente hacia la relación directa con el paciente y los procesos que aparecen dentro de dicha interacción. Las habilidades interpersonales focalizan el efecto que causa la comunicación en otra persona. Esta competencia se ha descrito como "cualidades humanitarias". Las habilidades interpersonales incluyen los siguientes elementos: respeto (tratar al otro como deseáramos ser tratados), prestar atención al paciente a través estrategias verbales y no verbales, estar presente (atento) al paciente en el momento de la interacción y consciente de la importancia de la relación, mantener una intención de cuidar y no solo buscar una cura para lo que aqueja al paciente, al mismo tiempo de mantener un interés por conocer las ideas del paciente, sus valores y preocupaciones.
- **Comunicación en equipos sanitarios:** Se refiere a la comunicación e intercambio que ocurre entre colegas de la medicina u otros miembros del equipo sanitario. Se trata de enseñar al estudiante de medicina primero de ser consciente de este

tipo de comunicación, entrenamiento en comunicarse con iguales y superiores, seguimiento de un mensaje enviado y la calidad de ese mensaje cuando es recibido, el desarrollo de las relaciones interpersonales en el ámbito laboral.

2.3.2. Valoración de habilidades de interacción del médico.

Existen estrategias aplicadas para la valoración tanto de estudiantes de medicina como profesionales de la salud, que buscan identificar las habilidades de la comunicación y mejorar el entrenamiento en relaciones interpersonales. Una estrategia muy utilizada en médicos residentes de una especialidad consiste en la evaluación de sus habilidades de interacción a través de la observación directa de pacientes reales (Holmboe, Hawkins, y Hout, 2004). Es un método adecuado para ofrecer una rápida retroalimentación al residente, pero al carecer de un sistema de calificación sistemático puede ser poco útil y no ofrece al estudiante una información que perdure en el tiempo para su posterior valoración (Duffy et al., 2004). Es por ello que este tipo de valoración a veces tiende a incluir una lista de conductas para utilizarla como guía y posterior sistema de evaluación y consulta.

Otro método utilizado y aplicado tanto a estudiantes de licenciatura de medicina y médicos residentes, es el uso de la entrevista simulada con pacientes estandarizados. En programas educativos de medicina, esta metodología es utilizada para ofrecer a un grupo de estudiantes, una experiencia uniforme, estable en contenidos que permite recibir asesoramiento sobre la conducción de la entrevista, sin la tensión emocional que implica hacer esto mismo con un paciente real. El uso de pacientes estandarizados en estas prácticas con frecuencia incluye la aplicación por parte del observador u observadores de alguna escala de medición de conductas o habilidades de comunicación e interacción interpersonal.

Uno de los métodos más valorados es la aplicación de la grabación en audio o vídeo de la interacción que ocurre, ya sea, simulada o real (Duffy et al., 2004). Un estudiante de medicina realiza durante un tiempo determinado una entrevista con un paciente simulado, la interacción es grabada y posteriormente, recibe una retroalimentación por parte del experto, quien a su vez puede repasar junto al estudiante los detalles de su conducta comunicacional. Este método reporta una gran ventaja al incorporar no solo la observación del experto sino que también el estudiante o médico residente, puede valorar su conducta contrastando lo que ha hecho con las competencias previamente definidas y deseables. Este informe menciona al RIAS como una metodología ejemplar que se utiliza ampliamente en el campo de investigación y educación de la interacción médico y paciente (Duffy et al., 2004).

Otros métodos que incluyen en su descripción son la evaluación de conocimiento, percepción y actitudes sobre la comunicación de los estudiantes de medicina o residentes, utilizando situaciones estándar que aparecen en vídeos preparados y muestran escenas de una consulta médica. Basado en su aprendizaje anterior, el alumno deberá identificar o responder a cuestiones que se le presenten en forma de test. En el caso de estar trabajando con pacientes reales, la aplicación de cuestionarios de satisfacción a los pacientes es otro método que permite una evaluación de la actuación del médico pero desde la perspectiva del receptor de sus servicios. Es útil siempre y cuando se pueda utilizar esa información para incorporarla en las propias necesidades de mejora del médico evaluado, es decir, como parte de un programa de educación continua en comunicación (Duffy et al., 2004).

Dentro de las competencias de comunicación se encuentra como conducta del médico, ofrecer consejo al paciente. Sin embargo, queda claro que para lograr esta competencia y otras a nivel interpersonal, se requiere de un proceso formal de

educación para poder trabajar con las creencias de los estudiantes de medicina y al mismo tiempo, a través de medios formales de entrenamiento, se logre la adquisición de habilidades para desarrollar una relación terapéutica satisfactoria con el paciente (Duffy et al., 2004).

2.3.3. Entrenamiento en habilidades de consejo comportamental de salud.

Cuando se menciona el hecho de trabajar con las actitudes de los estudiantes de medicina, se quiere resaltar el hecho de que estos pueden manifestar una tendencia a considerar que la comunicación con el paciente se basa principalmente en habilidades innatas o adquiridas "en la vida" y no como producto de un proceso formal de educación (Poirer et al., 2004). Sin embargo, cuando un grupo de alumnos es sometido a un proceso de entrenamiento formal y continuo en la carrera sobre comunicación y habilidades de interrelación, los estudiantes que completan ese curso muestran mayor competencia percibida en su capacidad para modificar la conducta de los pacientes, se incrementa el grado de confianza en sus competencias, lo cual contrasta con la valoración que se realiza en el pre test del estudio (Poirer et al., 2004).

Deduciendo de los resultados anteriores, se puede considerar que estos procesos de entrenamiento afectan positivamente el control comportamental percibido y las actitudes de los estudiantes hacia las habilidades de comunicación y su relevancia profesional.

Los estudiantes de medicina, en sus primeros años de carrera, creen que es competencia y responsabilidad del médico ofrecer CCS a sus pacientes, además consideran que posee la capacitación para ello (Foster et al., 2002). Sin embargo, en la medida que avanzan en la carrera, los estudiantes de medicina tienden a perder fuerza en la actitud positiva hacia dar CCS y continúan apoyando la segunda creencia que indica que los galenos poseen la capacidad para realizarlo (Fadlon, Pessach, y Toker,

2004).

En este sentido, Fadlon et al (2004) realizaron un estudio para conocer la percepción de estudiantes de primer año de medicina sobre sus habilidades de interacción. Evaluó a 56 estudiantes utilizando un cuestionario cuyo contenido versó sobre habilidades de entrevista y comunicación aplicado en un pre test y un post test. Entre ambos test, todos los estudiantes recibieron un entrenamiento estructurado sobre habilidades de entrevista e interacción. En el pre test, todos los estudiantes puntuaron sus habilidades como altas o muy altas, pero luego del entrenamiento, los puntajes de los estudiantes fueron significativamente menores al calificar sus habilidades de entrevista e interacción (Fadlon et al., 2004). Según los autores, lo que ocurrió en el test inicial indica que el estudiante de medicina valora las habilidades de comunicación como “algo que se posee” y no requiere de mayor entrenamiento formal.

Una razón que explica lo anterior viene dada por la poca experiencia directa de los estudiantes de medicina con pacientes reales, en especial durante los primeros años, lo cual les genera una falsa impresión sobre la facilidad o dificultad de la relación médico-paciente (Foster et al, 2002). Otra razón se debe a que los cursos dictados sobre habilidades en comunicación durante la carrera de medicina, a veces carecen de la formalidad, estructura y constancia debida (Fadlon et al., 2004).

Como puede observarse, la comunicación y relación médico paciente posee una larga trayectoria de resultados y a la vez un largo camino por recorrer. Sólo un 8% de los médicos (Roter y Hall, 1993) indica que adapta su estilo de interacción para satisfacer las necesidades de un paciente, generándose dificultades en la relación, como abandono del tratamiento, insatisfacción del paciente y falta de confianza en el criterio médico.

En este sentido, Valente et al (1986) realizaron un estudio con el objeto de indagar el grado de competencia percibida de médicos con respecto a dar CCS a sus pacientes. Se

identificó que solo entre un 3-18% de los médicos encuestados se consideró competente para incentivar esos cambios. En otro estudio (Yeager et al., 1996) se obtuvieron resultados similares: solo entre un 4-8% de los médicos se percibieron competentes para generar estos cambios en sus pacientes. Los médicos participantes expresaron la necesidad de lograr mejoras en sus habilidades de comunicación con los pacientes.

Yedidia et al (2003) llevaron a cabo una investigación en tres escuelas de Medicina de norte América, cuyo objetivo era conocer si el entrenamiento formal en comunicación aplicado a estudiantes de medicina del tercer año, mejoraba habilidades específicas que benefician la relación médico paciente. 155 estudiantes del grupo experimental cursaron la asignatura cuyo contenido estaba orientado al desarrollo de habilidades de comunicación y relación entre médicos y pacientes. En el post test, los estudiantes de medicina del grupo experimental obtuvieron puntajes superiores a los alumnos del grupo control en las variables de: establecimiento de relación con el paciente, habilidades de negociación, dar consejo o incentivar la toma de decisión compartida, entre otras (Yedidia et al., 2003).

El entrenamiento en habilidades básicas para la formación del estudiante de medicina se logra con mayor éxito y permanencia cuando se inicia desde el primer año y es reforzado en los subsiguientes (Guldal, Ozcakar, Yeniceri, Dontlu, y Ulusel, 2005; Windish, Price, y Thomas, 2005), sin embargo también es básico que los estudiantes de medicina tengan consciencia de la importancia de conocer y saber aplicar estas habilidades, ya que ocurren circunstancias en que sin recibir un entrenamiento formal en comunicación, los estudiantes de medicina se perciben como capacitados para realizar de forma efectiva y eficiente la interacción con cualquier paciente (Wright et al., 2006). A similares conclusiones llegaron De Villiers y Van Heusden (2007) al comprobar un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación aplicado a estudiantes de

medicina y siguiendo el modelo centrado en el paciente, generó cambios estadísticamente significativos en las destrezas de estos alumnos en cuanto a su capacidad de escuchar al paciente, mostrar empatía, toma de decisión conjunta, orientación o consejo, entre otras, pero señalaron los autores, que es determinante que estos programas estén incluidos en los curricula de los alumnos como una asignatura de obligatorio cumplimiento.

En los estudios mencionados, cabe destacar la concordancia sobre el hecho del entrenamiento para estudiantes como una estrategia capaz de dotar de habilidades, modificar actitudes y estimular la propia percepción de capacidad de los estudiantes en relación a las habilidades para comunicarse con sus pacientes. Estos entrenamientos o cursos académicos no deben únicamente ser un requisito o una asignatura optativa, es importante que los conocimientos estén distribuidos en diferentes momentos de la carrera y ajustados a la complejidad que experimentan los estudiantes con cada año nuevo de estudio.

La comunicación entre médicos y pacientes y más concretamente, el que los médicos puedan y deban ofrecer CCS, está sujeta al entrenamiento de un comportamiento complejo, así como a circunstancias sociales y psicológicas de quien lo pretende aplicar. Es una conducta que constituye una competencia que ha de adquirir un estudiante de medicina y seguir desarrollando como profesional posteriormente. Esta competencia es fundamental dentro del aprendizaje de una interacción médico-paciente adecuada y cómo se ha podido observar en los párrafos anteriores, incluye habilidades de comunicación que van más allá del dar y recoger información.

Ofrecer CCS es una conducta que dentro del contexto sanitario es susceptible de ser descrita, explicada y modificada, sobre la base de los modelos socio-cognitivos que se aplican al estudio de los comportamientos saludables y a la predicción de los

comportamientos de los profesionales sanitarios como es el caso de la presente investigación (Eccles et al., 2007).

3. La Teoría de la Acción Planeada

Los científicos sociales han dedicado gran esfuerzo por lograr identificar aquellas variables que se relacionan con que una persona realice o deje de hacer determinado comportamiento. En este sentido, las actitudes, los estados afectivos, las normas culturales y diversos constructos de control, como la autoeficacia, entre otros, son algunas de las variables estudiadas con el fin de poder aumentar la probabilidad de predecir el comportamiento de las personas en determinadas situaciones.

Ajzen y Fishbein (1980) desarrollaron un enfoque teórico orientado a estudiar la posibilidad de predecir el comportamiento humano basado en la intención de la persona por realizar una conducta determinada e inicialmente la llamaron Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Figura 1). La TAR plantea que la intención conductual expresada de una persona a realizar un comportamiento específico es el mejor predictor de dicha conducta y refleja la motivación personal que posee el individuo hacia la conducta final (Ajzen y Fishbein, 1980). A su vez, la intención conductual es predicha por la actitud hacia la conducta (valoración favorable o desfavorable sobre la realización de la conducta) y la norma subjetiva (percepción de la presión social para realizar la conducta).

En la TAR, el constructo norma subjetiva es influenciado por las creencias normativas y la motivación para conformarse a ellas, y las actitudes se ven afectadas por las creencias sobre las consecuencias de la conducta y las valoraciones que se hacen de ellas. Los mismos autores indicaron que la TAR es una teoría muy versátil ya que es aplicable a cualquier comportamiento que esté sujeto al control voluntario de quien lo va a ejercer. También se cree que existen situaciones que requieran de ciertas

habilidades o recursos por parte de los individuos que, de no estar presentes, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta (Ajzen, 2011).

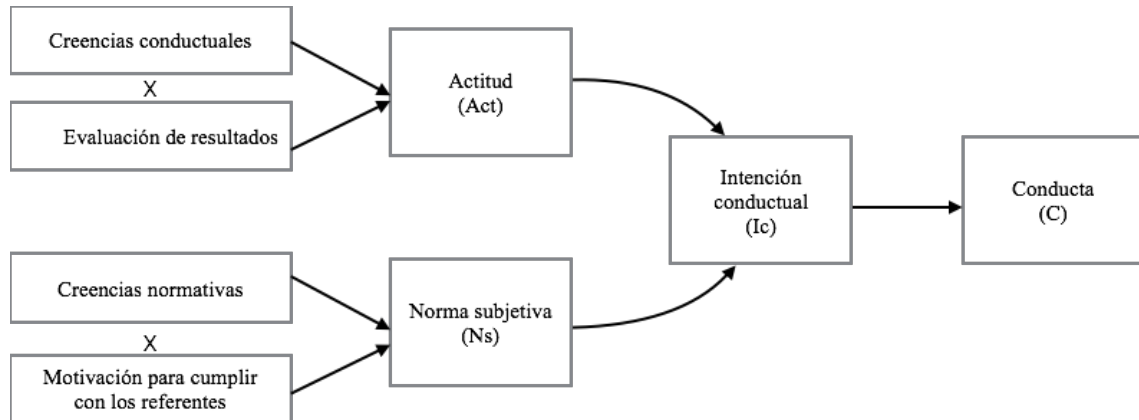


Figura 6. Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)

3.1. La Teoría de la Acción Planeada.

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) es una ampliación de la TAR desarrollada por Ajzen (Ajzen, 1985) al asumir que no todos los comportamientos se encuentran bajo completo control voluntario. Esta ampliación incluye un nuevo constructo denominado control comportamental percibido como un constructo independiente predictor tanto de la intención como del comportamiento. La percepción de control comportamental consiste en las valoraciones individuales sobre lo fácil o difícil que puede ser realizar una determinada conducta y se considera como el reflejo de una creencia de control individual o de una valoración de los recursos y/o oportunidades que la persona posee para realizar un comportamiento determinado. Este constructo ha mostrado mejorar la predicción de la conducta (Glanz, Rimer, y Viswanath, 1971; Godin y Kok, 1996).

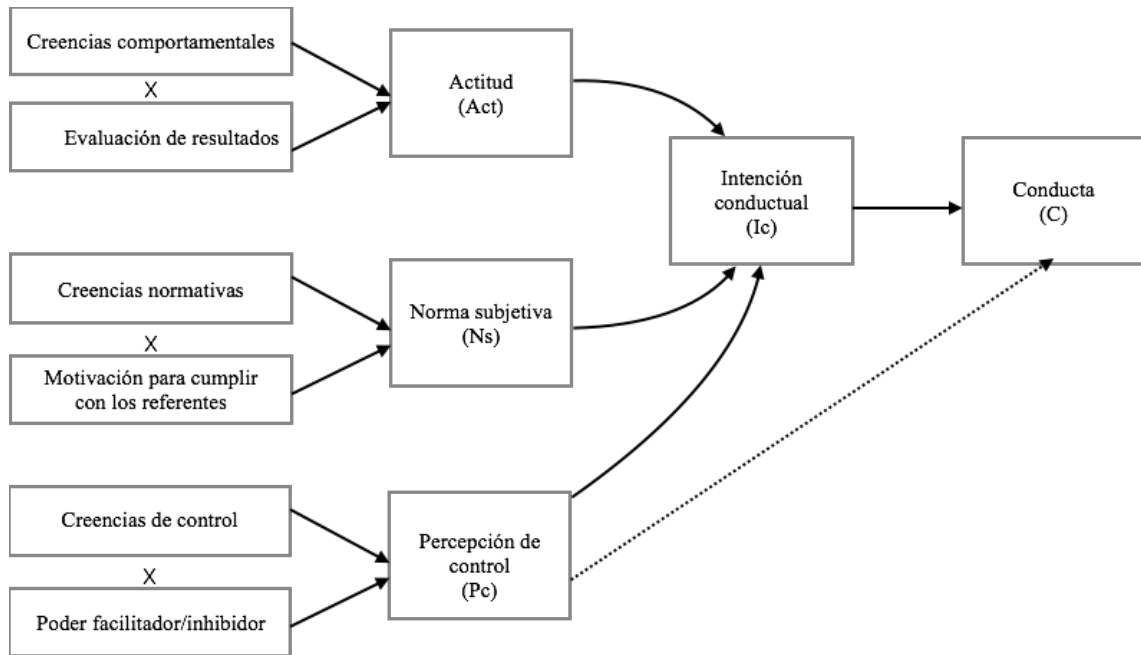


Figura 7. Teoría de la Acción Planeada (Ajzen y Fishbein, 1980)

La intención conductual está determinada por tres factores motivacionales: Actitud hacia la conducta (la evaluación positiva o negativa que tenga una persona hacia la realización de una conducta determinada), norma subjetiva (percepción individual de la expectativa social que se tiene sobre realizar dicha conducta) y la percepción de control comportamental (creencias personales sobre cuán fácil o difícil puede ser llevar a cabo la conducta en cuestión) (Ajzen, 1991).

La combinación de estas tres variables dan cuenta entre un 34% y 41% de la varianza explicada de la intención de realizar la conducta (Ajzen, 2011; Armitage y Conner, 2001; Kok, 1996) sin embargo, el papel de la percepción de control se ha destacado, encontrándose que por sí solo es capaz de incrementar la predicción de la conducta (Ajzen, 1991).

En la TAP, la actitud también viene determinada por las creencias que posee la persona hacia las consecuencias del comportamiento y la valoración positiva/negativa realizada hacia cada una de ellas (creencias comportamentales). Las creencias varían en

función de su origen, estas pueden generarse a través de varios procesos a) la experiencia directa, b) la experiencia indirecta, c) la información obtenida a partir de terceros (p.e. amigos, familia o medios de comunicación). Se pueden poseer distintas creencias pero éstas, por sí solas, no conducen a la acción, más bien indican la importancia que tiene para el individuo y el grado de compromiso con ella.

La norma subjetiva está determinada por la percepción de las creencias que tienen “otras personas significativas” acerca de la conducta que el individuo debe realizar y por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas de aquellos (creencias normativas-prescriptivas). En la formulación más reciente del modelo (Fishbein y Ajzen, 2010) con el constructo de norma subjetiva-descriptiva, se añade la consideración del efecto de los modelos en la percepción de presión social. Creer que personas semejantes a uno mismo realizan la conducta (creencia normativa descriptiva) supone también una valoración de la presión social existente para que la persona la realice.

La percepción de control comportamental está determinada por el conjunto de factores facilitadores e inhibidores percibidos por el sujeto para la realización de la conducta, así como la valoración del poder inhibitor o facilitador de cada uno de ellos (creencias de control).

Los autores de la teoría afirman que, en relación con el poder predictivo de la TAP, se debe tener en cuenta factores externos que pueden influir en la relación entre los constructos de la TAP y la intención conductual. En este sentido, Ajzen (2011) refiere que una variable que ha probado tener un efecto mediador entre la intención conductual y la conducta es el tiempo que transcurre entre la evaluación (a través de cuestionario) y la oportunidad de realizar la conducta en sí; básicamente el autor indica que en la medida que crece la distancia temporal entre la evaluación y la oportunidad de llevar a cabo la conducta, pueden varias las creencias que sustentan los constructos de la TAP.

Diferentes estudios han comprobado la utilidad predictiva de la TAP, sin embargo, no todos los constructos tienen igual influencia en la predicción del comportamiento. De esta manera, la actitud y el control comportamental percibido son las variables que mejor predicen la intención y el comportamiento, en el caso del segundo constructo, mientras que la norma subjetiva es el constructo que menor influencia presenta en la formación de la intención. Aplicando este concepto al campo de salud, Castro e Izquierdo (1994) mencionan que un alto grado de percepción de control comportamental, se refleja a través de tres aspectos: a) valoración de la salud como una condición importante, b) creencia que los hábitos personales influyen en la salud, c) creencia de capacidad para llevar a cabo conductas saludables.

3.2. La Teoría de la Acción Planeada y la ejecución de conductas de salud.

La producción científica referida al uso de la TAP en distintos ámbitos, ha permitido la realización de varios meta-análisis, favoreciendo un conocimiento más profundo del funcionamiento de la misma. Godin y Kok (1996) realizan una revisión de 56 estudios y destacan que cerca de un tercio de la varianza referida a la variable conducta, puede ser explicada por el efecto combinado de la intención conductual y la percepción de control comportamental, destacando la importancia especialmente de este último constructo en aquellas conductas que están influenciadas más por el individuo que por factores externos a él. Esta revisión mostró que la percepción de control comportamental predice, de forma independiente, la intención y la conducta en diversos ámbitos (Armitage y Conner, 2001). Observando más específicamente el área de la salud, Hagger et al (2002) analizaron 72 estudios referidos a la intención de realizar actividades físicas como estrategia de comportamiento saludable, resultando que la TAP, con su combinación de constructos, es un importante predictor de la intención de realizar dicha conducta, su motivación y mantenimiento. Siguiendo con las conductas relacionadas con la salud, la

TAP ha sido el modelo de predicción de la intención conductual de una gran variedad de comportamientos de salud, entre los que están: Hábito dietético saludable (Povey, Conner, Sparks, James, y Shepherd, 2000; Seo, Lee, y Nam, 2011), Practicar Ejercicios Físicos (Hunt y Gross, 2009); control del consumo de alcohol (Elliot y Thomson, 2010; Mugraff, McDermont, y Walsh, 2001), cese del consumo de tabaco (Dowdell, Posner, y Hutchinson, 2011); promoción de conductas saludables (Jimenez, Xie, Goldsteen, y Chalas, 2011; Keshavars, Simbar, y Ramezankhani, 2011; Kor y Mullan, 2011; Peters y Templin, 2010; Yardley, Miller, Schlotz, y Little, 2011), participación del paciente (Schwappach y Wernli, 2009); comportamientos de riesgo a la salud (Elliot y Thomson, 2010).

Los estudios precedentes, muestran la relevancia de este modelo sociocognitivo en el estudio de la salud y más específicamente en la predicción de las conductas que se encuentran bajo control volitivo. Ajzen (2011) sostiene que en los años de existencia del modelo, se han realizado considerables avances y el peso específico conseguido a través de la evidencia empírica que se resumen en los meta análisis mencionados con anterioridad, ofrece un claro apoyo a la teoría.

La TAP ha mostrado ser efectiva en la predicción de conductas clínicas e intenciones de profesionales sanitarios como odontólogos (Bonetti et al., 2006; Bonetti et al., 2010) y médicos de atención primaria (Bonetti et al., 2005; Bunce y Birdi, 1998; Eccles et al., 2007; Walker, Grimshaw, y Armstrong, 2001; Walker y Townsend, 2002) sin embargo, no ha sido aplicada en estudios relacionados con dar Consejo Comportamental de Salud.

Las actitudes y motivaciones se han revisado ampliamente en estudiantes de medicina (Haidet et al., 2002; Tsimtsiou et al., 2007; Woloschuk, Harasym, y Temple, 2004). Tradicionalmente, las actitudes han sido importantes por sus posibilidades de predecir conductas. Sin embargo, las relaciones entre actitudes de los estudiantes de medicina y

su comportamiento real no se han establecido correctamente. Además son escasas las investigaciones que han relacionado actitudes y creencias sobre dar Consejo Comportamental de Salud en este contexto.

Algunos estudios han mostrado que los alumnos de medicina poseen actitudes favorables (Benbasat, Pilpel, y Tidhar, 1998; Foster et al., 2002; Meakin y Lloyd, 1996); o medianamente favorables (Bellas, Asch, y Wilkes, 2000) hacia la promoción de la salud y la inclusión de estos temas en el currículum académico de la carrera. Sin embargo, no se refieren a dar Consejo Comportamental de Salud específicamente. Por lo tanto, evaluar la intención para dar Consejo Comportamental de Salud y los determinantes de esta conducta, es útil para su posterior incorporación en el arsenal terapéutico del médico. Si su patrón de comportamiento es consistente con lo establecido en la TAP, las actuales intenciones de los estudiantes podrían predecir su comportamiento futuro (Armitage y Conner, 2001; Conner y Sparks, 2005).

Por ello, la TAP puede proporcionar en este contexto un marco para la comprensión de las intenciones conductuales y su conexión con el comportamiento futuro, como estrategia para investigar los factores que afectan a la probabilidad de que los médicos ofrezcan CCS. Los estudiantes de medicina representan a la población de futuros profesionales médicos en una etapa común de su carrera. En la etapa pre-clínica, aún no presentan la influencia del entrenamiento profesional y eso nos permite identificar predictores y diseñar intervenciones para su conducta profesional futura. Podemos investigar así, en la situación preclínica, qué factores se asocian con dar CCS, lo que nos permitirá implementar conductas basadas en la evidencia sobre sus determinantes, permitirá generar ideas sobre cómo influir en el comportamiento de estos alumnos para incorporar a su rol profesional, y ofrecer herramientas orientadas al desarrollo de un modelo de relación centrado en el paciente.

ESTUDIO EMPÍRICO



I. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. Objetivos

1.1. Objetivos generales.

Sobre la base de la literatura revisada y considerando la importancia que actualmente tiene en la formación académica al aprendizaje de un rol que integre tanto comportamientos como conocimientos, este trabajo plantea como objetivo general, analizar la conducta de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes en estudiantes de primer ciclo de Medicina, teniendo como modelo de referencia la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991). Se pretende estudiar la evolución a medio y largo plazo de los determinantes propuestos por la Teoría de la Acción Planeada de la intención y la conducta mencionada, teniendo en cuenta el paso de los estudiantes por el programa formativo de “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”.

1.2. Objetivos específicos

1. Describir la conducta de dar Consejo Comportamental de salud en los estudiantes de medicina
2. Determinar el modelo predictivo de la intención y de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud considerando las variables y relaciones incluidas en la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen,1991).
3. Determinar la evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes a medio y largo plazo.

4. Explorar la intención de dar Consejo Comportamental de salud en diferentes situaciones relacionadas con la manipulación de la percepción de control e identificar su efecto en la relación con la conducta.

2. Hipótesis

La formulación de hipótesis se realiza en relación con cada uno de los objetivos específicos, a excepción del primero que es un objetivo descriptivo.

Así, las dos primeras hipótesis se refieren a la determinación del modelo predictivo de la intención y de la conducta de dar CCS (**objetivo 2**). En la TAP, la intención conductual es explicada por la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y la percepción de control (Ajzen, 1991). La importancia o peso de cada uno de esos constructos en la predicción de la intención conductual varía en función de la conducta y situación de estudio, por lo que la contribución de cada uno en la varianza explicada es distinta (Ajzen, 1991). En diferentes meta-análisis (Armitage y Conner, 2001; Bonetti et al., 2010; Kok, 1996), la actitud ha mostrado mantener una relación consistentemente significativa en la predicción de la intención conductual. Respecto a la norma subjetiva, la relación con la intención conductual ha obtenido resultados inconsistentes mostrando en algunos estudios ninguna capacidad predictiva sobre la intención conductual (Ajzen, 1991). La percepción de control igualmente ha mostrado su relevancia y consistencia en la predicción de la intención conductual y la conducta (Godin y Kok, 1996), en especial, cuando se trata de una acción que no se encuentra bajo el control volitivo del individuo. Siendo la actitud un constructo que ha mostrado tener una relación estadísticamente significativa en la predicción de la intención conductual en contextos no sanitarios (Armitage y Conner, 2001; Kok, 1996) y también en aquellos que involucran a personal

sanitario (Bonetti et al., 2010; Eccles et al., 2007), considerando que la conducta de Consejo Comportamental de Salud puede no estar bajo completo control volitivo por parte de los alumnos de la muestra, pero que se están dando las herramientas para incorporarla en su repertorio comportamental, y que, precisamente por ello, los estudiantes se encuentran en un entorno (prácticas asignatura “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”) que de alguna manera demanda la ejecución de dar Consejo Comportamental de Salud como parte relevante de su futuro rol profesional (presión normativa), esperamos que, respecto de los predictores de la intención conductual:

Hipótesis 1.: *La actitud, la percepción de control comportamental y la norma subjetiva serán predictores significativos de la intención de dar Consejo Comportamental de Salud, esperando que la actitud tenga mayor peso en la predicción.*

Según la TAP, cuando las personas tienen control real sobre la ejecución de la conducta, la intención es un buen predictor de la misma (Fishbein y Ajzen, 2010). Los autores afirman que el control real modera los efectos de la intención sobre la conducta, de tal modo que cuanto mayor sea el control que la persona tiene sobre ese comportamiento, mayor será la asociación entre intención y conducta; lo mismo ocurre en el caso contrario, cuanto menor sea el control real, menor será la relación esperada entre la intención y la conducta. Dado que en el estudio del comportamiento humano muchas veces es difícil disponer de medidas de ese control real, los autores proponen el constructo de percepción de control comportamental como un indicador proximal del mismo. Así, en la medida en que el control percibido refleje el control real, mejorará la predicción de la intención sobre la conducta. Es por ello que, considerando los

argumentos expuestos respecto de la relación intención-conducta, esperamos obtener que:

Hipótesis 2.: *La intención sea un predictor significativo de la conducta, con un valor moderado y de signo positivo. El valor predictivo de la intención será moderado por la percepción de control comportamental.*

En relación con la evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de Salud y sus determinantes (**objetivo 3**), en estudios previos (Fadlon et al., 2004; Foster et al., 2002), los estudiantes de medicina de los primeros años de su carrera, indicaron que era competencia y responsabilidad del médico ofrecer CCS a sus pacientes. Al mismo tiempo, estos estudiantes se valoraron como capacitados para aplicarlo a sus pacientes (Fadlon et al., 2004). Sin embargo, conforme avanzaron en la carrera, los estudiantes de medicina perdieron fuerza en la primera creencia (los médicos deben dar CCS) y no en la segunda (los alumnos de medicina está capacitados para dar CCS) (Fadlon et al., 2004). Las razones que se argumentan para explicar esta situación se centran tanto en los contenidos académicos de los cursos sobre habilidades de comunicación como en el escaso contacto directo de los estudiantes de medicina con pacientes reales en sus primeros años, lo cual les genera una falsa impresión sobre la facilidad o la dificultad para desarrollar la relación médico-paciente (Fadlon et al., 2004). Pero también es cierto que la aplicación de estrategias educativas con estudiantes de medicina para incidir en sus habilidades de comunicación, generalmente tienen un resultado positivo optimizando sus capacidades de entrevista e interacción con el paciente (Fadlon et al., 2004). En nuestro caso particular, la asignatura de “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad” a la cual asisten los alumnos de medicina, detalla contenidos programáticos

conducentes a la formación de habilidades de comunicación del estudiante, que debe aplicar a la relación médico – paciente, y a la importancia de ofrecer CCS a los pacientes.

Por lo anteriormente mencionado, esperamos similares resultados a los obtenidos por Fadlon (Fadlon et al., 2004) en cuanto a la intención conductual de dar Consejo Comportamental de Salud antes de la asignatura de “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”, después de la misma y en el seguimiento realizado, por lo que esperamos que:

Hipótesis 3.: *la intención conductual para dar Consejo Comportamental de Salud de los estudiantes sea significativamente mayor después de haber cursado la asignatura de “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad” (T2) en comparación con la línea base (antes de cursarla, T1) y disminuirá significativamente en el seguimiento realizado al comienzo del segundo ciclo académico (T3).*

Una de las características de las intenciones conductuales es su relativa estabilidad, sin embargo, los autores de la teoría (Ajzen, 2011) afirman que se pueden ver afectadas por diferentes factores, algunos de los cuales ya hemos mencionado en apartados anteriores. El conocimiento de la realidad por parte de los investigadores es una cuestión de importancia para poder considerar cualquier hecho que pueda afectar a las intenciones en el contexto de la investigación que se realice. Tener en cuenta en la evaluación de la intención esos posibles elementos influyentes, repercutirá en su capacidad predictiva sobre la conducta de interés. En este sentido, tal y como se propone en el **objetivo 4**, en este estudio se manipula la percepción de control introduciendo la valoración de diferentes situaciones indicativas de mayor o menor control percibido en las que se

valora la intención de dar Consejo Comportamental de Salud. Así, la intención conductual también fue medida considerando diferentes situaciones diseñadas para modificar las percepciones de control de los participantes considerando esos elementos.

La primera situación se refería a un factor externo a la persona (la carga laboral o asistencial) y la segunda se refería al protagonista de la situación (el estudiante evalúa su propia conducta y el estudiante evalúa la conducta de otros).

En cuanto a la primera, el aumento en la carga laboral del médico, entendida como el incremento del número de pacientes que debe atender en una jornada, es un factor que ha sido identificado como un elemento que ejerce una influencia en la calidad de la atención que puede ofrecer al paciente, relacionándolo con experiencias de agotamiento, estrés o falta de satisfacción del médico (Williams, Rondeau, VXiao, y Francescutti, 2007). La sobrecarga laboral se ha relacionado con cinco aspectos vinculados al quehacer del médico en su vida laboral: la calidad de la atención del paciente, efectividad individual, bajas laborales, cambios de actividad y efectividad administrativa (Williams et al., 2007), corroborando, entre otras cosas, la idea que la variabilidad de la carga laboral influye en las oportunidades que tiene el médico para llevar a cabo conductas conducentes a una mejor calidad de la atención. Así, planteamos dos condiciones relacionadas con el tiempo de atención a un mismo número de pacientes:

- baja carga: mayor tiempo de atención y, por lo tanto, situación de alto control por ser menor la carga laboral.
- alta carga, es decir, menor tiempo y, por lo tanto, situación de bajo control al ser mayor la carga laboral.

La segunda situación diseñada genera otras dos condiciones en función del protagonista de la acción conductual:

- Condición YO: alto control sobre la conducta, ya que los participantes estiman a cuántos de 100 pacientes darían Consejo Comportamental de Salud si ellos fueran el médico general
- Condición OTROS: Bajo control sobre la conducta, puesto que los participantes estimaron a cuántos de 100 pacientes daría Consejo Comportamental de Salud otro médico general.

De este modo, la hipotética situación con mayor control potencial sería la combinación YO-baja carga y la de menor control sería la combinación OTROS-alta carga. Las otras dos combinaciones, YO- alta carga y OTROS- baja carga supondrían situaciones intermedias.

El control volitivo de un sujeto puede estar restringido por la falta de habilidades o destrezas (Fishbein y Ajzen, 2010) que, del mismo modo que en las situaciones arriba mencionadas, podrían afectar la materialización de las intenciones en conductas.

En la actual investigación, los estudiantes han asistido a la asignatura “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”, centrada en la relación médico paciente, en la importancia de la comunicación y transmisión de la información, en el modelo de relación centrado en el paciente como referencia en el manejo de problemas crónicos y en la importancia del cambio de comportamientos en este manejo. Sin embargo, la conducta novel (entrevista médico-paciente simulada) derivada de esos conocimientos ha sido practicada solo en contexto de laboratorio y no en el contexto natural que supone la consulta real. Es por ello que, considerando los argumentos arriba expuestos, respecto de la relación intención-conducta, esperamos obtener que:

Hipótesis 4.: *La intención de dar Consejo Comportamental de Salud en la situación YO-baja carga (mayor control potencial) será mayor que en el resto de situaciones diseñadas para la manipulación de la percepción de control (YO-alta carga, OTRO-baja carga, OTRO-alta carga) siendo esta diferencia significativa al menos respecto a la intención de dar Consejo Comportamental de Salud en la situación OTRO-alta carga (menor control potencial).*



II. MÉTODO

1. Diseño, población de estudio y procedimiento.

1.1. Diseño, participantes y procedimiento.

La población de referencia estaba constituida por todos los estudiantes de medicina de la Universidad Miguel Hernández (UMH) pertenecientes al primer ciclo de formación. De este universo se extrajo la muestra del presente estudio considerando los siguientes criterios:

- Ser estudiante activo de la UMH
- Pertenecer a la titulación de Medicina
- Estar cursando el 1º o el 2º año de dicha titulación.

Se realizó un estudio cuasi-experimental con un diseño con medidas pre-y post. Los estudiantes completaron medidas en tres tiempos: al comienzo de su segundo año (Tiempo 1= T1), después de la impartición de la asignatura 'Bases psicológicas de los estados de salud' en el mismo año (Tiempo 2= T2); y al comienzo de su segundo ciclo de estudios, en el cuarto año (Tiempo 3= T3). Un total de 149 estudiantes de pregrado estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. Con el fin de incrementar el número de participantes, se incluyeron estudiantes de medicina de dos años consecutivos (G1: N = 60 y G2: N = 89, respectivamente). No hubo diferencias significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas o de la TAP ($F_{tap \times grupo} = 0,305$, $p = 0,786$). Un total de 144 estudiantes (96,6%) participaron en T2 y 73 estudiantes (50,1%) completaron los datos en el T3 (Esquema 1).

Esquema 1
Distribución temporal del procedimiento de recogida de datos

Momento de medida	T1		T2		T3
		6 meses		24 meses	
Variables	Sociodemográficas TAP Control y Carga laboral	<----->	Conducta Dar Consejo TAP Control y Carga laboral	<----->	TAP Control y Carga laboral
N	149		144		75

Nota. T1=tiempo 1; T2=tiempo 2; T3=tiempo 3; TAP= Teoría de la Acción Planeada.

Una parte de la muestra (N =75) completó medidas también al principio de su carrera de medicina (tiempo 0, T0). Esta medida se utilizó para identificar si el tiempo (entre T0 y T1) tuvo un efecto sobre las variables de investigación.

Las medidas se obtuvieron durante las sesiones de clase regulares. Se informó de los objetivos del estudio y se aseguró el anonimato y la confidencialidad. Los estudiantes recibieron una hoja informativa y firmaron un formulario de consentimiento. Los cuestionarios fueron distribuidos y recogidos después de 45 - 50 minutos.

Entre T1 y T2, los estudiantes asistieron a la asignatura ‘Bases psicológicas de los estados de salud’. Se trata de una materia obligatoria que incluye 40 horas teóricas y 30 prácticas. Los contenidos teóricos versan sobre las bases psicológicas del funcionamiento humano (aprendizaje, aspectos cognitivos y sociales) y los factores psicosociales relacionados con la enfermedad y la salud. En la parte práctica de la asignatura, los estudiantes se dividieron en grupos de 25 personas que asistieron a ocho sesiones prácticas (duración de 3 horas cada una), incluyendo temas sobre la percepción social y el procesamiento de información, las habilidades de comunicación en salud, el papel del paciente activo y el dar consejos comportamentales de salud.

1.2. Procedimiento de registro del Consejo Comportamental de salud.

Para registrar la conducta de dar Consejo Comportamental de Salud, en el contexto de la última sesión práctica, los estudiantes participaron como “médicos de atención primaria” en una entrevista simulada de 8-10 minutos de duración. Se trataba de una consulta médica en donde un/a paciente joven acudía a ver los resultados de una analítica, según los cuales tenía un diagnóstico de diabetes insulino-dependiente. El “médico/a” debía comunicar ese diagnóstico y explicar las líneas generales del tratamiento. Para ello disponía de un tiempo máximo de 10 minutos.

Para realizar la simulación, se obtuvo la colaboración voluntaria de tres alumnos, dos chicas y un chico (de carreras ajenas a la medicina). Una semana antes de la práctica, los estudiantes voluntarios recibieron dos horas de entrenamiento en la realización de su rol como pacientes simulados. Se les dieron indicaciones de cómo desarrollar el papel, de modo que tenían que ponerse en la situación a representar, sin seguir un guión; tener cuidado de no inducir información ni tampoco facilitar información que el “médico” no solicite. Se hicieron ensayos para entrenarles en responder o variar su comportamiento según la conducta del médico. Se les proporcionó instrucciones escritas con indicaciones clave (Anexo 1).

Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de cada estudiante. Una vez realizadas todas las grabaciones, se codificaron las conductas según la plantilla de codificación de Consejo Comportamental de Salud, que comentaremos más adelante (Anexo 2).

1.3. Procedimiento para el estudio de fiabilidad interjueces.

La grabación de la consulta simulada se llevó a cabo en dos momentos, tomando en cuenta que para hacerla los estudiantes debían estar cursando el 2do año de carrera. El primero se realizó con los 89 estudiantes pertenecientes al G2 de los cuales se pudo codificar correctamente 82 grabaciones ya que 7 grabaciones presentaron dificultades auditivas que imposibilitaron su codificación. Posteriormente, se llevó a cabo la grabación con los 60 estudiantes del G1, de las cuales se pudieron codificar correctamente 48 cintas dado que el resto presentaban defectos de sonido e imagen. En total se codificaron adecuadamente 130 grabaciones combinando ambos grupos. Los resultados del estudio de fiabilidad se presentarán en el apartado de variables e instrumentos.

Una vez que las grabaciones fueron pasadas a soporte digital, se entrenó a cuatro voluntarios (3 estudiantes en prácticas internas de 4º de Psicología y una de 5º de Medicina) en la codificación de Consejo Comportamental de Salud utilizando el sistema RIAS (Roter Interaction Analysis System) (Roter, 1995).

En una primera sesión, se les explicó los objetivos del trabajo y el método de codificación según el RIAS. En este sentido, se concretaron los contenidos de las dos categorías conductuales que interesaba codificar (Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial), así como de las subcategorías que incluían. Se entregó a cada participante una copia de una misma selección de 10 consultas, para que realizaran la codificación. Recibieron instrucciones de anotar en cada plantilla las dudas que surgieran o las matizaciones y aclaraciones no contempladas previamente.

En una segunda sesión, se revisaron las no coincidencias, las dudas y los aspectos

nuevos. Se completó así la plantilla con las especificaciones necesarias y consensuadas (Anexo 3).

En la plantilla de codificación constaban, además, los códigos de identificación del “juez” y del estudiante y género del “paciente”. El “juez” tenía que visualizar la grabación y marcar una línea cada vez que identificara una Consejo Comportamental de Salud en la casilla correspondiente, en la columna de frecuencias de la plantilla (Anexo 2).

2. Variables e instrumentos

2.1. Variables sociodemográficas.

Se elaboró un cuestionario para recabar información sobre: edad, género, tipo de escuela a la que asistió, país de nacimiento, código postal, ocupación del padre, ocupación de la madre (Anexo 4).

2.2. Variables de Consejo Comportamental de salud.

Para llevar a cabo el registro de la conducta real de dar Consejo Comportamental de Salud, se utilizó el sistema de análisis de interacción de Roter (Roter Interaction Analysis System: RIAS) (Roter, 1995). El RIAS es un método diseñado para codificar las interacciones entre médicos y pacientes mediante grabaciones de audio durante la consulta. Las unidades de comunicación se definen como "elocuciones" (el original en inglés es “utterance”): el segmento discriminatorio más pequeño del discurso al cual se le puede asignar una categoría. La unidad puede variar en longitud, desde una sola palabra a una oración muy larga. En el presente estudio, se realizó la traducción del Manual de Codificación y Categorías del RIAS, enviado por la autora. Se utilizó el RIAS para investigar el contenido y la frecuencia de Consejo Comportamental de Salud en una muestra de estudiantes de medicina en su segundo año de estudios.

Selección de las categorías a evaluar: El sistema del RIAS está diseñado para codificar la interacción médico-paciente. Para ello, hay categorías de codificación diferenciadas que se aplican solo a pacientes, a pacientes y médicos o solo a médicos. En el sistema RIAS, existen dos categorías que se refieren específicamente a dar consejos, las cuales son aplicables sólo a médicos:

- Dar consejos o directrices de comportamiento sobre la Condición Médica/Régimen Terapéutico (CCSMT)
- Dar consejos o directrices de comportamiento sobre el Estilo de Vida/Psicosocial (CCSEVPS)

Ambas categorías incluyen elocuciones caracterizadas por la intención de persuadir, influenciar, dirigir o cambiar el comportamiento del otro. En este sentido, las elocuciones que se codificaron son aquellas expresiones realizadas por el médico (estudiante ejerciendo el rol de médico) que expresaba la intención de persuadir, influenciar, dirigir o cambiar el comportamiento del otro (en nuestro caso el otro estudiante no de medicina ejerciendo el rol de paciente). Son frases que sugieren o implican alguna resolución o acción que ha de llevar a cabo la otra persona (usualmente el paciente). Incluyen afirmaciones en tono imperativo que explícitamente dirijan la conducta. En el Anexo 3 se encuentra la descripción de los aspectos a considerar al codificar ambas categorías.

El RIAS propone inicialmente registrar todas las elocuciones que se correspondan con los contenidos de una determinada categoría. Así, en la categoría CCSMT, se codifican los consejos sobre: Problemas médicos, régimen de medicamentos, próximas citas y otras pruebas clínicas. Las afirmaciones sobre autocuidado y cambios o control del estilo de vida (por ej., dejar de fumar, cambiar la dieta, hacer ejercicio) se incluyen en esta

categoría sólo si están relacionadas específicamente con la condición médica.

En la categoría CCSEVPS, se codifican los consejos relacionados con actividades de la vida viaria, familia, trabajo, promoción de la salud, prevención de enfermedades, preocupaciones en general, problemas emocionales u otros aspectos de índole psicosocial.

Para esta investigación, dado que los estudiantes de medicina debían simular la atención de un paciente con diabetes, se incluyeron en la primera categoría las indicaciones relativas a la dieta, alcohol, ejercicio y consumo de tabaco, ya que están directamente relacionadas con el tratamiento de la enfermedad. Y el resto de hábitos y actividades de autocuidado y promoción de salud, se codificaron en la segunda categoría.

Además, decidimos realizar una codificación más detallada y se distinguieron como subcategorías cada uno de los diferentes contenidos de la categoría correspondiente (Anexo 2).

La codificación se realiza colocando una línea vertical “|” por cada consejo ofrecido por el “médico”, en cada subcategoría.

Como resultado de la codificación, por cada sujeto se obtienen diferentes puntuaciones, todas ellas en términos de frecuencia:

- Puntuación total de Consejo Comportamental de Salud CCSTOTAL: se obtiene a través del sumatorio de las frecuencias totales de las categorías CCSMT y CCSEVPS
- Puntuación de Consejo Comportamental de Salud en cada categoría:
 - Puntuación total de Consejo Comportamental de Salud en CCSMT: se obtiene sumando las frecuencias individuales de las subcategorías correspondientes.

- Puntuación total de Consejo Comportamental de Salud en CCSEVPS se obtiene sumando las frecuencias individuales de las subcategorías correspondientes.)
- Puntuación de cada subcategoría:
 - Subcategorías de CCSMT: el total de cada subcategoría se obtiene a través de la frecuencia de aparición de cada una, extraída de la codificación de las entrevistas.
 - Problemas médicos
 - Régimen de medicamentos
 - Próximas citas
 - Otras pruebas
 - No fumar
 - Hacer dieta
 - Hacer ejercicio físico
 - No consumir alcohol
 - Autocuidado
 - Subcategoría de CCSEVPS: el total de cada subcategoría se obtiene a través de la frecuencia de aparición de cada una, extraída de la codificación de las entrevistas.
 - Actividades de la vida diaria
 - Familia
 - Trabajo
 - Promoción-prevención
 - Preocupaciones
 - Problemas emocionales

- Otras psicosociales

Los participantes en este estudio (G2 y G1) realizaron la grabación de la entrevista simulada en períodos académicos distintos, por lo que se llevaron a cabo dos estudios de fiabilidad, cuyos resultados se presentan a continuación:



2.2.1. Análisis de fiabilidad interjueces (G2).

Se calcularon los coeficientes de correlación intraclase del total de Consejo Comportamental de salud, total de Consejo Médico Terapéutico y Consejo de Estilo Vida/Psicosocial, también se calculó el CCI del resto de las subcategorías (Tabla 1).

Tabla 1
Análisis de fiabilidad interjueces G2

	Frecuencia		CCI (95% IC)	F	p
	n	%			
Total CCS	1005	100	.816 (.744, .872)	5.421	.000
Categoría CCS Médico Terapéutico	957	94.82	.811 (.737, .868)	5.279	.000
Problemas médicos	75	7.46	.323 (.060, .530)	1.477	.010
Régimen de medicamentos	171	17.01	.707 (.593, .797)	3.413	.000
Próximas citas	89	8.85	.371 (.126, .563)	1.589	.003
Otras pruebas	116	11.54	-.006(-.396, .302)	.994	.499
No fumar	124	12.33	.552 (.379, .689)	2.234	.000
Hacer dieta	178	17.71	.651 (.516, .758)	2.869	.000
Hacer Ejercicio Físico	128	12.73	.547 (.372, .686)	2.210	.000
No consumir alcohol	49	4.87	.487 (.288, .644)	1.949	.000
Autocuidado	31	3.08	.663 (.532, .766)	2.965	.000
Categoría CCS Estilo de Vida/Psicosocial	48	4.77	.406 (.122, .619)	1.683	.004
Actividad de la vida diaria	2	0.19	.430 (.209, .604)	1.755	.000
Familia	1	0.09	.525 (.340, .670)	2.104	.000
Trabajo	1	0.09	-.025(-.479, .307)	.979	.542
Promoción/Prevención	0	0.09	.568 (.400, .700)	2.314	.000
Preocupaciones	3	0.29	.194 (-.119, .440)	1.241	.099
Problemas emocionales	40	3.98	.130 (-.225, .401)	1.149	.211
Otras psicosociales	0	0			

Nota. gl1=81; gl2=324; CCS=Consejo comportamental de salud; n= número de CCS; %= porcentaje; CCI=Coefficiente de correlación intraclase; IC=Intervalo de confianza; inf=inferior; sup=superior.

2.2.2. Análisis de fiabilidad interjueces (G1).

El estudio de fiabilidad se completó con un análisis realizado por dos jueces, una vez se recogieron los datos del siguiente grupo. El CCI del total de CCS fue .76, .73 para “Consejo Médico Terapéutico” y .22 para “Estilo Vida/Psicosocial” (Tabla 2).

Tabla 2
Análisis de Fiabilidad Interjueces G1

	Frecuencia		CCI (95% IC)	F	p
	n	%			
Total CCS	877	100	.76 (.60, .86)	4.37	.000
Categoría Consejo Médico Terapéutico	795	90.76	.75 (.50, .86)	4.88	.000
Problemas médicos	74	8.43	.47 (.12, .68)	1.93	.007
Régimen de medicamentos	164	18.70	.47 (.12, .68)	1.95	.006
Próximas citas	49	5.58	.64 (.36, .79)	3.19	.000
Otras pruebas	54	6.15	.71 (.52, .83)	3.58	.000
No fumar	83	9.46	.67 (.42, .80)	3.33	.000
Hacer dieta	179	20.41	.70 (.34, .85)	4.35	.000
Hacer Ejercicio Físico	125	14.25	.65 (.40, .79)	3.17	.000
No consumir alcohol	34	3.87	.87 (.78, .92)	7.75	.000
Autocuidado	34	3.87	.20 (-.25, .51)	1.29	.164
Categoría Consejo Estilo de Vida/Psicosocial	81	9.23	.22 (-.17, .52)	1.79	.140
Actividad de la vida diaria	29	3.30	.48 (.14, .69)	2.08	.003
Familia	7	0.79	.42 (.017, .65)	1.71	.022
Trabajo	0	0	(-.66, .40)	1	.500
Promoción/Prevención	36	4.10	.25 (-.24, .55)	1.36	.124
Preocupaciones	9	1.02	.20 (-.16, .50)	1.82	.012
Problemas emocionales	0	0	(-.27, .26)	1	.500
Otras psicosociales	0	0	(1	.500

Nota. g1=57; g2=58; n= número de CCS; CCS= Consejo comportamental de salud; %= porcentaje; IC=Intervalo de confianza; inf=inferior; sup=superior

2.3. Variables de la Teoría de la Acción Planeada.

Para evaluar las cogniciones los estudiantes de medicina acerca de dar Consejo Comportamental de Salud, se aplicó un cuestionario de 19 ítems basados en la TAP (Hart et al., 2006) (Anexo 5). Estos ítems evaluaron cada una de las cuatro variables, intención conductual, actitud, norma subjetiva y percepción de control comportamental. Cada constructo se midió utilizando métodos de estimación directa, ya que hay buena evidencia de que estos métodos son más significativos y más claramente entendidos por médicos (Fadlon et al., 2004), además, la validez de las medidas utilizadas es al menos tan buena como la más comúnmente utilizada de tipo Likert (Anvik et al., 2008).

Se empleó un escenario hipotético y se examinaron los juicios de los encuestados acerca de sus intenciones de dar Consejo Comportamental de Salud. A los participantes se les pidió que imaginaran que eran un médico general (MG) en un centro de atención primaria y que estimasen, de los próximos 100 pacientes que fueran a su consulta, a cuantos pensaban que podrían dar Consejo Comportamental de Salud. Para cada pregunta, la respuesta fue la estimación directa del número de pacientes de cada 100. Los ítems de la TAP se contestaron para cada constructo en una escala de 0-100:

- Intención conductual: 4 ítems con respecto a la intención de dar a los pacientes CCS (por ejemplo, me gustaría dar a ___ pacientes CCS); alfa=.81
- Actitud : 5 ítems sobre las evaluaciones globales del individuo acerca de la conducta de dar CCS (por ejemplo: Dar CCS a ___ pacientes sería beneficioso); alfa = .67
- Norma subjetiva: 4 ítems relativos a la percepción del individuo sobre las expectativas sociales de personas significativas hacia dar CCS (por

ejemplo, los médicos con los cuales trabajo piensan que debería dar CCS a ____ pacientes); alfa = .66

- Control comportamental percibido: 6 ítems relativos a las creencias individuales sobre las dificultades o facilidades en la realización de la conducta (por ejemplo, me resultaría difícil dar a ____pacientes CCS); alfa = .79

2.4 Variables de manipulación de la percepción de control.

Dado que tener en cuenta posibles elementos influyentes en la evaluación de la intención, repercutirá en su capacidad predictiva sobre la conducta de interés (ver apartado de objetivos e hipótesis), en este estudio, se manipula la percepción de control introduciendo la valoración de diferentes situaciones indicativas de mayor o menor control percibido. Así, como se ha comentado, la intención conductual también fue medida considerando diferentes situaciones diseñadas para modificar las percepciones de control de los participantes considerando esos elementos.

La primera situación se refería a un factor externo a la persona (la carga laboral o asistencial). Planteamos dos condiciones relacionadas con el tiempo de atención a un mismo número de pacientes:

- baja carga: mayor tiempo de atención y, por lo tanto, situación de alto control por ser menor la carga laboral. Los participantes estiman a cuantos de 100 pacientes darían CCS en 8 días.
- alta carga, es decir, menor tiempo y, por lo tanto, situación de bajo control al ser mayor la carga laboral. Los participantes estiman a cuantos de 100 pacientes darían CCS en 4 días.

La segunda situación se refería al protagonista de la situación (el estudiante evalúa su propia conducta y el estudiante evalúa la conducta de otros). Por tanto genera otras dos condiciones:

- condición YO: alto control sobre la conducta, ya que los participantes estiman a cuantos de 100 pacientes darían CCS si ellos fueran el médico general
- condición OTRO: Bajo control sobre la conducta, puesto que los participantes estiman a cuantos de 100 pacientes daría CCS otro médico general.

1. Si un médico de familia atiende 100 pacientes en 4 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que el médico daría consejos de comportamiento saludable? ____ pacientes (condición OTRO-alta carga) (Anexo 6).
2. Si Usted fuera un médico de familia que atiende 100 pacientes en 4 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes le daría Usted consejos de comportamiento saludable? ____ pacientes (condición YO-alta carga) (Anexo 6).
3. Si un médico de familia decide prolongar el tiempo de consulta y atiende 100 pacientes en 8 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que el médico daría consejos de comportamiento saludable? ____ pacientes (condición OTRO-baja carga) (Anexo 6).
4. Si Usted fuera un médico de familia que atiende a 100 pacientes en 8 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que daría consejos de comportamiento saludable? ____ pacientes (condición YO-baja carga) (Anexo 6).

Por tanto, para cada sujeto, hemos obtenido una puntuación de Intención conductual en cada una de estas combinaciones:

- OTRO-alta carga

- YO-alta carga
- OTRO-baja carga
- YO-baja carga

En la Tabla 3 se expone un resumen de las variables e instrumentos utilizados en el estudio.



Tabla 3
Variables de estudio

VARIABLES	Instrumentos (Anexos)
Sociodemográficas	Cuestionario ad hoc
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Tipo de escuela • País de nacimiento • Religión • Ocupación del padre • Ocupación de la madre 	Anexo 4
Conducta de dar consejo comportamental de salud (CCS)	Plantilla de valoración de frecuencias de CCS
<ul style="list-style-type: none"> • Total de CCS • Total de CCS Médico/Régimen Terapéutico <ul style="list-style-type: none"> ○ Régimen de medicamentos ○ Próximas citas ○ Otras pruebas ○ No fumar ○ Hacer dieta ○ Hacer ejercicio físico ○ No consumir alcohol ○ Autocuidado • Total de CCS Estilo de Vida/Psicosocial <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades de la vida diaria ○ Familia ○ Trabajo ○ Promoción –prevención ○ Preocupaciones ○ Problemas emocionales ○ Otras psicosociales 	Anexo 2
Variables de la Teoría de la Acción Planeada	Cuestionario de la TAP
<ul style="list-style-type: none"> • Intención conductual • Actitud • Norma subjetiva • Percepción de control comportamental 	Anexo 5 Anexo 6
Manipulación de la percepción de control	
<ul style="list-style-type: none"> • Carga laboral (alta/baja) • Protagonista (Yo/Otro) 	

Nota. CCS= Consejo comportamental de salud; TAP= Teoría de la Acción Planeada

3. Tratamiento de los datos y procedimiento de análisis estadístico

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS 21.0, empleando las opciones de análisis descriptivo y de frecuencias para llevar a cabo la descripción de la

muestra. La normalidad de la distribución fue valorada a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov.

Para las diferencias de medias entre dos grupos, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Para calcular diferencias de medias en función de variables de más de dos tiempos, se llevaron a cabo ANOVAs de medidas repetidas. Se utilizó la prueba de Levene para conocer la homogeneidad de las varianzas y en el caso de no serlo, se utilizó el estadístico de Welch para determinar si las diferencias entre las variables estudiadas eran o no significativas cuando las varianzas no son homogéneas. Se han utilizado también pruebas no paramétricas: U de Mann Whitney, así como la prueba χ^2 para el tratamiento de los datos cualitativos.

Para el cálculo de la concordancia interjueces, se tomó en consideración la naturaleza de los datos (discretos), por lo que se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) de acuerdo absoluto (modelo de dos factores/efectos mixtos). A partir de .60 se considera un acuerdo moderado (Landis y Koch, 1977). En el presente estudio, cinco jueces valoraron 82 vídeos correspondientes a estudiantes del G2. La codificación de las 82 grabaciones produjo un total de 1882 Consejo Comportamental de Salud. Igualmente, con los estudiantes del G1, se valoraron 58 vídeos por 2 jueces. Se calcularon los coeficientes de correlación intraclase (CCI) respecto al total de Consejo Comportamental de Salud, de cada categoría y todas las subcategorías (Tabla 4).

Se han estudiado las correlaciones entre las variables de la TAP, obteniendo los coeficientes de correlación r de Pearson.

Para establecer la capacidad predictiva de las variables de la TAP sobre la intención conductual de dar Consejo Comportamental de Salud, se utilizó el modelo de regresión lineal, método de introducción, dado que la variable dependiente es una variable continua

(Tabla 4). Como indicador de ajuste del modelo se obtuvo la R^2 corregida. Se han obtenido los coeficientes B , β , el nivel de significación (p) y los intervalos de confianza.

Para estudiar el supuesto de independencia de los valores y ausencia de autocorrelación, se han utilizado los estadísticos siguientes:

- Índice residual de Durbin-Watson (debe ser menor a 2)
- Detección de Colinealidad: Se busca determinar si existe alta colinealidad a través del estudio del Índice de Tolerancia (ha de ser > 0.1) y el factor de incremento de la varianza FIV (ha de ser <10).

Para conocer la evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de Salud y sus determinantes en los distintos momentos de medida, realizamos ANOVA de medidas repetidas (Tabla 4) con dos factores intra-sujeto: TAP (intención, actitud, norma subjetiva y percepción de control); y un factor inter-sujeto: Sexo, en el caso de T1-T2 y tiempo en el caso de T1-T2-T3. Se utilizó la prueba de esfericidad de Mauchly para estimar la igualdad de varianzas. Si el resultado indicaba que las varianzas no son iguales, se utilizó el factor de corrección Greenhouse-Geisser.

Para el estudio de los efectos YO-OTRO y alta-baja carga laboral, se llevaron a cabo ANOVA de un factor y ANOVA de medidas repetidas (Tabla 4). La prueba de Lambda de Wilks se utilizó para conocer la existencia o no de cambios en las variables. Se utilizó la prueba de esfericidad de Mauchly para estimar la igualdad de varianzas.

Tabla 4
Tratamiento estadístico según los objetivos de investigación

Objetivos	Estadísticos
Objetivos específicos	
1. Describir la conducta de dar consejo comportamental de salud en los estudiantes de medicina	Medidas de tendencia central (media, mediana), Medidas de posición (percentil), Medidas de dispersión (varianza, desviación típica, intervalo de confianza 95%); Prueba t de Student para comparar medias.
	Coeficiente de correlación intraclass de acuerdo absoluto (modelo de dos factores/efectos mixtos).
2 Determinar el modelo predictivo de la intención y de la conducta de dar CCS considerando las variables y relaciones incluidas en la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen,1991).	Correlación r de Pearson; Análisis de ANOVA de un factor; Análisis de regresión lineal método introducción.
3 Determinar la evolución de la intención de dar consejo comportamental de salud y sus determinantes a medio y largo plazo.	Correlación r de Pearson; Análisis de ANOVA de un factor; ANOVA de medidas repetidas; Análisis de regresión lineal método introducción.
4 Explorar la intención de dar consejo comportamental de salud en diferentes situaciones relacionadas con la manipulación de la percepción de control e identificar su efecto en la relación con la conducta.	ANOVA de un factor; ANOVA de medidas repetidas.

4. Participantes

4.1. Variables sociodemográficas

La muestra estuvo formada por un total de 149 estudiantes del primer ciclo formativo de la carrera de Medicina, de los cuales un 40.3% (n=60) corresponden al 1^{er} año de la carrera (G1) y un 59.7% (n=89) pertenecen al 2^o año (G2) (Figura 8).

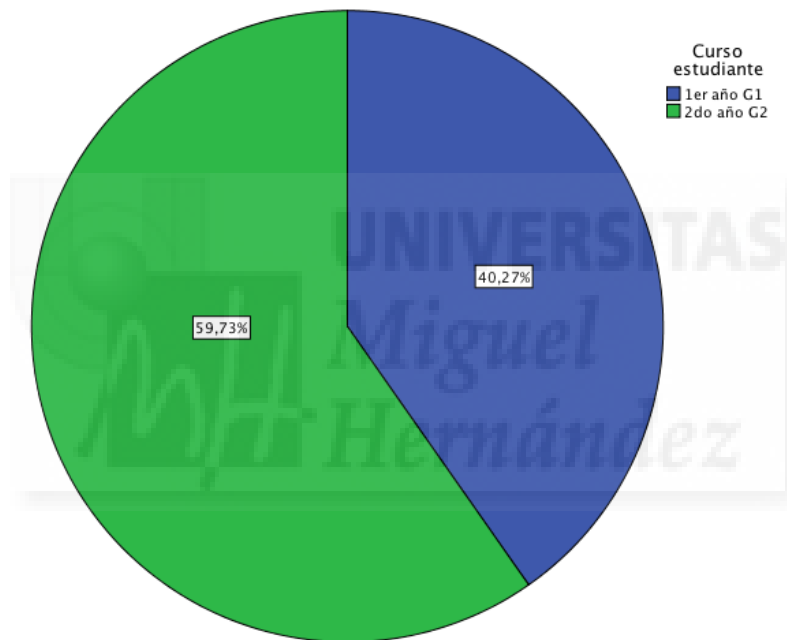


Figura 8. Distribución de la muestra por curso académico

Sexo. En cuanto a la distribución por sexo, la muestra estuvo formada por un 75.5% (n=117) de mujeres y un 22.5% (n=33) de hombres, observándose claramente una mayor proporción del género femenino sobre el género masculino (Figura 9).

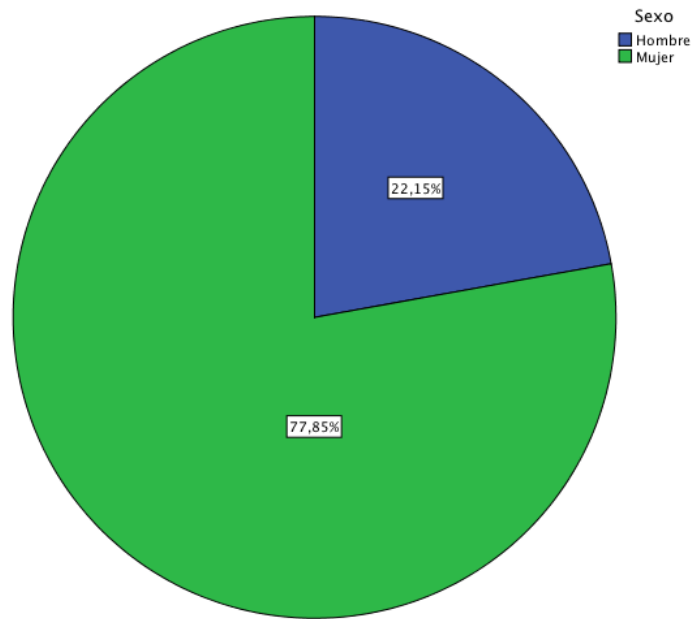


Figura 9. Distribución de la muestra por Sexo

Edad. Respecto a la variable edad, la media de la muestra fue de 18.81 años ($dt=1.01$), con valores mínimos de 18 años y máximos de 26 años. El estudio de normalidad de la distribución de la variable edad indica que se trata de una distribución distinta a la normal ($K-S=3.94$; $p=.000$) (Figura 10).

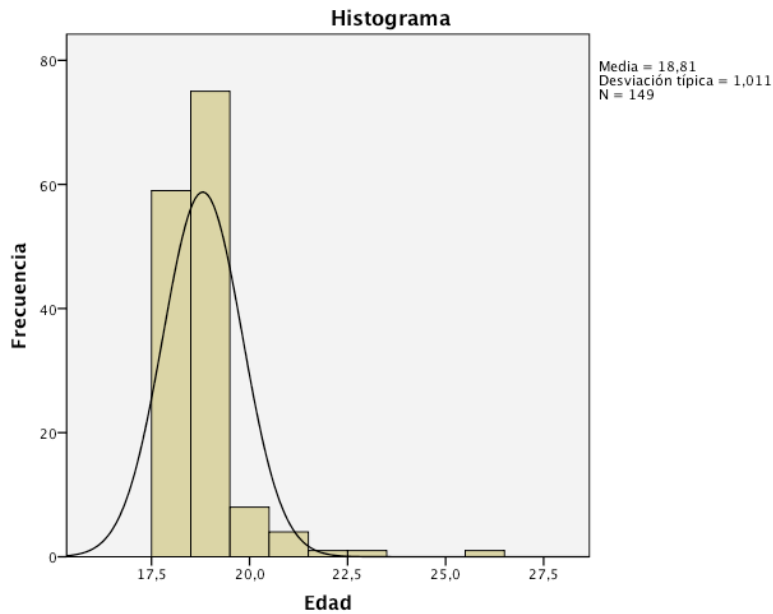


Figura 10. Normalidad de la distribución de la variable edad

En el caso de los hombres ($n=33$), la media de edad fue superior a la del grupo de mujeres, sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (U de Mann Whitney =1776 ; $p=.48$). En este grupo se identificó un dato atípico extremo (26 años) (Gráfico 4). En el caso de las mujeres, la media de edad fue de 18.71 años con un valor mínimo de 18 años y un máximo de 22 años (Figura 11; Tabla 5).

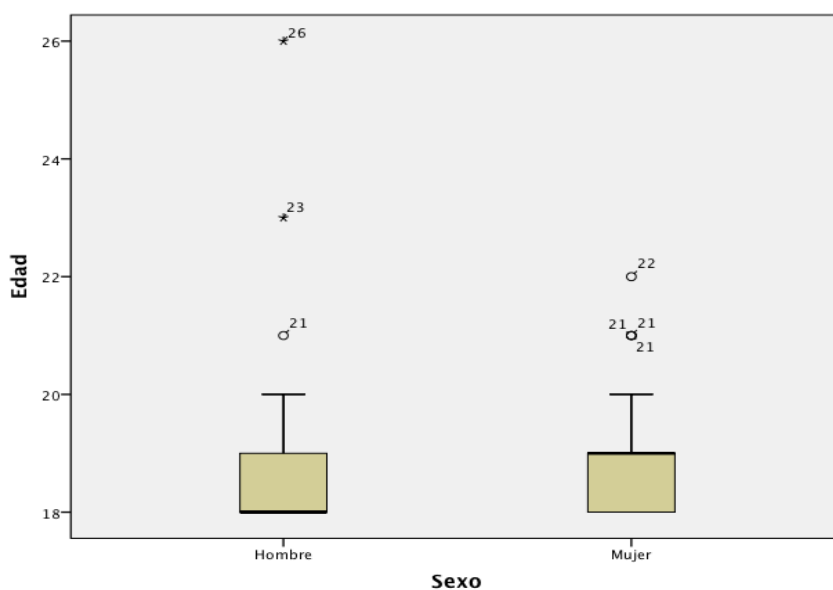


Figura 11. Distribución de los datos de la Edad respecto al Sexo

Tabla 5
Descriptivos de la edad respecto al sexo

Variable	Percentil									
	n	Media	Mediana	Moda	dt	Var	V min	V max	25	75
Hombres	33	18.92	18	18	1.66	2.78	18	26	18	19
Mujeres	116	18.71	19	19	0.73	0.53	18	22	18	19
Total	149	18.84	19	19	1.01	1.02	18	26	18	19

Nota. n= número de sujetos; dt= desviación típica; Var=varianza; Vmin= valor mínimo; Vmax= valor máximo.

Tipo de escuela. La mayoría estudió en una escuela pública (56.41%), el resto se distribuyó en la escuela privada y en último lugar, otro tipo de escuela (Figura 12; Tabla 6). De la comparación entre sexo y tipo de escuela se obtuvo que no hay diferencias significativas entre los grupos ($X^2=4.37$; $p=.112$; Tabla 7).

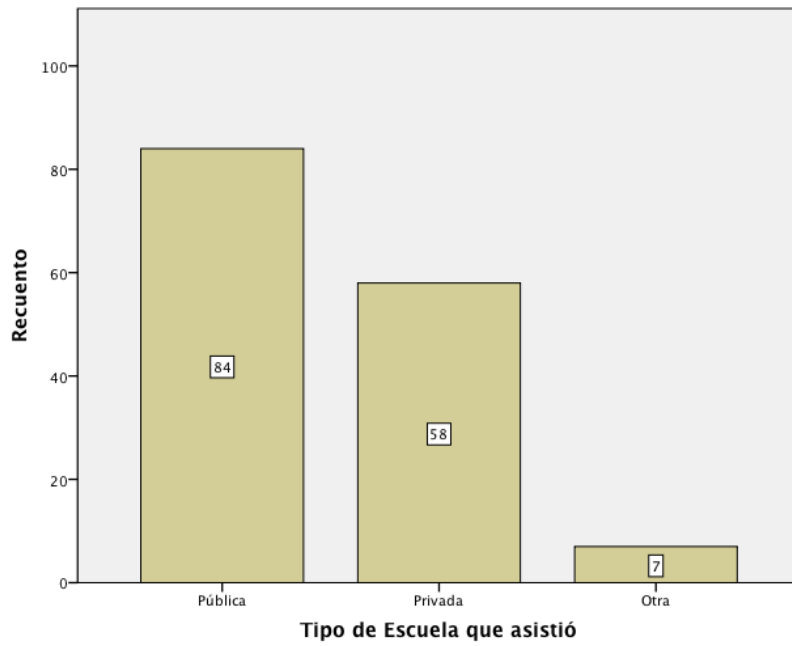


Figura 12. Distribución respecto al Tipo de Escuela

Tabla 6

Distribución de la variable tipo de escuela

Tipo de Escuela	n	%
Pública	84	56.41
Privada	58	38.92
Otra	7	4.74

Nota. n=número de sujetos.

Tabla 7

Distribución de frecuencia de la variable Tipo de escuela respecto al sexo

	Publica n(%)	Privada n(%)	Otra n(%)
Hombres	18(54.51)	14(42.43)	1(3)
Mujeres	70(60.30)	40(34.52)	6(5.21)

Nota. n=número de sujetos.

Ocupación de los padres. El 21.61% de la muestra tenía al menos un progenitor con una profesión de salud, el resto (78.40%) tenían padres con una profesión u actividad ajena a la rama sanitaria (Tabla 8). Las mujeres de la muestra presentaron un mayor porcentaje (23.41) de padres con profesión de salud, en comparación con los hombres (14.83%). La diferencia entre ambos grupos (sexo x ocupación de los padres) no fue significativa ($X^2=.929$; $p=.335$).

Tabla 8

Distribución de frecuencia de la variable ocupación de los padres

		n	%
Válidos	Si prof salud	29	19.52
	No prof salud	105	70.53
	Total	134	89.91
Perdidos	Sistema	15	10.12
Total		149	100.0

Nota. Si prof salud= padre o madre con una profesión sanitaria; No prof salud= padre y madre sin profesión sanitaria; n=número de sujetos; % acum.= porcentaje acumulado.

4.2. Comparación de las variables socio-demográficas entre grupos G1 y G2.

Para trabajar con los participantes de ambos cursos, 1^{er} año (G1) y 2^{do} año (G2), como un solo grupo muestral, se realizaron las pruebas correspondientes comparando las medias de las variables sociodemográficas respectivamente. Solo se observaron diferencias en la edad entre los grupos G1 y G2 (Tabla 9). Pero estas diferencias se corresponden con el dato de la edad de los estudiantes del G1 cuando están en primer curso; dado que el estudio se realiza cuando ambos grupos están en segundo curso, las diferencias en edad desaparecen.

Tabla 9
Comparación de medias de las variables Sociodemográficas entre el 1^{er} y 2^{do} curso

VARIABLE		G1	G2	Estadístico
Sexo	Hombre	14(26.71)	17(19.12)	$X^2 = 1.190$ $p = .275$
	Mujer	44(73.34)	72(80.92)	
Edad		Media(dt)	Media(dt)	U Mann Whitney = 419.5 $p = .000$
		18,15(.48)	19,22(.75)	
	rango	(18-21)	(18-26)	
Tipo de Escuela	Pública	38(61.33)	50(56.21)	$X^2 = 1.868$ $p = .393$
	Privada	18(30.72)	35(39.30)	
	Otra	4(8)	4(4.52)	
Ocupación del Padre	Médico	5(8.61)	9(10.12)	$X^2 = 3.420$ $p = .636$
	Otra salud	1(1.41)	3(3.83)	
	Otra	11(20)	23(26.62)	
Ocupación de la madre	Médico	3(2.9)	3(3.4)	$X^2 = 5.462$ $p = .362$
	Otra salud	6(10.33)	9(10.31)	
	Otra	15(25)	11(12.64)	
Padres con Ocupación en Salud		1.77(.42) n=13	1.79(.40) n=16	$X^2 = .140$ $p = .708$

Nota. G1= grupo 1; G2= grupo 2; n=número de sujetos; dt=desviación típica

III RESULTADOS

1. Descripción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud

1.1. Total y categorías Médica/Terapéutico y Estilo de Vida/Psicosocial

Se codificaron 130 grabaciones obteniendo un número total de 1882 Consejos Comportamentales de Salud ($m=14.48$; $dt=4.50$; IC 95%= 4-29) (Tabla 10; Figura 13).

Tabla 10

Percentiles de la variable total Consejo Comportamental de Salud

		Percentiles							
		5	10	25	50	75	90	95	
Promedio Ponderado	Conducta de Consejo Médico	7	8	12	14	18	20	22	

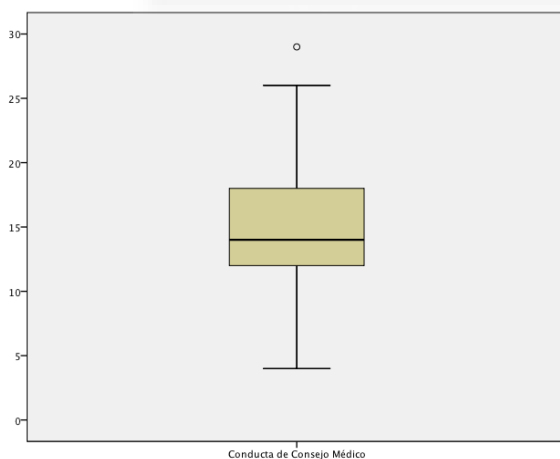


Figura 13. Distribución de los datos de la variable total de Consejo Comportamental de Salud.

Del total de Consejos Comportamentales de Salud codificados, 1753 (%=93.14; $m=13.48$; $dt=4.23$; IC 95%=3-27) correspondieron a la categoría Consejo

Comportamental de Salud Médico Terapéutico y 129 ($\%=6.85$; $m=.99$; $dt=.97$; IC $95\%=0-4$) pertenecieron a la categoría Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial (Figura 14; Figura 15; Tabla 11).

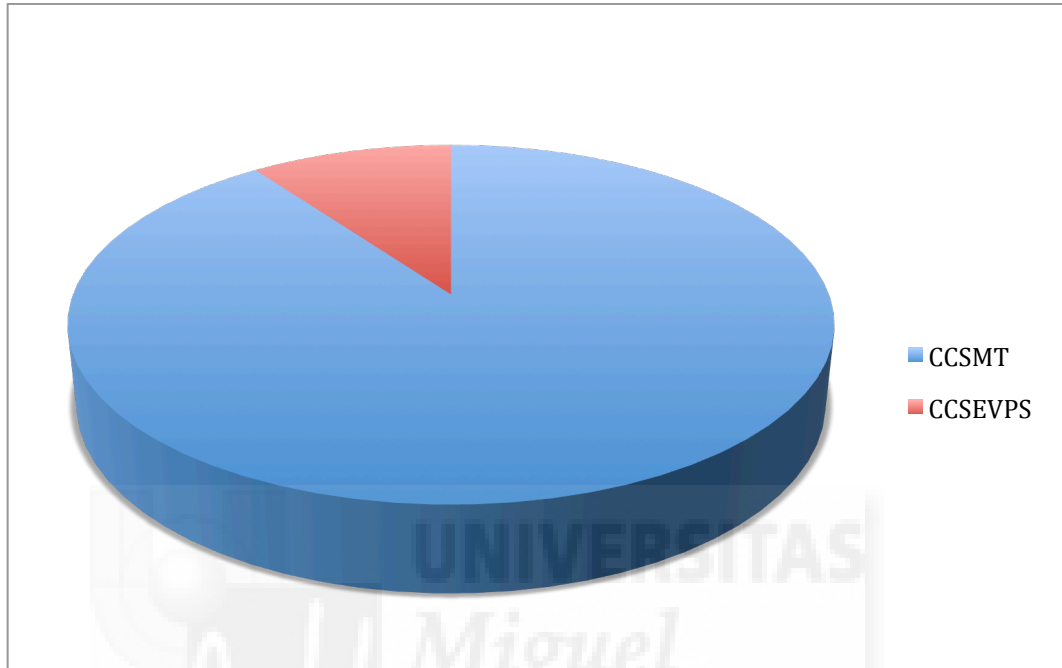


Figura 14. Porcentajes totales de Consejo Comportamental de Salud por categoría Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

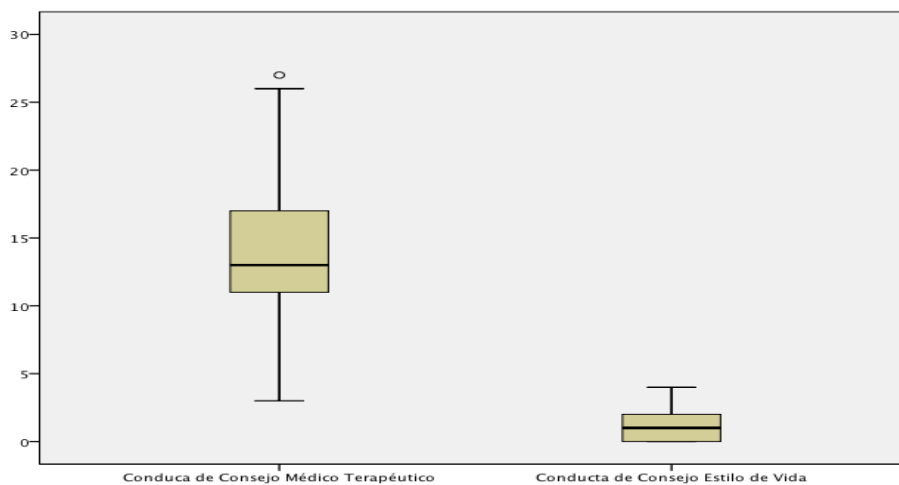


Figura 15. Distribución de los datos de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

Tabla 11
Percentiles de las variables Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

		Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
Promedio	CCSMT	6.55	8	11	13	17	19	20
ponderado	CCSEVPS	0	0	0	1	2	2	3

Nota. CCSMT= Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; CCSEVPS=Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

1.2. Diferencias según el sexo y ocupación de los padres. 122

El análisis de comparación de medias mostró que no existen diferencias entre los hombres y las mujeres para el total de Consejo Comportamental de Salud, ni para ninguna de las dos categorías (Figura 16; Tabla 12; Tabla 13).

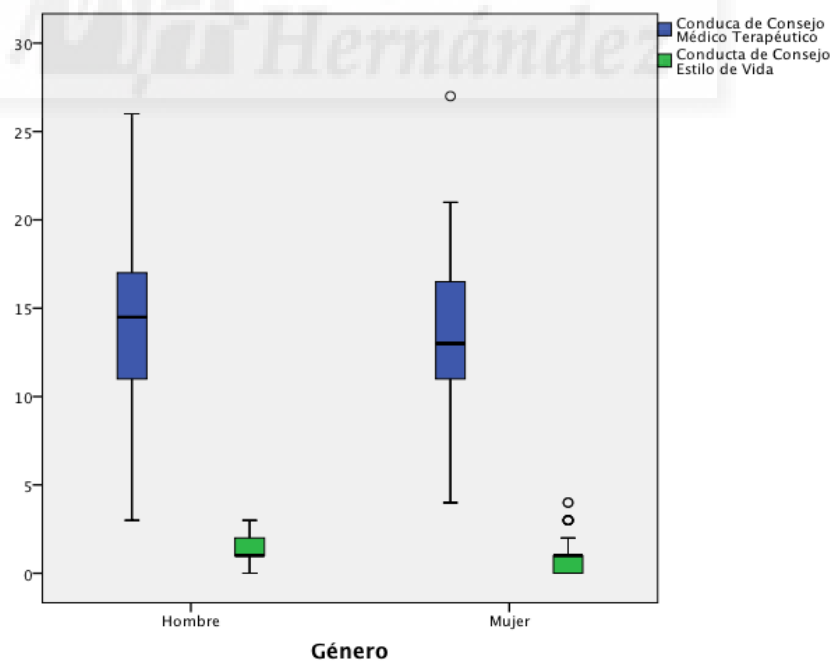


Figura 16. Distribución de los datos de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de salud Estilo de Vida/Psicosocial según sexo.

Tabla 12
Diferencias de medias de las variables Consejo Comportamental de Salud según sexo

	Mujer	Hombre	t	IC95%		gl	p
	Media(dt)	Media(dt)		Inf	Sup		
CCSMT	13.31(4.03)	14.19(4.98)	.952	-.954	2.72	128	.343
CCSEVPS	.93(.98)	1.23(.90)	1.39	-.124	.720	128	.165
CCSTOTAL	14.24(4.38)	15.42(4.94)	1.19	-.769	3.13	128	.233

Nota. CCSMT= Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; CCSEVPS= Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial; CCSTOTAL=Total de Consejos comportamentales de salud; dt=desviación típica; IC= Intervalo de confianza.

Tabla 13
Percentiles de las variables Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

	Sexo	Percentiles						
		5	10	25	50	75	90	95
CCSMT	Hombre	4.4	7	10.7 5	14.5	17	20.9	24.95
	Mujer	6.25	8	11	13	16.75	19	20
Prom Pond	Hombre	0	0	.75	1	2	2.3	3
	CCSEVPS	Mujer	0	0	0	1	1	2

Nota. Prom Pond= Promedio Ponderado; CCSMT=Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; CCSEVPS=Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial.

Se llevó a cabo una ANOVA de un factor tomando en consideración que alguno de los padres tuviese ocupación sanitaria. No se observó diferencia entre la ocupación sanitaria de los padres y las variables Consejo Comportamental de Salud Médico

Terapéutico, Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial o total de Consejo Comportamental de salud (Tabla 14).

Tabla 14

Diferencia de medias de Consejo Comportamental de Salud según ocupación de los padres

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
CCSMT	Inter- grupos	8.11	1	8.11	.481	.490
	Intra- grupos	1958.25	116	16.88		
	Total	1966.37	117			
CCSEVPS	Inter- grupos	2.19	1	2.19	2.36	.127
	Intra- grupos	107.77	116	.92		
	Total	109.96	117			
CCSTOTAL	Inter- grupos	18.74	1	18.74	.942	.334
	Intra- grupos	2308.57	116	19.90		
	Total	2327.32	117			

Nota. CCS= Consejo Comportamental de salud; CCSMT=Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; CCSEVPS=Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial; CCSTOTAL=Total de Consejo Comportamental de Salud; dt=desviación típica; IC= Intervalo de confianza; gl= grados de libertad.

Se dividió la muestra en dos grupos, alto y bajo Consejo Comportamental de Salud (percentil ≥ 75 y percentil ≤ 10 , respectivamente) (Figura 17). El grupo de alto CCS (N= 34) ofreció 18 o más CCS (M=20.06; dt 2.54; IC 95%= 18-29).

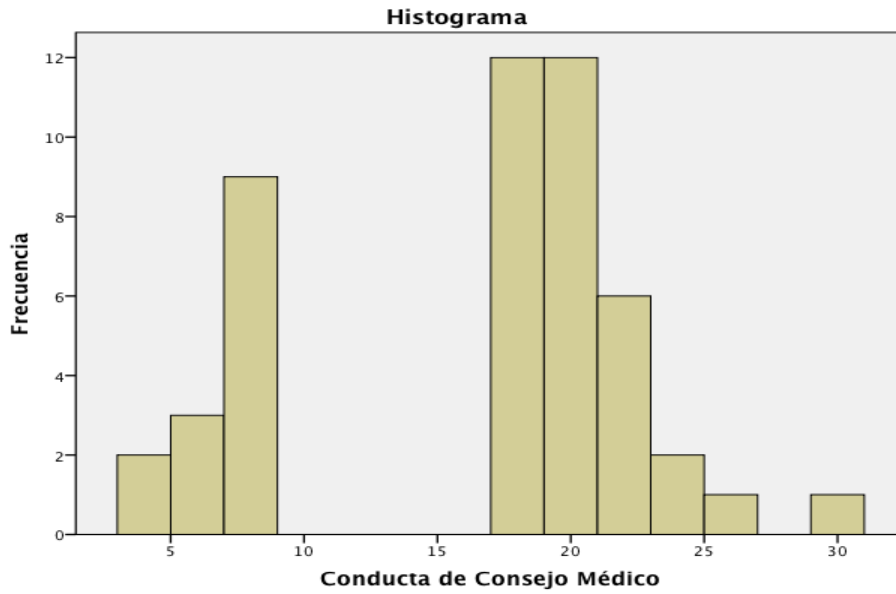


Figura 17. Distribución según grupo de Alto y Bajo Consejo Comportamental de salud

Según el sexo, en el grupo de alto Consejo Comportamental de Salud, se distribuyeron 7 hombres ($m=20.86$; $dt=2.96$; $IC95\%= 18.11 - 23.60$) y 27 mujeres ($m=19.85$; $dt=2.44$; $IC95\%= 18.88 - 20.82$) (Figura 18).

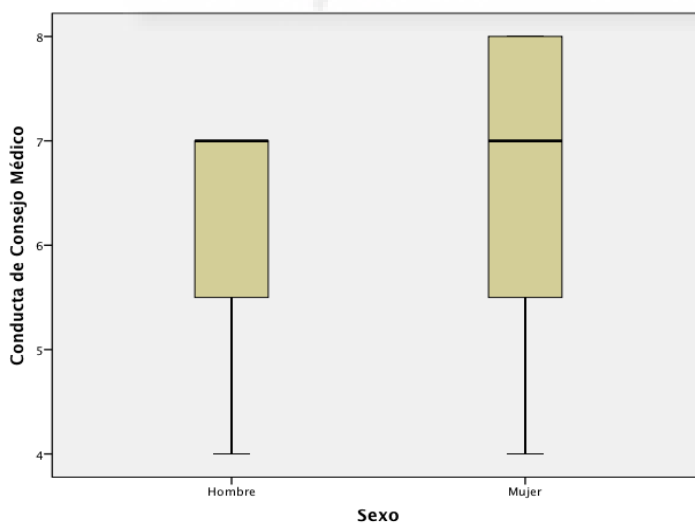


Figura 18. Distribución del grupo Alto Consejo Comportamental de Salud según sexo

El grupo de bajo Consejo Comportamental de Salud ofreció 8 o menos Consejo

Comportamental de Salud, con una $N=14$ ($m=6.50$; $dt=1.45$; $IC95\%= 5.66 - 7.34$) y según el sexo fueron 3 hombres ($m=6$; $dt=1.73$; $IC95\%=1.70 - 7.15$) y 11 mujeres ($m=6.64$; $dt 1.43$; $IC95\%= 5.67 - 7.60$) (Figura 19).

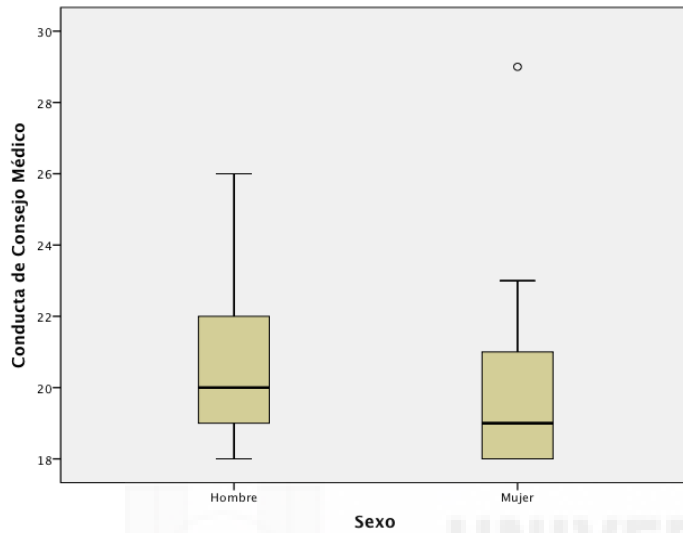


Figura 19. Distribución del grupo bajo Consejo Comportamental de salud según sexo

1.3. Análisis de frecuencias.

Se procedió a describir las frecuencias de Consejo Comportamental de salud Médico/Terapéutico, observando que las dos subcategorías que presentaron mayor número de Consejo Comportamental de salud fueron *hacer dieta* (N=357; %=20.36) y *régimen terapéutico* (N=334; %=19.05), la que recibió menor frecuencia fue *auto cuidado general* (N=60; %=3.47) (Tabla 15; Figura 20).

Tabla 15

Distribución de frecuencias de la categoría Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico

Subcategoría	Frecuencia de CCS	%
Problemas médicos	147	8.38
Régimen terapéutico	334	19.05
Próximas citas	140	7.98
Otras pruebas clínicas	171	9.75
No fumar	205	11.69
Hacer dieta	357	20.36
Hacer ejercicios	254	14.48
No consumo de alcohol	84	4.79
Auto cuidado general	61	3.47
Total	1753	100

Nota. CCS=Consejo Comportamental de salud.

En la categoría Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial, las dos subcategorías con más Consejo Comportamental de Salud fueron *problemas emocionales* (N=40; %=31) y *promoción salud/prevención enfermedades* (N=37; %=28.68). La que recibió menos Consejo Comportamental de Salud fue la subcategoría *trabajo* (actividad laboral) y la subcategoría *otros*

aspectos de índole psicosocial, que no recibió Consejo Comportamental de Salud

(Tabla 16; Figura 20).

Tabla 16

Distribución de frecuencias de las subcategorías de Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

Subcategoría	Frecuencia de CCS	%
Actividades de la vida diaria	30	23.25
Familia	9	6.97
Trabajo (actividad laboral)	1	0.77
Promoción salud/prevencción de enfermedades	37	28.68
Preocupaciones generales	12	9.30
Problemas emocionales	40	31.00
Otros aspectos de índole psicosocial	0	0
Total	129	100

Nota. CCS=Consejo Comportamental de Salud.

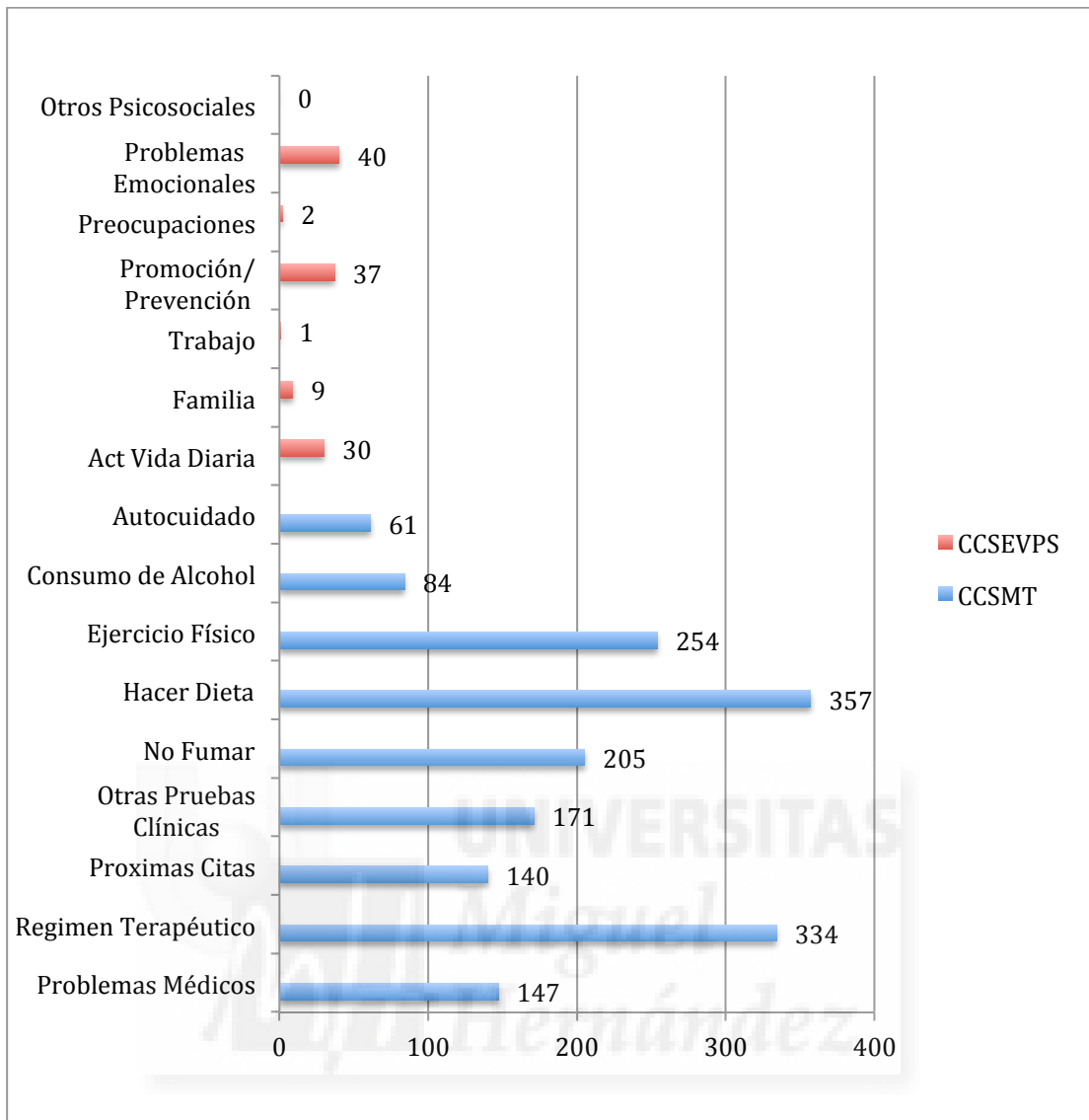


Figura 20. Distribución de frecuencias de las subcategorías de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial

2. Análisis predictivo de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud

2.1. Descripción de las variables de la Teoría de la Acción Planeada.

Las medias de las variables de la TAP sobre la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, revelan un promedio de intención conductual de 90.08 pacientes (sobre 100). Respecto a la norma subjetiva, los/las estudiantes percibieron que personas importantes para ellos querrían que dieran consejo a un promedio de 84.86 pacientes y, en relación con la variable percepción de control comportamental, se percibieron capaces de ofrecer consejo a un promedio de 73.29 pacientes. En general mostraron una actitud favorable a dar Consejo Comportamental de salud a un promedio de 89.71 pacientes (Tabla 17; Figura 25).

Tabla 17

Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina

Variable	Medias (dt)	IC95%		Mediana
		Inf	Sup	
Intención conductual	90.08 (15.13)	87.67	92.53	95.00
Norma subjetiva	84.86 (15.01)	82.43	87.29	87.50
Percepción de control comportamental	73.29 (18.79)	70.25	76.33	76.66
Actitud	89.71 (13.38)	87.54	91.88	96.00

Nota. dt=desviación típica; IC95%= intervalo de confianza (Inf=inferior; Sup=superior)

El análisis de comparación de medias de las variables de la TAP respecto a la variable sexo, mostró que los hombres presentaron una media mayor tanto en percepción de control ($m=82.75$; $t= -3.11$; IC 95%= $-18.33 - -4.09$; $gl=147$;

p=.000) como en intención conductual (m=93.81; t= -2.23; IC 95%= -9.01 - - .537; gl=101.75; p=.028) en comparación con las mujeres (m=71.54; m=88.91 respectivamente). El resto de las medias de las variables de la TAP no se diferenciaron por sexo (Tabla 18).

Tabla 18
Diferencias de medias de las variables TAP según sexo

	Mujer	Hombre	t	IC 95%		gl	p
	Media (dt)	Media(dt)		Inf	Sup		
Intención conductual	88.91(16.39)	93.81(8.62)	-2.23	-0.01	-.53	101.75	.028
Norma subjetiva	84.19(15.42)	87.94(13.44)	-.960	-8.69	.3.01	147	.339
Percepción de control	71.54(19.45)	82.75(13.16)	-3.11	-18.33	-4.09	147	.002
Actitud	89.22(14.15)	91.80(10.33)	-.594	-6.80	-3.66	147	.554

Nota. dt= desviación típica; IC= Intervalo de confianza; N mujer= 116; N hombre= 33.

Se llevó a cabo una ANOVA de un factor según tuviesen alguno de los padres con ocupación sanitaria. La diferencia se observó solo en la percepción de control comportamental (F=6.96; gl=1; p=.009), la media menor correspondió a los sujetos con padres con alguna ocupación sanitaria (Tabla 19).

Tabla 19
ANOVA de un factor de la ocupación de los padres y la TAP

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Intención conductual	Inter-grupos	14.23	1	14.23	.061	.805
	Intra-grupos	30723.70	132	232.75		
	Total	30737.93	133			
Norma subjetiva	Inter-grupos	54.88	1	54.88	.241	.625
	Intra-grupos	30101.14	132	228.03		
	Total	30156.03	133			
Percepción de control	Inter-grupos	2344.72	1	2344.72	6.96	.009
	Intra-grupos	44414.60	132	336.47		
	Total	46759.32	133			
Actitud	Inter-grupos	1191.24	1	1191.24	7.02	.055
	Intra-grupos	22382.20	132	169.56		
	Total	23573.45	133			

Nota. gl= grados de libertad.

2.2. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T1.

Las correlaciones entre las variables de la TAP fueron positivas y significativas con la intención conductual, salvo en el caso del percepción de control comportamental (Tabla 20).

Tabla 20
Correlaciones entre variables de la TAP en TI

	Actitud	Percepción de control	Norma subjetiva
Intención conductual	.473 (p=.000)	.140 (p=.089)	.400 (p=.000)
Norma subjetiva	.347 (p=.000)	.279 (p=.001)	
Percepción de control	.191 (p=.020)		

Nota. Coeficiente r de Pearson (p); n=149

En el análisis del supuesto de independencia de los valores y la ausencia de autocorrelación se observó:

-Índice residual de Durbin-Watson= 1.88 por lo que no hay autocorrelación.

-Detección de colinealidad: Los resultados indican que no existe colinealidad, observándose valores de tolerancia superiores a .1 (norma subjetiva=.83; percepción de control=.91; actividad=.87) y valores de FIV inferiores a 10 (norma subjetiva=1.20; percepción de control=1.09; actitud=1.15).

Se realizó un análisis de regresión tomando a la intención conductual como variable dependiente y las variables actitud, norma subjetiva y percepción de control comportamental como variables predictoras, tal y como lo describe el modelo de la TAP.

Los resultados muestran una proporción de varianza explicada de 27.2% de la intención conductual ($F=19.443$; $gl=3$; $p=.000$). El predictor de mayor peso es la

actitud ($B=.43$), seguido por la norma subjetiva ($B=.27$). La percepción de control comportamental no aparece como predictor de la intención (Tabla 21).

Tabla 21

Análisis predictivo de la actitud, norma subjetiva y percepción de control comportamental sobre la intención en T1

Modelo	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado	t	p	IC 95% para B	
	B	Error Tip				Limite inferior	Limite superior
Constante	28.873	8.362		3.453	.001	12.347	45.400
Norma subjetiva	.272	.077	.270	3.515	.001	.119	.425
Percepción de control	-.007	.059	-.008	-.113	.910	-.124	.110
Actitud	.430	.085	.381	5.062	.000	.262	.598

Nota. IC= intervalo de confianza

2.3. Análisis predictivo de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud en T1.

Los coeficientes de correlación entre las variables de total de Consejo Comportamental de salud y la TAP no fueron significativos, aunque sí obtuvimos una relación significativa de la percepción de control con la categoría de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico (Tabla 22).

Tabla 22
Correlaciones entre variables de la TAP y Consejo Comportamental de salud en TI

	Intención conductual	Actitud	Percepción control	Norma subjetiva
CCSTOTAL	-.102 (p=.250)	.085 (p=.168)	-.017 (p=.423)	.089 (p=.157)
CCSEVPS	-.034 (p=.701)	.473 (p=.000)	.140 (p=.089)	.400 (p=.000)
CCSMT	-.100 (p=.257)	.347 (p=.000)	.279 (p=.001)	.049 (p=.579)

Nota. CCSTOTAL=Total de Consejo Comportamental de Salud; CCSEVPS=Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial; CCSMT=Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico; Coeficiente r de Pearson (p); n=144.

Se planteó realizar tres análisis de regresión tomando como variables dependientes la conducta total de Consejo Comportamental de salud, y las categorías de Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico y Consejo Comportamental de Salud Estilo de Vida/Psicosocial; la intención conductual y percepción de control comportamental se consideraron como variables independiente, tal y como lo describe el modelo de la TAP, sin embargo, el estudio de las correlaciones entre las variables arrojaron relaciones bajas o muy bajas por lo que finalmente se decidió no llevar a cabo el análisis de regresión.

3. Evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes.

3.1. Descripción de las variables Teoría de la Acción Planeada en el T2.

Las medias de las variables de la TAP sobre la conducta de dar Consejo Comportamental de Salud, revelan un promedio de intención conductual de 94.45 pacientes. Respecto a la norma subjetiva, nuestros/as estudiantes percibieron que la mayoría de personas importantes querrían que dieran consejo a un promedio de 88.21 pacientes, y respecto de la variable percepción de control comportamental, se percibieron capaces de ofrecer consejo a un promedio de 73.10 pacientes. En general mostraron una actitud favorable a dar Consejo Comportamental de salud a un promedio de 93.26 pacientes (Figura 25; Tabla 23).

Tabla 23

Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina en T2

Variable	Medias (dt)	IC95%		Mediana
		Inf	Sup	
Intención conductual	94.45 (11.67)	92.53	96.36	96.00
Norma subjetiva	88.21 (13.63)	85.97	90.44	92.50
Percepción de control comportamental	73.10 (19.55)	69.89	76.31	78.33
Actitud	93.26 (10.48)	91.54	94.98	98.00

Nota. dt= desviación típica; IC95%=intervalo de confianza (Inf=inferior;Sup=superior)

El análisis de comparación de medias de las variables de la TAP respecto a la variable sexo, mostró la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres (Tabla 24).

Tabla 24
Diferencias de medias de las variables de la TAP según sexo en T2

	Mujer Media(dt)	Hombre Media(dt)	t	IC 95%		gl	p
				Inf	Sup		
Intención conductual	94.53 (12.19)	94.15 (9.68)	-.161	-5.07	4.30	143	.872
Norma subjetiva	88.15 (13.29)	88.41 (15.01)	.095	-5.21	5.73	143	.924
Percepción de control	71.66 (20.09)	78.41 (16.62)	1.71	-1.02	14.52	143	.088
Actitud	93.03 (10.91)	94.10 (8.80)	.504	-3.13	5.28	143	.615

Nota. T2= Tiempo 2; dt= desviación típica; IC= Intervalo de confianza; gl= grado de libertad; n mujer= 116; n hombre= 33.

Se llevó a cabo una ANOVA de un factor considerando que alguno de los padres tuviese una ocupación sanitaria, sin embargo, no hubo diferencias significativas en las variables estudiadas (Tabla 25).

Tabla 25
ANOVA de un factor de la ocupación sanitaria de los padres y variables TAP en T2

	Media		gl	F	p
	SiOc	NoOc			
Intención conductual	93.00	94.69		.425	.516
Norma subjetiva	83.71	89.12		3.33	.070
Percepción de control	72.65	74.48	128	.200	.656
Actitud	90.37	94.22		2.99	.086

Nota. T2= tiempo 2; gl= grado de libertad; SiOC= Padres con ocupación sanitaria; NoOc: padres con otra ocupación distinta a la sanitaria

3.2. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T2.

Las correlaciones entre las variables de la TAP fueron positivas y significativas salvo la obtenida por la percepción de control con la intención conductual (Tabla 26).

Tabla 26
Correlaciones entre variables de la TAP en T2

	Actitud	Percepción de control	de Norma subjetiva
Intención conductual	.510 (p=.000)	.017 (p=.836)	.545 (p=.000)
Norma subjetiva	.506 (p=.000)	.124 (p=.137)	
Percepción de control	.258 (p=.002)		

Nota. Coeficiente r de Pearson (p); N=145.

En el análisis del supuesto de independencia de los valores y la ausencia de autocorrelación se observó:

-Índice residual de Durbin-Watson= 2.19 por lo que se descarta la autocorrelación.

-Detección de colinealidad: Los resultados indican que no existe colinealidad, observándose valores de tolerancia superiores a .1 (norma subjetiva=.74; percepción de control=.93; actitud=.70) y valores de FIV inferiores a 10 (norma subjetiva=1.34; percepción de control=1.07; actitud=1.41) .

Se realizó un análisis de regresión tomando a la intención conductual como variable dependiente y las variables actitud, norma subjetiva y percepción de

control comportamental como variables predictoras, tal y como lo describe el modelo de la TAP.

Los resultados muestran una proporción de varianza explicada del 37.1% de la intención conductual ($F=29.34$; $gl=3$; $p=.000$). El predictor de mayor peso es la actitud ($B=.38$), seguido por la norma subjetiva ($B=.33$). La percepción de control comportamental no aparece como predictor de la intención (Tabla 27)

Tabla 27

Análisis predictivo de las variables de la TAP sobre la intención en T2

Modelo	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente tipificado			IC 95% para B	
	B	Error Tip	Beta	t	p	Límite inferior	Límite superior
Constante	34.64	7.22		4.79	.000	12.347	45.40
Norma subjetiva	.330	.066	.385	5.02	.000	.119	.425
Actitud	.386	.041	.346	4.39	.000	.262	.598
Percepción de control	-.072	.088	-.120	-1.75	.082	-.124	.110

Nota. T2= tiempo 2; IC=intervalo de confianza

3.3. Evolución de la intención y sus determinantes entre T1 y T2.

Analizamos los cambios entre T1 y T2 para estudiar la evolución a corto plazo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes. Realizamos un ANOVA de medidas repetidas con dos factores intra-sujeto: TAP (intención, actitud, norma subjetiva y percepción de control); y tiempo (T1, T2); y un factor inter-sujeto: el sexo (Tabla 30). Los resultados muestran un efecto principal significativo del factor TAP, y, por tanto, diferencias entre las variables intención, actitud, norma subjetiva y percepción de control. El contraste multivariado mostró que la percepción de control fue significativamente

inferior a la intención conductual, norma subjetiva, y actitud (error estándar= 2.04 – 2.24; $p < .000$). La norma subjetiva también fue inferior a la intención conductual (error estándar= 1.68; $p = .012$) (Tabla 28).

El efecto principal del factor tiempo no fue significativo, indicando que no existe un patrón simple de cambio entre T1 y T2. En este sentido, el tiempo sí muestra una interacción significativa con las variables de la TAP (Tabla 28). Se observaron incrementos entre T1 y T2 en todas las variables de la TAP salvo en la percepción de control (Tabla 28). No se encontraron efectos de interacción significativos TAP x sexo, ni entre TAP x tiempo x sexo. Esto indica que, según el sexo, no existe un patrón simple de diferencias en las variables TAP, ni de cambio en esas variables entre T1 y T2. Sin embargo sí se observó un efecto de interacción entre tiempo x sexo. En este sentido, las mujeres aumentaron los valores de intención conductual, norma subjetiva y actitud más que los hombres (Tabla 28; Figura 21-24).

En el caso de la percepción de control, las mujeres tendieron a mantener valores semejantes entre T1 y T2, mientras los hombres disminuyeron este valor en el T2 aunque este cambio no fue significativo ($p = .067$) (Tabla 28; Figura 23).

Tabla 28
Evolución de la intención y sus determinantes entre T1 y T2

			^a F	^a p	
TAP			50.268	.000	
Tiempo			2.702	.102	
TAP x Tiempo			4.471	.007	
TAP x Sexo			1.778	.166	
Tiempo x Sexo			5.302	.023	
TAP x Tiempo x Sexo			.683	.537	
			^c	^c	
		T1 ^b	T2 ^b		
Intención Total	conductual	89.97 (15.34)	94.45 (11.71)	5.108	.025
	Mujer	88.91 (16.55)	94.53 (12,25)	21.050	.000
	Hombre	93.81 (8.90)	94.15 (9.68)	.022	.882
Norma Total	subjetiva	85.00 (15.17)	88.33 (13.60)	3.704	.056
	Mujer	84.19 (15.62)	88.14 (13.36)	10.572	.001
	Hombre	87.94 (13.23)	89.02 (14.68)	.220	.639
Percepción Total	de control	73.95 (18.57)	72.01 (19.59)	2.291	.132
	Mujer	71.54 (19.14)	71.97 (19.91)	.066	.798
	Hombre	82.75 (13.22)	76.80 (18.15)	3.398	.067
Actitud	Total	89.78 (13.49)	93.23 (10.51)	5.771	.018
	Mujer	89.22 (14.30)	93.02 (10.96)	10.706	.001
	Hombre	91.80 (9.91)	94.01 (8.78)	.996	.320
Mujer-Hombre			9.382	.003	
Mujer-Hombre			1.483	.225	

Nota: T1= tiempo 1; T2= tiempo 2; TAP= variables de la Teoría de la Acción Planeada; ^a ANOVA. Índice Epsilon= Huynh-Feldt; *p< .05, Efecto Principal e Interacción; ^b en tabla Media (DT) N = 144; N mujeres= 113; ^c Análisis de contraste multivariado de efectos simples. Comparaciones múltiples. Ajuste de Bonferroni $fd= 1, 142$.

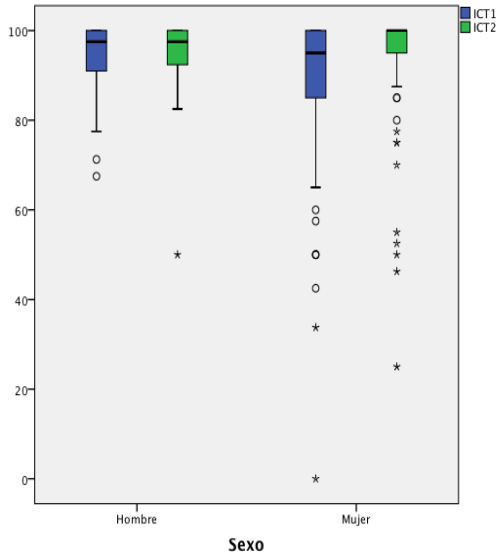


Figura 21. Distribución de la intención conductual según sexo en T1 y T2

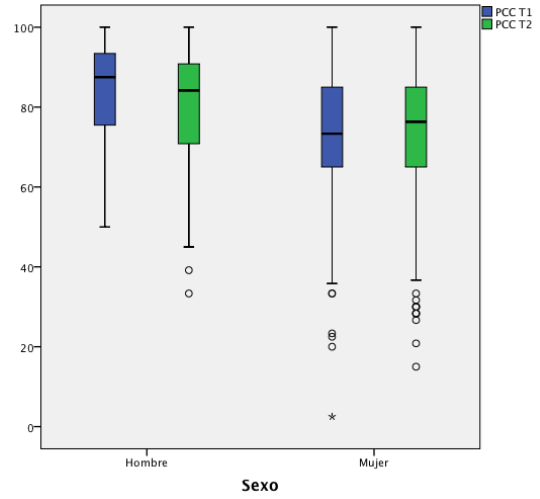


Figura 23. Distribución de la percepción de control según sexo en T1 y T2

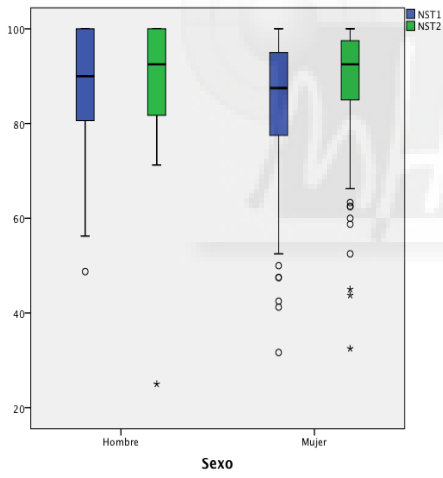


Figura 22. Distribución de la Norma Subjetiva por Sexo en T1 y T2

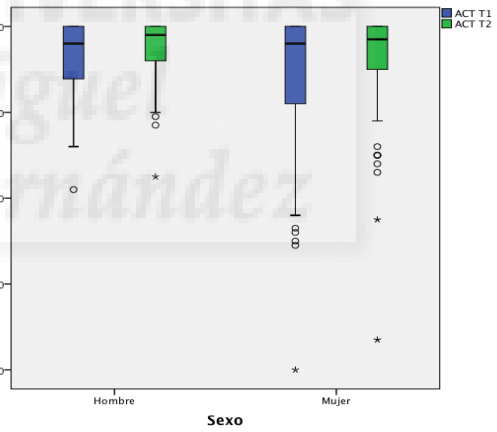


Figura 24. Distribución de la actitud según sexo en T1 y T2

3.4. Descripción de las variables de la Teoría de la Acción Planeada en T3.

En este momento de medida, los estudiantes informaron tener la intención de dar Consejo Comportamental de salud a un promedio de 89.14 pacientes. Respecto a la norma subjetiva, percibieron que personas importantes para ellos querían que dieran consejo a un promedio de 86.56 pacientes y para la variable percepción de control comportamental, se percibieron capaces de ofrecer consejo a un promedio de 68.80 pacientes. En general mostraron una actitud favorable a dar Consejo Comportamental de salud a un promedio de 89.07 pacientes (Tabla 29).

Tabla 29

Medias de las variables de la TAP de los estudiantes de medicina

Variable	Medias (dt)	IC95%		Mediana
		Inf	Sup	
Intención Conductual	89.14 (19.74)	84.60	93.68	95.00
Norma subjetiva	86.56 (13.75)	83.39	89.72	90.00
Percepción de Control Comportamental	68.80 (21.94)	63.75	73.84	73.33
Actitud	89.07 (12.92)	86.10	92.05	92.00

Nota. dt=desviación típica; IC95%=intervalo de confianza (Inf=inferior; Sup=superior)

El análisis de comparación de medias de las variables de la TAP respecto a la variable sexo, mostró que no existen diferencias entre hombres y mujeres (Tabla 30).

Tabla 30

Diferencias de medias de las variables de la TAP según sexo en T3

	Mujer Media(dt)	Hombre Media(dt)	t	IC 95%		gl	p
				Inf	Sup		
Intención conductua l	88.85 (20.91)	92.00 (10.94)	.517	-9.56	16.25	73	.60 7
Norma subjetiva	85.46 (14.15)	92.93 (9.25)	1.68	-1.37	16.30	73	.09 7
Percepción n de control	66.73 (22.01)	80.83 (18.01)	2.00	.108	28.09	73	.04 8
Actitud	89.09 (13.40)	88.98 (10.27)	- .026	-8.57	8.35	73	.97 9

Nota. TAP= variables de la Teoría de la Acción Planeada; T3= tiempo 3; dt=desviación típica; IC= intervalo de confianza.

Se llevó a cabo una ANOVA de un factor considerando que alguno de los padres tuviese una ocupación sanitaria, sin embargo, no hubo diferencias entre las variables estudiadas (Tabla 31).

Tabla 31
ANOVA de un factor de la ocupación de los padres y variables de la TAP en T3

	Media		gl	F	p
	SiOc	NoOc			
Intención conductual	88.12	89.25		.040	.842
Norma subjetiva	87.41	85.68		197	.658
Percepción de control	66.18	68.29	67	.117	.734
Actitud	87.85	89.22		.257	.614

Nota. T3= tiempo 3; gl= grado de libertad; SiOC= Padres con ocupación sanitaria; NoOc: padres con otra ocupación distinta a la sanitaria

3.5. Análisis predictivo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud en T3.

Las correlaciones entre las variables de la TAP fueron positivas y significativas (Tabla 32).

Tabla 32
Correlaciones entre variables de la TAP en T3

	Actitud	Percepción de control	Norma subjetiva
Intención conductual	.756 (p=.000)	-.033 (p=.389)	.515 (p=.000)
Norma subjetiva	.484 (p=.000)	.192 (p=.049)	
Percepción de control	-.067(p=.283)		

Nota. T3= tiempo 3; Coeficiente r de Pearson (p); N=75.

En el análisis del supuesto de independencia de los valores y la ausencia de autocorrelación se observó:

-Índice residual de Durbin-Watson= 2.04 por lo que se descarta la autocorrelación.

-Detección de colinealidad: Los resultados indican que no existe colinealidad, observándose valores de tolerancia superiores a .1 (norma subjetiva=.71; percepción de control=.93; actitud=.73) y valores de FIV inferiores a 10 (norma subjetiva=1.39; percepción de control=1.07; actitud=1.35).

Se realizó un análisis de regresión tomando a la intención conductual como variable dependiente y las variables actitud, norma subjetiva y percepción de control comportamental como variables predictoras, tal y como lo describe el modelo de la TAP.

Los resultados muestran una proporción de varianza explicada de 58.5% de la intención conductual ($F=35.75$; $gl=3$; $p=.000$). El predictor de mayor peso es la actitud ($B=1.00$), seguido por la norma subjetiva ($B=.29$). La percepción de control comportamental no aparece como predictor de la intención (Tabla 33).

Tabla 33
Análisis predictivo de las variables de la TAP sobre la intención en T3

Modelo	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente tipificado			IC 95% para B	
	B	Error Tip	Beta	t	p	Límite inferior	Límite superior
Constante	-23.59	12.18		-1.93	.057	-47.89	.70
Norma Subjetiva	.291	.12	.20	2.28	.025	.03	.54
Actitud	1.00	.13	.65	7.53	.000	.73	1.26
Percepción de control	-.025	.070	-.02	-.358	.721	-.16	.11

Nota. T3= tiempo 3; IC=intervalo de confianza

3.6. Evolución de las variables de la Teoría de la Acción Planeada en T1, T2 y T3.

Realizamos de nuevo un ANOVA de medidas repetidas, en este caso introduciendo en el factor tiempo las medidas T1, T2 y T3. Los efectos principales del factor TAP y del factor tiempo resultaron significativos. El análisis de comparaciones múltiples mostró que en el T3, los valores de las variables de la TAP fueron similares a los valores obtenidos en el T1, lo cual indica que el incremento que observaron las variables en el T2 se redujo en el T3 (Tabla 34; Figura 25). Concretamente, existen diferencias en la intención de Consejo Comportamental de Salud (Lambda de Wilks=.855; F=6.042; gl=2; p=.004). La mayor diferencia estuvo entre T2 y T3 (Diferencia=5.01; IC= 1.38-8.64; t=97.42; p=.007; gl=144). La actitud mostró diferencias (Lambda de Wilks=.874; F=5.11; gl=2; p=.008), la mayor diferencia fue entre T2 y T3 (Diferencia= 4.67; IC= 1.70-7.65; t=107.14; p=.000; gl=144;). Para la norma

subjetiva, no hubo diferencias (Lambda de Wilks=.954; $F=1.69$; $gl=2$; $p=.191$).

La percepción de control comportamental, tampoco mostró diferencias a lo largo de T1, T2 y T3 (Lambda de Wilks=.965; $F=1.27$; $gl=2$; $p=.285$) (Tabla 34).

Tabla 34

Evolución de la intención y sus determinantes entre T1, T2 y T3

				^a F	^a p
TAP				51.921	.000
Tiempo				5.204	.008
TAP x Tiempo				1.063	.377
	T1	T2	T3	b	b
	Media(dt)	Media(dt)	Media(dt)		
Intención conductual	91.34 (14.81)	94.84 (11.89)	89.82 (19.57)	6.042	.004
Norma subjetiva	88.09 (13.82)	89.21 (13.01)	86.83 (13.84)	1.693	.191
Percepción de control	73.55 (19.22)	72.17 (19.63)	69.61 (21.25)	1.277	.285
Actitud	91.93 (11.26)	94.15 (8.72)	89.48 (12.87)	5.119	.008

Nota. T1= tiempo 1; T2=tiempo 2; T3=tiempo 3; TAP= variables de la Teoría de la Acción Planeada; ^a ANOVA; Índice Epsilon= Huynh-Feldt; * $p < .05$, Efecto Principal e Interacción; dt= desviación típica;) ^bAnálisis de contraste multivariado de efectos simples. Ajuste de Bonferroni $fd= 2, 71$; $N = 73$

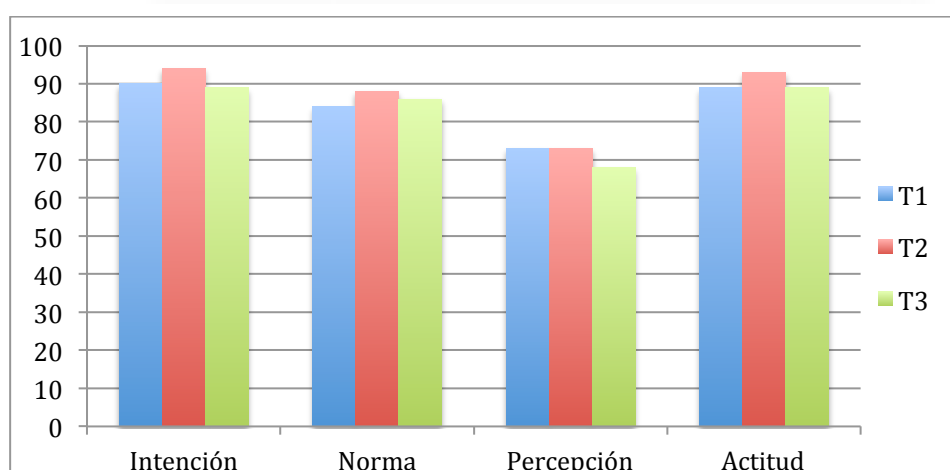


Figura 25. Distribución de frecuencias de las variables de la TAP en T1, T2 y T3

4. Análisis de efectos de la manipulación de la percepción de control.

4.1. Descripción de la intención conductual de dar Consejo Comportamental de salud y la manipulación de la percepción de control.

Se analizaron las medias respecto a la intención conductual para ofrecer Consejo Comportamental de Salud en las cuatro condiciones de manipulación de percepción de control. Se observa que la situación Yo-baja carga (médico=estudiante - 100 pacientes en 8 días) obtuvo la media más alta, respecto al resto de las condiciones. La condición con la media más baja correspondió a la situación Otros-alta carga (médico=otros - 100 pacientes en 4 días) (Tabla 35).

Tabla 35

Descriptivos de la intención conductual de dar Consejo Comportamental de Salud en las condiciones de manipulación de la percepción de control

<i>Condición de Control</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>dt</i>
1. Yo- baja carga	149	89.92	16.35
2. Yo- alta carga	149	83.48	19.81
3. Otros- baja carga	149	78.34	23.05
4. Otros- alta carga	149	63.68	25.64
N	149		

Nota. n= número de sujetos; dt= desviación típica.

Se llevó a cabo un ANOVA de medidas repetidas el cual indicó que existen diferencias de intención de dar Consejo Comportamental de Salud entre los diferentes niveles de manipulación de la percepción de control ($F=95.97$; $gl=2.19$; $p=.000$). El análisis de comparaciones por pares, confirma las diferencias comentadas arriba entre todos los niveles del factor: la mayor

diferencia estuvo entre Yo-baja carga y Otros-alta carga (Diferencia=26.17; $p=.000$; IC 95%= 22.29-30.06)

Se realizó un ANOVA de un factor entre las condiciones de manipulación de la percepción de control y el sexo, los resultados indicaron que no existen diferencias entre las variables de manipulación de la percepción de control entre hombres y mujeres (Tabla 36).

Tabla 36

Diferencias de medias de la manipulación de la percepción de control según sexo

		Media(dt)	F	IC 95%		gl	p
				Inf	Sup		
Yo-baja carga	Mujer	89.09(17.35)	1.36	85.90	92.28	1	.245
	Hombre	92.85(12.00)		88.59	97.11		
Yo-alta carga	Mujer	83.00(20.39)	.310	79.25	86.75	1	.578
	Hombre	85.18(17.79)		78.87	91.49		
Otros-baja carga	Mujer	77.19(23.75)	1.29	72.82	81.56	1	.257
	Hombre	82.36(20.22)		75.19	89.53		
Otros-alta carga	Mujer	62.27(26.14)	1.55	57.44	67.10	1	.214
	Hombre	68.58(23.50)		60.24	76.91		

Nota. Dt= desviación típica; IC= intervalo de confianza

Se llevó a cabo un ANOVA de un factor comparando las condiciones de manipulación de la percepción de control y la ocupación de los padres, los resultados muestran diferencias solo en la situación de Yo-alta carga ($F=6.59$; $gl= 1$; $p=.011$). En este sentido, los sujetos con alguno de los padres con una ocupación sanitaria presentaron una media inferior ($m=75.79$) a los que tenían padres con otras ocupaciones ($M=86.30$) (Tabla 37).

Tabla 37

Diferencias de medias de condiciones de manipulación de la percepción de control y ocupación de los padres

		<i>Media(dt)</i>	<i>F</i>	<i>IC 95%</i>		<i>gl</i>	<i>p</i>
				<i>Inf</i>	<i>Sup</i>		
Yo-baja carga	OS	85.83(18.12)	2.26	78.93	92.72	1	.135
	OOC	91.09(16.26)		87.94	94.23		
Yo-alta carga	OS	75.79(23.34)	6.59	66.91	84.67	1	.011
	OOC	86.30(18.32)		82.75	89.84		
Otros- baja carga	OS	74.41(22.78)	1.40	65.75	83.08	1	.238
	OOC	80.02(22.49)		75.67	84.37		
Otros-alta carga	OS	56.93(24.53)	3.14	47.60	66.26	1	.078
	OOC	66.16(24.84)		61.33	71.00		

Nota. OS= ocupación sanitaria; OOC= otra ocupación; dt= desviación típica; IC= intervalo de confianza

4.2. Análisis de la evolución de las condiciones de manipulación de la percepción de control.

Se realizó un ANOVA de medidas repetidas tomando en cuenta el efecto del Tiempo (T1 y T2) sobre la manipulación de la percepción de control. Observándose que la intención de dar Consejo Comportamental de Salud se incrementó del T1 al T2 en las condiciones de Yo-alta/baja carga y Otros-alta carga. La condición Otros-baja carga no mostró diferencias ($F=32.56$; $p=.000$) (Tabla 38).

Hemos realizado un ANOVA de medidas repetidas con tres factores intra-sujeto: manipulación de la percepción de control Yo-Otro, alta-baja carga y Tiempo (T1-T2). Encontramos efectos principales significativos de los tres factores. En este sentido, las puntuaciones en intención conductual fueron más altas en condición de baja carga, cuando se trata del “Yo” y en el T2 (Tabla 39).

Tabla 38

Comparación de las condiciones de manipulación de la percepción de control entre T1 y T2

Yo-Otros	carga	T1 Media(dt)	T2 Media(dt)	F	p
Yo	baja	90.02(16.30)	95.05(10.42)	10.025	.002
	alta	83.60(19.78)	90.72(13.48)	19.255	.000
Otros	baja	77.97(23.29)	89.99(15.42)	32.56	.006
	alta	63.53(26.04)	79.66(19.22)	50.78	.000

Nota. T1= tiempo 1; T2= tiempo 2; dt= desviación típica; N=142.

Tabla 39

Evolución de la manipulación de la percepción de control entre T1 y T2

				^a F	p
	carga			114.667	.000
	Yo-Otro			149.256	.000
	Tiempo			42.401	.000
	Yo_Otro x carga			54.799	.000
	Tiempo x Yo-Otro			25.527	.000
	Tiempo x carga			4.650	.033
	Tiempo x carga x Yo-Otro			1.782	.184
Yo-Otro	carga	T1 Media(dt)	T2 Media(dt)		
Yo	alta carga	83.60 (19.78)	90.72 (13,48)	19.255	.000
	baja carga	90.02 (16,30)	95.05 (10,42)	10.025	.002
Otro	alta carga	63.53 (26,04)	79.66 (19,22)	50.784	.000
	baja carga	77.97 (23,29)	89.99 (15,42)	32.561	.006

Nota. T1= tiempo 1; T2= tiempo 2; dt= desviación típica; ^a ANOVA MEDIDAS REPETIDAS estadísticos usados para comparar T1-T2. N= 144; Índice Epsilon= Huynh-Feldt; *p< .05. Efecto principal e interacción; ^b Comparación múltiple; Ajuste Bonferroni. fd= 1, 142.

Se encontraron efectos de interacción significativos entre los tres factores. En el caso de Yo-Otro x carga, la intención a dar Consejo Comportamental de Salud fue significativamente superior en la condición Yo-baja carga y también en Otro-baja carga; pero la diferencia entre alta y baja carga fue mayor cuando los estudiantes consideraron al médico como "Otro" ($F_{\text{otro}}=129.49$; $p=.000$) en comparación a cuando eran ellos los médicos "Yo" ($F_{\text{yo}}=45.14$; $p=.000$) (Figura 26).

En cuanto a la interacción entre Yo-Otro y Tiempo, la intención aumentó en T2 en ambas condiciones; pero se observa que el cambio entre T1 y T2 fue más pronunciado cuando los alumnos identificaron al médico como "Otro" ($F_{\text{otro}}=50.68$; $p=.001$; $F_{\text{yo}}=17.30$; $p=.000$) (Figura 26).

Finalmente, la interacción entre carga y Tiempo indicó que la intención aumentó en T2 en ambas condiciones de carga ($F_{\text{Alta}}=45.75$; $p=.000$; $F_{\text{Baja}}=25.35$; $p=.000$). Sin embargo el cambio entre T1 y T2 fue mayor en la situación de alta carga ($p=.001$) (Figura 26). El sexo no produjo efectos de interacción significativos.

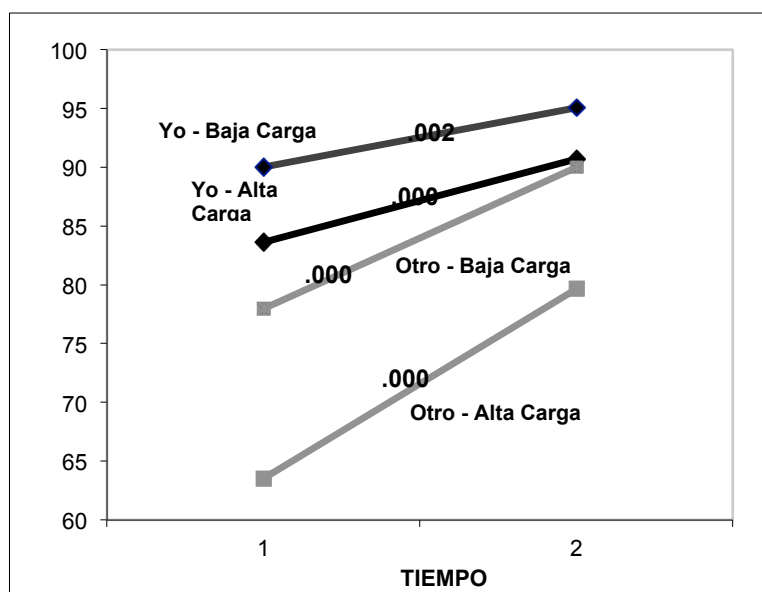


Figura 26. Evolución de la manipulación de la percepción de control entre T1 y T2

A continuación, los resultados muestran efectos de interacción similares a los que se han mencionado con anterioridad aplicados a la evolución entre T1 T2 y T3 (Tabla 40; Figura 27).

Tabla 40

Evolución de la manipulación de la percepción de control en T1, T2 y T3

					^a F	p
carga					56.111	.000
Yo – Otro					83.645	.000
Tiempo					8.840	.000
Yo – Otro x carga					32.032	.000
Tiempo x Yo – Otro					9.811	.000
Tiempo x carga					3.109	.048
Tiempo x carga x Yo – Otro					.618	.540
Yo-Otro	carga	T1 ^b Media(dt)	T2 ^b Media(dt)	T3 ^b Media(dt)		
Yo	alta carga	86.01 (19.80)	90.55 (14.15)	79.74 (22.61)	7.304	.001
	baja carga	91.52 (17.48)	93.44 (12.90)	88.49 (17.39)	2.455	.093
Otro	alta carga	65.12 (26.59)	80.67 (20.81)	64.03 (30.00)	14.111	.000
	baja carga	78.16 (24.56)	88.99 (17.89)	78.71 (23.52)	7.961	.001

Nota. T1=tiempo 1; T2=tiempo 2; T3=tiempo 3; dt=desviación típica; ^a ANOVA medidas repetidas estadísticos usados para comparar T1-T2. N= 75; Índice Epsilon= Huynh-Feldt; *p< .05, Efecto principal e interacción. ^b Comparación múltiple. Ajuste Bonferroni. Fd= 1, 71.

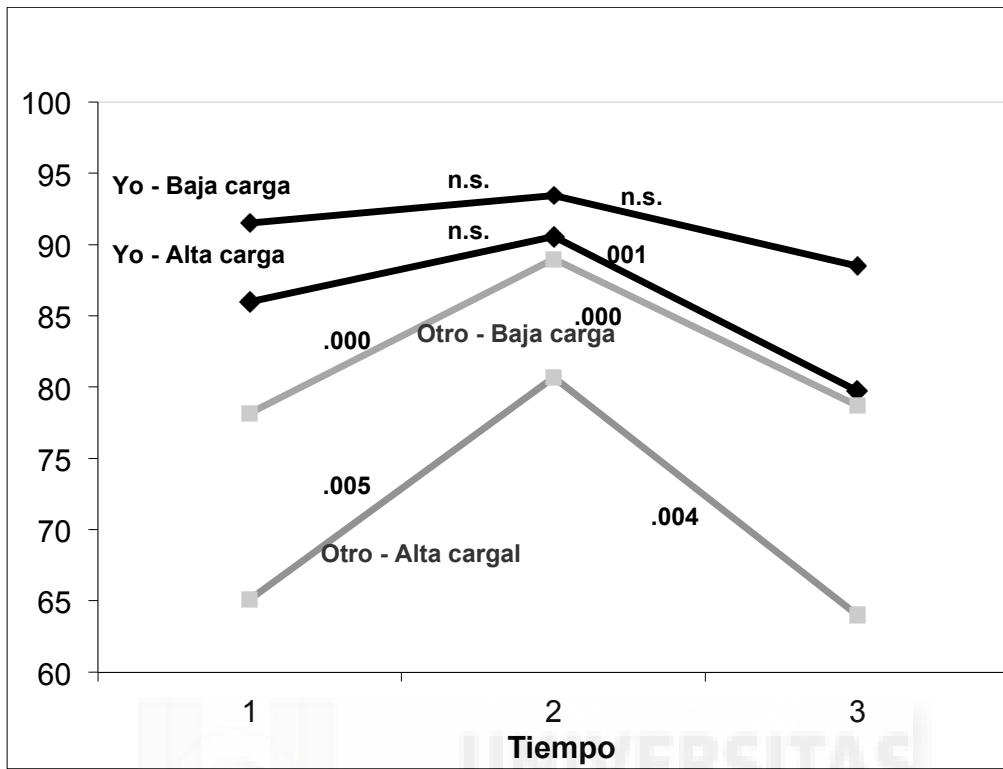


Figura 27. Evolución de la manipulación de control en T1, T2 y T3

IV. DISCUSIÓN

Los comportamientos saludables son esenciales para mejorar los resultados de salud. Cuando la atención sanitaria se desarrolla en un ambiente centrado en el paciente, se facilitan los cambios de comportamiento, el cumplimiento terapéutico, se fomenta el papel activo del paciente y se incrementa su percepción control en salud (Arora et al., 2002; Epstein, Alper y Quill, 2004) con los consiguientes efectos positivos sobre los resultados de salud. Una estrategia aplicable por el médico, que ha mostrado tener efectividad aumentando la percepción de control en los pacientes, es ofrecer Consejo Comportamental de salud (Mundt, Francés, Roebuck, Manwell y Barry, 2005; Flocke et al., 2009). Tomando en cuenta la literatura revisada y considerando la importancia que tiene la formación académica en el futuro desarrollo de un rol profesional, integrado por la adquisición tanto de comportamientos como de conocimientos, este trabajo ha planteado como objetivo general, analizar la conducta de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes, en estudiantes de primer ciclo de Medicina. Además de las razones expuestas en los apartados correspondientes, es obvio que una buena práctica de la profesión médica, tal y como se entiende hoy en día, incluye la consideración del papel activo del paciente en el cuidado de la salud y, por tanto, la ejecución consecuente de comportamientos por parte del médico, como son los consejos comportamentales de salud. Para lograr los objetivos de este trabajo, se obtuvieron medidas en tres momentos (T1, T2, T3) a través de la aplicación de cuestionarios, además de la evaluación de la conducta, utilizando la entrevista simulada. La estrategia de la entrevista simulada en el ámbito médico, tiene un grado de preferencia como método de entrenamiento en habilidades de

comunicación por que consiste en la ejecución de un tiene ventajas como es practicar comportamientos comunicacionales en una situación de bajo riesgo (simulación), facilita al profesorado el diseño sistemático de situaciones adaptadas a las necesidades de formación del estudiante de medicina y dado que no hay una exposición directa a un paciente real, la información médica pasa a un segundo plano, centrando la atención de la experiencia en los comportamientos de comunicación. Los hallazgos científicos indican que esta estrategia es capaz de generar cambios comportamentales estables en el tiempo relativos a la interacción médico-paciente (McManus, Vicent, Thom y Kidd, 1993).

Se tuvo en cuenta el paso de los estudiantes por el programa formativo de la asignatura “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”.

Con el propósito de dar claridad a la exposición, la discusión de los resultados se llevará a cabo considerando el orden de los objetivos específicos de la investigación.

Respecto de nuestro **primer objetivo**, estudiar la conducta de dar consejos de comportamientos de salud en estudiantes de medicina, hemos trabajado en el contexto de la docencia práctica. Como hemos comentado, los estudiantes realizaron una entrevista simulada que fue codificada para conocer la cantidad y tipo de consejos comportamentales saludables que realmente realizaron. Este análisis supuso la puesta a punto previa del instrumento a través de cual, mediante observación, evaluamos la conducta de interés. Así, como parte de los resultados de este estudio, y relacionado con el objetivo que nos ocupa, estudiamos la fiabilidad interjueces del mencionado instrumento, basado en el propuesto por Rotter y Hall (2002). Fue necesario realizar este trabajo porque

no disponíamos de instrumentos de evaluación de la interacción médico-paciente mediante observación, validados en nuestro país. Los resultados obtenidos con el coeficiente de correlación intraclass, mostraron un grado de acuerdo o bueno y excelente para ambos grupos analizados (CCI del G1= .71; CCI del G2= .87) (Landis y Koch, 1977). En este sentido, la codificación realizada a partir de las grabaciones de las entrevistas simuladas de los estudiantes de medicina fue fiable, permitiendo el uso de los datos obtenidos.

Del análisis de la conducta de los/las estudiantes en esas entrevistas simuladas, de aproximadamente 8-10 minutos de duración, se identificaron un total de 1882 consejos comportamentales de salud. Aunque no disponemos de datos normativos, ni de otros estudios con los que poder comparar ese número de consejos, ese número sugiere el uso por parte de los participantes en el estudio de una estrategia potencialmente dirigida a incrementar la percepción de control del paciente. Decimos potencialmente, porque para que esto se produzca, debe hacerse en un contexto centrado en el paciente (Ashenden et al., 1997; Flocke et al., 2009). Sin embargo, al valorar de forma pormenorizada el tipo de interacciones, se observó que los estudiantes de medicina preferentemente ofrecieron Consejo Comportamental de Salud Médico Terapéutico (N=1753; 93.14%) relacionadas principalmente con contenidos médicos de la enfermedad, en contraste con los Consejos Comportamentales de salud Estilo de Vida/Psicosocial (N=129; 6.85%). Esta diferencia es cuantitativa y cualitativamente evidente, sugiriendo que los estudiantes de medicina dieron Consejos Comportamentales de Salud en un contexto de relación diferente al centrado en el paciente.

El modelo centrado en el paciente considera relevante tanto los aspectos

médicos de la enfermedad como también la exploración de las ideas, miedos y expectativas de los pacientes sobre su enfermedad, y permite el intercambio de información, provocando que el paciente se sienta más informado e involucrado en el proceso médico (Quill, 1983; Roter y Hall, 1993). Asumir el modelo centrado en el paciente implica que el médico debe desarrollar una comprensión del paciente en un sentido más amplio (por ejemplo debe conocer su experiencia subjetiva con la enfermedad, percepciones, valores, circunstancias sociales y psicológicas del paciente) (Askham y Chisholm, 2006). Además, en la actualidad resulta ser el modelo más eficaz en el contexto de los problemas de salud crónicos (Coulter y Ellins, 2006; Mead y Bower, 2000), lo cual resulta lógico si pensamos en las exigencias de autocuidado, relacionadas con cambios de estilo de vida, que plantea este contexto. Nuestros estudiantes se “enfrentaron” a la comunicación del diagnóstico de diabetes y de su tratamiento a un paciente simulado, como problema crónico, y en un contexto de Atención Primaria de salud. Contexto donde cada vez más frecuentemente se aboga por este tipo de relación profesional (Eide et al, 2004; Quaschnig, Komer, Wirtz, 2013; Pieterse, van Dulmen, Beemer, Bensing y Ausems, 2007).

Las razones que consideramos explican que nuestros participantes ofrezcan Consejo Comportamental de salud destacando aspectos médicos de la enfermedad y no tanto los de carácter psicosocial, se centran principalmente en el propio proceso de socialización profesional de los/las estudiantes (Ambrozy et al., 1997; Paukert y Richards, 2000; Reuler y Nardone, 1994; Wear, 1997). La socialización profesional es un proceso a través del cual los estudiantes desarrollan habilidades, conocimiento y actitudes hacia la práctica de la medicina (Bloombaum, 1984). Durante la carrera de medicina, tanto los

profesores, agentes de socialización del rol profesional, como los contenidos curriculares tienden a centrarse más en los aspectos estrictamente médicos de la enfermedad (Reuler y Nardone, 1994) y no en otros como los psicosociales, y esto se refleja en la diferencia obtenida por la muestra entre las categorías de consejo. Por otro lado, al encontrarse en sus primeros años de carrera, los participantes en el estudio, no han contado con oportunidades de aprendizaje a través del contacto directo con pacientes, ni con suficientes modelos profesionales, limitando la posibilidad de valorar la utilidad de considerar aspectos psicosociales dentro de la entrevista médica.

Tradicionalmente cuando se estudian las características de comunicación de una muestra de médicos, se obtiene como resultado que las médicas tienden a ser más empáticas, dar más oportunidad de hablar al paciente y ofrecer más consejos en comparación a sus colegas hombres (Roter, Hall y Yutaka, 2002). Sin embargo, en este estudio no sucede así, ya que al analizar el número de Consejos Comportamentales de Salud según el sexo, no hay diferencias en el número ofrecido por hombres y mujeres durante la entrevista simulada. Una posible explicación a este resultado también está vinculada con el proceso de socialización y formación profesional, ya que diferencias de sexo respecto a quienes exhiben más habilidades de comunicación en un encuentro médico-paciente, tienden a observarse en muestras ya profesionales y no en estudiantes en formación (Consorti et al., 2012).

Nuestro **segundo objetivo** fue determinar el modelo predictivo de la Intención y de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, considerando las variables y relaciones incluidas en la Teoría de la Acción Planeada. Los estudiantes de medicina mostraron una intención conductual, actitud y norma

subjetiva para dar Consejos Comportamentales de Salud a más de 80 pacientes por cada 100 (intención conductual= 90.08; actitud=89.71; norma subjetiva=84.86 respectivamente) pero cuando se trató de la percepción de control, solo se vieron capaces de dar Consejo Comportamental de salud a un promedio de 73.29 pacientes. Al analizar los resultados según sexo, observamos que los hombres tendieron a mostrar una mayor intención conductual e igualmente una mayor percepción de control para dar Consejo Comportamental de salud en comparación a las mujeres en el T1. Otro aspecto que llama la atención es el hecho de que los estudiantes cuyos padres ejercían una profesión relacionada a la salud, mostraron medias inferiores de percepción de control respecto al resto.

Fadlon et al (2004) comentan que al estudiar las habilidades de comunicación en estudiantes de medicina es frecuente encontrar que estos se consideran capacitados o muy capacitados para comunicarse con los pacientes. Esto tiende a ocurrir especialmente al inicio de la carrera y en ausencia de una interacción real con pacientes (Fadlon et al., 2004) como ocurre en el presente estudio. Sin embargo, en nuestro trabajo se añaden matices a las afirmaciones de Fadlon et al (2004) puesto que al comparar hombres y mujeres, se aprecia una diferencia en estas últimas ya que mostraron niveles más bajos de percepción de control que los varones. Este resultado puede indicar que nuestras estudiantes realizaron una valoración más realista sobre su capacitación para llevar a cabo el Consejo Comportamental de salud (Fadlon et al.,2004). Respecto al hecho de que estudiantes con padres con una profesión sanitaria presentaran niveles más bajos de percepción de control comparados con los estudiantes con padres con otras ocupaciones, se pudo deber a que padres con ocupaciones sanitarias pudieron

influir a través de sus experiencias (comentarios sobre su jornada laboral, etc) en la percepción de control de sus hijos e hijas que estudian medicina. Las creencias de control de un sujeto pueden estar influenciadas por experiencias pasadas pero también por informaciones que provienen de personas conocidas y que influyen en la percepción de la facilidad o dificultad para realizar una conducta (Ajzen, 1991).

En relación con la predicción de la intención de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, los resultados indicaron que un 27.2% de la varianza de intención fue explicada por la actitud y la norma subjetiva, siendo la primera el predictor de mayor peso, lo cual está en el rango de explicación mostrado por los constructos de la teoría sobre la intención en los diferentes meta-análisis (Ajzen, 1991). En este sentido, la intención de nuestros estudiantes se asoció fundamentalmente a sus valoraciones positivas sobre la ejecución de la conducta en cuestión y, en segundo lugar, a su percepción de la presión social normativa para ejecutar esa conducta.. En contra de lo esperado, la percepción de control comportamental no fue un predictor significativo de la intención de dar Consejo Comportamental de salud. Este resultado es contrario a lo esperado porque asumíamos que, al menos en este tiempo de medida, la conducta no estaba bajo control voluntario al carecer de habilidades para ejercerla. Sin embargo, la relativamente alta percepción de control de nuestros estudiantes, arriba comentada, podría ser la responsable de este resultado.

Respecto a la norma subjetiva, la relación con la intención ha obtenido resultados inconsistentes mostrando en algunos estudios ausencia de relación predictiva con la misma (Ajzen, 1991).

Que la actitud y la norma subjetiva sean predictores significativos en nuestro

estudio, y que, como esperábamos, la actitud sea el predictor de mayor peso en la intención de dar Consejo Comportamental de salud, va en la línea de otras investigaciones que hacen referencia a la actitud positiva por parte de los profesionales sanitarios hacia comportamientos que promueven conductas de salud en pacientes (Benbasat et al., 1996; Foster et al., 2002; Meakin y Lloyd, 1996). En relación con la percepción de control, cabe recordar que, en esta teoría, cuando la persona valora que tiene capacidad y puede superar obstáculos conducentes a la conducta meta (percepción de control) la probabilidad de que la intención prediga la conducta aumenta (Ajzen, 1991). Siguiendo este argumento, resulta lógico esperar que la percepción de control, en los términos mencionados, resulte también en un buen predictor de la intención conductual. Sin embargo, cuando esta condición no se cumple o la persona no posee un conocimiento realista sobre cómo es la conducta a realizar, tal y como de hecho ocurre en este estudio, entonces la percepción de control podría ser un pobre predictor (Ajzen, 1991). En nuestro estudio los resultados obtenidos cumplen parcialmente con lo expresado en la **hipótesis 1**, en el sentido de que solo dos, actitud y norma subjetiva, de los tres predictores esperados de la intención conductual han resultado serlo.

Respecto a la predicción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, la grabación de una entrevista simulada sirvió para obtener una medida objetiva del comportamiento. La intención de dar Consejo Comportamental de salud se evaluó 6 meses antes, previo al desarrollo de la docencia. Esperábamos que la intención, junto con la percepción de control, fuera un predictor significativo de la conducta. Sin embargo los resultados que obtuvimos no reflejaron lo esperado. Ninguno de los dos constructos contribuyó

significativamente a la predicción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud seis meses después. Por tanto, nuestros resultados no han permitido confirmar la **hipótesis 2**, referida a la capacidad y modelo predictivo de la intención y la percepción de control sobre la conducta efectivamente realizada por los estudiantes. Desde nuestro punto de vista, este resultado no puede atribuirse a errores en el instrumento de evaluación de la conducta, dada su adecuada fiabilidad interjueces. Sin embargo, las diferencias entre los contenidos de las evaluaciones de la medida de auto-informe del cuestionario basado en la TAP y de la observación conductual, sí puede ser parte de una explicación plausible. En este sentido, en el caso de la evaluación de la intención y de la percepción de control, se preguntaba por la valoración del número de pacientes, sobre un total de 100, al que el estudiante estaría dispuesto a, o se sentiría capaz de, dar Consejo Comportamental de salud. Sin embargo, en la valoración de su conducta mediante la entrevista simulada, la variable registrada no fue el número de pacientes, sino el número de conductas que ejecutaba el estudiante en un período máximo de 10 minutos. Además, como resulta evidente, los dos contextos de evaluación también fueron diferentes: en el primer caso, en grupo y en el aula habitual; mientras que en el segundo desarrollaron individualmente una interacción directa con otra persona, en un ambiente sanitario simulado, durante 10 minutos en los cuales debía cumplir con ciertos objetivos (dar un diagnóstico y explicar el tratamiento). Estas diferencias, además del tiempo transcurrido entre la evaluación de la intención y la de la conducta, podrían haber afectado a la relación entre las variables, tal y como afirma la teoría (Ajzen, 1991). La situación de valoración de la conducta debe coincidir con la situación valorada a través del cuestionario, si esto no se

cumple, disminuye la probabilidad de relación entre los constructos de la TAP y la conducta, además de que lo mismo ocurre cuanto más tiempo pasa desde la medición de la intención hasta la ejecución real de la conducta a predecir, estando descrito que las asociaciones más fuertes se producen en períodos inferiores a tres meses (Ajzen, 1991).

Además de estudiar la conducta de dar Consejo Comportamental de salud y analizar sus predictores, nos propusimos *determinar la evolución de la intención de dar Consejo Comportamental de salud y sus determinantes a medio y largo plazo (objetivo 3)*. Los resultados mostraron un cambio entre T1 y T2 , aumentando las puntuaciones en todos los constructos predictivos (actitud, norma subjetiva e intención conductual hacia dar Consejo Comportamental de salud) salvo en el caso de la percepción de control, que disminuyó. Probablemente estos cambios se deban a que en el periodo transcurrido los estudiantes cursaron la asignatura “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad”. Esta asignatura, además de ofrecer contenidos dentro del marco conceptual del enfoque centrado en el paciente, en su parte práctica hace énfasis en las habilidades de comunicación entre médico y paciente, así como en la relevancia del Consejo Comportamental de salud. Pensamos que el contenido de la misma influyó en que los estudiantes modificaran sus cogniciones en un sentido positivo hacia dar Consejo Comportamental de salud concretándose en el aumento de actitud, norma subjetiva e intención (Poirer, 2004). Nuestros resultados contrastan con otros estudios en los cuales plantean haber encontrado que estudiantes de medicina mostraron valores menores en actitud después de haber cursado estudios sobre comunicación interpersonal, tanto al inicio de la carrera (Rees y Sheard, 2003; Woloschuk et al., 2004) como también al recibir

este tipo de formación en años más avanzados (Fadlon et al., 2004; Foster et al., 2002; Tsimtsiou et al, 2007).

Al estudiar la influencia del género, observamos que, en el periodo que nos ocupa (T1 – T2) las mujeres incrementaron las medidas de las variables de la TAP más que los hombres y estos cambios fueron significativos. En el caso de la percepción de control, las mujeres mantuvieron niveles similares de la variable, mientras los hombres disminuyeron sin llegar a ser significativo. Estos resultados no son coincidentes con los obtenidos por otros autores en estos primeros años de formación académica (Consorti et al., 2012). Al analizar la percepción de control, los hombres en el T1 presentaron valores superiores a los de las mujeres, es decir percibieron que podían dar Consejo Comportamental de salud con facilidad o subestimaron las dificultades para llevar a cabo la conducta. Sin embargo en el T2, los hombres disminuyeron los valores de percepción de control, llegando a ser muy similares a los de las mujeres. En nuestro estudio, tanto la asignatura como la exposición conductual (entrevista simulada) parece que tuvieron un efecto en los hombres que hizo disminuir una competencia percibida probablemente sobreestimada. En el caso de las mujeres, el efecto mostró que ellas mantuvieron una percepción de control conductual más realista acerca de dar Consejo Comportamental de salud y la conservaron estable en el tiempo. Otro factor que consideramos pudo haber afectado es el hecho de que esta parte de la asignatura fue impartida por profesoras, lo cual pudo haber ejercido un efecto, como modelos de rol, sobre las estudiantes.

En este trabajo también analizamos la evolución de la variable ocupación de los padres sobre las variables de la TAP. Recordamos que en el T1, los estudiantes con padres que tenían una ocupación sanitaria obtuvieron valores

inferiores en percepción de control respecto al grupo cuyos padres no tenían una ocupación de salud. En el T2, esta diferencia desapareció, pudiendo deberse también este efecto a haber cursado la asignatura mencionada, además de realizar la entrevista simulada. Probablemente la experiencia directa del sujeto con la ejecución de la conducta, influyó en la percepción de control que posee sobre la misma, tal y como propone Ajzen (1991). De hecho, la experiencia directa es una de las fuentes más relevantes en la configuración de la percepción de control, afirmándose desde la teoría que las creencias adquiridas mediante esta fuente son las más estables y difíciles de cambiar (Ajzen 1991).

También examinamos los resultados tomando en cuenta la evolución de las variables de la TAP hasta el T3. Los resultados de la predicción de la intención a lo largo de los tiempos T1, T2 y T3 mostró que hubo un aumento progresivo de la varianza explicada de la intención de dar Consejo Comportamental de salud, incrementándose de 27.2% (T1) a 37.1% (T2) y finalmente 58.5% (T3). Esto es indicativo de una consolidación y consistencia del modelo formado por las variables actitud y norma subjetiva, excluyendo en cada momento, a la percepción de control. Resulta importante esta estabilidad en el modelo porque nos permitirá diseñar actuaciones formativas utilizando los predictores identificados. La variable sexo no se consideró para el análisis en T3 por la baja representatividad de hombres (n=11) respecto a las mujeres (n=63).

El análisis de los valores de las variables de la TAP, indicó una disminución significativa de la actitud y la intención de dar Consejo Comportamental de salud en el T3, llegando a promedios similares a los mostrados por los estudiantes en el T1. Es decir, el incremento observado entre T1 y T2 en actitud, norma subjetiva e intención, desaparece en el T3 y se mantienen sin cambio la norma

subjetiva y percepción de control. Estos resultados confirman nuestra **hipótesis 3.1**, respecto de la evolución esperada en los constructos de la teoría. Además, son coincidentes con lo de otros autores que han mostrado la disminución de la actitud positiva a dar consejos en años avanzados de la carrera (Foster et al., 2002). Una explicación viene dada por la falta de una formación académica continuada en aspectos relacionadas a las habilidades de comunicación y relación médico-paciente a lo largo de la carrera, lo cual desfavorece el mantenimiento de los conocimientos y prácticas adquiridas en años iniciales (Guldal, Ozcakar, Yeniceri, Dontlu, y Ulusel, 2005; Windish, Price, y Thomas, 2005).

Finalmente, el **objetivo 4**, se centró en explorar la intención de dar Consejo Comportamental de salud en diferentes situaciones relacionadas con el control personal e identificar su efecto en la relación con la conducta.

Como esperábamos, la intención conductual de dar Consejo Comportamental de salud, estuvo condicionada por factores relacionados con el control real sobre la conducta de dar consejo. Tal y como se ha expuesto en el apartado correspondiente, se plantearon diferentes condiciones que exploraban desde una situación de alto control (el estudiante es el protagonista de la conducta y tiene tiempo para realizarla: Yo-baja carga) hasta otra de bajo control (otro médico es el protagonista de la conducta y hay menos tiempo para realizarla: Otro-alta carga) por parte de los estudiantes, pasando por dos situaciones intermedias. En primer lugar, en el T1 encontramos valores mayores de intención conductual en la situación de Yo-baja carga. Al analizar las distintas situaciones de manipulación del control, encontramos que entre todas existían diferencias en la intención de dar Consejo Comportamental de salud y que estas eran

significativas, observándose la mayor diferencia entre las situaciones Yo-baja carga y Otros-alta carga. Al tomar en cuenta el sexo y la ocupación de los padres, se halló un resultado relevante en ésta última, los estudiantes de medicina cuyos padres poseían una ocupación sanitaria en la situación Yo-alta carga, mostraron una media inferior de intención para dar Consejo Comportamental de salud en comparación con el resto del grupo. Estos resultados, permiten afirmar la comprobación de la hipótesis 4.1, respecto de la mayor intención de dar Consejo Comportamental de salud en la situación de alto control potencial (YO-baja carga), siendo significativa esa diferencia al menos respecto de la situación de menor control potencial (OTRO-alta carga).

Como esperábamos encontrar, en el T1, los estudiantes mostraron una mayor intención de dar Consejo Comportamental de Salud a más pacientes cuando eran ellos los protagonistas de la situación y tenían una menor carga laboral. La sobre carga laboral (situación en la que se disponía de menos días para atender al mismo número de pacientes), de forma coherente con lo esperado, parece ser un factor externo o barrera que reduce el control percibido para dar Consejo Comportamental de salud (Huby et la., 2002; Johnston, 2006).

En segundo lugar, resulta interesante que nuestros estudiantes consideraran que la carga laboral afectaba más a otros médicos que a ellos mismos en el número de pacientes a los que darían Consejo Comportamental de Salud en la condición de disponer de menos tiempo para hacerlo. La acción de un posible sesgo “Yo-Otro” permitiría percibir un mayor control personal cuando son ellos quienes llevan a cabo el consejo frente a cuando describen lo que otros serían capaces de hacer (Johnston, 2006). Esto podría generar un optimismo poco realista y por ende aumentar la percepción de control para dar Consejo

Comportamental de salud (y una percepción más positiva de ellos mismos) comparado con la manera en que valoran el control otros (Watson, 1982). Otra posibilidad es que este resultado esté mostrando una actitud real implícita hacia dar Consejo Comportamental de salud, menos positiva que su alta intención o actitud positiva explícitas.

Al considerar la evolución T1-T2 de esta misma manipulación del control, encontramos que los estudiantes de medicina incrementaron su intención de dar Consejo Comportamental de salud en todas las situaciones excepto en la de Otros-baja carga. Un análisis más detallado de la intención, tomando en cuenta las cuatro situaciones, indicó que en el T2, la situación Yo-baja carga mostró las puntuaciones más elevadas de intención para dar Consejo Comportamental de salud. La diferencia de intención existente entre la situación de alta y baja carga fue mayor cuando los estudiantes opinaban sobre otros médicos que cuando eran ellos los médicos y lo anterior fue más pronunciado inmediatamente después del paso por las prácticas de la asignatura (T2). De forma coherente con las diferentes teorías sobre el control, al ser ellos los médicos, la intención de dar Consejo Comportamental de salud tiende a ser más estable en el tiempo que cuando son otros los que realizan la conducta, en cuyo caso, la diferencia es mayor.

En este estudio, que los estudiantes asistieran a la asignatura y llevaran a cabo la entrevista simulada, parece haber influido positivamente en el incremento de la intención conductual, especialmente en la condición de baja carga. Pero, además, el hecho de que también se produjese este aumento en la condición de alta carga, posiblemente esté indicando el efecto positivo de tener la oportunidad de realizar la conducta en el contexto mencionado. Esta

posibilidad, les permitió tener una valoración más realista de su propia ejecución y esto pudo reducir el efecto de la percepción de barreras externas como la sobre carga laboral, eliminando, incluso el efecto de modelos externos como el de los padres con una ocupación sanitaria.



V. CONCLUSIONES

1. Los estudiantes de 2º curso de Medicina, objeto de este estudio, se “enfrentaron” a la comunicación del diagnóstico y de las pautas de tratamiento de una enfermedad crónica, la diabetes, a un paciente en una situación de consulta simulada de Atención Primaria. En este contexto, los estudiantes de ofrecieron Consejo Comportamental de salud al paciente, principalmente sobre aspectos relacionados a la condición médica y régimen terapéutico en detrimento de otros aspectos relevantes para una enfermedad como lo son los aspectos psicosociales, problemas emocionales, familia, actividad de la vida diaria, trabajo entre otras. No encontramos diferencias según variables estudiadas, como el sexo o la ocupación de los padres.

2. Los estudiantes de medicina mostraron una alta actitud e intención conductual para dar Consejos Comportamentales de Salud a sus futuros pacientes y una moderada percepción de control. La percepción de control fue mayor en hombres y en estudiantes cuyos padres no ejercían profesiones sanitarias. Este resultado subraya la posible influencia del modelado social por la exposición a las experiencias de la actividad laboral de los padres.

3. La actitud y norma subjetiva fueron explicaron un 27% de la varianza de la intención de dar Consejo Comportamental de salud, excluyendo a la percepción de control. Es posible que la falta de conocimiento realista sobre cómo es la conducta a realizar, explique que la percepción de control quede fuera de la predicción de la intención.

4. El modelo inicial de predicción de la intención se mantuvo estable en los diferentes momentos de medida, aumentando, además, su capacidad predictiva hasta llegar a un 59%% de la varianza explicada de la intención de dar Consejo

Comportamental de salud. Este resultado resulta relevante puesto que en el último momento de medida los estudiantes ya habían tenido experiencias clínicas reales en prácticas hospitalarias. Potenciar la enseñanza y experiencia de consecuencias positivas asociadas a la conducta (actitud) junto con el efecto vicario y persuasor de los modelos docentes médicos, potenciará la intención de dar Consejo Comportamental de salud.

5. Respecto a la predicción de la conducta de dar Consejo Comportamental de salud, la grabación de una entrevista simulada sirvió para obtener una medida objetiva del comportamiento. En contra de lo esperado, ni la intención conductual ni la percepción de control fueron predictores significativos de esta conducta. La falta de concordancia entre la situación hipotética planteada para evaluar la intención y la situación planteada para evaluar la conducta pueden explicar esta falta de predicción. Esta falta de equivalencia entre ambas constituye una limitación de nuestro estudio y debe ser corregida en futuros trabajos.

6. La exposición a la asignatura “Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad” y a la realización de la conducta en la situación de consulta simulada aumentaron la intención, la actitud y la norma subjetiva de los estudiantes de medicina en sentido positivo hacia dar Consejo Comportamental de salud. Este efecto fue mayor en las mujeres que en los hombres.

7. La exposición a la asignatura y a la realización de la conducta disminuyó la percepción de control en los hombres, se mantuvo sin cambios en las mujeres y la diferencia de percepción de control observada según la profesión sanitaria o no de los padres desapareció. Con estos resultados se confirma la importancia de

la experiencia en la configuración de la percepción de control, que tuvo el efecto de corregir una competencia percibida sobreestimada por parte de los hombres, mantener la percepción más realista de las mujeres y diluir el efecto de los modelos sociales.

8. Los estudiantes disminuyeron los valores de intención, actitud y norma subjetiva en años más avanzados de la carrera, alcanzando niveles similares a los del inicio de su formación académica. La falta de continuidad en la formación de los estudiantes sobre aspectos relacionados con la comunicación médico-paciente puede ser una de las razones que expliquen esa disminución.

9. La manipulación de la percepción de control afectó a la intención de dar Consejo Comportamental.

En primer lugar, los estudiantes mostraron una intención más alta de dar Consejo Comportamental de Salud a más pacientes en la situación de alto control potencial, es decir, cuando eran ellos los protagonistas de la situación y cuando tenían una menor carga laboral (YO-baja carga); y mostraron la intención más baja en la situación de bajo control potencial, es decir, cuando otros son los protagonistas y con alta carga labora.

En segundo lugar, la sobrecarga laboral (configurada como disponer de menos días para atender al mismo número de pacientes), aparece como una barrera externa que reduce el control percibido para dar Consejo Comportamental de salud.

En tercer lugar, nuestros estudiantes consideraran que ellos darían más Consejo Comportamental que otros médicos incluso en la condición de sobrecarga laboral. Este resultado puede reflejar un posible sesgo “Yo-Otro”; pero también una actitud real implícita hacia dar Consejo Comportamental de salud, menos

positiva que su alta intención o actitud positiva explícitas.

Finalmente, los resultados anteriores se confirman y acentúan después de la exposición a la asignatura y a la realización de la conducta, especialmente en cuanto al efecto Yo-Otro, tanto en situación de alta como de baja carga laboral. Así, los estudiantes de medicina incrementaron su intención de dar Consejo Comportamental de salud en todas las situaciones excepto en la de Otros-baja carga.



BIBLIOGRAFIA

- Addel-Tawab, N., & Roter, D. (2002). The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Social Science and Medicine*, 54(9), 1357-1368.
- AMA. (1847). *Code of Medical Ethics of the American Medical Association*. Originally adopted at the adjured meeting of the national medical convention. Philadelphia.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. Heilderberg: Springer.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *ORGANIZATIONAL BEHAVIOR AND HUMAN DECISION PROCESSES*, 50, 179-1211.
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behavior: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9), 1113-1127.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice Hall.
- Altisent, R., Córdoba, R., Delgado, M., Pico, M., Meleus, E., y Aranguren, F. (1997). Estudio multicentrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria (EMPA). *Medicina Clínica (Barcelona)*, 109, 121-124.
- Ambrozy, D., Irby, D., Bowen, J., Burack, J., Carline, J., & Stritter, F. (1997). Role models perception of themselves and their influence on student's specialty choices. *Academic Medicine*, 72(11), 1119-1121.
- Andreu, J., Fontcuberta, J., y Castillejos, J. (2000). ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud? *Atención Primaria*, 25(4).
- Anvik, T., Grimstad, H., Baerheim, A., Fasmer, O., Gude, T., & Hjortdhal, P. (2008). Medical students' cognitive and affective attitudes towards learning and using communication skills-a nationwide cross-sectional study. *Med Teach*, 30, 272-279.
- Armitage, C., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Arora, N., & McHorney, C. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical Care*, 38(3), 335-341.
- Ashenden, R., Silagy, C., & Weller, D. (1997). A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Family Practice*, 14(2), 160-175.
- Askham, J., & Chisholm, A. (2006). Patient-Centred Medical Professionalism: Towards an agenda for research and action. *T. Piker. Institute*. London: The Healyh Foundation.

- Aujoulat, J., & Luminet, O. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qual Health Res*, 17(6), 772-785.
- Bales, R. (1999). Social interaction systems: Theory and measurement. *Human Organization*, 7, 16-30.
- Ballesteros, J., Ariño, J., Pinto, A., y Querejeta, I. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit*, 17(2), 116-122.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- Bebeau, M., & Born, D. (1993). The development of a professional role orientation inventory. *Journal of the American College of Dentists*, 60(2), 27-33.
- Beich, A., Gannaik, D., & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: a qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*, 325, 870-874.
- Bellas, P., Asch, S., & Wilkes, M. (2000). What students bring to medical school: Attitudes toward health promotion and prevention. *Am J Prev Med*, 18(3), 242-248.
- Benbasat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med*, 24(2), 81-88.
- Bensing, J., & Sluijs, E. (1985). Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc Sci Med*, 20(7), 737-744.
- Bensing, J., Verheul, W., Jansen, J., & Langewitz, W. (2010). Looking for trouble: the added value of sequence analysis in finding evidence for the role of physicians in patients' disclosure of cues and concerns. *Med Care*, 48(7), 583-588.
- Bertakis, K., & Azari, R. (2007). Patient gender and physician practice style. *J Womens Health*, 16(6), 859-868.
- Bhargava, G. (1985). Professional identification: a study of female students at a medical college in India. *Social Science Medicine*, 20(11), 1169-1175.
- Bien, T., Miller, W., & Tonigan, J. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Blanch, D., & Hall, J. (2009). Is it good to express uncertainty to a patient? Correlates and consequences for medical students in a standardized patient visit. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 300-306.
- Bloombaum, M. (1984). *Role Taking* (Vol. 3): J.W. a S Inc.
- Bonetti, D., Eccles, M., Johnston, M., Steen, N., Grimshaw, J., Baker, R., . . . Pitts, N. (2005). Implementation of evidence-based practice: Experimental simulation of complex intervention trials. *Social Science and Medicine*, 60, 2135-2147.
- Bonetti, D., Johnston, M., Clarkson, J., Grimshaw, J., Pitts, N., Eccles, M., . . . Walker, A. (2010). Applying psychological theories to evidence-based clinical practice: identifying factors predictive of placing preventive fissure Sealants. *Implementation Science*, 5(25).
- Bonetti, D., Pitts, N., Eccles, M., Grimshaw, J., Johnston, M., Steen, N., . . . Walker, A. (2006). Applying psychological theory to evidence-based

- clinical practice: Identifying factors predictive of taking intra-oral radiographs. *Soc Sci Med*, 63(7), 1889-1899.
- Bridges, J., & Brehm, J. (1981). *Psychological reactance: A theory of Freedom and Control*: Academic Press.
- Brody, D., Miller, C., Leman, C., Smith, D., Lazaro, C., & Blum, M. (1989). The relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical Care*, 27(11), 1027-1035.
- Bull, F., Kreuter, M., & Scarff, D. al, e. (1999). Effects of tailored, personalized and general health messages on physical activity. *Patient Education and Counseling.*, 36, 181-192.
- Bunce, D., & Birdi, K. (1998). The theory of reasoned action and theory of planned behaviour as a function of job control. *British Journal of health Psychology.*, 3, 265-275.
- Carrion, F., y Furest, F. (1995). "¿Se realiza intervención mínima en tabaquismo en nuestro país? *Arch Bronconeumol*, 31(1), 24-29.
- Castel, O., Karkabi, S., & al., e. (2005). A review of the evidence based smoking cessation interventions delivered by the family physician. *Harefua*, 144(10), 724-728.
- Castellanos, M., Nebot, M., Rovira, M., Paya, A., Muñoz, M., y Carreras, R. (2002). Impacto del consejo médico para dejar de fumar durante la gestación. *Atención Primaria*, 30(9), 556-560.
- Castro, J., y Izquierdo, S. (1994). Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de Psicología*, 10(2), 127-133.
- Cecil, D., y Killeen, I. (1997). Control, compliance, and satisfaction in the family practice encounter. *Fam Med*, 29(9), 653-657.
- Cegala, D., Marinelli, T., & Post, D. (2000). The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*, 9(1), 57-64.
- Centeno, A., y Capilla, P. (2001). El médico de atención primaria en la prevención y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 32, 233-240.
- Chin, J. (2002). Doctor patient relationship: from medical paternalism ti enhanced autonomy. *Singapore Med J*, 43(3), 152-155.
- Clifford, C. (1996). Role: a concept explored in nursing education. *Journal of Advance Nursing*, 23, 1135-1114.
- Cohen, S., Evans, G., Stokols, D., & Krantz, D. (1986). *Behavior, health and enviromental stress*. New York: Plenum Press.
- Coleman, T. (2004). ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *British Journal of Social Psychology.*, 328, 397-399.
- Coleman, T., & Murphy, E. (2000). Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *British Journal of Social Psychology.*, 50, 207-210.
- Coleman, T., & Wilson, A. (1999). Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. *British Journal of Social Psychology.*, 49, 557-559.
- Conner, M., & Sparks, P. (2005). *Theory of Planned Behaviour Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.

- Cooper, A., Roter, D., Carson, K., Bone, R., Larson, S., Miller, E., . . . Levine, D. (2011). A randomized trial to improve patient-centered care and hypertension control in underserved primary care patients. *J Gen Intern Med*, 26(11), 1297-1304.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). Patient-focused interventions. A review of the evidence *T. Piker. Institute*. London: The Healyh Foundation.
- Courneya, K., Plotnikoff, R., Hotz, S., & Birkett, N. (2001). Predicting exercise stage transitions over two consecutive six month periods: A test of the theory of planned behavior in a population-based sample. *Health Psychology*, 6, 135-150.
- Cummings, R., Rubin, S., & Oster, G. (1989). The cost effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*, 261, 75-79.
- de Ridder, D., Theunissen, N., & van Dulmen, S. (2007). Does training general practitioners to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole? *Patient Education and Counseling*, 66(3), 327-336.
- Deakin, T., Cade, J., Williams, R., & Greenwood, D. (2006). Structured patient education: the Diabetes X-Per Programme makes a difference. *Diabetic Medicine*, 23(9), 944-954.
- Diéz, J., Peña, C., García, E., y Gaite, L. (2002). Intervención breve en Canabria en problemas relacionados con el alcohol. *Adicciones*, 14, 13-24.
- Diéz, J., Yague, R., Jordana, J., García, A., Cervera, R., y Cebria, R. (1997). Percepción del consejo médico: ¿en todos los casos y a todos los pacientes por igual?
- Dowdell, E., Posner, M., & Hutchinson, M. (2011). Cigarette Smoking and Alcohol Use among Adolescents and Young Adults with Asthma. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-7.
- Du Toit, D. (1995). A sociological análisis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advance Nursing*, 21, 164-171.
- Duffy, D., Geoffrey, H., Gordon, M., Gerald, W., Cole, K., & Frankel, R. (2004). Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Johnston, M., Steen, N., Pitts, N., Thomas, R., . . . Walker, A. (2007). Applying psychological theories to evidence-based clinical practice: Identifying factors predictive of managing upper respiratory tract infections without antibiotics. *Implementation Science*, 2(26).
- Eide, H., Frankel, R., Haaversen, B., Vaupel, A., Graugaard, P., & Finset, A. (2004). Listening for feelings: identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 291-297.
- Ellington, L., Baty, B., McDonald, J., Venne, V., Roter, D., Dudley, W., & Croyle, R. (2006). Exploring Genetic Counseling Communication Patterns: The Role of Teaching and Counseling Approaches. *J Genet Couns*, 15(3), 179-189.
- Elliot, M., & Thomson, J. (2010). The social cognitive determinants of offending drivers' speeding behaviour. *Accid Anal Prev*, 42(6), 1595-1605.
- Escolies, E. (1998). *Educación Sanitaria*. 5(7), 440-463.

- Fadlon, J., Pessach, I., & Toker, A. (2004). Teaching medical students what they think they already know. *Educ Health, 17*(1), 35-41.
- Fassaert, T., van Dulmen, S., Schellevis, F., & Bensing, J. (2007). Active listening in medical consultations: Development of the Active listening observation scale (ALOS-global). *Patient Education and Counseling, 68*(3), 258-264.
- Fernández, M., Bermejo, C., Alonso, M., Herreros, B., Nieto, M., y Novoa, A. (1997). Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Atención Primaria, 19*, 127-132.
- Finset, A., Graugaard, P., & Holgersen, K. (2006). Salivary cortisol response after a medical interview: the impact of physician communication behaviour, depressed affect and alexithymia. *Patient Education and Counseling, 60*(2), 115-124.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behaviour. The reason action approach*. New York: Taylor & Francis.
- Fleming, M., Mundt, M., French, M., Manwell, L., Stauffacher, E., & Barry, K. (2000). Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care, 38*, 7-18.
- Flocke, S., Kelly, R., & Highland, J. (2009). Initiation of health behaviour discussions during primary care outpatient visits. *Patient Education and Counseling, 75*, 214-219.
- Ford, S., Fallowfield, L., & Lewis, S. (1995). Doctor Patient interactions in oncology. *Soc. Sci. Med., 42*(11), 1511-1519.
- Foster, K., Diehl, N., Shaw, D., Rogers, R., Egan, B., Carek, P., & Tomsic, J. (2002). Medical students' readiness to provide lifestyle counseling for overweight patients. *Eating Behaviors, 3*, 1-13.
- García, G., Ruiz, M., Calvo, A., Pérez, C., Sanchez, M., París, J., y Cuesta, T. (2002). Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro en la historia clínica con lo referido por el usuario. *Arch Bronconeumol, 38*(7), 317-321.
- García, J., Moral, R., Torres, L., Sánchez, L., Cerezo, N., y Iglesia, J. (2003). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria, 31*(3), 146-155.
- García, M., Ferrero, M., Fernández, J., Ruiz, C., Martín, M., y Mezquita, M. (2001). Deshabitación tabáquica en una consulta de atención primaria: eficacia del consejo médico, la intervención mínima y la terapia sustitutiva con nicotina al año de seguimiento. *Atención Primaria, 27*(9), 629-636.
- Gilbert, D., Fiske, S., & Lindsey, G. (1998). *The handbook of social psychology*. New York: McGraw Hill.
- Glanz, K., Rimer, B., & Viswanath, K. (1971). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley and Sons.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The Theory of planned behavior: a review of its applications to health related behaviors. *American Journal of Health Promotion, 11*(2), 87-98.
- Graugaard, P., Eide, H., & Finset, A. (2003). Interaction analysis of physician-patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. *Patient Education and Counseling, 49*(2), 149-156.

- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Annals of Internal Medicine.*, 102(4), 520-508.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Yano, E., & Frank, H. (1988). Patients participation in medical care: Effects of blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*, 3(5), 448-457.
- Guldal, D., Ozcahar, N., Yeniceri, N., Dontlu, C., & Ulusel, B. (2005). Comparison of clinical skills of 3rd-year students who completed structured clinical skills program with 6th-year students who acquired clinical skills in unsystematic way. *Teach Learn Med*, 17(1), 21-26.
- Haidet, P., Dains, J., Paterniti, D., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. (2002). Medical student attitude toward the doctor-patient relationship. *Med Edu*, 36, 568-574.
- Hall, J., & Roter, D. (1988). Physicians' knowledge and self-reported compliance promotion as predictors of performance with simulated lung disease patients. *Evaluations and the Health Professions*, 11(2), 306-317.
- Hampson, S., McKay, G., & Glasgow, R. (1996). Patient physician interactions in diabetes management consistencies and variations in the structure and content of two consultations. *Patient Education and Counseling.*, 29, 49-58.
- Hannah, A., Millichamp, J., & Kathryn, M. (2004). A communication skills course for undergraduate dental students. *J Dent Educ*, 68(9), 970-977.
- Harris, K., Caspersen, C., De Friese, G., & Estes, E. (1989). Physical activity counseling for healthy adults as primary preventive intervention in the clinical setting: report for the US Preventive Task Force. *JAMA*, 261, 3590-3598.
- Hart, J., Johnston, M., Pastor, M., Lopez Roig, S., Sanchez, S., & Dixton, D. (2006). Health behaviour advice in medical students: a cross-cultural comparison. *Psychology and Health*. *Psychology and Health*, 21(1), 64.
- Harting, J., van Assema, P., van der Molen, H., Ambergen, T., & de Vries, N. (2004). Quality assessment of health counseling: performance of health advisors in cardiovascular prevention. *Patient Education and Counseling.*, 80(1), 71-75.
- Health, D. O. (2000). *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. UK: Department of Health.
- Helitzer, D., Lanoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B., Warner, T., & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling.*, 82(1), 21-29.
- Holmboe, E., Hawkins, R., & Hout, S. (2004). Effects of training in directobservation of medical residents' clinical competence: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine.*, 140(11), 874-881.
- Hoppe, R., Farquhar, L., Henry, R., & Stoffelmayr, B. (1990). Residents attitudes towards and skills in counseling: using undetected standardized patients. *Journal of General Internal Medicine*.
- Howe, A. (2001). Patient centered medicine through student centered teaching: A student perspective on the key impacts of community based learning in undergraduate medical education. *Medical Education*, 37(7), 666-672.
- Hunt, R., & Gross, M. (2009). Prediction of exercise in patients across various stages of bariatric surgery: A comparison of the merits of the theory of

- reasoned action versus the theory of planned behavior. *Behaviour Modification*, 33, 795-817.
- Ibáñez, M., Trullén, A., Jiménez, C., Labarca, I., Arribas, V., y Martínez, E. (2001). Prescripción facultativa o consejo médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. *Archivos de Bronconeumología*, 37, 241-246.
- Inui, T., Carter, W., Kukull, W., & Haigh, V. (1982). Outcome-based doctor patient interaction analysis: Comparison of techniques. *Medical Care*, 20(6), 535-549.
- James, D., Nastasic, S., Horne, R., & Davies, G. (2001). The design and evaluation of a simulated-patient teaching programme to develop the consultation skills of undergraduate pharmacy students. *Pharm World Sci*, 23(6), 212-216.
- Jimenez, E., Xie, Y., Goldstein, K., & Chalas, E. (2011). Promoting knowledge of cancer prevention and screening in an underserved Hispanic women population: a culturally sensitive education program. *Health Promot Pract*, 12(5), 689-696.
- Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2004). Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *European Journal of Public Health*, 15(6), 615-620.
- Kaplan, S., Greenfield, S., & Gandek, B. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 124, 497-504.
- Keshavars, Z., Simbar, M., & Ramezankhani, A. (2011). Factors for performing breast and cervix cancer screening by Iranian female workers: a qualitative-model study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(6), 1517-1522.
- Kim, Y., Putjuk, F., Basuki, E., & Kols, A. (2003). Increasing patient participation in reproductive health consultations: an evaluation of "Smart Patient" coaching in Indonesia. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 113-122.
- Kok, G. (1996). The Theory of planned behavior. A review of its applications to health related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-99.
- Kor, K., & Mullan, B. (2011). Sleep hygiene behaviours: An application of the theory of planned behaviour and the investigation of perceived autonomy support, past behaviour and response inhibition. *Psychology and Health*, 26(9), 1208-1224.
- Kreuter, M., & Wray, R. (2003). Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. *American Journal of Health Behaviour*, 27(3), 227-232.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *Journal of the American Medical Association*, 275, 152-156.
- Lamiani, G., Meyer, E., Browning, D., Brodsky, D., & Todres, I. (2009). Analysis of enacted difficult conversations in neonatal intensive care. *Journal of Perinatology*, 4, 310-316.
- Landis, J., & Koch, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Langer, E. (1983). *The Psychology of Control*. Beverly Hills: Sage.

- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S., & Wossmar, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*, *325*, 682-683.
- Levenkron, J., Greenland, P., & Bowley, N. (1990). Teaching risk-factor counseling skills: a comparison of two instructional methods. *American Journal of Preventive Medicine*, *6*(2), 29-34.
- Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J., Dull, V., & Frankel, R. (1997). Physician Patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, *277*(7), 553-559.
- Llambrich, J. (1993). El consejo médico a los consumidores excesivos de alcohol. *Atención Primaria*, *12*, 166-172.
- Loh, K., & Sivalingam, N. (2008). Enhancing Doctor-Patient Relationship: The Humanistic Approach. *Med J Malasia*, *63*(1), 85-88.
- Lorig, K., Mazonson, P., & Holman, H. (1993). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*, *36*(4), 439-446.
- Lourerio, M., & Nayga, R.. (2006). Obesity, weight loss, and physician's advice. *Soc Sci Med*, *65*(2458-2468).
- Lutfey, K. (2005). On practices of good doctoring: reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence. *Sociol Health*, *27*(4), 421-447.
- May, C., Allison, G., Cahpple, A., Chew_Graham, C., Dixon, L., Graham, R., Rogers, A., Roland. (2004). Framing the doctor-patient relationship in chronic illness: a comparative study of general practitioners accounts. *Sociology of Health and Illness*, *26*(2), 135-158.
- McManus, IC., Vicent, CA., Thom, S., Kidd, J. (1993). Teaching communications skills to clinical students. *BMJ* ., *306*, 1322-27
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling.*, *48*(1), 51-61.
- Meakin, R., & Lloyd, M. (1996). Disease prevention and health promotion: a study of medical students and teachers. *Med Edu*, *30*(2), 97-104.
- Mugraff, V., McDermont, M., & Walsh, J. (2001). Exploring attitude and belief correlates of adhering to the new guidelines for low-risk single-occasion drinking: an application of the theory of planned behaviour. *J Alcohol and Alcoholism*, *36*(2), 135-140.
- Mullen, P., Simons, D., Ramirez, G., Frankowski, R., Green, L., & Mains, D. (1997). A meta-analisis of trials evaluating patient education and counseling for tree groups of preventive health behaviors. *Patient Education and Counseling.*, *32*, 157-173.
- Mundt, M., French, M., Roebuck, M., Manwell, L., & Barry, K. (1997). Brief physician advice for problem drinking among older adults: an economic analysis of costs and benefits. *Patient Education and Counseling.*, *32*, 157-140.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion glossary. *Health Promotion International*, *13*(4), 349-364.
- Ong, J., Visser, M., Van Zuuren, F., Rietbroek, R., Lammes, F., & De Haes, J. (1987). Cancer patient coping styles and doctor patient communication. *Journal of Psycho Onchology*, *8*, 155-166.

- OMC. (2011). *Código de Deontología Médica*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.
- Orth, J., Stiles, W., Scherwitz, L., Hennrikus, D., y Valbona, C. (1987). Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychology, 6*(1), 29-42.
- Paukert, J., y Richards, B. (2000). How medical students and residents describe the roles and characteristics of their influential clinical teachers. *Academic Medicine, 75*(8), 843-845.
- Peters, R., & Templin, T. (2010). Theory of planned behavior, self-care motivation, and blood pressure self-care. *Res Theory Nurs Pract, 24*(3), 172-186.
- Peterson, C., & Seligman, M. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality, 55*, 237-265.
- Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta analysis. *Preventive Medicine, 28*, 503-509.
- Poirer, M., Clark, M., Certhan, J., Pruthi, S., Geda, Y., & Dale, L. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clin Proc, 79*(3), 327-331.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (2000). Application of the Theory of Planned Behaviour: Roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of health Psychology., 5*, 121-139.
- Pieterse, A., van Dulmen, A., Beemer, F., Bensing, J., Ausems, M. (2007). Cancer Genetic Counseling: Communication and Counselors Post-Visit Satisfaction, Cognitions, Anxiety and Needs Fulfillment. *Journal of Genetic Counseling., 16*(1), 85-96
- Quaschnig, K., Komer, M., Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling., 91*(2), 167-175
- Quill, T. (1983). Partnership in patient care: a contractual approach. *Annals of Internal Medicine., 98*, 228-234.
- Reuler, J., & Nardone, D. (1994). Role modeling in medical education. *West Journal of Medicine, 160*, 335-337.
- Robinson, J. (1998). Getting down to business: Talk, gaze and body orientation during openings of doctor-patient consultations. *Humman Communication Research, 25*, 97-123.
- Rodriguez, A. (1994). El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. *Atención Primaria, 7*, 896-902.
- Roter, D. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. *Health Educational Monograph, 5*(4), 281-315.
- Roter, D. (1995). The Roter method of interaction process analysis. RIAS manual. The Johns Hopkins University; Baltimore.

- Roter, D., & Hall, J. (1987). Physician's interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med*, 2(5), 325-329.
- Roter, D., & Hall, J. (1993). Doctors talking with patients, Patients talking with doctors (2ed.).
- Roter, D., Hall, J., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: A meta analytic review. *JAMA*, 288(6).
- Roter, D., Hall, J., Kern, J., Baker, L., Cole, K., & Roca, R. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*, 155(17), 1877-1884.
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46, 243-251.
- Roter, D., Larson, S., Beach, M., & Cooper, A. (2007). Interactive and evaluative correlates of dialogue sequence: A simulation study applying the RIAS to turn taking structures. *Patient Education and Counseling*, 71(1), 26-33.
- Rotter, J. (1990). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American Psychologist*, 45(4), 489-493.
- Russell, M., Willson, C., Taylor, C., & Baker, C. (1979). Effect of general practitioners advice against smoking. *BMJ*, 2(231-235).
- Salleras, L., Bertrán, J., & Prat, A. (1994). Los Métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling). *Medicina Clínica (Barcelona)*, 102(1), 19-25.
- Sarafino, E. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley and Sons.
- Schwappach, D., & Wernli, M. (2009). Am I (un)safe here? Chemotherapy patients' perspectives towards engaging in their safety. *Qual Saf Health Care*, 19(5), e9.
- Seo, H., Lee, S., & Nam, S. (2011). Factors influencing fast food consumption behaviours of middle school students in Seoul: an application of theory of planned behaviors. *Nutr Res Pract*, 5(2), 169-178.
- Shiffman, S., Sweeney, C., Pillitri, J., Sembower, M., Harkins, A., & Wadden, T. (2009). Weight management advice: what do doctors recommend for their patients? *Preventive Medicine*, 49(6), 482-486.
- Shuval, J. (1975). Proceses of role transformation in professional socialization. *Journal of Social Science and Medicine*, 9(8-9), 413-420.
- Silagy, C., & Muir, J. (1992). Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *British Medical Journal*, 305, 871-874.
- Skinner, E. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 54.
- Sondell, K., Soderfelt, B., & Palmqvist, S. (2003). Underlying dimensions of verbal communication between dentists and patients in prosthetic dentistry. *Patient Education and Counseling*, 50, 157-165.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322(7284), 444-445.
- Stiles, W. (1992). *Describing Talk: A Taxonomy of Verbal Response Modes*. Oxford: Oxford Sage Publications.

- Taylor, H. (2001). Measuring the socialization of graduate and diplomate nurses using the Corwin Role Orientation Scale. *Journal of Advance Nursing*, 33(1), 20-28.
- Thompson, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Thompson, S., & Collins, M. (1995). Applications of perceived control to cancer: An overview of Theory and Measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 11-26.
- Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Edu*, 41, 146-153.
- Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., Williams, A. (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London: Tavistock Publications.
- Tuneu, L., y Silva-Castro, M. (2008). El paciente como centro del seguimiento farmacoterapeutico. *Phram Care Esp*, 10(3), 120-130.
- Utting, M., Campbell, F., Rayner, C., Whitehouse, C., & Dornan, T. (2000). Consultation skills of medical students before and after changes in curriculum. *J Soc Med*, 93(5), 247-253.
- Valente, C., Sobal, J., Muncie, H., Levine, D., & Antlitz, A. (1986). Health Promotion: physician's beliefs, attitudes, and practices. *American Journal of Preventive Medicine*, 2, 82-88.
- Verschuren, P., & Nardone, D. (1997). Role modeling in medical education. *West Journal of Medicine*, 160(335-337).
- Wagner, P., Lentz, L., & Heslop, S. (2002). Teaching communication skills: a skills-based approach. *Academic Medicine*, 77(11), 1164.
- Walker A., & Townsend, J. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ*, 325(7363), 524-531.
- Walker, A., Grimshaw, J., & Armstrong, E. (2001). Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *British Journal of health Psychology*, 6, 347-360.
- Walker, A., & Townsend, J. (2002). Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ*, 325(7363), 524-530.
- Wallston, K. (1992). Hocus-pocus, the focus Isn't on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified or Health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199.
- Wallston, K., Strudler, B., & Develus, R. (1978). Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. *Health Education Monograph*, 6(2), 160-171.
- Wear, D. (1997). Professional development of medical students: Problems and promises. *Academic Medicine*, 72(12), 1056-1062.
- WHO. (1986). *Carta de Ottawa*. Paper presented at the Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud., Canada.
- WHO. (1988). *Recommendations on Healthy Public Policy*. Paper presented at the Second International Conference on Health Promotion, Adelaide South Australia.
- WHO. (1995). *Advocacy strategies for Health and Development: Development Communication in Action*. WHO, Geneva.

- WHO. (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud INFORME FINAL*. Paper presented at the QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCION DE LA SALUD, Mexico.
- Wilk, A., Jensen, N., & Havighurst, T. (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine, 12*, 274-283.
- Williams, E., Rondeau, K., VXiao, Q., & Francescutti, L. (2007). Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Serv Manage Res, 20*(4), 261-269.
- Wilson, A., McDonald, P., Hayes, L., & Cooney, J. (1992). Health promotion in the general practice consultations: a minute makes a difference. *BMJ, 4*(30), 227-230.
- Windish, D., Price, E., & Thomas, P. (2005). Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning. *J Gen Intern Med, 20*(2), 1108-1113.
- Woloschuk, W., Harasym, P., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Edu, 38*(5), 522-534.
- Wright, K., Bylund, C., Ware, J., Parker, P., Query, J., & Baile, W. (2006). Medical Student Attitudes Toward Communication Skills Training and Knowledge of Appropriate Provider-Patient Communication: A Comparison of First-Year and Fourth-Year Medical Students. *Medical Education, 11*, 1-10.
- Wrights, S., Wong, A., & Newill, C. (1997). The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med, 12*(1), 53-56.
- Yardley, L., Miller, S., Schlotz, W., & Little, P. (2011). Evaluation of a Web-Based Intervention to Promote Hand Hygiene: Exploratory Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res, 13*(4).
- Yeager, K., Donehoo, R., Macera, C., Croft, J., Heath, G., & Lane, M. (1996). Health Promotion practices among physicians. *American Journal of Preventive Medicine, 12*, 238-241.
- Yedida, M., Gillespie, C., Kachur, E., Schwartz, M., Ockene, J., Chepaitis, A., . . . Lipkin, M. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *JAMA, 290*(9), 1157-1165.
- Yung, H. (1996). Role conception and role discrepancy: a comparison between hospital based and degree nursing students in Hong Kong. *Journal of Advance Nursing, 23*, 184-191.

ANEXOS

Anexo 1

INSTRUCCIONES PARA EL "PACIENTE"

GUIÓN DEL PACIENTE

El papel de paciente que vas a realizar tiene las siguientes características:

- Tú eres un(a) joven de 24 años de edad.
- Primera Consulta:
- Asistes a consulta con un médico de atención primaria por que desde hace un tiempo te has sentido falta de energía, sediento, con dificultad para levantarte por las mañanas, micción (orina) frecuente y mareos. Muchas veces aunque sepas que tienes que hacer algo, te sientes falta de motivación y con dificultad para concentrarse en las actividades y eso te ha preocupado ya que te ha traído inconvenientes para cumplir con tus actividades de estudios (y/o laborales).
- El médico te pidió unos análisis de sangre, una curva de glucemia y te indicó que ibais a esperar esos resultados.
- Segunda Consulta:
- En esta consulta acudes para ver los resultados de los exámenes que te indicó el médico. Tu labor como paciente consiste en actuar como lo haría un paciente real en una consulta de atención primaria, teniendo en cuenta que al terminar tu consulta debes tener claro tu diagnóstico y el tratamiento a seguir.,
- Otros datos:
- Tu familia esta compuesta por dos hermanos mayores: una hermana de 26 estudiante universitaria y un hermano de 28 profesional empleado.
- Vives con tus padres, ambos viven y trabajan.
- Como antecedentes familiares, tu abuela materna es diabética.
- Eres fumador(a) desde hace 3 años, con un promedio de 10 a 12 cigarrillos por día. Tomas café, unas 2 a 3 tazas al día (mañana y después de la comida).

- Te gustaba ir de excursión a la montaña pero no lo haces ahora por falta de tiempo.
- Comes de todo, pocas verduras y nada de fruta



Anexo 2

Plantilla de valoración de frecuencias de Consejo Comportamental de Salud

SISTEMA DE ANALISIS DE INTERACCION DE ROTER**HOJA DE CODIFICACION**

DVD:	Pista	
Código Entrevista:	Fecha de codificación:	Codificador:
Duración	Paciente ()H ()M	
Médico ()H ()M		

CONSEJOS O DIRECTRICES COMPORTAMENTALES (médico)	Frecuencia
Condición Médica/Régimen Terapéutico (C-Med/Reg-Tera)	
Problemas Médicos	
Régimen de Medicamentos	
Proximas Citas	
Otras Pruebas	
No Fumar	
Hacer Dieta	
Hacer ejercicio Físico	
No Consumir Alcohol	
Autocuidado	
Estilo de Vida y Psicosocial (C- Ev/Ps)	
Actividades de Vida Diaria	
Familia	
Trabajo	
Promoción-Prevención	
Preocupaciones	
Problemas Emocionales	
Otros Psicosociales	

Anexo 3

HOJA DE CODIFICACION RIAS

DVD:		
PISTA:	Fecha de codificación:	Codificador:
Orden:	Médico () H () M	
Duración:	Paciente () H () M	
OBSERVACIONES		

CONSEJOS O DIRECTRICES COMPORTAMENTALES (médico) CCSMT	Frecuencia
Condición Médica/ Régimen Terapéutico	
Problemas Médicos	- aquí se incluyen consejos o pautas sobre cómo evitar complicaciones, por ej.
Régimen de Medicamentos	- aquí directrices de pautas de aplicación de insulina - también control de glucosa, que sirve para ajustar insulina ambos: sea que el paciente lo haga o que venga a que se lo hagan - consejos de aplicación de inyecciones
Próximas Citas	
Otras pruebas	Otra pruebas que le manden diferentes de lo contenido en regimen de medicamentos.
No fumar	Si es el médico que responde a preguntas sobre esto, con Si o No → no se codifica; pero si añade explicaciones o incide explícitamente en el consejo, entonces sí. (idem para resto de conductas).
Hacer dieta	
Hacer ejercicio físico	
No consumir alcohol	
Autocuidado	- resto de consejos de autocuidado no incluidos en las anteriores, como tomar glucosa, caramelos después de ejercicio, por ej. - control de tensión arterial

Estilo de Vida/Psicosocial C-Ev/Ps	
Actividades de Vida diaria	- "Vida Normal" (Aída)
Familia	- consejos relacionados con la familia para mejorar su autocuidado de la enfermedad, o su estilo de vida en general, - consejos de que le aconseje a sus familiares una revisión de azúcar
Trabajo	
Promoción - Prevención	- consejos de revisiones periódicas de otros especialistas, para controlar evolución efectos diabetes en otros órganos, por ej. Oculista - otros consejos para mejorar o mantener salud. Ej. café
Preocupaciones	- el médico da alguna indicación o consejo para que el paciente alivie o maneje lo que le preocupa - incluye que le aconseje que lo comente a la familia para llevarlo mejor, estar más tranquilo, etc.
Problemas emocionales	- el medico da alguna indicación o consejo con la intención de dar tranquilidad
Otras Psicosociales	



Anexo 4

Datos Sociodemográficos

- Edad _____
- Hombre () Mujer ()
- Tipo de escuela a la que asistió (marque con una X donde corresponda):

Pública () Privada ()
 Internado () Otra ()
 Especifique cuál: _____

- País de nacimiento _____

- Código postal de su dirección privada

--	--	--	--	--

- Religión _____

- Ocupación de:

Padre _____

Madre _____



Anexo 5

Cuestionario para evaluar cogniciones para dar CCS basado en la TAP (Hart, 2006)

Nº. Sujeto _____

Segunda Parte:

Imagine que usted es un médico de familia en un centro de salud típico. Conteste a las siguientes cuestiones en relación con lo que piensa sobre dar consejos de comportamiento saludable.

¿A CUÁNTOS DE CADA 100 PACIENTES A LOS QUE ATIENDO.....

...me gustaría dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...en opinión del público general debería dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...espero dar <i>consejos de comportamiento saludable</i>	____pacientes
... personas importantes para mí creen que debería dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... sería difícil dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...no sería deseable dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... me siento capaz de dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... pretendo dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... sería desagradable si diese <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... creen los pacientes que debería dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... me sentiría capaz de dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
no me sentiría competente si diese <i>consejos de comportamiento saludable</i> a	____pacientes
...sería beneficioso si pudiera dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...quiero dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...me resultaría difícil dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...estaría bien poder dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...no estoy seguro de poder dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes

...se debería dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...los médicos con los que trabajo creen que debería dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
... sería beneficioso dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes
...no sabría juzgar mi habilidad para dar <i>consejos de comportamiento saludable</i> ?	____pacientes



Anexo 6

Cuestionario sobre Manipulación del Control

Nº. Sujeto __

Los médicos dan consejos a sus pacientes sobre cómo cambiar su comportamiento diario con el propósito de mejorar su salud. Por ejemplo, aconsejan dejar de fumar, hacer más ejercicio, comer más fruta, etc.

En este cuestionario encontrará preguntas sobre cuándo dan los médicos este tipo de consejos, a los que nos referimos como *consejos de comportamiento saludable*. No esperamos que “sepa” las respuestas. Estamos interesados en su punto de vista en este momento de sus estudios. Pedimos disculpas si algunas de las preguntas le parecen repetitivas.

Primera Parte:

La respuesta a cada pregunta se basa en el número de pacientes de cada **100** que el médico atiende.

1. **Si un médico de familia** atiende 100 pacientes en 4 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que el médico daría consejos de comportamiento saludable?
_____ pacientes
2. **Si Usted fuera un médico de familia** que atiende 100 pacientes en 4 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes le daría Usted consejos de comportamiento saludable?
_____ pacientes
3. **Si un médico de familia** decide prolongar el tiempo de consulta y atiende 100 pacientes en 8 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que el médico daría consejos de comportamiento saludable?
_____ pacientes
4. **Si Usted fuera un médico de familia** que atiende a 100 pacientes en 8 días, ¿a cuántos de esos 100 pacientes cree Usted que daría consejos de comportamiento saludables?
_____ pacientes