



**Universidad de Jaén**

Escuela de Doctorado

## **TESIS DOCTORAL**

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Línea de Investigación en Epidemiología, Salud Pública y Gestión Sanitaria

### **“Oferta de actividades preventivas en consulta por residentes de Medicina Familiar y relación con las habilidades comunicacionales”**

**PRESENTADA POR:**

Natalia Zafra Ramírez

**DIRIGIDA POR:**

Miguel Delgado Rodríguez

Alejandro Pérez Milena

Francisco Javier Valverde Bolívar

**Jaén, 2022**

**ISBN**

# “Oferta de actividades preventivas en consulta por residentes de Medicina Familiar y relación con las habilidades comunicacionales”



“Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad, y si no podéis calmar, consolad.”  
(Augusto Murri)

**Natalia Zafra Ramírez**



UNIVERSIDAD DE JAÉN

---



D. **Miguel Delgado Rodríguez**, catedrático y coordinador del área de Medicina Preventiva y Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén,

D. **Alejandro Pérez Milena**, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y

D. **Francisco Javier Valverde Bolívar**, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Jaén y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,

CERTIFICAN:

Que D<sup>a</sup> Natalia Zafra Ramírez ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral sobre el tema: "Oferta de actividades preventivas en consulta por residentes de Medicina Familiar y relación con las habilidades comunicacionales", la cual ha finalizado con aprovechamiento, habiendo sido revisada y estando conforme con su defensa para obtener el grado de Doctor, siempre que lo considere oportuno la Universidad de Jaén.

Jaén, a 1 de junio del 2022

**Fdo. Miguel Delgado Rodríguez**

DELGADO  
RODRIGUE  
Z MIGUEL -  
25955460Y

Firmado digitalmente por  
DELGADO RODRIGUEZ MIGUEL -  
25955460Y  
Nombre de reconocimiento (DN):  
c=ES,  
serialNumber=DG135-25955460Y,  
givenName=MIGUEL,  
ou=DELGADO RODRIGUEZ,  
ou=DELGADO RODRIGUEZ  
MIGUEL - 25955460Y  
Fecha: 2022.06.01 11:26:21  
+02'00'

**Fdo. Alejandro Pérez Milena**

PEREZ  
MILENA  
ALEJANDR  
O -  
24233996T

Firmado  
digitalmente por  
PEREZ MILENA  
ALEJANDRO -  
24233996T  
Fecha:  
2022.06.01  
18:04:53 +02'00'

**Fdo. Francisco Javier Valverde Bolívar**

VALVERDE  
BOLIVAR  
FRANCISCO  
JAVIER -  
77326626M

2022.06.01  
11:50:47  
+02'00'

# AGRADECIMIENTOS

A Alejandro por hacerlo posible.

A Javier por su motivación.

A mis padres por su sacrificio.

A mi marido por su complicidad.

A Isabel por su amistad.

A mi hija por ser mi LUZ.



# ÍNDICE GENERAL

<b>Introducción</b>	1
1. Prevención y promoción de la salud	2
1.1 Concepto y tipos de prevención	2
1.2 Concepto de promoción de la salud	6
1.3 La educación sanitaria en la medicina preventiva	8
1.4 El papel del paciente: la entrevista motivacional y las fases de motivación para el cambio	10
1.5 El papel de los profesionales sanitarios: efectividad de la oferta de actividades de prevención y promoción de la salud.	13
1.6 Guías de práctica clínica de prevención y promoción de la salud	15
1.7 La formación de los médicos residentes en actividades preventivas	19
2. Comunicación asistencial	21
2.1 La entrevista clínica como proceso de comunicación humana	21
2.2 Informando y educando al paciente	24
2.3 El papel de los pacientes: la salud como un derecho fundamental	25
2.4 El papel de los profesionales: características de un buen entrevistador	28
2.5 Valoración del perfil del médico de familia como entrevistador	31
2.6 La formación de los médicos residentes en comunicación	35
2.7 La videograbación como herramienta de aprendizaje	39
3. Relación de actividades preventivas con las habilidades de comunicación	41
3.1 Prevalencia y barreras para la oferta de actividades preventivas	41
3.2 Influencia de las habilidades en comunicación clínica para la oferta de actividades preventivas	43
<b>Objetivos</b>	45
1. Objetivo general	46
2. Objetivos específicos	46
<b>Material y métodos</b>	47
1. Diseño del estudio	48
2. Periodo de estudio	48
3. Población de estudio	48
3.1 Criterios de inclusión	48
3.2 Criterios de exclusión	49
3.3 Tamaño de muestra	49
4. Variables del estudio	50
4.1 Variable dependiente	50
4.2 Variables independientes	51
5. Recogida de datos	51
6. Aspectos éticos	52
7. Análisis estadístico	53
8. Revisión bibliográfica	54

## Resultados

	55
1. Perfil del médico interno residente	56
2. Características de las consultas a demanda auditadas	57
3. Características de la oferta de actividades preventivas	65
4. Habilidades comunicativas de los médicos internos residentes	71
5. Concordancia entre las habilidades comunicativas y la oferta de actividades de prevención de la salud	81

## Discusión

	93
1. Habilidades en entrevista clínica de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	94
1.1. Importancia de las habilidades en comunicación	94
1.2. Análisis de las competencias en comunicación	95
1.3. Principales resultados de la escala CICAA-2	97
1.4. Limitaciones y posibles sesgos	101
2 Oferta de actividades preventivas y promoción de la salud en médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	102
2.1 Importancia de las actividades preventivas en la formación del MIR	102
2.2. Resultados y comparativa en la oferta de actividades preventivas	104
2.3. Limitaciones del estudio para la prevalencia de oferta de actividades preventivas	107
3 Relación entre las actividades preventivas y las habilidades en comunicación	110
4. Otros factores contextuales que influyen en la oferta de actividades preventivas	116
4.1 Influencia de las variables propias del paciente en la oferta de actividades preventivas	116
4.2 Influencia de las variables propias del médico en la oferta preventiva	119
4.3 Influencia de las variables propias del acto médico en la oferta de actividades preventivas	122
4.3.1 El tiempo de consulta	122
4.3.2 Los motivos de consulta y la presencia de acompañante	130
5. Futuras líneas de trabajo e investigación	132

## Conclusiones

## Bibliografía

## Difusión de resultados, becas de investigación y premios

	134
	137
	162
1. Artículos publicados	163
2. Comunicaciones a congresos	164
3. Becas de investigación	167
4. Premios y reconocimientos	167

<b>Anexos</b>	168
Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos	169
Anexo 2. Área específica y tipo de ofertas preventivas	170
Anexo 3. Escala CICAA-2 (Modelo Estándar)	171
Anexo 4. Consentimiento informado y hoja de información al participante	173
Anexo 5. Autorización del Comité de Ética	175
Anexo 6. Certificado de aceptación para publicación del artículo publicado “Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista” en la revista Atención Primaria.	176
Anexo 7. Certificado de aceptación para publicación del artículo publicado “Influencia del género en las habilidades de comunicación de médicos residentes de Medicina Familiar en la consulta a demanda” en la revista Medicina de Familia Andalucía.	177
Anexo 8. Certificado de aceptación para defensa como Comunicación oral “Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de consulta” en el XLII Congreso de la semFYC Sevilla 2022.	178
Anexo 9. Certificado de la beca de investigación “Isabel Fernández” (nº de expediente 129/15), de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria	179
Anexo 10. Certificado del segundo premio a trabajos científicos en la XXXI Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos y Tesis Doctoral “Dr. Bernardino Alcázar Lanagrán” del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Jaén	180
Anexo 11. Certificado del premio al mejor artículo de comunicación con aportaciones para la divulgación de la comunicación y salud 2019-2021, según el comité científico y organizador del XXXI Congreso Nacional de Comunicación y Salud.	181

# ÍNDICE DE FIGURAS

## Introducción

Figura 1. Fases de la historia natural de la enfermedad	5
Figura 2. Niveles de actuación preventiva	6
Figura 3. Fases del proceso de cambio del paciente	13
Figura 4. Clasificación de las recomendaciones de la USPSTF	18

## Material y métodos

Figura 5. Diagrama de flujo de la selección de pacientes de la muestra	50
--	----

## Resultados

Figura 6. Distribución en porcentajes de los médicos internos residentes según su edad en años	56
Figura 7. Distribución en porcentajes del número de entrevistas clínicas auditadas para cada médico interno residente	58
Figura 8. Tiempo medio de atención en consulta según la presencia o no de acompañante	59
Figura 9. Distribución en porcentajes del número de motivos de consulta en cada entrevista clínica	60
Figura 10. Principales motivos de consulta	60
Figura 11. Distribución porcentual de los principales motivos de consulta	61
Figura 12. Distribución porcentual de los motivos secundarios de consulta	61
Figura 13. Distribución en porcentajes del sexo de los acompañantes en relación con el sexo de los pacientes.	62
Figura 14. Distribución en porcentajes del número de motivos de consulta en cada entrevista clínica dependiendo de la presencia o ausencia del acompañante	63
Figura 15. Distribución porcentual del principal motivo de consulta según la presencia o ausencia de acompañante	64
Figura 16. Tipo de oferta preventiva realizada en las consultas a demanda por los médicos internos residentes	65
Figura 17. Porcentaje de tiempo dedicado a la oferta de actividades preventivas según las variables estudiadas	68
Figura 18. Principales motivos de consulta en el acto clínico a demanda y su correspondencia con las actividades preventivas ofertadas por los residentes.	69
Figura 19. Coincidencia del tipo de actividad preventiva con los motivos de consulta principales y secundarios indicados en cada consulta	70
Figura 20. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas	75



Figura 21. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del médico interno residente	77
Figura 22. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según la edad del médico interno residente	77
Figura 23. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según sea rural o urbano el centro de salud	78
Figura 24. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del paciente	78
Figura 25. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el paciente venga o no acompañado	79
Figura 26. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del acompañante	79
Figura 27. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según consulte por un proceso agudo o crónico	80
Figura 28. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de prevención	83
Figura 29. Vínculo entre la oferta preventiva de tipo primario y las habilidades comunicativas en función a la escala CICAA-2 categorizada	85
Figura 30. Vínculo entre la oferta preventiva de tipo secundario y las habilidades comunicativas en función a la escala CICAA-2 categorizada	86
Figura 31. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de cribado	89
Figura 32. Vínculo entre entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de consejo	90
Figura 33. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de inmunización y profilaxis	91

# ÍNDICE DE TABLAS

## Introducción

Tabla 1 Carta de Ottawa para la promoción de la salud	8
Tabla 2. Tipos de intervenciones educativas	10
Tabla 3. Grupos de trabajo del PAPPS	17
Tabla 4. Áreas competenciales del programa de Medicina Familiar y Comunitaria	19
Tabla 5. Funciones de la entrevista clínica	23
Tabla 6. Objetivos a conseguir en la fase exploratoria de la entrevista clínica	23
Tabla 7. Objetivos a conseguir en la fase resolutoria de la entrevista clínica	24
Tabla 8. Perfil del entrevistador basado en el modelo emotivo-racional	31
Tabla 9. Cuestionario GATHA-RES	33
Tabla 10. Objetivos generales del Programa Formativo de Medicina Familiar y Comunitaria en el área de comunicación	35
Tabla 11. Competencias de prioridad I en comunicación para médicos residentes de MFyC	36
Tabla 12. Competencias de prioridad II en comunicación para médicos residentes de MFyC	36
Tabla 13. Competencias de prioridad III en comunicación para médicos residentes de MFyC	38
Tabla 14. Métodos de aprendizaje para las competencias de comunicación aconsejados durante la residencia de MFyC	39

## Resultados

Tabla 15. Características de las consultas a demanda auditadas en función del sexo del médico interno residente	57
Tabla 16. Características de las variables de estudio en función de la oferta de actividades de prevención	66
Tabla 17. Duración media (en minutos) de la consulta a demanda donde se realiza oferta de actividades preventivas y del total del tiempo de consulta según las variables de estudio	67
Tabla 18. Puntuación media global de la escala CICAA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta	73
Tabla 19. Puntuación media de la tarea 1 de la escala CICAA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta	73
Tabla 20. Puntuación media de la tarea 2 de la escala CICAA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta	74
Tabla 21. Puntuación media de las tareas 3 y 4 de la escala CICA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta	74

Tabla 22. Puntuación media global y de cada tarea 3 y 4 de la escala CICAA-2 en función del número de motivos de consulta	75
Tabla 23. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el número de motivos de consulta	80
Tabla 24. Duración media (en minutos) de las consultas a demanda en función de las categorías en habilidades de comunicación	81
Tabla 25. Correlación entre el valor cuantitativo de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta o no de prevención	82
Tabla 26. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta de actividades de prevención de tipo primario	84
Tabla 27. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta de actividades de prevención de tipo secundario	84
Tabla 28. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta preventiva de tipo secundario (cribado)	87
Tabla 29. Relación entre la puntuación cuantitativa de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) en función de la oferta de actividades preventivas de tipo secundario (consejo)	88
Tabla 30. Relación entre la puntuación cuantitativa de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) en función de la oferta de actividades preventivas de tipo secundario (inmunización y/o quimioprofilaxis)	88
Tabla 31. Modelo tras el análisis de regresión logística para la oferta de actividades de prevención en la consulta a demanda de los MIR	92

# ABREVIATURAS Y PALABRAS CLAVE

APS-Atención primaria de salud

Art.-artículo

BOE-Boletín oficial del estado

CDC-Centers for diseases control and prevention

“CICAA-2”- Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial  
“Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Actuar”

CNE-Comisión nacional de la especialidad

CPSTF-The community preventive services Task Force

CTFPHC- Canadian Task Force on preventive health care

EASP-Escuela Andaluza de Salud Pública

EEUU-Estados Unidos

EIR-Especialista interno residente

EMBASE- Excerpta medica database

EPOC - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

EUROPREV- European for prevention and health promotion in family medicine and general practice

GHATA-Cuestionario por ejes para valorar la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial “Datos globales, Actitud/características del entrevistador, Tareas comunicacionales, Habilidades técnicas comunicacionales”

GPC-Guía de práctica clínica

IC-Intervalo de confianza

IOM-Institute of medicine

ITS-Infecciones de transmisión sexual

LOPD-Ley orgánica de protección de datos

MEDLINE- Medical literature analysis and retrieval system on line

MIR - Médico interno residente

MFyC- Medicina familiar y comunitaria

MF-Medicina de familia

OMS- Organización mundial de la salud

PAPPS- Programa de actividades preventivas y promoción de la salud

PBI-Problem based interviewing

POE- Programa oficial de la especialidad

PPS- Prevención y promoción de la salud

RD-Real decreto

SAS-Servicio andaluz de salud

semFYC-Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SPSS-Statistical package for the social sciences

TESEO-Base de datos de tesis doctorales

TCP – Teoría de la conducta planificada

USPSTF- United States Preventive Services Taskforce

VIH- Virus de la inmunodeficiencia humana

WONCA-World organization of family doctors

# **Introducción**

# Introducción

## 1. Prevención y promoción de la salud

### 1.1 Concepto y tipos de prevención

La prevención se define como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Julio et al., 2011). Estos conjuntos de medidas serían necesarias para reducir las probabilidades de las personas de enfermar, de tener alguna invalidez o de morir prematuramente.

Esta visión de la organización de la atención sanitaria supone un avance para superar los modelos biomédicos, centrados en la enfermedad que privilegian servicios curativos, por modelos basados en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud a costos asumibles para la población. El desarrollo de servicios de salud es esencial para asegurar la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de la salud y el bienestar (Van der Stuyft y De Vos, 2008). Desde la Declaración de Alma Ata (1978), el objetivo prioritario de los Servicios de Salud ha sido desarrollar y diferenciar conceptualmente la Atención Primaria de la Salud en los siguientes niveles (Julio et al., 2011):

- Niveles de atención, como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (García Salabarría, 2006). El nivel inicial es la Atención Primaria de Salud, el nivel del contacto primero de la población. Sus recursos se organizan para resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.
- Niveles de Complejidad, entendidos como el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y su organización (Piédrola, 2008). El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos de Familia y Pediatras.

- Niveles de Prevención, donde se ofertan diferentes tipos de medidas de Promoción de la Salud y de Prevención de Enfermedades.

La Atención Primaria de Salud (APS), fue definida como “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Alma-Ata, 1978).

Las actividades preventivas son uno de los componentes esenciales de la APS, pues han revelado tener un impacto favorable en la salud de la población (Martín Zurro et al., 2014; PAPPs, 2016 y 2020). Estos cuidados tempranos suponen que los profesionales de la salud tengan que llevar a cabo actividades anticipadas sobre sus pacientes, encaminadas a evitar el desarrollo precoz de determinadas enfermedades, actuando sobre sus factores de riesgo y descubriendo las que están en fase presintomática para frenar su progresión y paliar las secuelas una vez que ya han aparecido.

No obstante, es necesario tener en cuenta que la estrategia de la APS es aplicable en todos los niveles de atención, desde el equipo de salud que trabaja en el primer nivel, hasta en la gestión de servicios de alta complejidad que trabaja en el tercer nivel. En este sentido, es preciso valorar que las actividades de prevención se pueden desarrollar en todos los niveles de la atención sanitaria (Julio et al., 2011).

La enfermedad es la consecuencia de un procedimiento evolutivo en el que los factores de riesgo y agentes causantes tienen interacción con el huésped. Entre el comienzo de la exposición a los factores etiológicos y el inicio de la enfermedad hay un período de inducción/ incubación, el cual suele ser de corta duración para las patologías agudas (infecciosas) y accidentes, y de larga duración para los procesos crónicos. En la historia natural de las enfermedades suelen distinguirse tres etapas: prepatogénica, patogénica y de resultados (figura 1) (Fraga y Valles, 2019).

- La etapa prepatogénica se inicia con la exposición a los factores de riesgo y en ella juegan un papel fundamental los componentes que fomentan la susceptibilidad del huésped para padecer la dolencia. Los factores etiológicos, definidos como «cualquier exposición, condición o característica que está asociada a una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad», pueden ser no variables (edad, sexo...) o, por el contrario, ser susceptibles de modificaciones influidas por intervenciones de prevención primaria, que pueden llegar a suprimirlos o, al menos, a debilitarlos significativamente.



- En la etapa patogénica se distinguen habitualmente dos períodos o fases: presintomática (que incluye el estadio de latencia y el de incubación) y fase clínica (que abarca la fase prodrómica y la fase sintomática). En el primer período ya han comenzado los cambios anatomopatológicos promovidos por el factor etiológico y, en el segundo, estas modificaciones orgánicas ya son lo suficientemente significativas como para producir clínica en el paciente.
- La última etapa de la historia natural de las enfermedades es la de resultados, consecuencia de la progresión, interrupción o regresión de las modificaciones orgánicas producidas por los factores etiológicos (situación de enfermedad crónica, incapacidad, muerte o curación).

Los diferentes grados de intervención preventiva (figura 2) tienen estrecha concordancia con las etapas de la historia natural de las enfermedades (Julio et al., 2011; Ciurana et al., 2019):

1. Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad determinada. Su objetivo es disminuir la incidencia. Este conjunto de tareas incide en el periodo prepatogénico. Dentro de las actividades de prevención primaria se incluyen generalmente las de promoción de la salud (dirigidas a las personas) y las de protección de la salud (sobre el medio ambiente).

2. Las actividades de prevención secundaria pretenden detener la evolución de la enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase patogénica presintomática, cuando aún los síntomas y signos no son aparentes, pero existen en estado embrionario o subclínico y, por ello, nos permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión. La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad. El núcleo fundamental de las actividades de prevención secundaria lo forman los programas de cribado o screening.

3. Las actividades de prevención terciaria son aquellas que están dirigidas al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida en la fase patogénica clínica y en la fase de resultados, enlenteciendo su progresión y, con ello, la aparición o agravamiento de complicaciones e invalideces, e intentando mejorar la calidad de vida de los pacientes. Un ejemplo serían los programas de rehabilitación pulmonar en la EPOC.

En cada nivel de atención, primero, segundo y tercero, se pueden desarrollar todos los niveles de prevención. Por ejemplo, en el primer nivel se pueden desarrollar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, como por ejemplo la prevención terciaria en rehabilitación en el primer nivel de atención (Julio et al., 2011).

Otra manera de clasificar las actividades preventivas es a partir de la consideración del tipo de acción a desarrollar (USPSTF, 2015): cribado (o screening), consejo, e Inmunización y quimioprolaxis. La primera sería prevención secundaria como he descrito anteriormente y las dos últimas serían actividades de prevención primaria.

Por último, también podemos clasificar los distintos tipos de prevención (PAPPS 2016) según la edad o el sexo de las personas a la que se destine (anciano, adulto, adolescencia, infancia, mujer...), según los procesos patológicos en los que queremos hacer las actividades preventivas (infecciones, neoplasias, salud mental, cardiovascular...) o según las pruebas diagnósticas que vayamos a utilizar.

**Figura 1. Fases de la historia natural de la enfermedad**

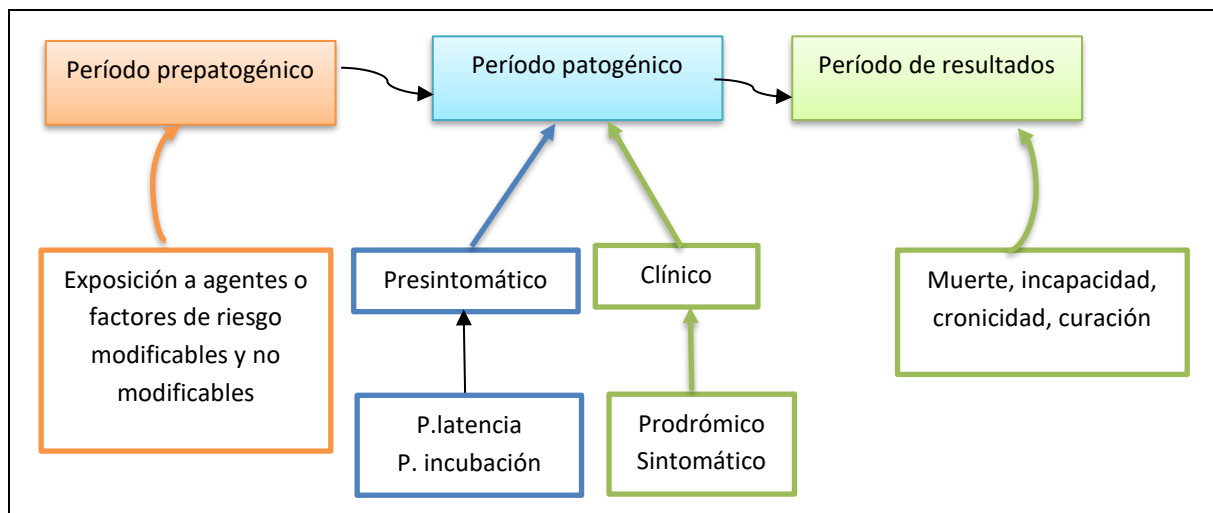
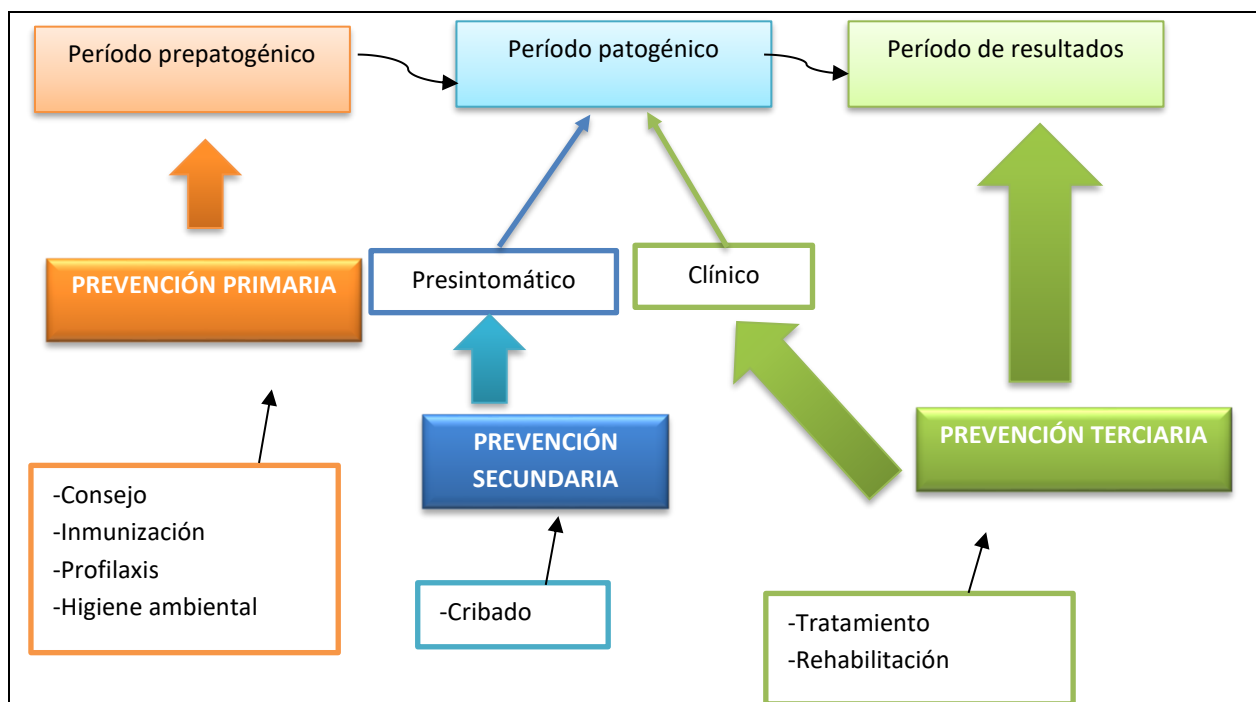


Figura 2. Niveles de actuación preventiva



## 1.2 Concepto de promoción de la salud

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa (1986), donde se la define como *“el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”*. Cualquier intervención, actitud o recomendación que haya manifestado su capacidad para favorecer la calidad de vida de los sujetos o reducir su morbimortalidad, puede ser considerada una actuación promotora de salud. Mientras que la prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo y en las poblaciones de riesgo, la promoción de la salud enfatiza los determinantes de la salud y los determinantes sociales de la salud (Julio et al., 2011). El proceso que tiene la promoción de la salud pretende lograr un desarrollo completo a lo largo de la vida de los siguientes objetivos:

- Disminuir los riesgos.
- Transformar de forma positiva las condiciones de vida
- Fomentar la toma de decisiones de la sociedad sobre su salud.
- Mejorar las condiciones de vida de una población.

La estrategia propone la creación de ambientes y entornos saludables, facilita la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables. El compromiso de la promoción de salud supone involucrar a la

comunidad en la implantación de las políticas e involucra sustancialmente a la vida cotidiana: la vida personal, familiar, laboral y comunitaria de la gente. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no (Macdonald, 2020).

La mayor rentabilidad preventiva se obtiene promoviendo la salud (USPSTF, 1996), y no podemos olvidar que muchas veces la prevención primaria, como el consejo clínico, es lo único realmente eficaz. La urgencia de las enfermedades ligadas a factores de riesgo consencuencia de formas de vida que no son saludables ha aumentado las expectativas sobre este grupo de actuaciones sanitarias (Giraldo, 2010). No obstante, muchas de las actividades de promoción de la salud realizadas en los servicios sanitarios no cuentan aún con suficiente respaldo en la evidencia científica (Peckham, 2007). Sin embargo, existen problemas de salud usuales que a priori pueden ser banales, pero que en ocasiones son los que conllevan a otras enfermedades de mayor gravedad, con deterioros no reversibles, incluso fallecimiento prematuro. Ejemplo de ello son la diabetes, la dislipemia, el alcoholismo, el tabaquismo, etc. La mayoría de estas actitudes conductuales se encuentran ligadas a diferentes problemas de salud. Por ello, impedir que se inicien estas conductas dañinas es el mejor modo de colaborar en promoción de la salud.

En esta tarea primordial, tienen mucha responsabilidad en Atención Primaria los profesionales sanitarios, ofreciendo información adecuada a las necesidades del paciente según el sexo y la edad sobre hábitos dietéticos, beneficios del ejercicio físico, los efectos del alcohol, tabaco y drogas, planificación familiar, prevención de caídas en ancianos o vacunación en niños, entre otras actividades.

El propósito de la Organización Mundial de la Salud de «salud para todos en el año 2000» (OMS, 1982) ayudó al desarrollo de nuevos planes en torno a Atención Primaria y a un concepto más globalizado de la promoción de la salud, como medidas para poder reordenar los servicios sanitarios en este sentido y una progresiva participación de la población más activa, informada y preocupada en cuidar de su propio bienestar.

La carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud (tabla 1) detalla las tareas concretas y las dimensiones de aplicación de estos nuevos planes, en los que han de tener un lugar fundamental los recursos como el impulso del

autocuidado y los grupos de ayuda recíprocos, haciendo frente a la medicalización que actualmente está en auge en los países desarrollados.

**Tabla 1 Carta de Ottawa para la promoción de la salud**

ACCIONES ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>•Defender la salud</li><li>•Dotar de recursos a las personas para conseguir su potencial de salud</li><li>• Interceder entre intereses que discrepantes que aboguen por la salud</li></ul>
ACCIONES DE APLICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>•Creación de políticas colectivas beneficiosas para la salud</li><li>•Construcción de ambientes saludables</li><li>•Desarrollo de la acción comunitaria</li><li>•Refuerzo de habilidades personales</li><li>•Reorientación de los servicios de salud</li></ul>

La evidencia de los efectos de los determinantes sociales de la salud se basa en la revisión de miles de estudios de investigación, algunos han hecho seguimiento a las poblaciones durante décadas. Esta evidencia hace que el modelo biomédico de atención pierda valor al no reconocer las dimensiones sociales de la salud. Por ello se propuso esa reorientación de los servicios de Atención Primaria de salud hacia el modelo biopsicosocial, el enfoque salutogénico y la orientación a los determinantes (Montaner et al, 2021).

Para poder llevar a cabo acciones que promuevan la salud se necesitan nuevas habilidades y actitudes por parte de los profesionales de la Atención Primaria (Ciurana et al., 2019), pero lo más importante es una relación basada en la cercanía y confianza con el paciente, con adecuadas habilidades de comunicación y dimensión comunitaria de los procedimientos de atención sanitaria (Camarelles, 2020).

### **1.3 La educación sanitaria en la medicina preventiva**

La Medicina Preventiva conforma una especialidad médica encargada de fomentar, aplicar e investigar actividades y políticas de promoción y protección de la salud; además de la vigilancia de la salud de la población, de la identificación de sus necesidades sanitarias y de la planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios (Martínez Hernández, 2006). Su objetivo es reducir la probabilidad de la aparición de la enfermedad, así como impedir o frenar su progresión.

La constituyen cinco áreas profesionales específicas: la medicina preventiva, la epidemiología, la salud ambiental y laboral, la administración sanitaria y la promoción de la salud. Entre sus objetivos está el actuar y establecer determinadas técnicas para evitar el desarrollo de patologías crónicas y prevenir la aparición de enfermedades.

Uno de los recursos más efectivos con los que trabaja la Medicina Preventiva es la Educación para la Salud (Pérez Jarauta et al., 2006), entendida como una herramienta básica tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como un instrumento indiscutible de promoción de salud. La Educación para la Salud es el conjunto de acciones educativas e informativas para llegar a una situación en la que la población quiera vivir sana, sepa las medidas para alcanzar esa salud, utilice recursos para sentirse bien tanto individual como colectivamente, y pida ayuda cuando sea preciso.

También se ha definido como un proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse de una manera que favorece la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud (Macdonald, 2000). La Medicina Preventiva a través de la educación busca concienciar a la población de la importancia de seguir unos hábitos de vida saludables, pero más allá de concienciar, pretende conseguir un cambio en los estilos de vida y en los comportamientos de las personas.

La metodología que sigue la Educación para la Salud se basa en la pedagogía activa a través de la adquisición de aprendizaje, que surge de las vivencias de los educandos, abordando las tres esferas (Riquelme, 2012): conocimientos, habilidades y actitudes, y busca contribuir a aumentar el empoderamiento de la población, que es un procedimiento mediante el que las personas alcanzan autonomía sobre las acciones y decisiones que afectan a su salud. Supone instruir a las personas para tomar decisiones más libres, más responsables y más saludables. En definitiva, el objetivo es capacitar a la población para un mayor control sobre la salud a nivel individual y colectivo.

Existen distintos tipos de intervenciones en la Educación para la Salud, recogidos en la tabla 2. La educación sanitaria está compuesta por una serie de técnicas y prácticas las cuales deberían acompañarnos a lo largo de toda la vida, puesto que las personas que están concienciadas y practican estas intervenciones gozan de una mejor calidad de vida al ser capaces de rodearse de barreras para prevenir determinadas enfermedades y las complicaciones que pueden suponer. Si se consigue implantar este concepto por toda la población, las personas podrán alcanzar la capacidad de actuar y tomar medidas en consecuencia a favor de la prevención y promoción de la salud.

**Tabla 2. Tipos de intervenciones educativas**

<i>CONSEJO/INFORMACIÓN</i>
Es una intervención breve que se dirige a usuarios, aprovechando una consulta profesional, de demanda o programada.
<i>EDUCACIÓN INDIVIDUAL</i>
Consultas educativas programadas y pactadas el profesional y usuario con el propósito de afrontar ayuda al autocuidado.
<i>EDUCACIÓN GRUPAL O COLECTIVA</i>
Es una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de adquirir capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.
<i>PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>
Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea para mejorar la calidad de vida. Incluye otros tipos de planes además de la educación para la salud: comunicación e información a través de los medios de comunicación social, medidas económicas, técnicas o políticas y acción social.

#### **1.4 El papel del paciente: la entrevista motivacional y las fases de motivación para el cambio**

El hábito de vida es uno de los factores esenciales en el estado de salud y en la aparición de los procesos crónicos, por eso se tiene que dar especial importancia a la promoción y prevención de la salud, fomentando estilos de vida saludables (Ruiz-Giménez et al., 2013).

Como las enfermedades crónicas son las más prevalentes en nuestra comunidad, está en auge la vivencia que las personas tienen a lo largo de su vida como pacientes. Esto implica una mayor noción sobre la necesidad del autocuidado y sobre la importancia de adoptar conductas sanitarias con responsabilidad (Greene y Hibbard, 2012).

En este sentido, podemos definir la figura del paciente activo como aquél que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsable de su salud, establece un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden y, por lo tanto, define objetivos terapéuticos y adopta de forma compartida con sus médicos las decisiones que le permitan asumir esos objetivos (Jovell, 2006). También se define como un agente que promueve el conocimiento sobre las enfermedades crónicas con el objeto de mejorar el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes, brindando un apoyo fundamental en aquellos que padecen males crónicos (Zugasti, 2019).

Para impulsar modificaciones en los hábitos de vida de los pacientes, los profesionales sanitarios tienen en la entrevista motivacional una herramienta potente (Miller y Rollnick, 2013). Se podría definir como aquella entrevista clínica, centrada en el paciente, en sus necesidades y deseos, que ayuda a explorar y solucionar ambivalencias en torno a un comportamiento que no es sano, con el objetivo de promover el cambio de este hábito por otros estilos de vida que sean más saludables (Rodríguez Sanz et al., 2014a). La entrevista motivacional está orientada a lograr un compromiso y adquirir el deseo de modificar una conducta.

La entrevista motivacional ha sido empleada para el abordaje de diferentes problemas de salud, tales como el abuso de alcohol o el consumo de tabaco, para conseguir un mejor control de la tensión arterial, dislipemia y el peso corporal, o para mejorar la adherencia a la dieta y al ejercicio físico en diabéticos. Un metaanálisis realizado por Burke (2003), incorporó 30 estudios aleatorizados controlados que usaron como intervención la entrevista motivacional en distintos problemas de salud (adicción a drogas, tabaquismo, alcoholismo, dieta y ejercicio ,conductas de riesgo para contraer el VIH, , y cumplimiento del tratamiento en trastornos alimentarios), concluyendo que más de la mitad de los pacientes mejoraron significativamente, con mejores resultados cuanto más intensiva era la entrevista motivacional desarrollada.

Uno de los fundamentos de la entrevista motivacional es la confianza, pues el individuo no se tiene que sentir juzgado por el profesional, se tienen que tolerar sus creencias y valores. Se tiene que apoyar el posicionamiento hacia conductas saludables, pero sin obligar ni presionar. Por ello la misión del personal sanitario debe ser educar, no enseñar, estimulando la motivación del paciente, enfatizando sus diferentes perspectivas e independencia para elegir (Mandy, 2014).

Es necesario considerar que no se puede motivar a alguien a sacrificarse si no ve con claridad una rentabilidad, como dice Nietzsche: “*si hay un porqué, encontraremos un cómo*”. El beneficiario tiene que ver con claridad cuál es el fruto y tener seguridad de que él podrá conseguir el cambio, de forma que es

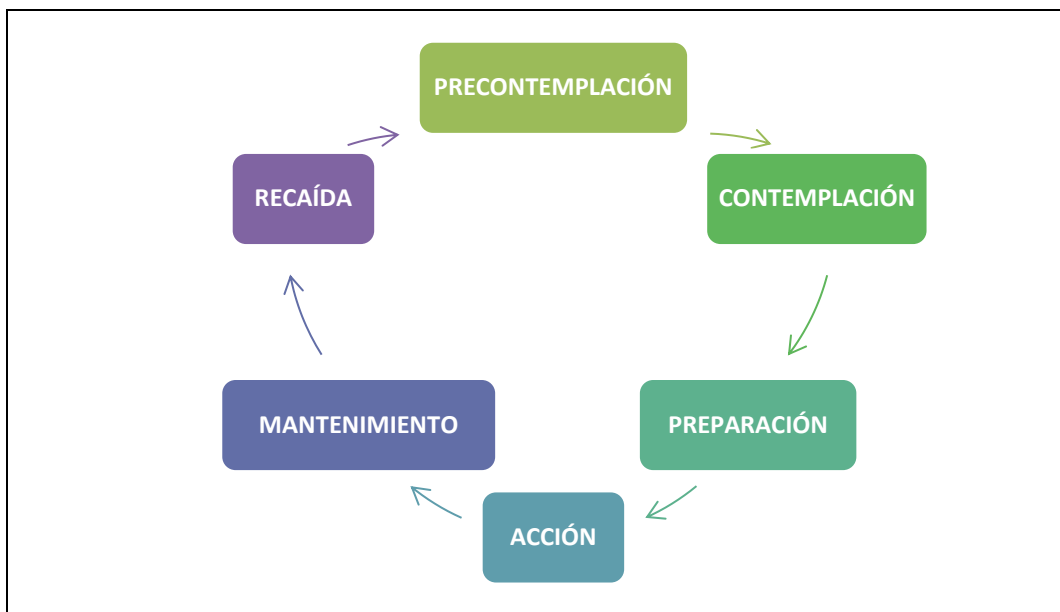


importante en la entrevista motivacional tener idea del grado de autoestima y autopercepción de la persona entrevistada, el conocimiento de uno mismo sobre las puertas a la aceptación y a la tolerancia (Rodríguez Sanz et al., 2014b).

Como principios esenciales de la entrevista motivacional se definen afianzar una relación de confianza basada en la escucha activa expresando empatía, destacar las discrepancias para ayudar a los pacientes a ser conscientes de la distancia entre sus conductas actuales y sus metas a conseguir, modificar las resistencias siempre mejor que insistir directamente en los cambios y respaldar la autoeficacia fomentando la visión optimista del paciente hacia las perspectivas de cambio (Miller y Rollnick, 2013). El modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (Gil-Girbau et al., 2021) es una herramienta usada en la entrevista motivacional para optimizar las modificaciones de conducta relativas a la salud y sugiere que los individuos se desplazan de manera fluida, no obligatoriamente de manera lineal, a través de seis etapas diferentes del cambio conductual (figura 3).

1. **Etapla Precontemplativa:** la persona requiere información y retroalimentación con el objetivo de ser consciente del problema porque aún ni siquiera contempla el cambio.
2. **Etapla de Contemplación:** concienciarse del problema, el paciente sopesa la modificación su conducta, pero aún hay ambivalencia.
3. **Etapla de Preparación o determinación:** la persona está preparada para actuar y empieza a pensar en las fases para ejecutar la modificación.
4. **Etapla de Acción o cambio:** participación activa en el proceso de transformación.
5. **Etapla de Mantenimiento:** comienza tras pasar 6 meses de haber logrado el cambio, si persiste el nuevo comportamiento. Contribuir a reconocer y usar estrategias preventivas.
6. **Etapla de Recaída.** Es un paso hacia atrás, pero lo primordial es el respeto hacia las expectativas y necesidades del usuario, considerando sus puntos débiles y fortalezas para volver a empezar aprovechando esa experiencia motivacional al cambio que ya ha tenido alguna vez.

**Figura 3. Fases del proceso de cambio del paciente**



### **1.5 El papel de los profesionales sanitarios: efectividad de la oferta de actividades de prevención y promoción de la salud**

En los países desarrollados el incremento de la esperanza de vida ha supuesto una mayor prevalencia de los problemas de salud crónicos. Además, la mayoría de las causas de mortalidad suelen estar relacionadas con inadecuados estilos de vida y con factores de riesgo, sobre todo de origen cardiovascular.

Las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas, la enfermedad de Alzheimer. Los tumores malignos y la diabetes mellitus son, actualmente en España, las cinco primeras causas de mortalidad, con más del 61% de las defunciones (Mayoral, 2016). Los profesionales de Atención Primaria disponen de intervenciones preventivas y de promoción de salud efectivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes y para disminuir la morbimortalidad (PAPPS, 2020).

La teoría de la conducta planificada (TCP) (Río, 2019) se considera una de las más adecuadas para explicar las intenciones de comportamiento y conducta de los profesionales de la salud. Según dicha teoría, la intención de la conducta de explica por tres factores:

- a) Actitudes, que hacen referencia a la evaluación general del comportamiento y están determinadas por las creencias acerca de ese comportamiento y por las percepciones sobre las consecuencias de la conducta.

b) Norma subjetiva, que se refiere a la aprobación social percibida sobre ese comportamiento y está determinada por las expectativas con respecto a si los grupos de referencia importantes aprobarían o no esa conducta.

c) Control conductual percibido, que se refiere a la confianza que se tiene acerca de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta específica y está determinado por la percepción de oportunidades, barreras y recursos necesarios para hacerlo.

La TCP sirve para mejorar la comprensión de los factores y variables que determinan el comportamiento de los profesionales ante la PPS, ayudando a definir posibles intervenciones que ayuden a modificar dicha conducta

Diferentes autores consideran las actitudes de los profesionales sanitarios de Atención Primaria como uno de los factores determinantes que pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades de PPS (Twardella et al., 2005; Paniagua et al., 2010; Monreal et al., 2011; Weinehall et al., 2014; Juárez et al., 2015). En general, el personal sanitario tiene una actitud favorable ante las actividades preventivas y de promoción de la salud, concediendo gran importancia a esta tarea. Sin embargo, perciben necesidades de mejora y de formación en este sentido (Maestre-Miquel et al., 2016). No se realizan durante la práctica clínica con frecuencia porque existen ciertos aspectos que lo obstaculizan. Las principales barreras percibidas son por un lado la carga de trabajo y el tiempo de consulta adicional que suponen, y por otro que los pacientes en ocasiones se resisten a cambiar sus comportamientos porque esperan una prescripción farmacológica en lugar de un consejo sobre estilos de vida saludables (Kloppe et al., 2005; Weinehall et al., 2014).

Como la actitud es favorable, para impulsar la efectividad de la oferta de las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los médicos de familia, se debe intentar disminuir la brecha existente entre las recomendaciones basadas en la evidencia y el comportamiento de los profesionales. Para ello se pueden mejorar los otros dos aspectos de la TCP: la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Para mejorar la norma subjetiva sería interesante realizar cambios en la cultura organizacional para que la propia organización sanitaria promueva estas actividades, así como dar un apoyo sistemático y realizar auditorías y retroalimentación, con la finalidad de que exista una presión entre iguales, así como la aprobación por parte de los propios compañeros de trabajo, ya que la institución legitima el valor de estas actividades.

Con respecto al control conductual percibido, sería interesante realizar formación y reuniones educativas para que los profesionales sanitarios

adquieran la suficiente habilidad para llevarlas a cabo y tengan el conocimiento idóneo acerca del qué, cuándo y dónde deben de realizar este tipo de intervenciones (Ramos Morcillo et al., 2014). Además, para reducir las barreras, se deberían ofrecer incentivos y recordatorios computarizados a los profesionales, así como realizar cambios en la cultura organizacional que fomenten oportunidades para realizar en la consulta este tipo de actividades.

## **1.6 Guías de práctica clínica de prevención y promoción de la salud**

La definición actual de guías de práctica clínica (GPC) es la propuesta por el *Institute of Medicine* (IOM) en 2011 y que las define como: "conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, son el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes" (Graham et al., 2011). Según la evidencia aportada, las GPC pueden estar fundamentadas en (Gómez de la Cámara, 1998):

- Basadas en la opinión de expertos.
- Basadas en el consenso.
- Basadas en la evidencia.

En estas últimas la metodología empleada en su elaboración (tanto en la búsqueda de la literatura científica como en la síntesis de la evidencia para construir las recomendaciones finales) se realiza de forma sistemática, explícita y reproducible, siguiendo unos determinados pasos. Hay múltiples GPC que pueden ser utilizadas según las recomendaciones obtenidas mediante la aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia. Entre ellas, destacan las siguientes por su aplicabilidad en la consulta del médico de familia.

- **Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud**

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) es un proyecto que surgió en España en diciembre de 1988, de la mano de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Con el paso del tiempo ha ido instaurándose sucesivamente en la agrupación de centros sanitarios españoles, contemplando no sólo la producción de recomendaciones sobre actividades preventivas y promoción de la salud a llevar a cabo prioritariamente, sino también distintos modos de evaluación para saber el nivel de ejecución de estas medidas.

En el año 1986 la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona elaboró un protocolo de actividades preventivas, siguiendo un esquema similar a los programas de prevención y promoción de la salud desarrollados por la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* en Canadá (CTFPHC) en 1978 y la *United States Preventive Services Task Force* en

Estados Unidos (USPSTF) en 1984. Desde la revista Atención Primaria se creó un proyecto de trabajo incluyendo ambas propuestas y dirigido para su utilización por médicos de familia.

Este trabajo generó las líneas conceptuales del actual PAPPS, que fueron desarrolladas posteriormente por un grupo de trabajo de profesionales de la Unidad Docente de Barcelona, de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria y del Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona. Este grupo fue el encargado de organizar el primer “*Workshop*” en diciembre de 1988, en el que participaron enfermería, pediatría, medicina de familia y especialistas de salud pública de varias zonas del estado español. En esta reunión se establecieron las líneas estratégicas básicas para la implementación, desarrollo y evaluación del programa y se eligió un grupo impulsor, que fue el encargado de fundar el PAAPS.

En 1995, a iniciativa del PAPPS y a raíz de la celebración de la primera Conferencia Internacional de Prevención y Promoción de la Salud que tuvo lugar en Santiago de Compostela, inicia su andadura el proyecto EUROPREV (European for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice), en el que se han ido congregando profesionales de diferentes países del continente y que, recientemente, ha sido reconocido oficialmente como grupo estable de WONCA-Europa desde el año 2006. En el mes de junio del 2007 se celebró la primera Conferencia Española sobre Prevención y Promoción en la Práctica Clínica, con participación de 32 sociedades científicas y con el Patrocinio del Ministerio de Sanidad y Consumo. A lo largo de toda su historia el PAPPS ha priorizado evaluar la implantación y la efectividad de las recomendaciones, formar a los profesionales sanitarios y apoyar a los proyectos de investigación en este sentido.

Los grupos de trabajo del PAPPS son grupos estables coordinados por uno de sus miembros, constituidos por un grupo reducido de expertos que se responsabilizan de revisar y actualizar las recomendaciones del programa en sus diferentes actividades. Estos grupos realizan reuniones de trabajo periódicas para exponer sus proyectos, homogeneizar las recomendaciones y dar a conocer los cambios en las distintas áreas. La relación de los actuales grupos de trabajo del PAPPS que cada año reúne el Organismo de Coordinación para informar, debatir y consensuar las líneas de trabajo se detallan en la tabla 3.

Las recomendaciones del PAPPS se renuevan periódicamente cada dos años en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de Atención Primaria. Se estructuran en tres grandes bloques: las relacionadas con el adulto, con la infancia y adolescencia y con la prevención de la salud mental (Anexo 2). Éstas aparecen publicadas en un

suplemento especial de la revista Atención Primaria, y recientemente se ha publicado las nuevas recomendaciones en el año 2020.

**Tabla 3. Grupos de trabajo del PAPPS**

- Prevención de las enfermedades cardiovasculares
- Prevención del cáncer
- Prevención de las enfermedades infecciosas
- Educación sanitaria y promoción de la salud
- Prevención en salud mental
- Prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia
- Prevención en el anciano
- Prevención en la mujer
- Evaluación y mejora del Programa

El grado de implementación del PAPPS ha ido creciendo de forma paulatina hasta la actualidad, en que cuenta con 688 centros de salud del estado español adscritos formalmente, lo que implica que más del 20% de la población española está siendo atendida en centros que tienen compromiso con la utilización de las recomendaciones del programa.

- ***United States Preventive Services Taskforce***

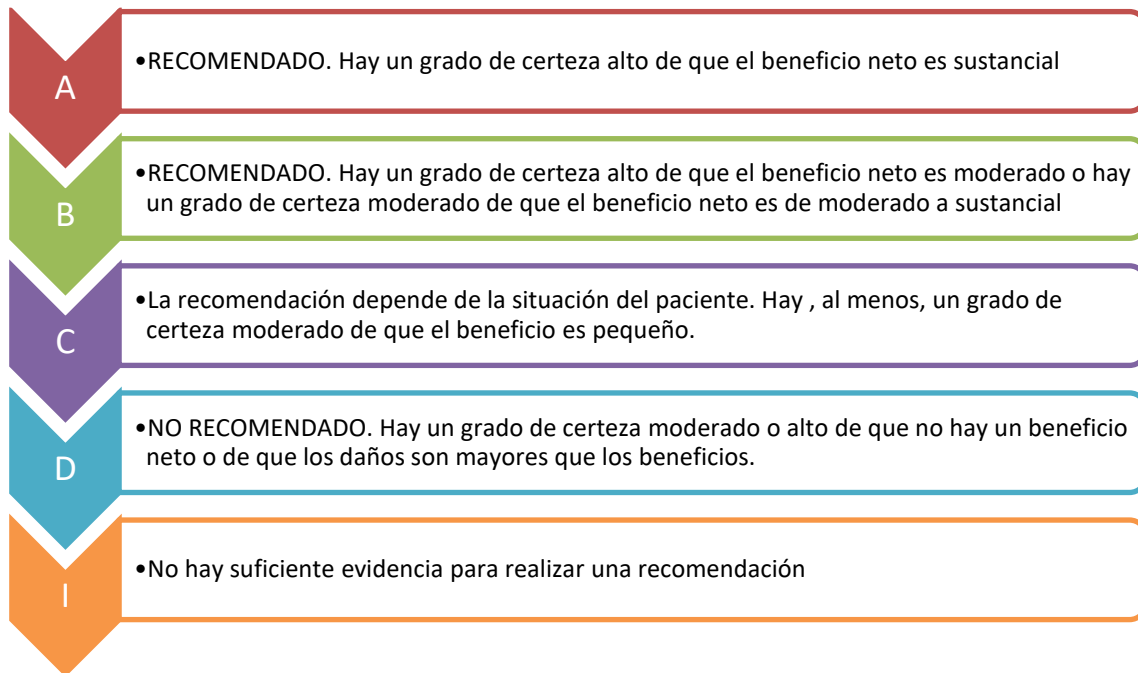
El Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (*United States Preventive Services Taskforce* [USPSTF]), creado por el gobierno federal en 1984, es un grupo de 16 expertos nacionales en medicina preventiva y basado en la evidencia más reciente de bibliografía científica, usando un proceso muy riguroso y sistemático. Éste publicó en 1989 sus primeros consejos, revisados en 1996, resaltando la relevancia de aquellos actos destinados a lograr modificaciones en los hábitos de vida de los individuos, fundamentalmente mediante el consejo de salud, en el ámbito de los programas de educación sanitaria.

En concreto el objetivo del USPSTF es mejorar la salud de la población a través de 3 tipos de servicios: pruebas de detección, servicios de asesoramiento y medicamentos preventivos. Las recomendaciones son aplicables sólo a las personas asintomáticas en buen estado de salud o a aquellas con una afección concreta que el servicio de detección pretenda prevenir. Pretenden servir como guía para que los médicos de Atención Primaria junto con los pacientes decidan qué personas se beneficiarían de dichas medidas preventivas.

Cada declaración de recomendación contiene información sobre los siguientes puntos:

- Si se recomienda o no el servicio preventivo
- La población específica a la que es aplicable la recomendación (grupos de edad específicos, hombres o mujeres...)
- Los beneficios y los daños de proporcionar dicha actividad preventiva.
- Una letra de clasificación que refleja el peso de la evidencia y la magnitud del beneficio neto (Figura 4)

**Figura 4. Clasificación de las recomendaciones de la USPSTF**



Las recomendaciones se actualizan cada 5 años en la página electrónica de este organismo conforme surge evidencia nueva importante. Desde 1998 tiene patrocinio de la Agencia para la Calidad y la Investigación en Salud.

- ***The Community Preventive Services Task Force (CPSTF)***

Con posterioridad se ha puesto en funcionamiento en EE.UU. el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos Comunitarios (*The Community Preventive Services Task Force* [CPSTF]) como un nuevo organismo independiente y con estrechas relaciones con los CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*) ubicado en Atlanta. Al contrario del USPSTF, lleva a cabo sus recomendaciones y análisis de salud bajo una visión comunitaria. Ciertos autores específicos como Frame (1986) e instituciones como el *Royal College of General Practitioners* también han colaborado de forma importante a impulsar el papel de los profesionales de Atención Primaria en el desempeño de estas actividades preventivas.

## 1.7 La formación de los médicos residentes en actividades preventivas

En España, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se rige por el Programa Oficial de la Especialidad (POE) (Comisión Nacional de la Especialidad, 2005) mediante el desarrolla cinco bloques o áreas competenciales (tabla 4):

**Tabla 4. Áreas competenciales del programa de Medicina Familiar y Comunitaria**

Las competencias esenciales <ul style="list-style-type: none"><li>-Comunicación asistencial</li><li>-Razonamiento clínico</li><li>-Gestión de la atención</li><li>-Bioética</li></ul>
Las competencias relacionadas con la atención al individuo
Las competencias relacionadas con la atención a la familia
Las competencias relacionadas con la atención a la comunidad
Las competencias relacionadas con la formación continuada y la investigación

El perfil del Médico de Familia es el de un profesional para el que el ser humano es un todo conformado por aspectos físicos, psíquicos y sociales ligados a un contexto familiar y social específico, lo que le permite implementar una atención de continuidad al colectivo de personas al que se dedica, para incrementar el nivel de salud de las que están saludables, sanar a las que están enfermas y cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad, cuando no es posible el restablecimiento de la salud.

Estas características concretas del perfil profesional del Médico de Familia conforman un cuerpo propio de sabiduría derivado de su ámbito de actuación en concreto que es el de la Atención Primaria de Salud y de una forma propia de llevar a cabo dicha Atención a través de un enfoque biopsicosocial, en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de prevención y promoción, rehabilitación y cuidados paliativos.

En su contacto con el paciente, el Médico de Familia debe valorar la necesidad y oportunidad de realizar actividades de prevención y promoción de la salud, integrándolas en su práctica asistencial, aprovechando los recursos y minimizando los déficits.

Se trata de llevar a cabo medidas de educación para la salud y prevención primaria y secundaria para los procesos más prevalentes en la población, como son aquellos relacionados con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades infectocontagiosas, la salud mental, la mujer, los ancianos, la infancia, la adolescencia, etc.



Como objetivos generales sobre actividades preventivas y de promoción de la salud, al finalizar su periodo de formación el MIR de Medicina Familiar y Comunitaria demostrará/será capaz de:

1. Identificar a los pacientes de riesgo (población de riesgo) susceptibles de actividades preventivas y de promoción de la salud.
2. Integrar las actividades preventivas y de promoción de la salud en las tareas habituales del Centro de Salud, aplicando el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para el Adulto de la semFYC.
3. Obtener datos epidemiológicos y del nivel de salud de nuestra población adulta.
4. Realizar intervenciones de educación para la salud grupales con metodologías capacitadoras y participativas. Implica el conocimiento de las características del aprendizaje de los adultos y de la dinámica de los procesos grupales.
5. Desarrollar (implementar) programas comunitarios y evaluarlos con participación de la comunidad.

Hay que tener presentes las dificultades existentes para la adecuada enseñanza del médico residente en la Atención a la Comunidad, siendo preciso dedicar recursos y esfuerzos concretos para dicha formación. El MIR ha de tomar conciencia de que un buen Médico de Familia no puede limitarse a prestar atención en la consulta exclusivamente las demandas clínicas que se le presentan, sino que ha de abordar las necesidades de salud del conjunto de la población a la que atiende integrando en su aprendizaje que las actividades comunitarias, como método de promoción de la salud, pertenecen a sus funciones.

El aprendizaje para la atención a la comunidad consta de diversos conocimientos y habilidades que parten también de la propia atención individual en la consulta médica. Es importante hacer ver al residente la conexión que existe entre la atención individual y comunitaria y las relaciones que han de establecerse entre ambas, impidiendo concebirlas como independientes y sin relación. Desde la propia consulta médica, el residente deberá tener en cuenta el contexto comunitario de los pacientes, tanto en la anamnesis como para las posibles actuaciones, identificando las limitaciones de sus intervenciones en la propia consulta y las herramientas comunitarias que pudiesen funcionar.

En definitiva, será fundamental procurar que el médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria, con la figura de su tutor como referente y guía, adquiera durante su formación una actitud favorecedora en educación para la salud, llevando a cabo actividades preventivas y colaborando con las organizaciones y recursos comunitarios. Además de eso, deberá procurar la capacitación y empoderamiento de los pacientes, como individuos y como comunidad, haciéndoles a ellos mismos protagonistas y partícipes en el cuidado y promoción de su salud.

## **2. Comunicación asistencial**

### **2.1 La entrevista clínica como proceso de comunicación humana**

La comunicación es el proceso mediante el cual se transfiere un mensaje desde una fuente emisora a un receptor, a través de un canal, con la intención de modificar su comportamiento, dándose a sí mismo un proceso de retroalimentación que posibilite influencias recíprocas (West y Turner, 2005). El concepto de comunicación es un concepto complejo que abarca fenómenos comunes en contextos muy diversos (físico, biológico, social, etc.) y fenómenos diferentes en un mismo contexto (Aguado, 2004) en la que intervienen de forma constante la polisemia, la ambigüedad y la multidimensionalidad.

Estas características del concepto de comunicación implican tanto una gran riqueza como una cierta confusión en el uso del término. El reconocimiento de la importancia de los aspectos relacionales en la atención sanitaria se apoya en datos obtenidos de la investigación. Diferentes estudios aportan pruebas sobre la efectividad de una buena comunicación clínica en diferentes aspectos: mejora resultados en salud, aumenta la satisfacción del paciente, la adherencia terapéutica, y disminuye las demandas legales (Pantell et al., 1984; Griffith et al., 2003).

En su nivel más básico la comunicación es esencialmente un tipo de encuentro entre dos elementos o unidades diferenciadas, dentro de un proceso de encuentro. En el marco de la comunicación en salud, dicho encuentro también incluye las características cognitivas, emocionales o sociales de los participantes, profesional y paciente, así como la influencia del entorno físico. Además, la comunicación tiene un componente verbal que son las propias palabras y el no verbal, que tiene como funciones expresar actitudes y motivaciones interpersonales y matizar/confirmar/negar el mensaje verbal. Los componentes de la comunicación no verbal son la cinésica, la proxémica, el paralenguaje, el contacto físico y los factores físicos y ambientales (Borrell, 2004a).

La entrevista clínica es un área donde se unen elementos de comunicación o relación humana con otros principios puramente técnicos. En ella se dan tres funciones: establecer una relación asistencial (función relacional), conseguir una impresión clara de los problemas del paciente (recoger información), y prescribir/ recomendar una terapia conductual (función educadora y de influencia). Es el instrumento más utilizado en el quehacer diario de los profesionales (Borrell, 2004a).

Para los médicos de familia es la herramienta sanitaria primordial para comunicarse, educar, diagnosticar, tratar y controlar a los pacientes. Su importancia se ve aumentada por la atención continuada que conlleva la relación con ellos a lo largo de la vida, propia de la Atención Primaria de Salud.

Los dos protagonistas supremos de la entrevista, profesional y paciente, establecen unos niveles de reciprocidad. Entendemos por reciprocidad la capacidad que tiene cada personaje principal de una relación para influenciar sobre el comportamiento del otro (Borrell, 2004b).

La entrevista clínica siempre ocurre en un contexto de propósitos e intenciones. Respecto al paciente se puede necesitar, por ejemplo, mejoría de una dolencia, u obtener una baja laboral, un certificado médico o unas medicinas para otro familiar. Todo ello conforma el encuadre de la entrevista desde el punto de vista del paciente.

El profesional sanitario, por su parte, configura también sus propósitos. La comunicación para la salud se presenta como una potente herramienta de cambio de conductas tanto individuales como colectivas, que puede servir para conseguir los objetivos que se detallan en la tabla 5 (Borrell, 2004a y 2004b).

Por último, para ocuparse de la entrevista clínica podemos separar el conjunto de estrategias que la forman en aquellas dirigidas a descubrir el problema del paciente y en aquellas destinadas a emitir un juicio clínico y prescribir una terapia. La primera parte se denomina fase exploratoria de la entrevista (tabla 6) y a la segunda se le llama fase resolutoria (tabla 7) (Borrell, 2004a).

**Tabla 5. Funciones de la entrevista clínica**

FUNCIÓN	OBJETIVOS	HABILIDADES
<b>1. Obtener información</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Clara percepción de los problemas del paciente</li> <li>-Evaluar desde la experiencia del paciente</li> <li>-Precisión</li> <li>-Eficiencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Preguntar</li> <li>-Facilitar</li> <li>-Negociar prioridades</li> <li>-Clarificar</li> <li>-Respeto</li> <li>-Legitimizar</li> <li>-Sintetizar</li> <li>-Escucha reflexiva</li> </ul>
<b>2. Función relacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Continuidad</li> <li>-Satisfacción mutua</li> <li>-Adherencia</li> <li>-Reducir interferencias</li> <li>-Disminuir estresores</li> <li>-Crear un clima de aceptación mutua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoyar</li> <li>-Legitimizar</li> <li>-Respetar</li> <li>-Camaradería</li> <li>-Reinterpretar</li> <li>-Negociar</li> </ul>
<b>3. Función educadora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lograr acuerdo</li> <li>-Implicar al paciente</li> <li>-Aumentar conocimientos y conductas apropiados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dar información</li> <li>-Educar</li> <li>-Negociar</li> <li>-Motivar</li> </ul>

**Tabla 6. Objetivos a conseguir en la fase exploratoria de la entrevista clínica**

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conseguir que la relación sea terapéutica y proporcione empatía, respeto, calidez y eficacia en la comunicación.</li> <li>-Delimitar el motivo de la demanda.</li> <li>-Obtener la información para conocer las expectativas y creencias del paciente.</li> <li>-Orientar la exploración física para su posterior ejecución.</li> <li>-Elaborar, clarificar y sintetizar la información que vamos a darle al paciente en la fase resolutoria.</li> </ul>
--

**Tabla 7. Objetivos a conseguir en la fase resolutiva de la entrevista clínica**

- Dar al paciente la información que hemos obtenido en la fase exploratoria, logrando transmitir esa información para que sea recibida con el impacto emocional adecuado.
- Compartir y consensuar el plan de actuación diagnóstico o terapéutico con el paciente.
- Lograr el cumplimiento terapéutico acordado.
- Practicar la negociación y persuasión
- Verificar que el paciente ha comprendido las pautas aconsejadas.
- Tomar precauciones y concluir la entrevista “dejando la puerta abierta”.

## **2.2 Informando y educando al paciente**

La entrevista clínica es un proceso bidireccional a nivel comunicativo y educador, donde las respuestas de uno condicionan al otro. Cada uno de los participantes activos (profesional y paciente y/o familia) adoptan roles específicos y diferentes durante este encuentro social que supone la entrevista clínica.

Los expertos realizan tres tipos de actividad sobre las expectativas, creencias y emociones de los entrevistados. Primeramente. Se dice como se van a llamar las enfermedades, se indica la gravedad de los problemas (a veces de manera no verbal, con lo que se puede modificar la percepción de la realidad), y se detallan los senderos que el enfermo debe transitar obtener la recuperación o la preservación de su salud. Todas estas labores otorgan al médico de familia las funciones de *orientar* y *señalar* en cada encuentro clínico (Borrell, 2004b).

En segundo lugar, los proveedores de salud realizan una educación sobre el adecuado funcionamiento de los servicios que se ofrecen: cómo debe usarse el dispositivo sanitario, lo que debe o no debe pedirse, cómo deben tratar a los distintos profesionales y cómo deben comportarse los pacientes en la consulta, cuáles y de qué manera han de tomarse las medicinas, etc. No se trata tanto de normas explícitas como de normas de contexto que ganan una bidireccionalidad: del profesional a la comunidad y, al contrario.

En tercer lugar, se lleva a cabo una *misión de maduración* sobre los pacientes, actuando muy pocas veces sobre sus capacidades intelectuales o morales. Dos caminos pueden conducir a este resultado:

- Aspectos intrínsecos a la relación asistencial en su conjunto y a lo largo de un amplio período de tiempo, como son la confianza, la contención del profesional y la capacidad de promover la autoestima de sus pacientes.

La confianza se gana sobre todo ofreciendo un espacio para la escucha, el cuidado y la cordialidad, pero también demostrando competencia técnica. Tizón (2019) define la contención como aquella capacidad del profesional por la que *“podemos percibir la ansiedad, propia o ajena, notar que remueve en nosotros estratos, capas o conflictos más o menos profundos, pero pudiendo, a nuestra vez, contenernos, no pasar inmediatamente a la acción esa presión de la ansiedad”*.

– Aspectos relacionados con el proceso concreto del enfermar. Dos son las tareas que pertenecen genuinamente a la Atención Primaria de Salud:

- a) Mostrar al paciente de manera integrada y global sus problemas de salud, enmarcándolos en su evolución biográfica, y
- b) Acercar al consultante a sus propias emociones.

Integrar los problemas de salud y situarlos en una perspectiva biográfica precisan cierta duración. Casi siempre comienza con un acercamiento sistemático mediante la apertura de una historia clínica, incorporando un resumen bibliográfico que integre los elementos biológicos y psicosociales. Esto se consigue gracias a una escucha eficaz, que genera buena relación y buenos diagnósticos, y a una escucha eficiente, que permite obtener estos productos en un tiempo razonable (Borrell, 2017). Se ha definido también un tiempo de complacencia como todo tiempo de escucha que se utiliza sin mejorar la relación o la comprensión de la persona y sus problemas. Por el contrario, la escucha eficaz es una escucha semiológica y de comprensión psicosocial que analiza el contenido verbal y no verbal que profiere el paciente (Borrell, 2011). Esta escucha activa, eficaz y eficiente, detectará demandas explícitas y necesidades ocultas y constituye una herramienta básica en las consultas médicas cuya habilidad solo puede adquirirse mediante una formación en comunicación y capacidad para rectificar.

### **2.3 El papel de los pacientes: la salud como un derecho fundamental**

Durante muchos momentos de la historia de la humanidad, la vida de las personas ha adquirido un carácter contingente, con el dolor y la enfermedad como compañeros inseparables durante siglos. Este planteamiento cambió radicalmente con la modernidad, momento en que la ciencia tuvo un desarrollo extraordinario incluyendo entre sus disciplinas a la Medicina, lo que abrió unas perspectivas prometedoras para que la propia humanidad pudiera controlar la enfermedad y buscar la salud. La ética médica, basada en un modelo paternalista y con raíces en la filosofía aristotélica, dominó la forma de practicar

la medicina hasta bien avanzado el siglo XX. Los acontecimientos provocados por la segunda guerra mundial y los cambios sociales del pasado siglo, proporcionaron argumentos suficientes para la aparición de cambios de gran calado en la forma de entender la salud y la enfermedad (Torres, 2011).

Los cambios sociales y científicos propugnaron una nueva idea de enfermedad y de salud. Así, la Organización Mundial de la Salud en su Carta Constitucional (1946) definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Actualmente hay expertos que opinan que esta definición ha quedado desactualizada en el contexto de las enfermedades crónicas del presente (Huber et al., 2011), con críticas centradas en el concepto absoluto del adjetivo “completo” en relación con el bienestar, lo que puede contribuir a la medicalización de la sociedad y cuya exigencia dejaría a la mayoría de la población casi siempre con mala salud. No obstante, la nueva definición de salud se ha valorado globalmente como una gran oportunidad para impulsar a la sociedad hacia la búsqueda de la vitalidad.

La salud se concibe actualmente como un derecho fundamental y, tras encontrar en muchos casos el remedio oportuno para la enfermedad, lo que se desea ya no es solo curar la enfermedad para recuperar la salud dentro de lo posible o de paliar el dolor, sino que se busca el máximo de salud, en ocasiones con la perfección como objetivo y correlato físico de la felicidad (Cuesta et al., 2011). En la Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, la autonomía del paciente como bien jurídicamente protegido surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona. Este cambio de paradigma provoca un cambio profundo en el modelo de atención médica en su relación con el paciente.

El modelo tradicional ponía el acento en los deberes profesionales para con el paciente al tiempo que aplicaba la beneficencia sobre el paciente, pero sin el propio paciente, con poca o ninguna atención a su opinión. Se trataba de una medicina centrada más en el médico que en el propio paciente, donde se presuponía la bondad del profesional. Es lo que se ha llamado un modelo paternalista, entendiendo el paternalismo como "tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre de la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo" (Villafranca et al., 2013; Borrell, 2004a). De este modo, la medicina se ejercía en beneficio del enfermo, pero su consentimiento era irrelevante, al enfermo se le había expropiado su capacidad de decidir, no sólo cuando estaba enfermo, sino también sano en relación a todas las medidas preventivas en salud, como las vacunas. Este modelo queda obsoleto ante las nuevas necesidades en salud y solo podría quedar justificado en el caso de dificultades de comprensión de la situación clínica por parte del enfermo o de su familia.

La persona enferma, en la concepción actual de búsqueda proactiva de la salud, se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible y de controlar la evolución de su enfermedad. Este hecho se ve potenciado por el cambio de valores morales, el aumento del nivel cultural en la sociedad y la complejidad cada vez mayor de la tecnología médica. Con estas suposiciones, el paciente pasa de ser un sujeto pasivo que recibe atención a un sujeto activo implicado en el cuidado de su propia salud y que atiende la evolución de ésta (Jovell et al., 2006). Es por tanto normal que se desarrolle otro modo de relación médico-paciente basado en el concepto de autonomía, donde el paciente decide sobre su salud y define de forma compartida con sus médicos los objetivos terapéuticos y las decisiones que les permiten asumir esos objetivos (Torres, 2011; Borrell, 2004a). El concepto de paciente activo está vinculado al de apoderamiento (o *empowerment*) de los pacientes, con el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud y establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden.

Históricamente, la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud no ha ocupado un papel relevante en el entorno sanitario. Frente a las habilidades para interactuar con el paciente, han primado más hasta ahora las competencias técnicas de los profesionales sanitarios. Sin embargo, la tendencia está cambiando ya que, por un lado, el paciente demanda más información y, por otro lado, existe un mayor interés de los profesionales sanitarios por aprender estrategias de comunicación que les permitan conectar mejor con los usuarios de los sistemas de salud. La mejora de la comunicación en la consulta permite a los pacientes tomar decisiones importantes e informadas a lo largo del proceso de su enfermedad, facilitando que se sientan más partícipes del mismo y minimizando en muchos casos el sufrimiento que conlleva padecer una enfermedad (Borrell, 2004b).

El paciente, que tradicionalmente era considerado receptor de las decisiones que el médico tomaba unilateralmente, se ha ido convirtiendo, con el paso de los años, en un agente con derechos bien definidos y con una amplia capacidad de decisión sobre las pruebas diagnósticas y los tratamientos que recibe (Lázaro y Gracia, 2006). Entre el paternalismo más tradicional, el autonomismo más extremo y la burocratización más rígida se encuentra un amplio abanico de posibilidades en las que se desarrolla, de hecho, la práctica clínica actual. Esto es debido a los muchos factores que intervienen en la relación clínica, tales como el nivel cultural, la actitud y el carácter del enfermo; la personalidad más rígida o más dialogante del médico; la intervención cada vez mayor de otros profesionales sanitarios; las condiciones impuestas por las "terceras partes, como familia, juez, administración o compañías de seguros; y la disponibilidad de recursos y de tiempo (Szasz, 1981)



A lo largo de ese diálogo, el médico, con sus cualidades y sus deficiencias (profesionales y personales), se va moviendo entre la intención de ayudar al enfermo y la convicción de respetarlo como sujeto adulto que es. El logro de un equilibrio entre ambos polos depende en cada caso de la amplitud de su formación y de su criterio (para el manejo riguroso de los hechos biológicos desde luego, pero también para el reconocimiento de los valores personales). De esta forma, la comunicación en la consulta no sólo sirve para que el médico obtenga la información clínica que necesita en el cumplimiento de sus funciones, sino que también debe emplearse para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención (Hernández-Torres et al., 2006). Los pacientes consideran como relevantes o muy relevantes aquellas características de la consulta relacionadas con acoger información comprensible y apreciar que el médico que les atiende tiene interés, lo que supone elevados niveles de satisfacción con la asistencia prestada (Torío y García, 1997a). Otros estudios encuentran que los pacientes valoran más cualidades de índole personal del médico frente a las de tipo técnico u organizativo (Motilla et al., 2009). En general, una mayor implicación de los pacientes en los procesos de toma de decisiones clínicas y en la determinación de las políticas sanitarias debería optimizar la calidad global de la atención sanitaria recibida.

#### **2.4 El papel de los profesionales: características de un buen entrevistador**

Un aspecto fundamental en la interacción entre profesional y paciente es que el entrevistador tenga una serie de cualidades que lo hagan ser un buen comunicador. Estas características del profesional se definen como la perfección y diversidad de conductas verbales y no verbales que emplea en el desempeño de su tarea habitual. Hay cierto acuerdo en definir paternalismo como «sustituir al paciente en la toma de decisiones», pero también como un trato aparentemente cordial que conforma una barrera emocional casi infranqueable (Borrell, 2004a). Sin embargo, tal y como se ha presentado en el anterior apartado, los usuarios expresan la necesidad de establecer una relación médico-paciente diferente a la convencional, cambiando la posición paternalista tradicional del médico y haciendo hincapié en que el profesional debe trabajar con el paciente en lugar de trabajar para el paciente (Torío y García, 1997a). Desde la postura de los médicos de familia, estas expectativas forman parte del acto clínico, valorando los aspectos que se refieren a la comunicación en la entrevista, como son el dar información sobre el tratamiento, utilizando vocabulario comprensible, aclarando dudas y sintentizando al final lo fundamental, el animar a cumplir el tratamiento, una correcta práctica profesional con la correcta cumplimentación de la historia clínica, y que la consulta sea agradable (Torío y García, 1997b).

Este nuevo enfoque del acto médico se ha definido como la consulta centrada en el paciente, donde se tienen en cuenta las dificultades del paciente junto a sus expectativas y creencias, se considera a las emociones como culpables de los aspectos médicos del problema y se genera información que permite al paciente ser capaz de hacerse responsable de su propia salud (Weston et al., 1989; Grol et al., 1990). Varios estudios han demostrado que la adquisición y mejora de dichos rasgos propios del entrevistador, ya son de por sí terapéuticos. Diferentes autores indican que el incremento en el nivel de comprensión del paciente aumentaría su recuerdo y satisfacción con el acto asistencial, lo que supondría un mejor cumplimiento y en consecuencia una mejor salud (Pendleton et al., 1984). Es muy importante, por tanto, que el profesional de la salud cuide la imagen que proyecta durante el acto clínico e incluya en su estilo de comunicación las siguientes características (Borrell, 2004a; Perpiñá, 2012).

a) Calidez: Es un aspecto fundamentalmente de la comunicación no verbal, que se refiere a crear un buen clima que rodea al encuentro. Un adecuado contacto visual-facial, una sonrisa, dirigirnos al paciente por su nombre, una mirada atenta, un gesto afable, una postura corporal receptiva, un tono de voz adecuado...son rasgos que en su conjunto confieren calidez y cordialidad a la entrevista.

b) Empatía: Es la solidaridad emocional, la capacidad del entrevistador de ponerse en el lugar del paciente y comprender sus pensamientos y emociones, sabiéndole transmitir dicha comprensión. No olvidemos que a veces un simple gesto puede expresar mucha más empatía que mil palabras.

c) Respeto: Es la consideración con que se trata a una persona por alguna cualidad, situación o circunstancia que la determina, acompañada de cierta sumisión. Así, todo paciente debe ser tratado con dignidad.

d) Asertividad: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente sus posturas, sentimientos y opiniones de manera eficaz, sin sentirse incómodo y sin deteriorar esa relación. A veces puede confundirse o sustituirse por seguridad o capacitación profesional, pero puede haber situaciones de duda, expectación...y no por ello dejamos de ser asertivos.

e) Concreción: Es la capacidad de conseguir que la entrevista se desarrolle en términos comprensibles para ambos, con la mayor precisión y delimitando los objetivos mutuos y compartidos en la entrevista.

f) Bidireccionalidad: Es el proceso que consiste en averiguar los conocimientos, expectativas, creencias y miedos del paciente respecto al

problema que nos plantea, permitiéndole que pida aclaraciones, haga preguntas...En definitiva, es hacer al paciente participe en toda la entrevista clínica, pero sobre todo en el proceso de la fase resolutive.

g) Reactividad: Es el tiempo que pasa desde que termina de hablar el paciente hasta que intervenimos nosotros. Lo ideal para ser un buen entrevistador sería tener una baja reactividad, es decir, dejarlo hablar sin acabar sus frases, puesto que se sabe que los pacientes suelen venir a consulta con una idea o motivo preelaborado que si no los interrumpimos obtenemos de ellos mayor información.

A partir de estas características se definen diferentes modelos propuestos por diferentes autores para ofrecer descripciones útiles y predictivas sobre la capacidad comunicativa del profesional. Rutter (1981) propuso las categorías que se detallan a continuación:

- a) Profesional enfocado hacia hechos específicos frente a profesional orientado a temas globales;
- b) Profesional activo frente a profesional de baja productividad verbal, y
- c) Profesional orientado a emociones frente a profesional enfocado a tareas.

Borrell (2004a), por su parte, defiende un modelo general de acto clínico que define como emotivo-racional, priorizando dos ejes: el eje emocional, que abarca la relación interpersonal y, sobre todo la responsabilidad con el sufrimiento del paciente, y un segundo eje cognitivo, donde se incorpora la competencia clínica. El proceder del entrevistador basado en este modelo emotivo-racional se detalla en la tabla 8 (Borrell, 2004a).

**Tabla 8. Perfil del entrevistador basado en el modelo emotivo-racional**

<b>Eje emocional</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Primera impresión de contacto: cordial/distante.</li><li>– Actitud básica de contacto: cooperación (en flujo) /competición (en asimetría).</li><li>– Autoestima: profesional con una alta/buena/baja autoestima.</li><li>– Respuesta al tono emocional del paciente: reactivo/proactivo.</li><li>– Manera de reaccionar ante los retos del paciente: contención emocional/sin contención.</li><li>– Manera de acoger las emociones del paciente: empático/dispático/frialdad.</li><li>– Interés: atento/desatento.</li><li>– Preocupación: preocupado por el paciente/no preocupado.</li><li>– Uso del poder: comparte decisiones democráticamente/no las comparte.</li><li>– Manera de reaccionar frente a situaciones que entorpecen las previsiones que hemos hecho: con paciencia/no paciente.</li></ul>
<b>Eje cognitivo- conductual</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>– Habilidades extensivas: capaz de saltar de una a otra modalidad de entrevista/incapaz.</li><li>– Habilidades focales: uso apropiado de habilidades concretas/no uso o uso inapropiado para cada modalidad de entrevista.</li><li>– Manejo de la incertidumbre: tolerancia/no tolerancia.</li><li>– Capacidad de evocación: innovación cognitiva o conductual/fosilización cognitiva o conductual.</li><li>– Capacidad para remodelar reglas de decisión: capaz de aplicar nuevas reglas/incapaz.</li></ul>

## **2.5 Valoración del perfil del médico de familia como entrevistador**

Para evaluar el proceso de comunicación, Pendleton (et al., 1984) planteó el requisito de considerar todos los resultados de la consulta, desde los instantáneos (satisfacción, comprensión, recuerdo), a los intermedios (cumplimiento) y a los tardíos (cambio en salud). De acuerdo a lo anterior, una estrategia obvia para incrementar el cumplimiento sería la de aumentar la calidad de la información dada, comprobando su comprensión e identificando potenciales barreras al cumplimiento para adoptar las medidas oportunas. Actualmente se le exige a un profesional que tenga una suficiente “amplitud competencial” (Borrell, 2004a) que le permita adaptarse a diferentes modalidades de entrevista para poder resolver diversas situaciones clínicas.

Las habilidades de comunicación son precisas, pueden ser contempladas y examinadas (Pendleton et al., 1984; Kurtz et al., 1984). Sin embargo, evaluar la capacidad de comunicación durante la entrevista clínica es un proceso de extraordinaria complejidad, dado que se precisa valorar una interacción diádica donde aparece un amplio abanico de posibilidades. En este sentido, la entrevista clínica, ha sido materia de estudio cada vez más pormenorizada, tanto desde el mundo anglosajón (Stewart et al., 1993) como la investigación generada a nivel nacional (Ruiz Moral et al., 2002).

Las escasas referencias relacionadas con las habilidades comunicativas en nuestro país reflejan que los perfiles están muy centrados en torno a la agenda del médico, por lo que se ha realizado una escasa exploración de las emociones del paciente, su estado de ánimo o repercusiones del problema (Ruiz Moral et al., 2002 y 2014). Para facilitar la evaluación de las capacidades en comunicación de los profesionales se ha propuesto el uso de cuestionarios que permitan homogeneizar y validar la medición de las principales características del acto clínico. Para ello, y desde mitad del siglo XX, se han desarrollado numerosos instrumentos de evaluación de entrevista clínica desde diversos modelos explicativos. Algunas herramientas están más orientadas a medir elementos cognitivos, otros más a examinar comportamientos, y los menos al estudio de los aspectos emocionales. El instrumento de evaluación que se precisa para esta tarea debe tener una serie de requisitos (Kraan et al., 1995):

- Estar orientado en un modelo de entrevista subyacente.
- Tener bien definidas las habilidades comunicacionales y los métodos utilizados para su medición.
- Presentar, de forma previa, suficientes niveles de fiabilidad interobservador, intraobservador e intercasos.
- Tener documentada su validez de contenido.
- Haber comprendido bien los ítems y su forma de puntuación.
- Que pueda ser utilizado tanto en los procesos de formación como de evaluación.

Hasta hace poco, los métodos disponibles para la evaluación de las habilidades en entrevista clínica se encontraban escasamente desarrollados, con una fiabilidad y validez muy diversa y, en cualquier caso, no estudiada en el ámbito español (Stewart et al., 1999). Diferentes instrumentos de medida, como el de Cox y Mulholland (1993), el Leicester Assessment Package (Fraser et al., 1994) o el desarrollado por Hays (1990), evalúan exclusivamente el perfil comunicacional y no las habilidades clínicas globales de los médicos, lo que hace que los resultados que ofrecen sean más restrictivos y específicos. Además, los índices de validez, fiabilidad y aplicabilidad de estos instrumentos son muy variados (Kraan et al., 1995; Boon y Stewart, 1998).

En las últimas décadas se han desarrollado en España diferentes herramientas para considerar la comunicación clínica de forma concreta o junto a otras habilidades clínicas. Gervás et al. (1991) diseñaron un protocolo para examinar las consultas de medicina general basado en modelos teóricos de análisis de contenidos e interacción didáctica, aunque su uso se ha limitado al análisis de audio de fragmentos de entrevistas clínicas sin existencia de información sobre su validez y fiabilidad. También Girón y Sánchez (1998) propusieron una escala para evaluar las habilidades psicodiagnósticas del

médico, pero sin copiar un modelo teórico específico de entrevista, no estando tampoco validada para emplearla en analizar la comunicación médico-paciente en la esfera de la medicina clínica.

El cuestionario GATHA es una herramienta para evaluar la comunicación clínica en el contexto español y en el ámbito de la atención primaria. Este instrumento se fundamenta en otro más extenso que, basado en modelos de entrevista conocidos y aceptados en nuestro país (Borrell, 1989; Stewart et al., 1995), fue validado inicialmente por consenso entre expertos en comunicación clínica (Prados et al., 1996). Es un cuestionario que, en su versión extensa (GATHA Base) tiene 45 ítems, y en su versión abreviada (el GATHA-RES) 27 ítems (tabla 9).

Se lleva a cabo en en tres ejes (eje general de actitudes y características del entrevistador, eje de tareas y eje de habilidades de comunicación) lo cual permite centrar la atención en cada visualización en unos determinados ítems. Su función es evaluar de forma exclusiva el perfil comunicacional, no las habilidades clínicas, lo que le confiere unas características más específicas y restrictivas. Al ofrecer respuestas tipo listado de verificación, y no con jerarquías de gradación tipo Likert, aporta mayor objetividad, aunque puede ofrecer menor información, al tiempo que haría más simple el procedimiento de entrenamiento de los observadores. Este cuestionario ha sido validado para la población de médicos residentes en medicina de familia, con resultados que la avalan como una herramienta fiable entre observadores con una alta consistencia interna (Ruiz Moral et al., 2001a). Se propuso como la herramienta más específica, fiable y válida, que aporta experiencia práctica en el ámbito de la investigación y puede ser aplicada para la formación de carácter no sumativo de los residentes de medicina de familia.

**Tabla 9. Cuestionario GATHA-RES**

<b>Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador</b>
1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?
<b>Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales</b>

<p>7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista? Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:</p> <p>8. ¿Evolución cronológica?</p> <p>9. ¿Localización?</p> <p>10. ¿Factores que lo modifican?</p> <p>11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?</p> <p>12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?</p>
<p>Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:</p> <p>13. ¿Estado de ánimo?</p> <p>14. ¿Acontecimientos vitales estresantes?</p> <p>15. ¿Entorno sociofamiliar?</p> <p>16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?</p> <p>17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?</p> <p>18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?</p> <p>19. ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?</p> <p>20. ¿Se despide del paciente?</p>
<p><b>Ítems del eje 3. Habilidades técnicas</b></p>
<p>Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:</p> <p>21. ¿Contacto visual-facial?</p> <p>22. ¿Señalamientos?</p> <p>Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:</p> <p>23. ¿Ejemplificación?</p> <p>24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?</p> <p>Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:</p> <p>25. ¿Respuesta evaluativa?</p> <p>26. ¿Exploración de creencias?</p> <p>27. En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?</p>

La experiencia previa para el desarrollo de instrumentos para evaluar la comunicación clínica (Ruiz Moral et al., 2001a y 2001b) llevaron a un grupo de investigadores españoles a crear la escala CICAA. Se trata de un instrumento diseñado para valorar la relación clínica desarrollada entre un profesional de la salud y un paciente. Evalúa aspectos globales o parciales de la relación clínica, se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza o para la investigación.

El concepto de relación clínica en el que se basa la escala CICAA (Ruiz y Pérula, 2006) está delimitado por tres elementos:

- Tareas comunicativas generales
- Habilidades comunicativas estratégicas
- Elementos comunicativos básicos

La escala propuesta es de carácter multidisciplinar, incluyendo esquemas de más de una categoría que se usan de forma independiente lo que favorece la visión multidimensional de la interacción clínica. Así, las categorías o metaclases empleadas son de contenido, de actos de habla (*speech acts*) o instrumentales, de comunicación no verbal y de valoración afectiva. Los estudios realizados con la escala CICAA permiten asegurar que es una herramienta genérica de valoración de la comunicación clínica centrada en el paciente que puede utilizarse en diferentes contextos y situaciones clínicas, ya que demuestra ser fiable, válida y eficiente (Gavilán et al., 2010). La escala CICAA-2 (modelo estándar) se presenta en el anexo 3.

## 2.6 La formación de los médicos residentes en comunicación

El Programa Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria (Comisión Nacional de la Especialidad, 2005) contempla la comunicación asistencial como una competencia esencial junto al razonamiento clínico, la gestión de la atención y la bioética (tabla 4). Considerando que un médico de familia realizará más de 200.000 consultas durante su carrera profesional, y en todos estos contactos tiene tanto que obtener como dar información, siendo fundamental no sólo el contenido sino el modo en que se hace, la comunicación se convierte en una de las principales herramientas del profesional en su actividad laboral. Las metas a conseguir durante el periodo formativo de la residencia en Medicina Familiar y Comunitaria se exponen en la tabla 10.

**Tabla 10. Objetivos generales del Programa Formativo de Medicina Familiar y Comunitaria en el área de comunicación**

- a) Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada
- b) Reconocer y detallar el/los problema/s de salud que presenta el paciente
- c) Consensuar con el paciente la acción más apropiada para cada problema
- d) Educar e informar según las necesidades del paciente
- e) Emplar el tiempo y los recursos adecuadamente

Por tanto, la formación en comunicación asistencial y entrevista clínica supone un elemento de vital importancia. No obstante, esta formación se ha incluido en casi todas las Unidades Docentes de España, pero generalmente de forma poco sistematizada. Una de las experiencias más avanzadas en nuestro país se basa en el modelo biopsicosocial, sistematizado en una entrevista semiestructurada que ayuda de manera coherente a explorar y solucionar una gran variedad de situaciones en Atención Primaria (Ruiz Moral et al., 2002).

Para conseguir estos objetivos, el MIR debe conseguir las habilidades, conocimientos y actitudes progresivamente, al igual que el grado de responsabilidad exigido. De forma general, se establecen 3 niveles de



aprendizaje para las diferentes competencias (Comisión Nacional de la Especialidad, 2005):

- Prioridad I (tabla 11): competencias indispensables que deben ser conseguidas por todos los residentes, puesto que su no adquisición cuestiona la aptitud del médico en formación.
- Prioridad II (tabla 12): competencias importantes a adquirir por la mayoría de médicos residentes.
- Prioridad III (tabla 13): se considera nivel de excelencia y, por tanto, deben trabajarse una vez que los anteriores niveles se han conseguido.

**Tabla 11. Competencias de prioridad I en comunicación para médicos residentes de MFyC**

Indaga el origen y la historia del problema/s de salud del paciente. Averigua la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud.  
Se da cuenta de la información obtenida de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud  
Genera y comprueba múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia  
Se asegura de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema  
Comprueba que el paciente y/o su familia comprende el proceso y las pruebas diagnósticas recomendadas  
Se asegura de que el paciente y/o su familia comprende los planes de tratamiento pertinentes  
Acuerda con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas  
Promueve la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento.  
Negocia cuando es preciso.  
Calma el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia. Asegura la satisfacción del paciente y/o su familia. Garantiza su satisfacción en su relación con el paciente

**Tabla 12. Competencias de prioridad II en comunicación para médicos residentes de MFyC**

¿Identifica los modelos más relevantes de entrevista clínica? ¿Sabe las fases en que se desarrolla la entrevista clínica? ¿Reconoce la influencia de los factores ambientales en la comunicación clínica?  
¿Domina las principales técnicas de comunicación verbal, de la comunicación no verbal y de la escucha activa? ¿Entiende los elementos esenciales que modulan el paralenguaje?  
¿Reconoce los problemas más frecuentes que aparecen en la relación médico-paciente?  
¿Sabe la influencia de los factores personales en la entrevista clínica?  
¿Conecta con el paciente y/o su familia y/o sus cuidadores? Saludando cordialmente y llamando al paciente por su nombre. Demostrando interés y respeto y acompañando en la acomodación  
¿Maneja las habilidades específicas necesarias para comunicar con niños, adolescentes, ancianos y población inmigrante?

¿Delimitar el/los motivos de consulta? Identificando los problemas o temas que el paciente libremente quiere tratar. Escuchando activamente sin interrumpir la entrada del paciente. Confirmando la lista de problemas. Negociando la agenda de la consulta.

¿Extrae la información relevante? Animando al paciente a 'contar' a su modo la historia de el/los problemas. Captando y siguiendo las pistas verbales y no verbales más relevantes. Haciendo un uso juicioso de los diferentes tipos de preguntas, de las facilitaciones, de las clarificaciones, de la solicitud de ejemplos, de los señalamientos, de las interpretaciones y de las técnicas de control de la entrevista. Verificando la información obtenida mediante la realización de resúmenes

¿Establece una relación terapéutica y de confianza? Demostrando un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual-facial, postura y posición, movimientos, expresión facial, uso de la voz. Utilizando la historia clínica, el ordenador, los informes, recetas, etc. sin interferir en el diálogo o la conexión. Legitimando y aceptando el punto de vista del paciente y/o su familia sin Juzgarlo. Mostrando empatía y ofreciendo apoyo. Tratando con sensibilidad los temas embarazosos, los motivos de sufrimiento y la exploración física. Demostrando un interés genuino por el paciente.

¿Acompaña adecuadamente la exploración física? Pidiendo permiso. Explicando lo que se va a hacer y por qué. Compartiendo con el paciente los hallazgos.

¿Llega a acuerdos sobre la naturaleza del problema, la información y el plan de actuación? Proponiendo explicaciones y planes directamente relacionados con la forma en que el paciente y/o su familia ven el/los problemas. Facilitando la bidireccionalidad. Utilizando las técnicas de negociación y persuasión apropiadas. Proporcionando la información de forma clara y concisa y en la cantidad

apropiada (ni escasa ni excesiva). Implicando al paciente y/o su familia en la toma de decisiones hasta donde ellos decidan

¿Conoce y maneja las habilidades específicas necesarias para dar malas noticias al paciente y/o a su familia, comunicar con los pacientes terminales, obtener la historia sexual, comunicar con pacientes con hábitos de riesgo y problemas de adicción?

¿Cierra la entrevista adecuadamente? Resumiendo, los puntos más importantes de la entrevista, especialmente los cometidos de cada uno de los participantes: médico, paciente y/o familia y/o cuidadores. Previendo las posibles evoluciones y la actuación más adecuada en cada caso. Despidiendo cordialmente a los consultantes.

¿Permite la comunicación tanto de información como de pensamientos y emociones en la consulta?

¿Muestra un respeto incondicional hacia los pacientes, sus familias y sus cuidadores (aunque no necesariamente a sus acciones)?

¿Muestra respeto hacia la autonomía y la individualidad del paciente?

¿Muestra disposición a compartir parte del proceso diagnóstico y terapéutico con los pacientes, sus familias y sus cuidadores?

¿Muestra disposición a trabajar con pacientes de diferentes estratos sociales y personalidades?

¿Muestra curiosidad y presta atención a las diversas dimensiones de la enfermedad (biológica, psicológica y social) que pueden darse simultáneamente?

¿Muestra una actitud abierta, de curiosidad y predispuesta a explorar nuestras propias actitudes, creencias y expectativas, derivadas de nuestra condición de médicos?

**Tabla 13. Competencias de prioridad III en comunicación para médicos residentes de MFyC**

¿Maneja y conoce las habilidades específicas necesarias para comunicar con los pacientes con problemas sensoriales/de comunicación, los pacientes poco comunicativos, los pacientes deprimidos, los pacientes ansiosos, los pacientes enfadados/agresivos, con las familias de los pacientes?

¿Maneja y conoce las habilidades específicas necesarias para facilitar la comunicación de los miembros de la familia entre sí y para comunicar con los pacientes de culturas diferentes?

¿Maneja y conoce las habilidades específicas de la 'Entrevista Motivacional'? Conoce los estadios y el proceso del cambio de hábitos. Desarrolla la empatía y fomentar la autorresponsabilidad en dicho proceso de cambio. Maneja las preguntas abiertas, la escucha reflexiva, los sumarios, la positivización y el fomento de la autoeficacia. Conoce y maneja habilidades de persuasión.

¿Maneja y conoce las habilidades específicas necesarias para el 'Control de las Emociones' en la consulta?

¿Maneja y conoce las habilidades específicas necesarias para comunicar en 'Pequeños grupos' (grupos de pacientes, grupos de trabajo)?

¿Maneja y conoce los elementos éticos que influyen en la comunicación médica? El consentimiento informado.

La enseñanza en comunicación asistencial y entrevista clínica se reconoce muy necesaria en el programa de la especialidad de MFyC. Para que se produzcan los cambios deseados se han desarrollado y aplicado estrategias de formación en el contexto de la medicina de familia donde se incluyen aquellos componentes óptimos más aceptados internacionalmente que permitan identificar, ensayar, demostrar y evaluar habilidades de comunicación específicas. Los métodos de aprendizaje son, pues, múltiples y centrados en la práctica clínica y la revisión del acto clínico (tabla 14). Durante el periodo de residencia adquiere mucha importancia el modelado de conducta, consistente en la enseñanza al médico residente de las actitudes de base a partir de un tutor que se toma por guía o referente (Borrell, 2004a).

**Tabla 14. Métodos de aprendizaje para las competencias de comunicación aconsejados durante la residencia de MFyC**

<b>Autoaprendizaje</b>	-Lectura bibliográfica recomendada - Cursos a distancia -Trabajo con videos
<b>Aprendizaje de campo</b>	-Desarrollo de proyectos o informes -Demostraciones (reales o en videograbación) -Trabajo con pacientes simulados y juego de roles -Feed-back basado en la observación directa o en videograbaciones de consultas reales -Trabajo en consulta y específico tutor-residente
<b>Cursos</b>	-Se recomienda que el contenido teórico sea impartido mediante exposiciones participativas cortas
<b>Trabajo grupal</b>	-Para entrenar y dominar las habilidades, se recomiendan grupos pequeños (6-8 personas), donde se aporten experiencias propias, discutir problemas comunes y sugerir alternativas reales y útiles para cada profesional -Utilizar técnicas de juego de roles y de trabajo con videograbaciones de pacientes reales (oportunidad de “experimentar” las habilidades de comunicación de forma supervisada y en condiciones de “bajo riesgo”)
<b>Talleres</b>	-Talleres avanzados encaminados a adquirir habilidades específicas, fundamentalmente de prioridad III

## 2.7 La videograbación como herramienta de aprendizaje

Las habilidades comunicativas deben ser aprendidas y se deben enseñar, ya que no son un rasgo personal inalterable, sino que se han de instruir con el mismo rigor que se muestran las técnicas de exploración clínica porque la experiencia en sí, en este caso, puede conducir al MIR por caminos erróneos (Borrell, 2004a). Para el examen de las técnicas se recomienda que se usen métodos estandarizados y objetivos. El segundo informe Kalamazoo (Duffy et al., 2004) resume las herramientas empleadas por los investigadores, los docentes y los evaluadores en la valoración de la relación médico-paciente. Se señalan 3 procedimientos básicos para la evaluación de la comunicación y las habilidades interpersonales:

- Valoración de la interacción médico-paciente mediante listados de comprobación.
- Valoración de los conocimientos y actitudes mediante exámenes (orales, escritos o preguntas de elección múltiple).
- Valoración de las experiencias de los pacientes mediante encuestas.

Estos métodos se han integrado a los distintos instrumentos de evaluación, las cuales deben reunir criterios de validez, fiabilidad, generalización y credibilidad y que se podrían clasificar en cinco categorías:

1. Valoración de las entrevistas con pacientes reales mediante observación directa.
2. Valoración de las entrevistas con pacientes simulados estandarizados.
3. Valoración de entrevistas grabadas (audio-grabadas o videograbadas).
4. Encuestas a pacientes.
5. Exámenes de conocimientos, percepciones y actitudes.

El modo más eficaz en el aprendizaje y la evaluación de la competencia en comunicación interpersonal supone un programa de diversos métodos de análisis, aunque no todas las herramientas presentan igual validez en sus propiedades psicométricas, como la validez y la fiabilidad (Duffy et al., 2004; Kogan et al., 2009). En los estudios de grado adquiere importancia el role play como técnica de evaluación, pues facilita al docente la observación y comprobación de los aprendizajes alcanzados por los estudiantes mediante una actividad lúdica, en donde ellos deben aplicar los conceptos y elementos estudiados durante el semestre acerca de la entrevista de selección de personal. Una reciente investigación sobre el uso de la estrategia de simulación (o juego de roles) en la docencia universitaria muestra que se trata de una estrategia efectiva para la adquisición de la competencia de entrevistar y explorar y favorece el desarrollo de aprendizaje significativo en el estudiantado (Suárez-Cretton et al., 2020).

En la formación postgraduada se ha establecido un modelo centrado en el discente, que se aleja de contenidos prefijados y estándares para acercarse a las necesidades reales del profesional (Ruiz Moral et al., 2002; Borrell, 2004a; Valverde et al., 2016). Ello supone el empleo de una metodología concreta para afrontar satisfactoriamente el proceso de enseñanza-aprendizaje de las técnicas comunicativas. Básicamente, se trata de lograr modificaciones de la conducta a través de métodos llamados “experienciales”, que incorporan la observación, el *feedback* y el ensayo de las técnicas de comunicación. La enseñanza se completará adquiriendo las actitudes y conocimientos necesarios.

La grabación de entrevistas reales se aproxima a esa pedagogía, con una posterior reflexión compartida por otro profesional experto. La videograbación de la consulta es un potente recurso de aprendizaje específico que ayuda a valorar y a mejorar la capacidad comunicativa del médico residente basándose en experiencias reales (Themessl-Huber et al., 2008; Henry et al., 2013; Valverde et al., 2016). Es una metodología extendida en prácticamente todas las Unidades Docentes de MFyC de España y se procede del siguiente modo:

- Se invita a los residentes a elegir un momento de la actividad asistencial para realizar una grabación de la consulta a demanda, habitualmente con una duración de una hora.
- La cámara se instala de forma visible en la consulta, para que pueda ser advertida tanto por el paciente como por el profesional.
- El paciente es advertido de la grabación, se le pide permiso (y el permiso queda grabado en vídeo).
- El profesional que se graba es quien activa la grabación, tras el consentimiento del paciente. Si no lo da, se detiene de inmediato la videograbación
- Las grabaciones son custodiadas por el propio profesional que es grabado, para después ser analizadas en grupos con profesionales expertos. El discente habrá visualizado la cinta y escogerá aquellos fragmentos sobre los que desee comentarios o aportaciones.

### **3. Relación de la oferta de actividades preventivas con las habilidades de comunicación**

Los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares, farmacéuticos...) suponen el colectivo social con mayor competencia para influir positiva o negativamente sobre las conductas de salud de la población. Cabe destacar que en medicina clínica preventiva la educación sanitaria de las personas sin síntomas es competencia de todo el equipo médico sanitario, si bien hay que identificar que el papel más importante corresponde a los profesionales que tienen mayor contacto asistencial con la población que atiende, y no únicamente es misión del médico.

#### **3.1 Prevalencia y barreras para la oferta de actividades preventivas**

Todos los profesionales de la salud desempeñan un doble papel como educadores sanitarios, sobre todo en los servicios de Atención Primaria de Salud (Taylor 1981). Por un lado, actúan como educadores pasivos (o ejemplares), asumiendo un papel positivo y ejemplar, ya que en caso opuesto sus consejos educativos estarán exentos de credibilidad (Salleras, 1988). Estas clásicas indicaciones tienen su figura actual en investigaciones sobre médicos de Atención Primaria donde existe una vinculación entre los estilos de vida de los médicos de atención primaria y las actividades preventivas realizadas a sus pacientes (Fonseca et al., 2013). El contacto frecuente durante cualquier acto clínico en los centros de APS, la veracidad de que gozan y la situación de demanda de ayuda con la que muchas ocasiones acuden los pacientes a la consulta son factores óptimos para una alta eficacia de la labor preventiva y de

promoción de la salud de los profesionales sanitarios (Salleras, Martín, Bertrán et al., 1994). Estas características le conceden un lugar único para reconocer el momento en que el paciente es consciente finalmente de la necesidad y conveniencia del cambio de conducta (Stokes, 1987). La población general piensa que los médicos conforman una fuente de información más creíble y fiable en los temas relacionados con la salud, mientras que a veces son los propios profesionales de la salud quienes infravaloran la cantidad de información que el paciente desea realmente conocer, con lo cual se pierden oportunidades de llevar a cabo una acción educativa (Córdoba y Nebot, 2005).

No obstante, las recomendaciones de los profesionales sanitarios tienen poca presencia en la actividad clínica cotidiana (Rodríguez Ibáñez et al., 2001; Wallace et al., 2006; Talley et al., 2011), ofertándose en menos del 40% de los actos sanitarios incluso tras recibir una formación específica (Ballbè et al., 2009; Sreeramareddy et al., 2010; Talley et al., 2011) y pese a tener una eficacia demostrada (PAPPS, 2020). Los médicos del ámbito hospitalario ofertan menos frecuentemente actividades de prevención y de promoción de la salud que sus colegas del centro de salud (Juárez et al., 2014; Maestre-Miquel et al., 2016) e incluso que otros médicos europeos de Atención Primaria (Kloppe et al., 2005). Sin embargo, escasean los estudios que valoren la oferta global de actividades preventivas en la consulta a demanda de Atención Primaria (Paniagua et al., 2010; Weinehall et al., 2014; Ramos Morcillo et al., 2014), con prevalencias que oscilan de un 10 a un 40%.

Habitualmente, hay significativas discrepancias en la oferta de actividades de prevención por los médicos de Atención Primaria (Weinehall et al., 2014) relacionadas con formación escasa, insuficiente tiempo de consulta o poca motivación del paciente o del profesional, todo esto dentro de un complicado escenario que engloba rasgos socioeconómicos de la población atendida, tales como los ingresos económicos o la educación (Twardella y Brenner, 2005; Romero y Romero, 2010). Las limitaciones percibidas por los profesionales sanitarios para llevar a cabo tareas de prevención y promoción de la salud aluden a la escasa formación, el poco tiempo percibido para su realización, el no considerarlo su obligación o la falta de motivación del profesional o del paciente (Aalto et al., 2005, Ballbè et al., 2009; Twardella y Brenner, 2005). La motivación del profesional tiene un papel muy importante, donde diferentes elementos subjetivos parecen centrar la justificación para la falta de actitud: la impresión negativa de los profesionales sobre la utilidad del consejo (Tremblay et al., 2001; Cerrada et al., 2005; Kloppe et al., 2005), la baja predisposición de los pacientes ante las advertencias que emiten los sanitarios y el autoconocimiento del riesgo que asume el consumidor al consumir (Cerrada et al., 2005; Alba et al., 2013; Weinehall et al. 2014).

En otras investigaciones se han recopilado distintas variables que pueden influir en la oferta de consejo clínico contra el consumo de sustancias tóxicas, como el sexo, la edad, la procedencia de los EIR o el consumo personal de drogas (Juárez et al., 2014). Tremblay (et al., 2001) halló diferencias en la emisión del consejo según el sexo (las mujeres proporcionan más consejo), la especialidad (aconsejan más los médicos generales o los internistas que los pediatras), la edad, la situación geográfica (se ofrece más consejo en el ámbito urbano) y el propio consumo del profesional. Otros estudios, en cambio, no encuentran diferencias según el sexo del profesional sanitario a la hora de realizar prevención (Cerrada et al., 2005; Kaner et al., 2007; Hull et al., 2008). Según la edad del profesional, se ha visto en algunos estudios que los sanitarios de mayores ofrecen con más frecuencia consejo contra el consumo de sustancias adictivas (Lumbreras et al., 2002; Kaner et al., 2007) mientras que otros estudios tampoco no demuestran diferencias por edad (Cerrada et al., 2005).

### **3.2 Influencia de las habilidades en comunicación clínica para la oferta de actividades preventivas**

Los médicos residentes de MFyC, en su paso por los centros de salud durante el último año de la formación especializada, incorporan a su labor asistencial las actividades preventivas en un elevado número de actos clínicos (Paniagua et al., 2010; Juárez et al., 2014). Cuando se emplean cuestionarios como diseño de investigación, los residentes tienen una autopercepción elevada de la realización de estas actividades (Juárez et al., 2014), sobre todo en actividades tan normalizadas en consulta como el consejo contra tabaco y alcohol. Por el contrario, se obtienen resultados inferiores cuando se realizan auditorías de historias clínicas (Talley et al., 2011) o si se valoran las videograbaciones de las consultas reales (Paniagua et al., 2010). Se han citado distintas barreras para la realización de actividades de prevención y promoción de la salud en las consultas a demanda de los médicos de familia: la actitud del profesional (basada en la mayor o menor sensación de autoeficacia), la receptividad de la población a estos mensajes y la organización de la atención sanitaria (Nebot et al., 2007; Parmelli et al., 2011; Weinehal et al., 2014). El escaso entrenamiento o conocimiento es una barrera recurrente en los estudios consultados (Balbé et al., 2009; Ramos-Morcillo et al., 2014) por lo que, en el caso de los MIR, es necesaria la adquisición de competencias en esta materia mediante una formación reglada que les permita adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para su desempeño.

Dentro de esas habilidades que le permitirán ofertar actividades preventivas a la población se ha postulado el aprendizaje de técnicas de comunicación, fundamentales para el triunfo de las relaciones entre médico y paciente. En este sentido, la optimización del uso de técnicas propias de la



entrevista clínica durante el acto sanitario facilitaría el constituir una buena relación con el paciente y la familia, lograría una comprensión favorable de los problemas de salud y aumentaría la información sobre las deseables conductas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

En el área de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, la comunicación aparece como un elemento prioritario (Comisión Nacional de la Especialidad, 2005) que además parece ser una habilidad fundamental para ofertar actividades preventivas. Es por ello necesario estudiar si los médicos residentes con mayores habilidades comunicativas pueden tener una mayor confianza sobre la propia capacidad para poner en práctica un comportamiento específico en consulta para la oferta de actividades de prevención y promoción de la salud (Ramos-Morcillo et al., 2014).

# Objetivos

# Objetivos

## 1. Objetivo general

Relacionar las habilidades en comunicación del médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria con la propuesta de actividades de prevención en la consulta a demanda de Atención Primaria.

## 2. Objetivos específicos

- Conocer las características de las acciones preventivas ofertadas por los médicos residentes en la atención clínica a demanda.
- Cuantificar las habilidades comunicacionales de los médicos residentes durante la entrevista clínica de la consulta a demanda en el centro de salud.
- Determinar las variables del paciente y del propio acto clínico relacionadas con la realización de actividades preventivas por el médico residente.
- Analizar la importancia del sexo y la edad del médico interno residente para la oferta de tareas de prevención y las destrezas comunicativas.

# **Material y métodos**

# Material y métodos

## 1. Diseño del estudio

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal por medio del análisis de entrevistas clínicas grabadas en vídeo durante la consulta a petición de los pacientes reales en los centros de salud docentes de la provincia de Jaén.

Dada la dificultad para la valoración en directo de las consultas, se optó por este diseño, el cual permite una evaluación en detalle de cada encuentro clínico sin alterar el transcurso del mismo, siendo una herramienta docente usual empleada en la enseñanza de los residentes de medicina familiar (Gavilán 2010, Paniagua 2010).

## 2. Periodo de estudio

Las tareas de campo tuvieron lugar durante los meses de junio del 2016 a septiembre del 2017.

Se han valorado las entrevistas clínicas videograbadas realizadas por los MIR durante los años 2014-2017, usando grabaciones previas de los años 2011 a 2013 hasta conseguir el tamaño de muestra necesario. Todo ello con la ayuda de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén, la cual custodia dichas videograbaciones como material docente y de investigación.

## 3. Población de estudio

La población de referencia estaba formada por los especialistas internos residentes de Medicina de Familia de cuarto año de su formación especializada, momento en el que se encuentran desarrollando su trabajo de forma continuada durante el último año formativo en su centro de salud correspondiente.

Se incluyeron los centros docentes de la provincia de Jaén (6 centros urbanos y 2 rurales), con 15 residentes por promoción, donde se realizan habitualmente grabaciones en vídeo de su labor clínica en la consulta a demanda, para posteriormente visualizarlas y analizarlas como objetivo docente dentro de su formación en comunicación en la rotación por Atención Primaria (CNE 2006).

### 3.1 Criterios de inclusión

Se han seleccionado las entrevistas clínicas videograbadas con una buena calidad visual y acústica, de forma que puedan verse sin dificultad tanto al médico residente como al paciente/s al tiempo que pueda escucharse el contenido íntegro de la consulta.

### **3.2 Criterios de exclusión**

Se descartaron del estudio aquellos residentes que no deseen que sus grabaciones sean empleadas con fines investigadores o que no realicen la videograbación por cualquier otro motivo.

Respecto a la calidad y contenido de las videograbaciones, se excluyeron si:

- Es la primera entrevista.
- El residente no se encuentra sólo en consulta (por la presencia del médico tutor u otro tipo de profesional sanitario).
- Las consultas son únicamente para demanda administrativa o están hechas por terceras personas sin que se encuentre presente el paciente.
- Las entrevistas son múltiples o familiares.

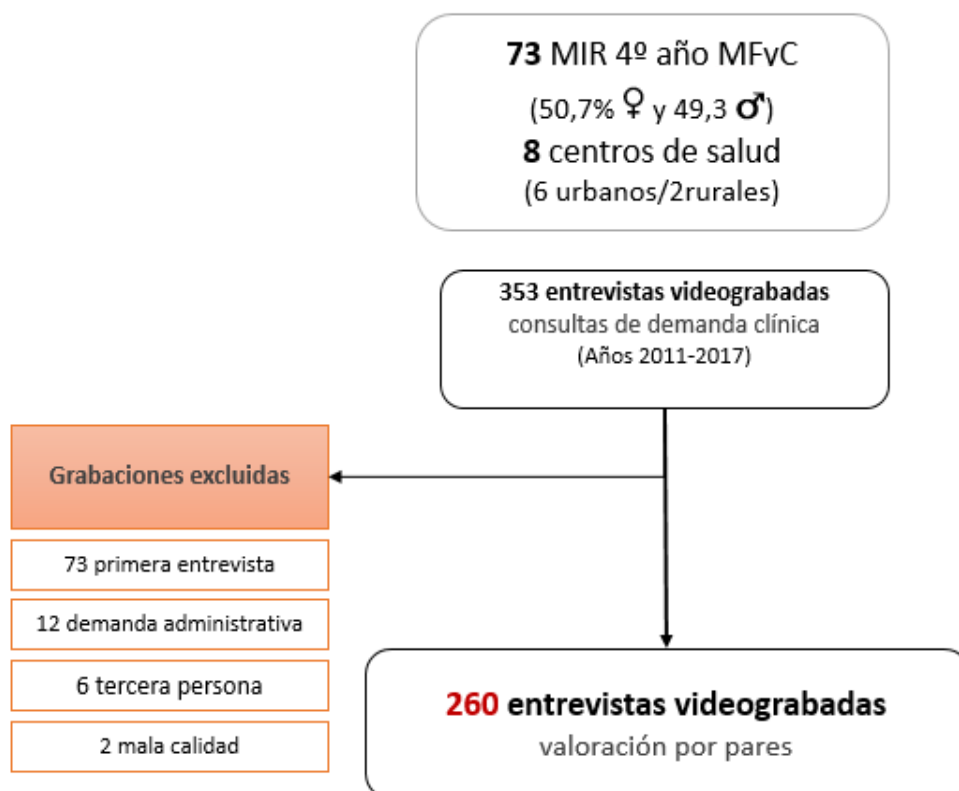
De un total de 353 entrevistas, se excluyeron un 20,6% por ser la primera entrevista, un 3,4% por ser una entrevista con una demanda exclusivamente administrativa, un 1,7% por acudir una tercera persona en representación del paciente y 0,6% por presentar una calidad visual o acústica deficiente (Figura 5).

### **3.3 Tamaño de muestra**

Se calculó el tamaño muestral estimando para una proporción del 40% de consultas médicas en las que se realiza alguna actividad de prevención (Paniagua, 2010), con un error alfa del 5% y con una precisión de  $\pm 5\%$ . Se estimó un total de 258 videograbaciones como número de entrevistas mínimo a valorar.

La muestra final estaba formada por 260 entrevistas que cumplen los criterios de inclusión, con la participación de 73 médicos residentes (Figura 5).

Figura 5. Diagrama de flujo de la selección de pacientes de la muestra



#### 4. Variables del estudio

##### 4.1 Variable dependiente

La realización de cualquier tarea de prevención en consulta a demanda por parte del médico residente es la variable principal. Se recogieron, durante la visualización de cada entrevista clínica, todas las tareas preventivas y de promoción de salud ofertadas por el MIR. Para su clasificación se utilizó la hoja de vaciado de datos del anexo 1 donde se categorizó cada actividad preventiva realizada en los siguientes apartados:

- I. Tipo de acción realizada: cribado, consejo o inmunización/profilaxis (USPTF, 2015).
- II. Tipo de actividad preventiva: primaria, secundaria o terciaria (PAPPS, 2014; USPTF, 2015).
- III. Área específica donde se realiza: cardiovascular, estilos de vida, prevención del cáncer, enfermedades infecciosas, salud mental, atención a la mujer, atención al anciano o atención al niño/adolescente (PAPPS, 2014) (anexo 2).

## 4.2 Variables independientes

Se recogieron otras variables relacionadas con:

I. El residente: sexo, centro de trabajo y habilidades en comunicación.

II. El paciente atendido: sexo y presencia de acompañante/s (sexo y relación con el paciente).

III. La consulta: número y tipos de motivos de consulta (especificando el principal y el/ los secundario/s), tipo de proceso (agudo/crónico), duración de la misma y de la actividad preventiva. Se considera tiempo de consulta desde que el profesional o el paciente comienzan a hablar en relación a la entrevista hasta que alguno de ellos diga la última palabra, incluyendo también cualquier gestualidad realizada anterior o posterior al inicio o despedida verbal.

Las habilidades en comunicación del médico residente se valoraron utilizando la escala CICAA-2 (anexo 3). Se trata de un instrumento validado para profesionales españoles que evalúa la relación clínica desarrollada durante el proceso asistencial (Ruiz et al, 2006; Valverde et al, 2016). Se basa en una valoración externa a través de la observación de la interacción (empleando la videograbación) y puede ser empleada para estudios de investigación. Presenta muchas similitudes con otras escalas de medición basadas en tareas y está delimitado por una serie de tareas comunicativas generales, habilidades comunicativas estratégicas y elementos comunicativos básicos. El sistema de codificación del CICAA-2 ofrece una visión multidimensional de la interacción.

## 5. Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante el empleo de una cámara de video, procediéndose a la grabación de aproximadamente una hora de la consulta a demanda. Cada Centro de Salud disponía de una videocámara modelo handycam, con disco duro interno y software apropiado para el manejo de las grabaciones, así como de un trípode.

Tras la grabación de la consulta a demanda, las grabaciones quedaban custodiadas por los responsables de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

En las nuevas grabaciones se entregó a los residentes (tras la realización de dicha grabación) una hoja de información sobre el estudio explicando los objetivos del estudio y solicitando su permiso (mediante la firma de un consentimiento informado y entregando una hoja informativa sobre el



estudio[anexo 4]) para realizar la investigación utilizando dichas grabaciones, mientras que para las grabaciones de pasados años la Unidad Docente posee un consentimiento por escrito de los residentes dando permiso para realizar las actividades investigadoras mediante el análisis de sus grabaciones. En cada grabación, los propios médicos se encargaron de informar a sus pacientes sobre la grabación del acto clínico y recoger los consentimientos informados usados de forma habitual para esta actividad docente.

De cada médico residente se escogieron y analizaron cinco entrevistas clínicas, realizadas de forma consecutiva durante una hora completa de grabación y tras descartar aquéllas que tengan algún criterio de exclusión. Las videograbaciones de las entrevistas fueron analizadas de forma independiente por dos evaluadores diferentes, quienes calificaron las habilidades comunicacionales y las características de las actividades preventivas de forma individualizada, registrando por escrito los valores obtenidos en el cuaderno de recogida de datos (anexo 1). En caso de que las puntuaciones obtenidas en las habilidades de comunicación fuesen diferentes entre los evaluadores, con una discrepancia superior al 15% de la puntuación, se realizó otra evaluación por un tercer evaluador.

Se ha formado previamente a los evaluadores por medio de personal con experiencia en comunicación clínica para homogeneizar la aplicación del cuestionario CICAA-2, mediante una formación teórica y visualizando otras entrevistas (diferentes a las del estudio) para practicar de forma tutelada antes de las evaluaciones. Se ha entregado a los residentes un resumen de toda la información recogida en el análisis de sus videograbaciones para realizar un *feed-back* docente.

La puntuación de los ítems de cada apartado del cuestionario CICAA-2 se realizó valorando de cero a dos puntos (o “no procede” en algunos casos). Se obtuvo una puntuación final en cada tarea (1 Conectar, 2 Identificar y comprender los problemas, 3-4 Acordar y Ayudar a actuar) y un valor final que se expresó como un porcentaje obtenido al ponderar sobre 100 cada tarea tras eliminar los ítems marcados como “no procede”. Posteriormente, se categorizó la puntuación resultante en comunicación excelente (>60%), adecuada (40-60%) o mejorable (< 40%).

## **6. Aspectos éticos**

El Comité de Ética de la Investigación Científica de Jaén aprobó el proyecto de investigación (Anexo 5) de acuerdo al RD 223/04. Se entregó la información pertinente al estudio por escrito a los médicos residentes participantes (mediante carta personal) y a los pacientes grabados durante las entrevistas clínicas (RD 223/2004, BOE de 7 febrero de 2004), solicitando la firma del consentimiento informado por parte de ambos, otorgando

expresamente libertad, compromiso e información a todos los participantes (art. 4, 8 y 9 de la Ley 41/2002; art 12 del RD 223/04). Se informó igualmente de los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición) regulados en la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal.

Tanto el desarrollo del trabajo como el diseño se ajustaron a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999). La base de datos para la explotación estadística no tiene referencias que puedan identificar a residentes ni pacientes, contando con un código cuya relación con la identidad de los participantes sólo conocerá el investigador principal.

## **7. Análisis estadístico**

Los resultados obtenidos se analizaron usando el programa estadístico informático SPSS (v 21.0) siendo registrados de forma anonimizada. Estos datos han sido introducidos por 2 miembros del equipo investigador, asignando un código a cada residente y depurando los resultados tras esta tarea para detectar posibles errores en el procesado de las bases de datos. Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para asegurar la normalidad de los datos y se comprobó la homocedasticidad de las varianzas.

► **Estudio descriptivo:** Los datos recogidos se mostraron como medias con sus proporciones y desviaciones típicas, ofreciendo también los intervalos de confianza (IC) al 95%.

► **Análisis bivariante:** Se compararon las habilidades en comunicación respecto a cada actividad preventiva ofertada en consulta (tipo de acción, tipo de actividad y área específica). Se propuso un nivel de significación estadística con valores de  $p < 0,05$ , aplicándose el test de la  $t$  de Student y el test ANOVA de una vía para la comparación de medias, y el test de la  $\chi^2$  para la comparación de proporciones (o sus correspondientes tests no paramétricos en caso de seguir la muestra una distribución no Normal).

► **Análisis multivariante:** la variable que se consideró con principal o dependiente es la oferta de actividades preventivas en consulta, categorizada como ordinal (0 no oferta, 1 oferta de actividades preventivas). Se realizó una regresión logística binaria por pasos hacia atrás para valorar su relación con el resto de variables recogidas, incluyendo aquellas variables con  $p < 0,25$  en el test de Wald. El ajuste del modelo final ha sido valorado con el test de Hosmer-Lemeshow.

## 8. Revisión bibliográfica

La búsqueda bibliográfica para obtener información sobre otros estudios publicados relacionados con el tema se realizó en la fuente de datos de MEDLINE a través de PubMed y en EMBASE, estableciendo la cota entre los años 2010 a 2021. Se consultaron otras fuentes de información como libros y tesis doctorales de la base de datos TESEO. También las referencias bibliográficas más relevantes utilizadas por otros autores y obtenida de revisiones y originales.

Los términos MESH para la búsqueda que se utilizaron fueron los siguientes:

- Internship and Residency
- Inservice Training
- Communication skills
- Health Communication
- Health Promotion
- Primary Care
- Preventive activities

La estrategia de búsqueda principal empleada fue la siguiente:

- *"Internship and Residency AND Physician-Patient relations AND Communication AND Primary healthcare"*

Para las citas bibliográficas se han utilizaron recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver).

# Resultados

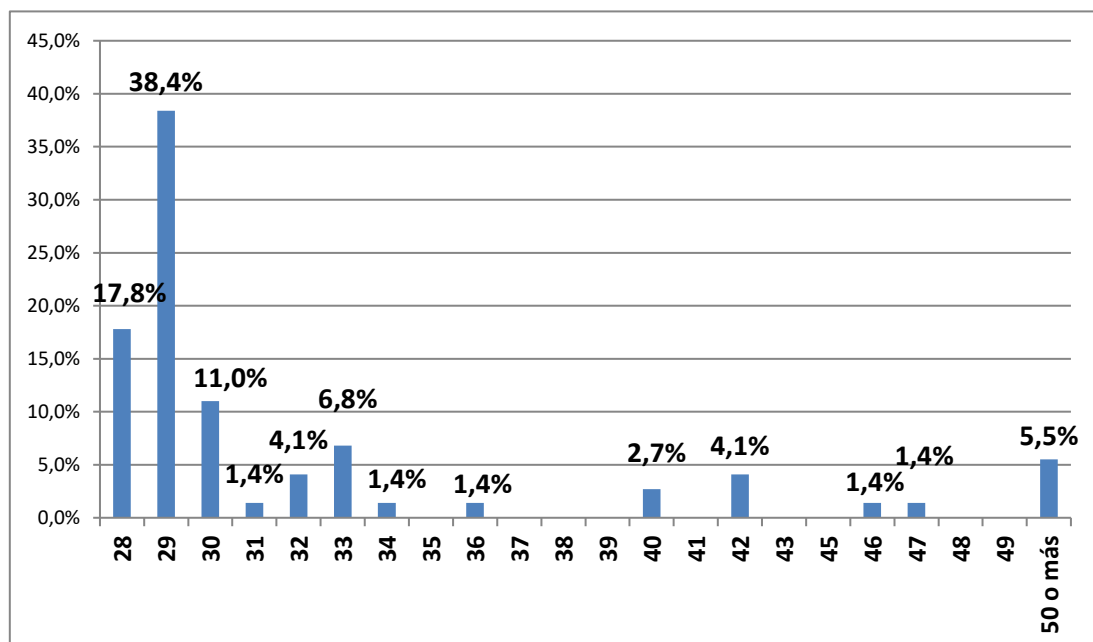
# Resultados

## 1. Perfil del médico interno residente

En el estudio participaron 73 médicos internos residentes de cuarto año, siendo 36 de ellos hombres (49,3%) y 37 mujeres (50,7%). La media de edad global fue de 32,9 años ( $\pm$  DE 7,7), con una mediana de 29 años y un rango de 30 años (el residente con menor edad tenía 28 años y el de mayor edad 58 años). No se hallaron diferencias en la edad según el sexo del residente. Las mujeres tenían una media de edad de 32,4 años ( $\pm$  DE 7,0), con una mediana de 29 años y un rango de 28 años (la menor con 28 años y la mayor con 56 años), mientras que los hombres reclutados tenían una media de edad de 33,3 años ( $\pm$  DE 8,3), con una mediana de 29 años y un rango de 30 años (el menor con 28 años y el mayor con 58 años).

La distribución porcentual por edad se muestra en la figura 6: el 73% de los MIR presentaron una edad igual o inferior a los 32 años, mientras que aproximadamente el 15% tenían una edad igual o superior a los 40 años.

**Figura 6. Distribución en porcentajes de los médicos internos residentes según su edad en años**



Un total de 58 MIR (79,4%) trabajaban en centros de salud de entorno urbano, mientras que los restantes 15 (20,6%) desarrollaban su actividad laboral en zonas rurales. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas por edad ni sexo en la distribución de los MIR entre centros de salud urbanos y rurales.

## 2. Características de las consultas a demanda auditadas

Se valoraron un total de 260 entrevistas clínicas de consultas a demanda de Atención Primaria, lo que suponía una media de 3,7 ( $\pm$  DE 2,2) entrevistas por médico interno residente. Las principales características de las consultas auditadas en función del sexo del MIR se presentan en la tabla 15. En los hombres se valoraron 120 entrevistas, lo que supuso una media de 3,9 entrevistas ( $\pm$  DE 1,9) por MIR hombre, sin diferencias significativas con las mujeres, a quienes se les estudiaron 140 entrevistas, con una media de 3,6 ( $\pm$  DE 2,5) por MIR mujer.

**Tabla 15. Características de las consultas a demanda auditadas en función del sexo del médico interno residente**

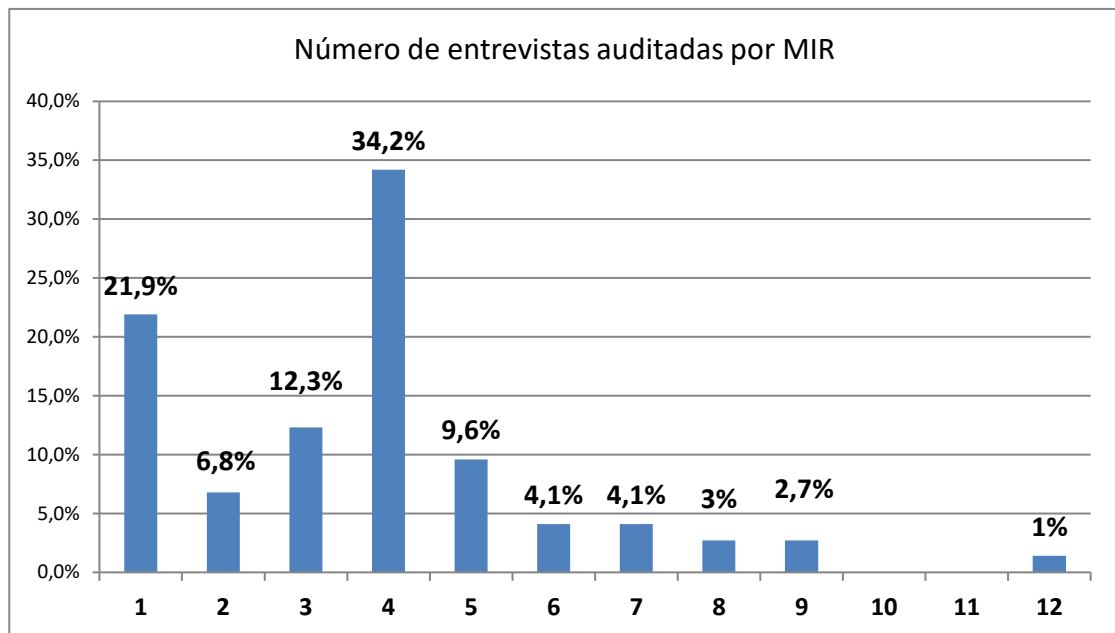
	Sexo del MIR	
	Mujer	Hombre
Tamaño de muestra	37	36
Nº entrevistas	140	120
Edad (años)	33,0 $\pm$ DE 8,3	33,4 $\pm$ DE 7,3
Centro		
• Urbano	20,7%	22,5%
• Rural	79,3%	77,5%
Sexo del paciente		
• Mujer	35,7%	55,8%
• Hombre	64,3%	44,2%
Presencia de acompañante	29,3%	25,8%
Sexo del acompañante		
• Mujer	61%	71%
• Hombre	39%	29%
Tiempo de entrevista (minutos)	8,9 $\pm$ DE 4,4	8,1 $\pm$ DE 3,5

La distribución porcentual del número de entrevistas que se auditaron se muestra en la figura 7. Se evaluaron 4 entrevistas al 34% de los residentes reclutados para el estudio, un 22% de ellos solo se pudo valorar una entrevista de las que tenían grabadas de acuerdo con los criterios de inclusión, y un 12% aportó tres entrevistas videogradas para su auditoría.

La duración media de cada entrevista fue de 8,5 minutos, con un intervalo de confianza al 95% de [0,66; 16,34 minutos]. No hubo diferencias en la duración por sexo, con un tiempo promedio de 8,9 minutos ( $\pm$  DE 4,4) en las MIR mujeres y de 8,1 minutos ( $\pm$  DE 3,5) en los MIR hombres. Tampoco se apreciaron diferencias significativas según la edad, de forma que los MIR con una edad igual o inferior a 32 años presentaron una duración media de cada entrevista de 8,8

minutos ( $\pm$  DE 3,9), mientras que aquellos con más de 32 años invirtieron una media de 8,4 minutos ( $\pm$  DE 4,0) en cada consulta a demanda. Igual ocurrió si se diferenciaba el medio rural del urbano, con una media de tiempo invertido en la atención de cada consulta de 8,1 minutos ( $\pm$  DE 3,4) en zona rural y de 8,6 minutos ( $\pm$  DE 4,1) en medio urbano.

**Figura 7. Distribución en porcentajes del número de entrevistas clínicas auditadas para cada médico interno residente**

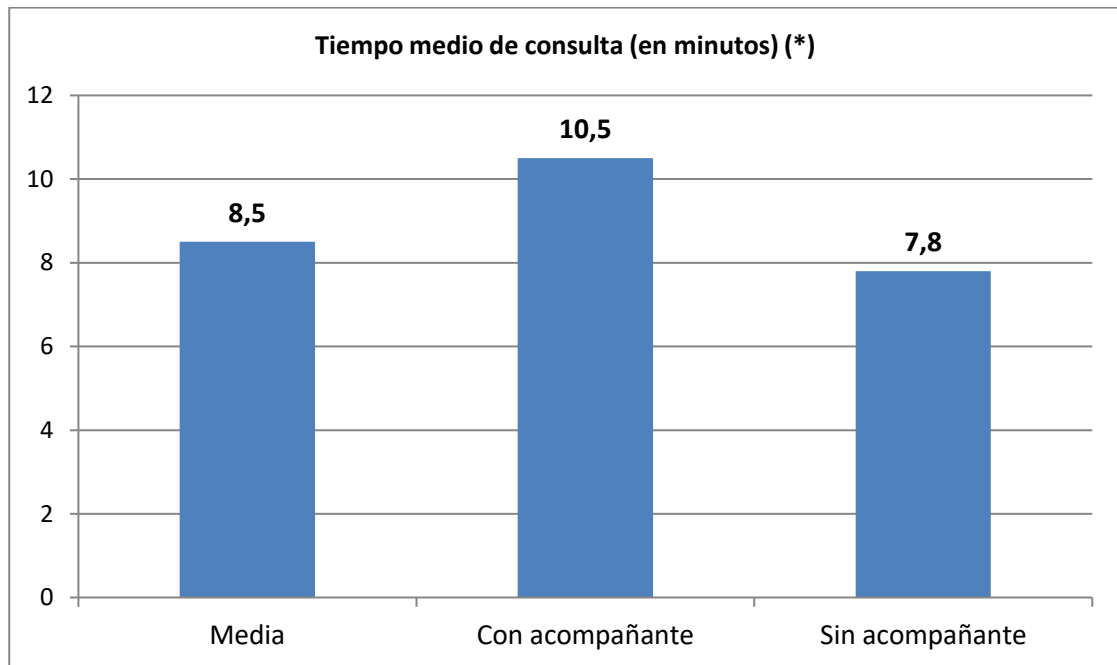


Un total de 156 consultas a demanda fueron solicitadas por mujeres (60%) mientras que en las restantes 104 consultas fue un hombre quien acudió solicitando atención (40%). El tiempo invertido en cada grupo fue similar, con una inversión de 8,8 minutos ( $\pm$  DE 3,8) en cada consulta donde acudió una mujer y de 8,2 minutos ( $\pm$  DE 4,2) si fue un hombre quien demandó atención.

En 72 consultas (27,7%) hubo un acompañante que acudió junto al paciente. En un 34,7% de las entrevistas se trataba de un hombre, siendo mayoritaria la presencia de una mujer como acompañante en la consulta (65,3%). El acompañamiento fue similar independientemente del sexo: las mujeres acudieron con otra persona a consulta en el 29,9% de las ocasiones y los hombres en el 24,3%. El tiempo medio de atención fue superior en 2,7 minutos ( $\pm$  DE 0,5) cuando había un acompañante en consulta frente a aquellas consultas en las que el paciente acudía solo ( $p < 0,001$  test de la  $t$  de Student) (figura 8). No se hallaron diferencias en la duración de la consulta cuando el acompañante era mujer (10,44 minutos  $\pm$  DE 4,8) o si era hombre (10,54 minutos  $\pm$  DE 3,6).

La media de motivos de consulta en cada entrevista fue de dos motivos distintos por paciente (2,1 motivos  $\pm$  DE 1,0). El 80,4% de los motivos de consulta fueron por la presencia de una patología de evolución aguda, y no se encontró vínculo entre la demanda de problemas agudos o crónicos y el número de motivos de consulta. En la figura 9 se aprecia la distribución del número de motivos de consulta en cada demanda: casi 2 de cada 3 pacientes presentaban dos o más problemas en cada contacto con el médico residente. Los motivos de consulta de mayor frecuencia los podemos observar en la figura 10, destacando fundamentalmente las tareas administrativas (51%), los síntomas respiratorios y oculares (32%) y los síntomas mal definidos (25%). En las figuras 11 y 12 se muestran los porcentajes de los motivos de consulta principales y secundarios.

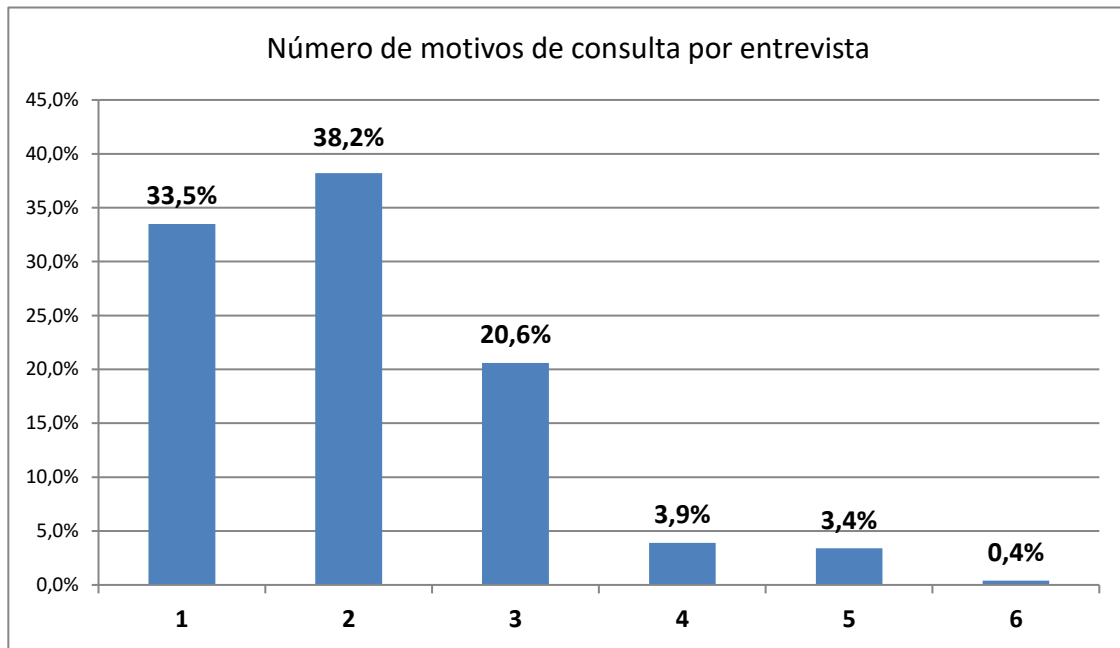
**Figura 8. Tiempo medio de atención en consulta según la presencia o no de acompañante**



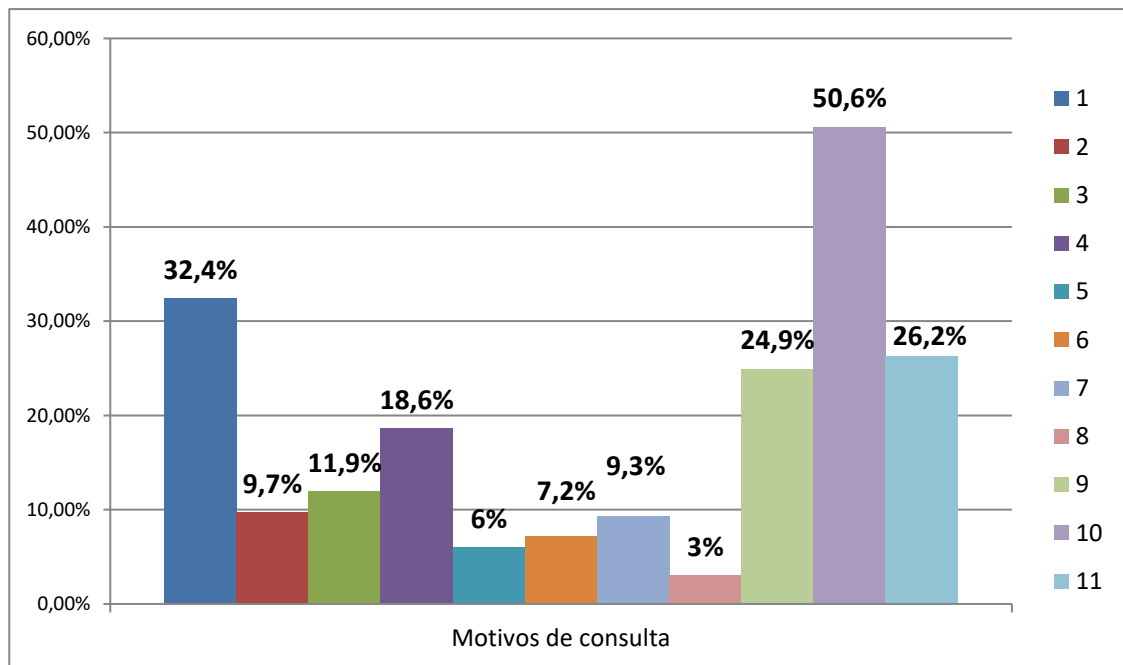
(\*) Diferencias significativas con  $p < 0,001$  test de la  $t$  de Student



**Figura 9. Distribución en porcentajes del número de motivos de consulta en cada entrevista clínica**



**Figura 10. Principales motivos de consulta**



**Motivos de consulta**

- 1. Síntomas respiratorios y oculares
- 2. Síntomas digestivos
- 3. Síntomas genitourinarios

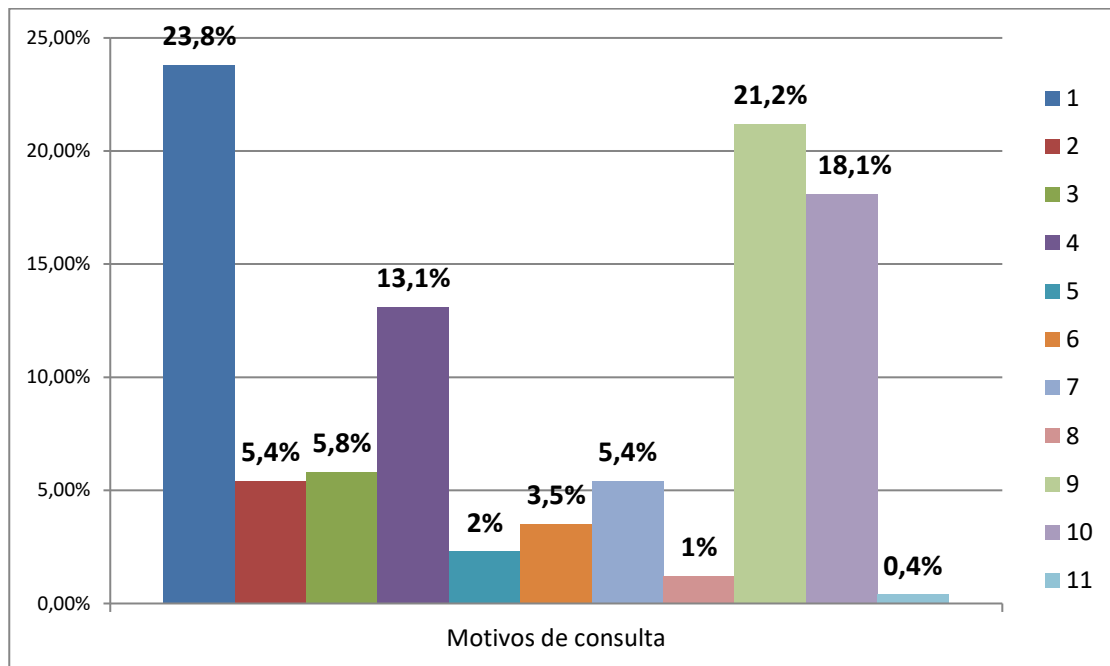
**4. Dolor**

- 5. Síntomas neurológicos
- 6. Salud mental
- 7. Problemas en la piel

**8. Síntomas mal definidos**

- 9. Pruebas complementarias
- 10. Trámites burocráticos
- 11. Otros

**Figura 11. Distribución porcentual de los principales motivos de consulta**



**Motivos de consulta**

- 1. Síntomas respiratorios y oculares
- 2. Síntomas digestivos
- 3. Síntomas genitourinarios

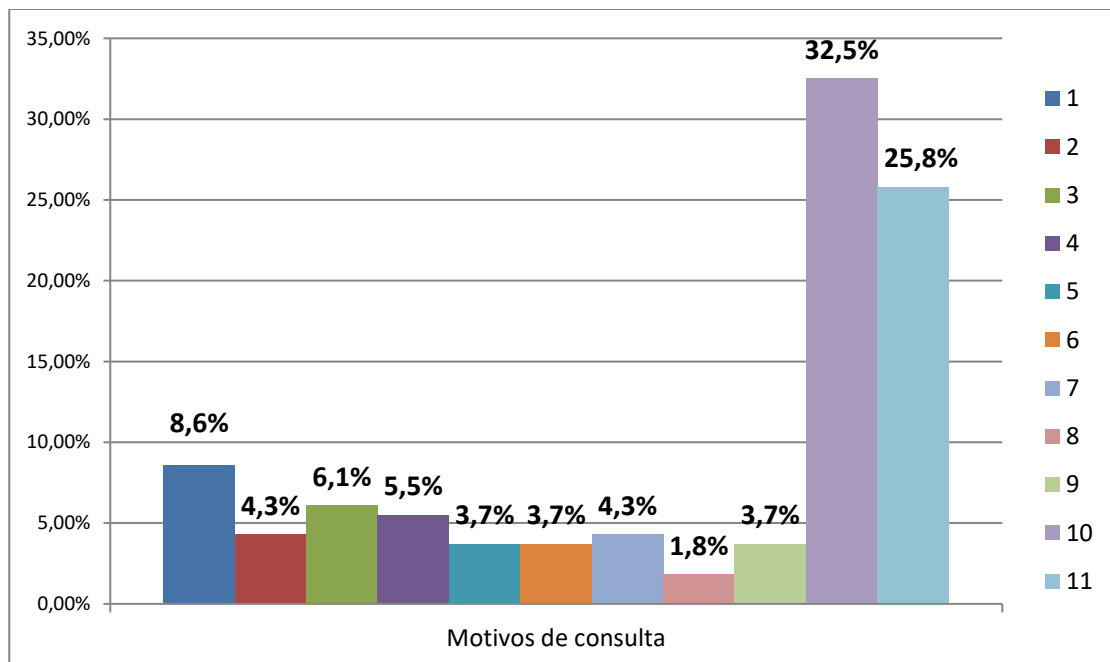
**Motivos de consulta**

- 4. Dolor
- 5. Síntomas neurológicos
- 6. Salud mental
- 7. Problemas en la piel

**Motivos de consulta**

- 8. Síntomas mal definidos
- 9. Pruebas complementarias
- 10. Trámites burocráticos
- 11. Otros

**Figura 12. Distribución porcentual de los motivos secundarios de consulta**



**Motivos de consulta**

- 1. Síntomas respiratorios y oculares
- 2. Síntomas digestivos
- 3. Síntomas genitourinarios

**Motivos de consulta**

- 4. Dolor
- 5. Síntomas neurológicos
- 6. Salud mental
- 7. Problemas en la piel

**Motivos de consulta**

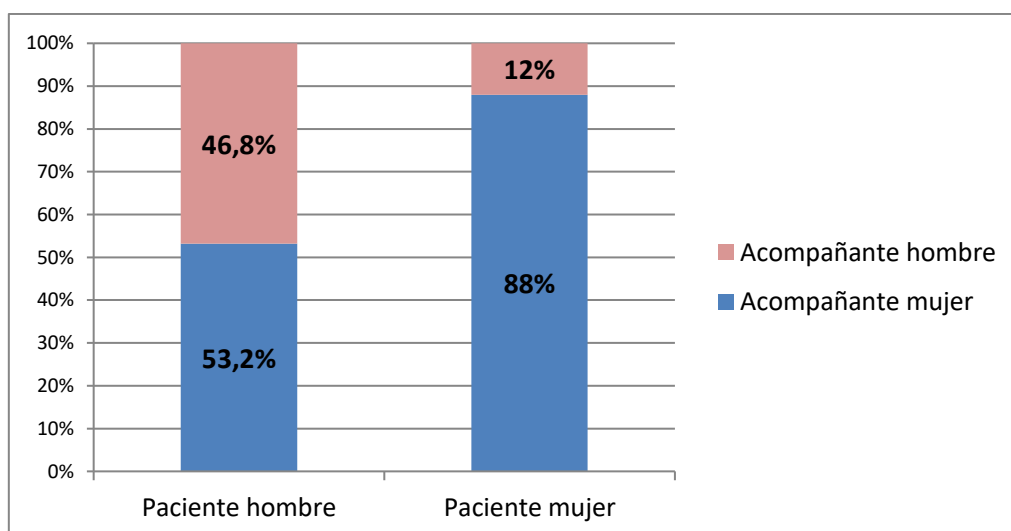
- 8. Síntomas mal definidos
- 9. Pruebas complementarias
- 10. Trámites burocráticos
- 11. Otros

En un total de 72 entrevistas (27,7%) el paciente acudía acompañado por otra persona. Las mujeres acudieron acompañadas en mayor proporción que los hombres (29,9% vs 24,3%) pero sin diferencias significativas. Los acompañantes fueron mayor proporción mujeres (65,3%) que hombres (34,7%) ( $p=0,032$  test  $X^2$ ). Fue más frecuente que las mujeres acompañaran a un paciente varón, mientras que se encontró similar el porcentaje en el caso de las pacientes mujeres ( $p=0,003$  test  $X^2$ ) (figura 13).

La presencia de un acompañante en la consulta incrementó el número de motivos de consultas: un 77% de los pacientes que acudían solos preguntaron por un solo motivo de consulta, mientras que los que acudían acompañados consultaron por dos o más motivos de consulta en un 76% ( $p=0,048$  test  $X^2$ ) (figura 14).

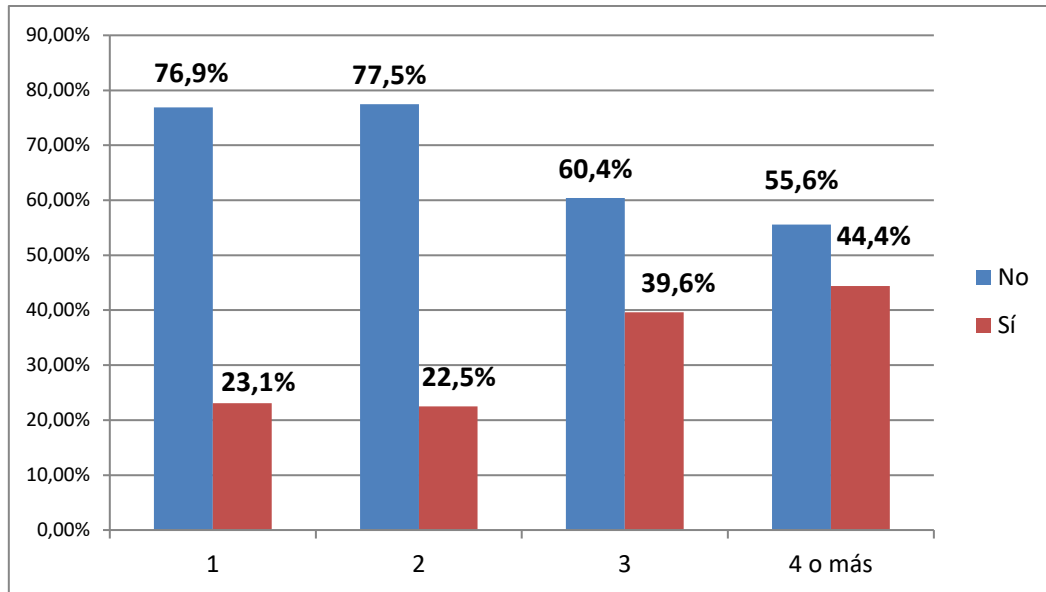
También fueron estadísticamente diferentes los principales motivos de consulta de los pacientes según fuesen acompañados o no. Cuando el enfermo acudía solo a la consulta a demanda, fue más común que solicitase algún trámite administrativo (superior en un 13,5% que cuando viene acompañado); sin embargo, si el paciente acudía con otra persona, los motivos más frecuentes fueron síntomas genitourinarios (diferencia de 7,4%), problemas de salud mental (diferencia de 4,8%) y síntomas mal definidos (diferencia de 2,3%) ( $p=0,037$  test  $X^2$ ) (figura 15).

**Figura 13. Distribución en porcentajes del sexo de los acompañantes en relación con el sexo de los pacientes.**



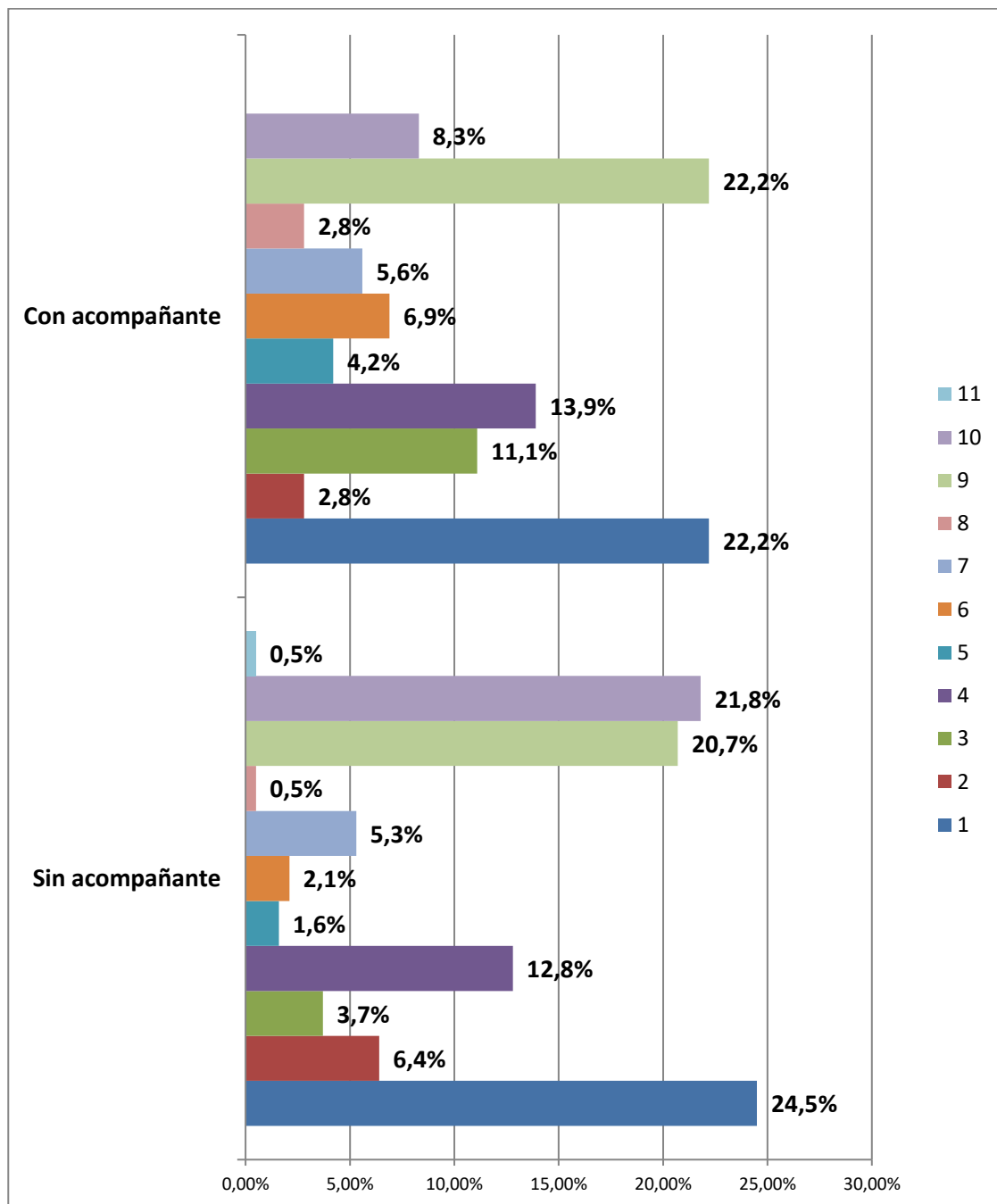
Diferencias significativas con  $p=0,003$  test  $X^2$

**Figura 14. Distribución en porcentajes del número de motivos de consulta en cada entrevista clínica dependiendo de la presencia o ausencia del acompañante**



Diferencias significativas con  $p=0,048$  test  $X^2$

Figura 15. Distribución porcentual del principal motivo de consulta según la presencia o ausencia de acompañante



**Motivos de consulta**

- 1. Síntomas respiratorios y oculares
- 2. Síntomas digestivos
- 3. Síntomas genitourinarios

**4. Dolor**

- 5. Síntomas neurológicos
- 6. Salud mental
- 7. Problemas en la piel

**8. Síntomas mal definidos**

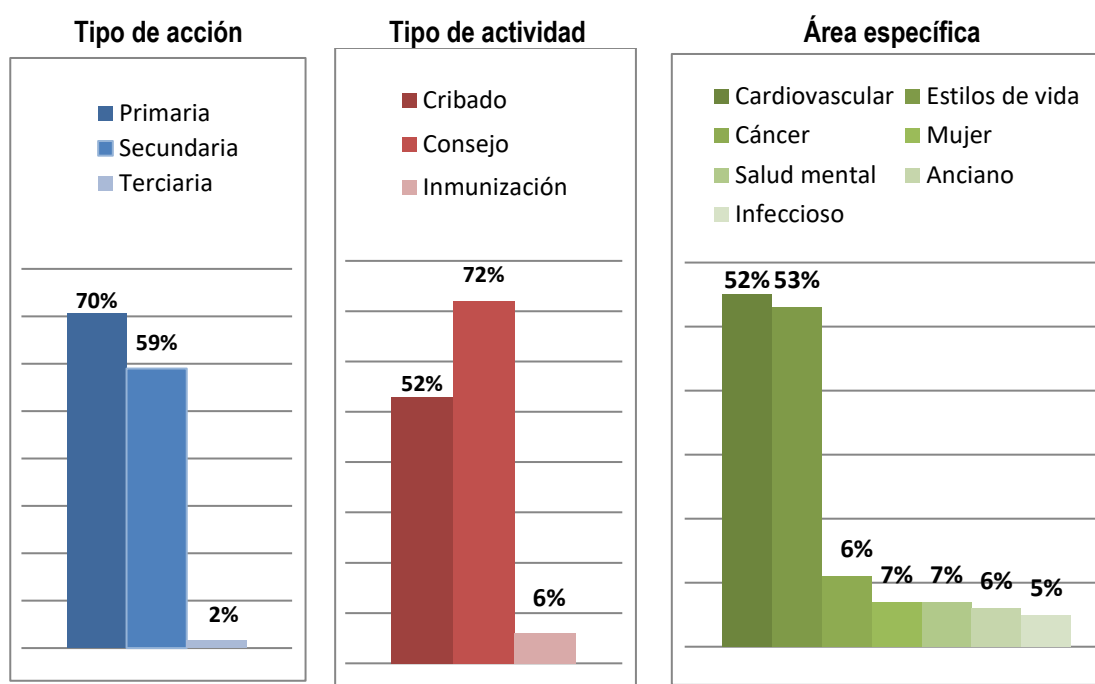
- 9. Pruebas complementarias
- 10. Trámites burocráticos
- 11. Otros

Diferencias significativas con  $p=0,037$  test  $X^2$

### 3. Características de la oferta de actividades preventivas

Del total de 260 de consultas a demanda valoradas, en 122 de ellas (46,9%) los MIR ofertaban algún tipo de actividad preventiva o de promoción de la salud. El tipo de actividades preventivas se presenta de forma porcentual en la figura 16. Respecto al tipo de acción preventiva realizada, la más frecuente fue la prevención primaria (en 86 consultas) y la secundaria (en 72 consultas), mientras que la prevención terciaria sólo se ofertó en 2 consultas del total. El tipo de actividad más frecuente fue el consejo, que se ofertó en 88 consultas, seguido por las actividades de cribado, en 64 consultas, mientras que la inmunización o quimioprofilaxis solo se recogió en 7 consultas. Por último, las áreas específicas (según el PAPPS) más utilizadas fueron la prevención cardiovascular (en 67 consultas) y los estilos de vida (en 65 consultas), siendo inferior en número el resto de áreas preventivas y sin ninguna consulta con actividad preventiva específica en el área de infancia y adolescencia.

**Figura 16. Tipo de oferta preventiva realizada en las consultas a demanda por los médicos internos residentes**



En la tabla 16 se resumen las principales peculiaridades del médico interno residente, del paciente y de la consulta según la presencia de oferta de actividades de prevención. Las variables relativas al MIR (sexo, entorno rural o urbano, y edad) y las del paciente (sexo, presencia de acompañante y sexo del éste) no parecieron tener influencia en la oferta de tareas de prevención, con diferencias que no alcanzaron la significación estadística. Sin embargo, sí se comprueba un vínculo con las peculiaridades propias del acto médico.

Un número más elevado de asuntos de consulta fue más frecuente en aquellas consultas donde se realizaba una oferta de actividades preventivas, con una diferencia media de 0,37 motivos ( $\pm$  DE 0,64) ( $p=0,006$  test de la  $t$  de Student) (tabla 16). Hubo dos o más motivos de consulta en un 14,7% más de consultas con oferta preventiva frente a las que no se realiza prevención ( $p=0,010$  test  $X^2$ ) (tabla 16), mientras que el tipo de proceso consultado (agudo o crónico) no tuvo ninguna relación. En la figura 17 se compara de forma porcentual la cantidad de motivos de asistencia según la presencia de oferta de actividades preventivas, observándose diferencias significativas que relacionaban un mayor número de motivos de consulta con una mayor presencia de actividades preventivas realizadas por el MIR ( $p=0,012$  test  $X^2$ ).

**Tabla 16. Características de las variables de estudio en función de la oferta de actividades de prevención**

	Oferta de actividad preventiva	
	No	Sí
Tamaño de muestra	138 (53,1%)	122 (46,9%)
<b>Particularidades del MIR</b>		
Edad (años)	33,2 $\pm$ DE 8,0	33,1 $\pm$ DE 7,7
Sexo del MIR:		
• Mujer	50,7%	57,4%
• Hombre	49,3%	42,6%
Centro		
• Urbano	79,0%	77,9%
• Rural	21%	22,1%
<b>Particularidades del paciente</b>		
Sexo del paciente:		
• Mujer	61,6%	59,0%
• Hombre	38,4%	41,0%
Acompañante		
• No	72,0%	73,8%
• Sí	29,0%	26,2%
Sexo del acompañante		
• Hombre	37,5%	31,3%
• Mujer	62,5%	68,7%
<b>Particularidades de la consulta</b>		
Cifra de motivos consulta (*)	1,9 $\pm$ DE 1,0	2,3 $\pm$ DE 1,1
Existencia de más de un motivo de consulta (†)	55,8%	70,5%
Proceso		
• Agudo	80,4%	80,3%
• Crónico	19,6%	19,7%
Duración de la entrevista (minutos) (‡)	7,80 $\pm$ DE 3,8	9,37 $\pm$ DE 4,1

Diferencias significativas con (\*)  $p=0,05$  test  $t$  Student (†)  $p=0,012$  test  $X^2$  (‡)  $p=0,001$  test  $t$  Student

El tiempo medio invertido en la oferta preventiva fue de 1,88 minutos ( $\pm$  DE 2,4), lo que supuso un porcentaje del 12,6% de la duración total de la consulta. La duración de la entrevista clínica fue superior cuando se ofertaban actividades preventivas, las cuales duraban más tiempo, alrededor de un minuto y medio (diferencia media 1,57  $\pm$  DE 0,56;  $p=0,001$  test  $t$  Student) (tabla 16).

**Tabla 17. Duración media (en minutos) de la consulta a demanda donde se realiza oferta de actividades preventivas y del total del tiempo de consulta según las variables de estudio**

Duración de la oferta de actividad preventiva		
Sexo del MIR	Mujer	Hombre
• Duración oferta preventiva	0,97 $\pm$ DE 2,0	0,78 $\pm$ DE 1,7
• Duración total (*)	9,91 $\pm$ DE 4,6	8,64 $\pm$ DE 3,3
Edad del MIR	32 años o menos	Más de 32 años
• Duración oferta preventiva (+)	0,51 $\pm$ DE 0,9	1,07 $\pm$ DE 2,2
• Duración total	9,50 $\pm$ DE 4,4	9,08 $\pm$ DE 3,4
Sexo del paciente	Mujer	Hombre
• Duración oferta preventiva	0,76 $\pm$ DE 1,5	1,1 $\pm$ DE 2,4
• Duración total	9,41 $\pm$ DE 4,3	9,32 $\pm$ DE 2,8
Acompañante	No	Sí
• Duración oferta preventiva	0,91 $\pm$ DE 2,0	0,81 $\pm$ DE 1,7
• Duración total (‡)	8,76 $\pm$ DE 3,5	11,09 $\pm$ DE 5,2
Sexo del acompañante	Mujer	Hombre
• Duración oferta preventiva	1,02 $\pm$ DE 2,0	0,43 $\pm$ DE 0,8
• Duración total	11,10 $\pm$ DE 5,9	11,05 $\pm$ DE 3,7
Centro de salud	Rural	Urbano
• Duración oferta preventiva	0,55 $\pm$ DE 1,3	0,97 $\pm$ DE 2,0
• Duración total	8,61 $\pm$ DE 3,1	9,59 $\pm$ DE 4,4
Motivos de consulta	1 motivo	$\geq 2$ motivos
• Duración oferta preventiva	0,88 $\pm$ DE 2,3	1,04 $\pm$ DE 1,9
• Duración total (§)	7,40 $\pm$ DE 3,2	10,02 $\pm$ DE 4,3

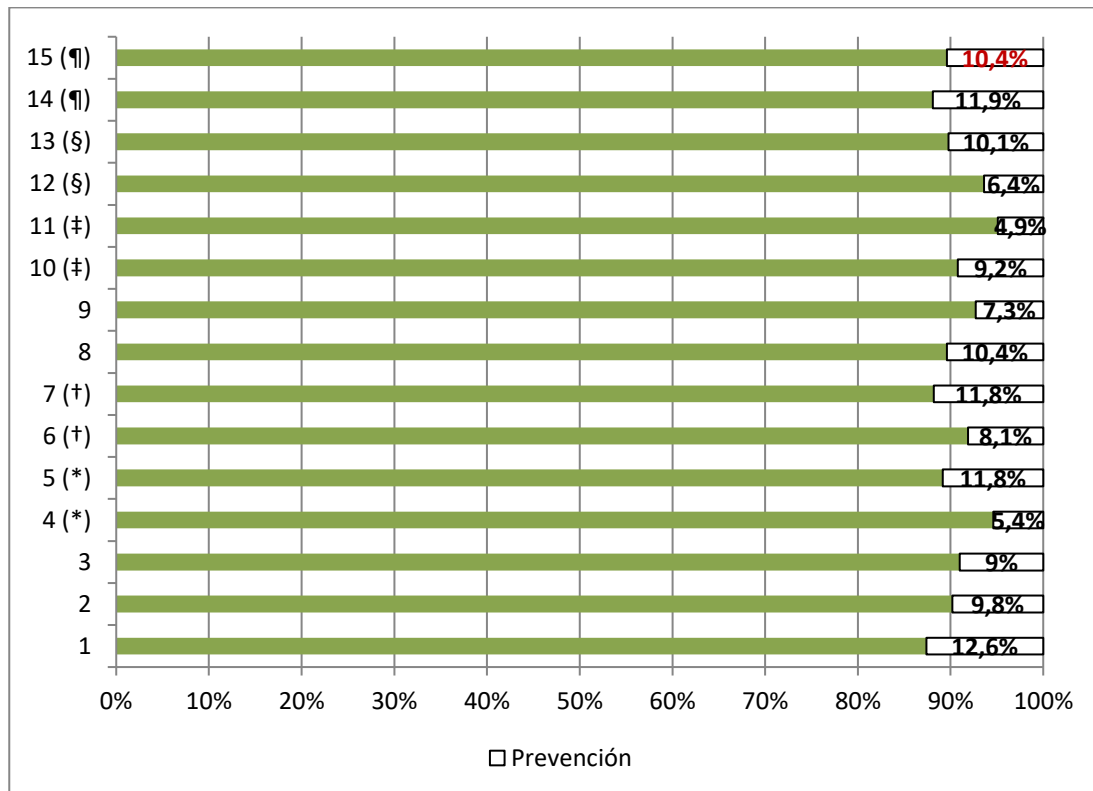
Diferencias significativas con (\*)  $p=0,093$  test  $t$  Student (+)  $p=0,001$  test  $t$  Student (‡)  $p=0,006$  test  $t$  Student (§)  $p=0,005$  test  $t$  Student

En la tabla 17 se ofrecen las medias de los tiempos de las consultas de forma global cuando se ofertan actividades preventivas y el tiempo que se dedica a la actividad preventiva en concreto en función de las características del MIR, del paciente y del centro de salud. Cuando se ofertaban actividades preventivas, las medias del tiempo total de consulta parecían ser superiores en mujeres frente a hombres en más de un minuto (1,27 minutos  $\pm$  DE 0,8;  $p=0,093$  test  $t$  Student). Se encontraron diferencias significativas con más de dos minutos de diferencia en la duración global de la consulta a demanda cuando había un acompañante en consulta (2,32 minutos  $\pm$  DE 0,8;  $p=0,006$  test  $t$  Student) y cuando había dos o más motivos de consulta (2,61 minutos  $\pm$  DE 0,9;  $p=0,005$  test  $t$  Student) (tabla 17). El tiempo invertido en realizar la actividad preventiva tuvo un promedio de



un minuto ( $0,9 \pm DE 1,9$ ) lo que suponía el 10% del total de la entrevista clínica. No hubo diferencias en el tiempo que se invertía según sexo del MIR, así como tampoco con el sexo del enfermo, con la cantidad de causas de asistencia que exponga ni con el entorno rural o urbano del centro de salud (tabla 17). En cambio, si se encontraron diferencias con la edad del MIR: los médicos residentes mayores de 32 años invirtieron algo más de medio minuto ( $0,56 \pm DE 2,5$ ) en realizar la oferta preventiva que aquellos que tenían 32 años de edad o menos ( $p=0,023$  test de la  $t$  de Student) (tabla 17).

**Figura 17. Porcentaje de tiempo dedicado a la oferta de actividades preventivas según las variables estudiadas.**



**Motivos de consulta**

1. Duración total
2. MIR mujer
3. MIR hombre
4. MIR  $\leq 32$  años

5. MIR  $> 32$  años
6. Paciente mujer
7. Paciente hombre
8. Sin acompañante
9. Con acompañante

10. Acompañante mujer
11. Acompañante hombre
12. Centro rural
13. Centro urbano
14. 1 motivo de consulta
15.  $\geq 2$  motivos de consulta

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test  $X^2$  (+)  $p = 0,0954$  test  $X^2$  (‡)  $p < 0,001$  test  $X^2$  (§)  $p = 0,028$  test  $X^2$  (¶)  $p = 0,005$  test  $X^2$

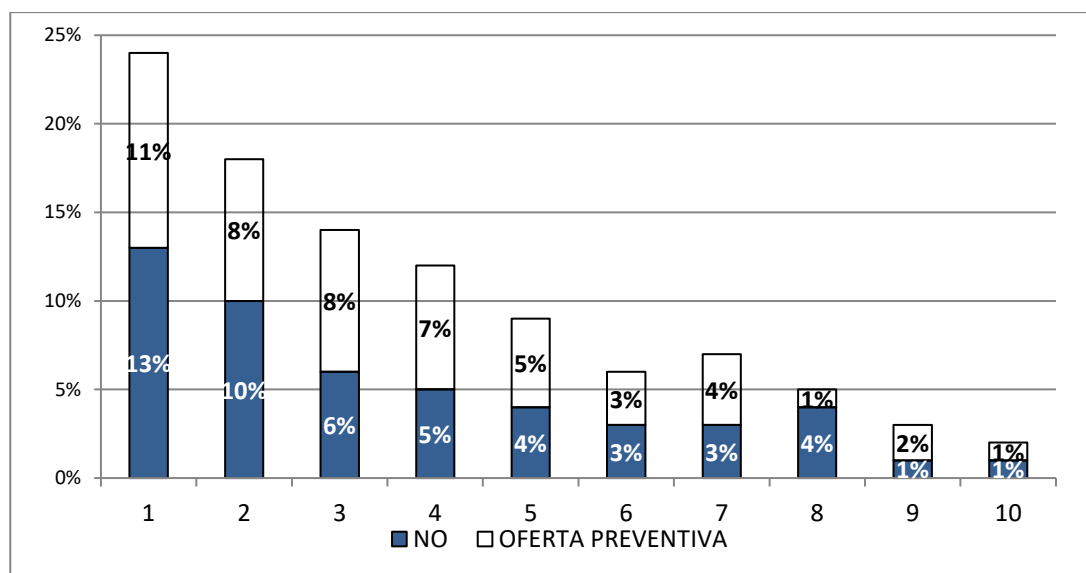
Cuando el acompañante era mujer, se invertía algo más de medio minuto más de media en la oferta preventiva por parte del MIR ( $0,59$  minutos  $\pm 0,4$ ), pero sin alcanzar significación estadística (tabla 17). En la figura 17 se aprecian los porcentajes de la duración de la consulta en función a las tareas preventivas en

global y según cada una de las anteriores variables. El porcentaje de tiempo invertido en actividades preventivas fue superior cuando el médico residente tenía mayor edad (un 6,4% más del tiempo total de consulta) ( $p < 0,001$  test de la  $X^2$ ), cuando el acompañante era del sexo mujer (incrementando un 4,3% la duración total) ( $p = 0,006$  test de la  $X^2$ ), cuando la consulta se desarrollaba en el medio urbano (diferencia de un 3,7%) ( $p = 0,028$  test de la  $X^2$ ) y posiblemente cuando el paciente era de sexo masculino (con un tiempo superior en un 3,7%) ( $p = 0,095$  test de la  $X^2$ ).

En la figura 18 se muestran los motivos de consulta de los pacientes y el porcentaje de oferta de actividad preventiva en cada uno de ellos, no mostrando diferencias estadísticas significativas.

En la figura 19 se recoge la coincidencia del motivo de consulta (diferenciando principal y secundario) indicado por el paciente con la propuesta de tareas de prevención llevada a cabo por el médico interno residente. En términos generales, el 80% de la oferta preventiva estaba ligada con el motivo por el que acudían a consulta, mayormente en síntomas de salud mental (60% de actividades preventivas), recogida de pruebas y síntomas mal definidos (59%) y patología genitourinaria (56%) y neurológica (50%), mientras que la demanda con menor oferta era sobre síntomas digestivos (29%) y de piel (24%).

**Figura 18. Principales motivos de consulta en el actos clínico a demanda y su correspondencia con las actividades preventivas ofertadas por lo residentes.**



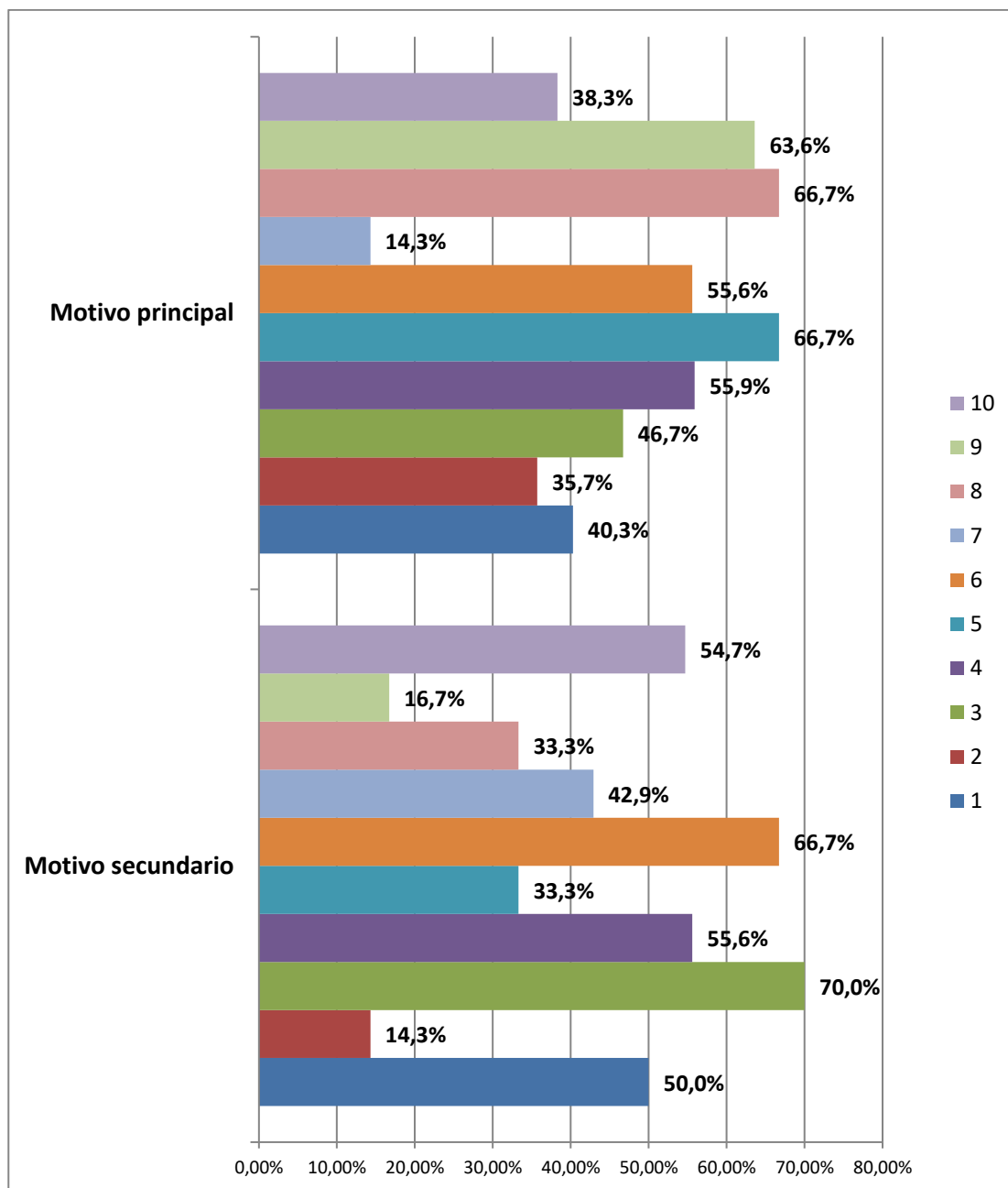
**Motivos de consulta**

- 1. Trámites administrativos
- 2. Síntomas respiratorios
- 3. Pruebas complementarias

- 4. Síntomas mal definidos
- 5. Dolor
- 6. Síntomas genitourinarios
- 7. Síntomas digestivos

- 8. Problemas en la piel
- 9. Patología de salud mental
- 10. Síntomas neurológicos

**Figura 19. Coincidencia del tipo de actividad preventiva con los motivos de consulta principales y secundarios indicados en cada consulta**



**Motivos de consulta**

- 1. Síntomas respiratorios y oculares
- 2. Síntomas digestivos
- 3. Síntomas genitourinarios

**Motivos de consulta**

- 4. Dolor
- 5. Síntomas neurológicos
- 6. Salud mental
- 7. Problemas en la piel

**Motivos de consulta**

- 8. Síntomas mal definidos
- 9. Pruebas complementarias
- 10. Trámites burocráticos

Diferencias significativas con  $p=0,037$  test  $X^2$

#### 4. Habilidades comunicativas de los médicos internos residentes

Tras la valoración por pares de las entrevistas videograbadas de los encuentros con el paciente de los médicos internos residentes, la puntuación media (ponderada sobre 100) obtenida tras aplicar la escala CICA-2 fue de 47,9 puntos (intervalo de confianza al 95% de [45,7; 50,1]) para el total de ítems valorados. Las medias de los valores obtenidos para cada una de las tareas evaluadas fueron las siguientes:

- Tarea 1: 58,7 puntos de media con un intervalo de confianza al 95% de [56,2; 61,2].
- Tarea 2: 40,5 puntos de media con un intervalo de confianza al 95% de [38,4; 42,6]
- Tareas 3 y 4: 52,3 puntos de media con un intervalo de confianza al 95% de [49,4 55,2].

Las medias de los valores de la puntuación global y de cada variable en función de las variables del médico residente, del paciente y del tipo de consulta se exponen en las tablas 18 a 21.

Respecto a las variables del MIR, se apreció que las medias obtenidas en todas las tareas no variaban con el sexo del profesional en formación. Las residentes mujeres obtuvieron resultados algo más elevados que los hombres, salvo en la tarea 2, pero sin diferencias estadísticamente significativas. La edad del MIR, en cambio, sí parecía influir en el valor obtenido en cada apartado: cuando el médico residente tiene 32 años o menos, la media de las puntuaciones era más elevada que cuando tenían más de 32 años, con las siguientes diferencias medias:

- Puntuación global: diferencia media de 13,28 puntos ( $\pm$  DE 2,0) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 18)
- Tarea 1: diferencia media de 10,29 puntos ( $\pm$  DE 2,4) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 19)
- Tarea 2: diferencia media de 11,17 puntos ( $\pm$  DE 1,9) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 20)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 18,86 puntos ( $\pm$  DE 2,6) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 21)

Algo similar ocurría con la ubicación del centro de salud, con puntuaciones más elevadas cuando se encontraba situado en una zona urbana respecto de las consultas rurales. La media de las diferencias para cada puntuación se presenta a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 11,71 puntos ( $\pm$  DE 2,4) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 18)

- Tarea 1: diferencia media de 12,07 puntos ( $\pm$  DE 2,8) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 19)
- Tarea 2: diferencia media de 11,33 puntos ( $\pm$  DE 2,3) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 20)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 12,28 puntos ( $\pm$  DE 3,2) ( $p < 0,001$  test *t* Student) (tabla 21)

Al valorar las características del paciente que acude a consulta, el sexo no parecía influir en la puntuación global ni por tareas de la escala CICAA. Sin embargo, la presencia del acompañante incrementó la puntuación global de la escala CICAA-2 así como el valor medio de la tarea 2. Las diferencias encontradas se muestran a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 4,67 puntos ( $\pm$  DE 2,3) ( $p = 0,041$  test *t* Student) (tabla 18)
- Tarea 2: diferencia media de 4,41 puntos ( $\pm$  DE 2,2) ( $p = 0,044$  test *t* Student) (tabla 20)

El sexo del acompañante no cambió los valores medios obtenidos en la escala CICAA-2.

Respecto a las características de la consulta, la demanda de un motivo de consulta frente a dos o más no provocaba cambios en los valores obtenidos en la escala CICAA-2. Tampoco se encontraron diferencias dividiendo la puntuación según el paciente presentase un motivo de consulta, dos motivos, tres motivos o cuatro o más motivos de consulta (tabla 22), aunque pudo observarse una mayor puntuación media en todos los valores cuando el paciente consultaba por cuatro o más motivos diferentes. Tampoco el tiempo de evolución del proceso valorado en consulta (agudo o crónico) cambió el valor de las puntuaciones obtenidas en la valoración de las entrevistas clínicas.

**Tabla 18. Puntuación media global de la escala CICA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta**

Puntuación media global de la escala CICA-2		
Sexo del MIR	Mujer 47,67 ± DE 16,3	Hombre 45,93 ± DE 16,8
Edad del MIR (*)	32 años o menos 51,41 ± DE 16,7	Más de 32 años 38,13 ± DE 12,1
Centro de salud (*)	Rural 37,68 ± DE 12,5	Urbano 49,39 ± DE 16,6
Sexo del paciente	Mujer 46,88 ± DE 15,7	Hombre 46,84 ± DE 17,7
Acompañante (†)	No 45,57 ± DE 15,6	Sí 50,24 ± DE 18,4
Sexo del acompañante	Mujer 51,23 ± DE 18,8	Hombre 48,39 ± DE 17,9
Motivos de consulta	1 motivo 47,65 ± DE 17,1	≥2 motivos 48,06 ± DE 16,9
Tipo de patología	Aguda 46,85 ± DE 16,6	Crónica 16,92 ± DE 16,4

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student (†)  $p = 0,041$  test *t* Student

**Tabla 19. Puntuación media de la tarea 1 de la escala CICA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta**

Puntuación media de la tarea 1 de la escala CICA-2		
Sexo del MIR	Mujer 55,45 ± DE 18,1	Hombre 55,63 ± DE 20,0
Edad del MIR (*)	32 años o menos 61,21 ± DE 19,7	Más de 32 años 50,92 ± DE 15,7
Centro de salud (*)	Rural 48,21 ± DE 14,4	Urbano 60,29 ± DE 19,4
Sexo del paciente	Mujer 58,06 ± DE 19,1	Hombre 57,12 ± DE 19,0
Acompañante	No 56,73 ± DE 18,4	Sí 60,19 ± DE 20,5
Sexo del acompañante	Mujer 61,35 ± DE 20,0	Hombre 58,0 ± DE 21,7
Motivos de consulta	1 motivo 58,85 ± DE 18,7	≥2 motivos 58,60 ± DE 20,0
Tipo de patología	Aguda 58,01 ± DE 19,1	Crónica 56,34 ± DE 18,8

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student

**Tabla 20. Puntuación media de la tarea 2 de la escala CICA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta**

Puntuación media de la tarea 2 de la escala CICA-2		
Sexo del MIR	Mujer 39,04 ± DE 15,0	Hombre 39,71 ± DE 16,7
Edad del MIR (*)	32 años o menos 43,17 ± DE 16,4	Más de 32 años 32,0 ± DE 11,5
Centro de salud (*)	Rural 30,46 ± DE 10,1	Urbano 41,79 ± DE 16,2
Sexo del paciente	Mujer 38,74 ± DE 14,8	Hombre 40,27 ± DE 17,2
Acompañante (†)	No 38,13 ± DE 14,6	Sí 42,53 ± DE 18,2
Sexo del acompañante	Mujer 43,08 ± DE 18,7	Hombre 41,50 ± DE 17,7
Motivos de consulta	1 motivo 41,70 ± DE 16,4	≥2 motivos 39,92 ± DE 15,9
Tipo de patología	Aguda 39,04 ± DE 15,8	Crónica 40,62 ± DE 15,7

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student (†)  $p = 0,044$  test *t* Student

**Tabla 21. Puntuación media de las tareas 3 y 4 de la escala CICA-2 en función de las variables del médico residente, el paciente y las características de la consulta**

Puntuación media de las tareas 3 y 4 de la escala CICA-2		
Sexo del MIR	Mujer 53,17 ± DE 22,1	Hombre 49,5 ± DE 21,3
Edad del MIR (*)	32 años o menos 57,95 ± DE 21,1	Más de 32 años 39,10 ± DE 17,4
Centro de salud (*)	Rural 41,87 ± DE 19,7	Urbano 54,14 ± DE 21,7
Sexo del paciente	Mujer 52,58 ± DE 21,1	Hombre 49,85 ± DE 22,9
Acompañante	No 50,40 ± DE 21,7	Sí 54,34 ± DE 21,9
Sexo del acompañante	Mujer 56,13 ± DE 22,6	Hombre 51,0 ± DE 20,6
Motivos de consulta	1 motivo 51,31 ± DE 23,0	≥2 motivos 52,85 ± DE 22,3
Tipo de patología	Aguda 51,58 ± DE 21,7	Crónica 51,16 ± DE 22,6

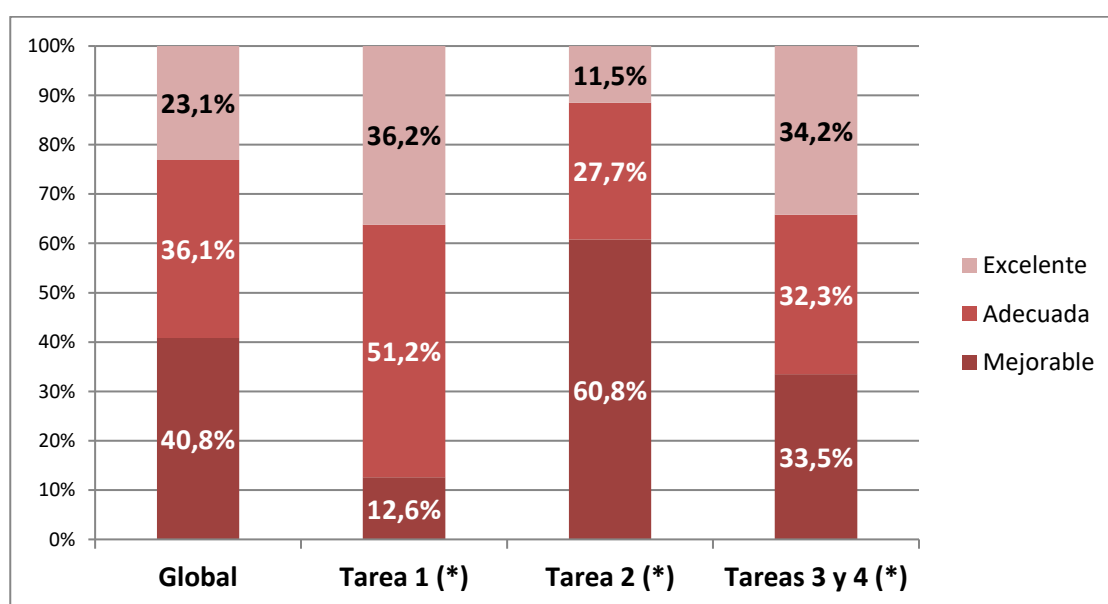
Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student

**Tabla 22. Puntuación media global y de cada tarea 3 y 4 de la escala CICAA-2 en función del número de motivos de consulta**

	Número de motivos de consulta			
	1	2	3	≥4
Puntuación global	47,65 ± DE 17,1	46,38 ± DE 17,0	48,16 ± DE 15,9	56,09 ± DE 17,6
Tarea 1	58,75 ± DE 18,7	56,55 ± DE 19,6	59,20 ± DE 19,2	67,13 ± DE 22,6
Tarea 2	41,70 ± DE 16,4	38,52 ± DE 16,1	39,72 ± DE 15,0	47,38 ± DE 16,5
Tarea 3	51,31 ± DE 23,0	51,06 ± DE 22,6	53,20 ± DE 21,4	60,76 ± DE 22,5

En la figura 20 podemos observar cómo se distribuyen cualitativamente la puntuación resultante de la auditoría de las entrevistas clínicas mediante la escala CICAA-2. En general, el resultado obtenido de la muestra de entrevistas valoradas indicaba que las habilidades en comunicación podrían mejorarse en un 41% de los MIR, fueron adecuadas en el 26% y excelentes en el 23% restante. La puntuación excelente fue obtenida por aproximadamente la tercera parte de los residentes en las tareas 1 y 3-4, mientras que disminuyó a algo más de 1 cada 10 en la tarea 2. Por otra parte, casi dos de cada tres residentes precisaban mejorar la tarea 2, 1 de cada tres las tareas 3 y 4, y aproximadamente 1 de cada 10 la tarea 1 ( $p < 0,001$  test  $X^2$ ) (figura 20).

**Figura 20. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas**



Diferencia significativas con (\*)  $p < 0,001$  test  $X^2$

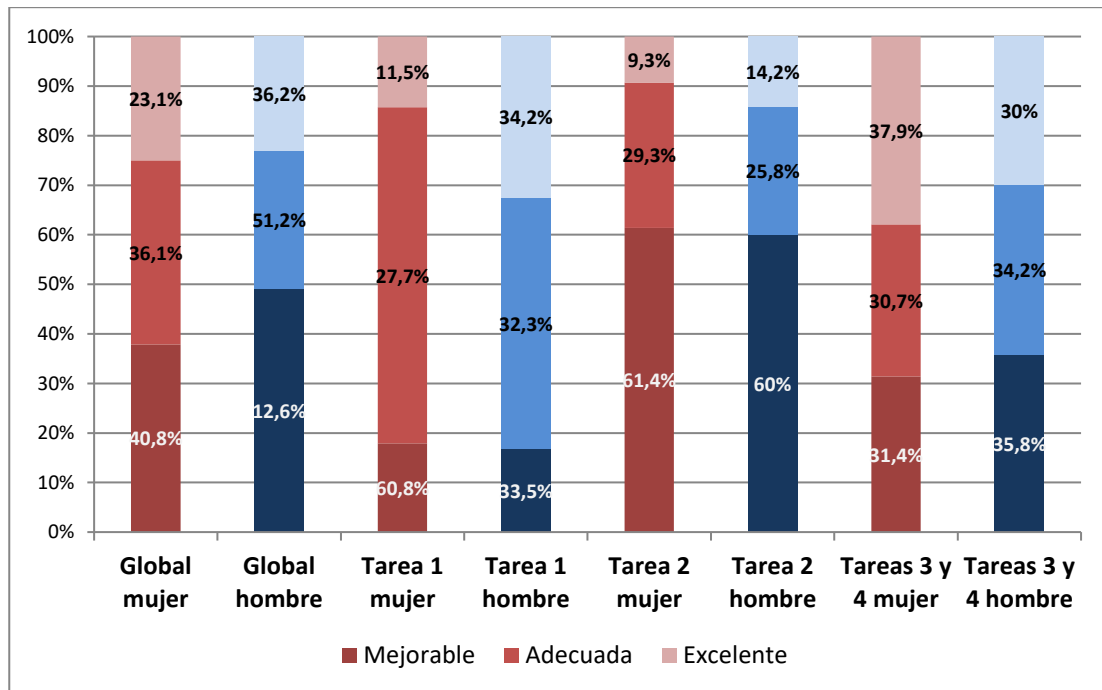


No se encontró relación del sexo del MIR con la valoración cualitativa de las habilidades comunicacionales (figura 21). Por el contrario, la edad parecía influir en la comunicación: aquellos residentes con una edad igual o inferior a 32 años fueron valorados en mayor porcentaje con unas habilidades comunicacionales excelentes frente a los MIR mayores de 32 años, quienes obtuvieron más puntuaciones que los situaban en la categoría de entrevista clínica mejorable ( $p < 0,001$  test  $X^2$ ) (figura 22), tanto para la puntuación global como para el resto de tareas específicas de la escala CICAA-2.

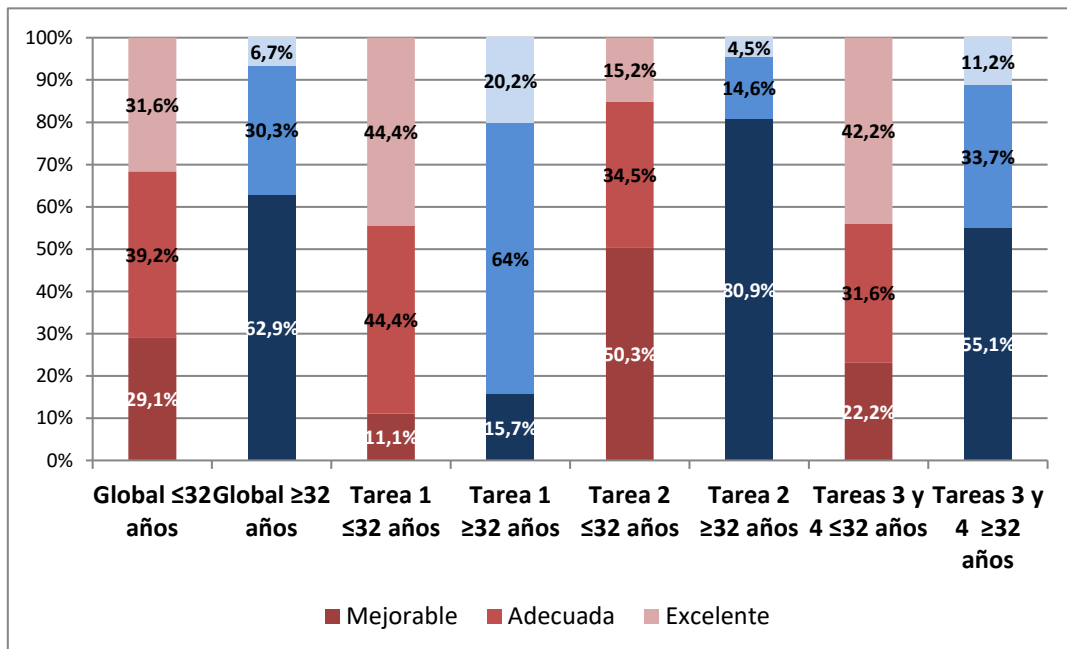
De igual forma, la pertenencia a un centro rural casi duplicó el número de entrevistas que precisaban mejorar frente al centro urbano en la valoración del índice global ( $p < 0,001$  test  $X^2$ ) (figura 23). En cada una de las tareas evaluadas, los centros de salud urbanos presentaron unos porcentajes superiores de comunicación adecuada y excelente frente a los centros rurales ( $p < 0,001$  test  $X^2$ ) (figura 23).

Las características del paciente que acude a la consulta a demanda no parecieron influir en las habilidades de comunicación. Ni el sexo del paciente ni la presencia de un acompañante (o su sexo) cambiaron la distribución de las habilidades mejorables, adecuadas o excelentes de forma estadísticamente significativa (figuras 24, 25 y 26). Las características propias de la consulta, como son el número de motivos de consulta (tabla 23) o si el proceso demandado es agudo o crónico (figura 27), no parecieron influir tampoco en las habilidades de comunicación de los MIR.

**Figura 21. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del médico interno residente**

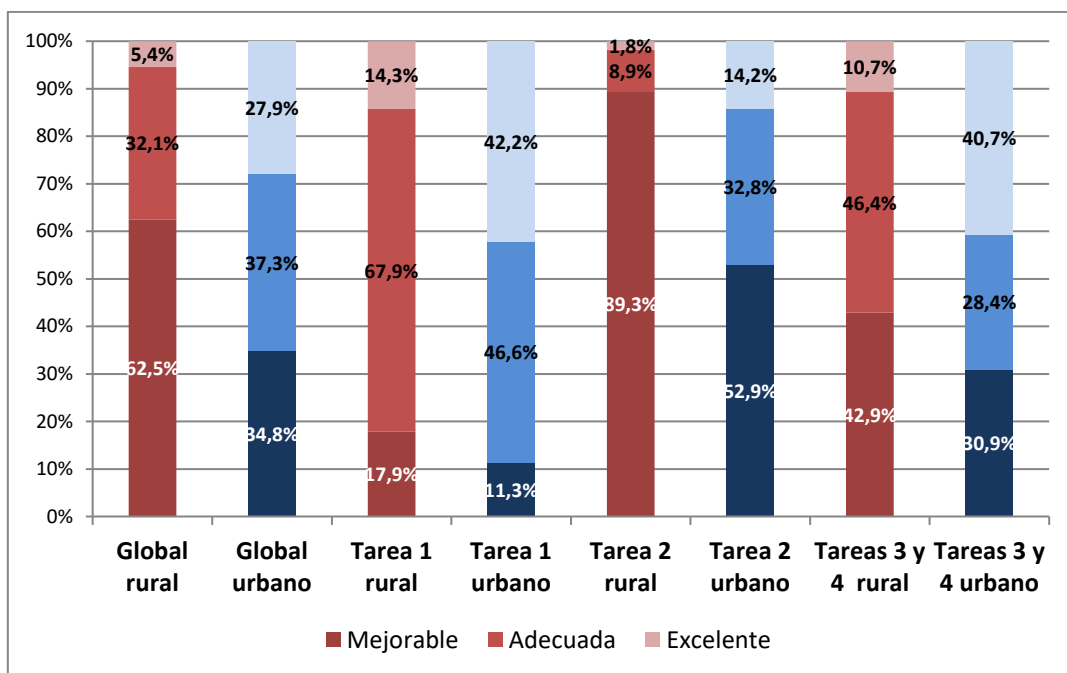


**Figura 22. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según la edad del médico interno residente**



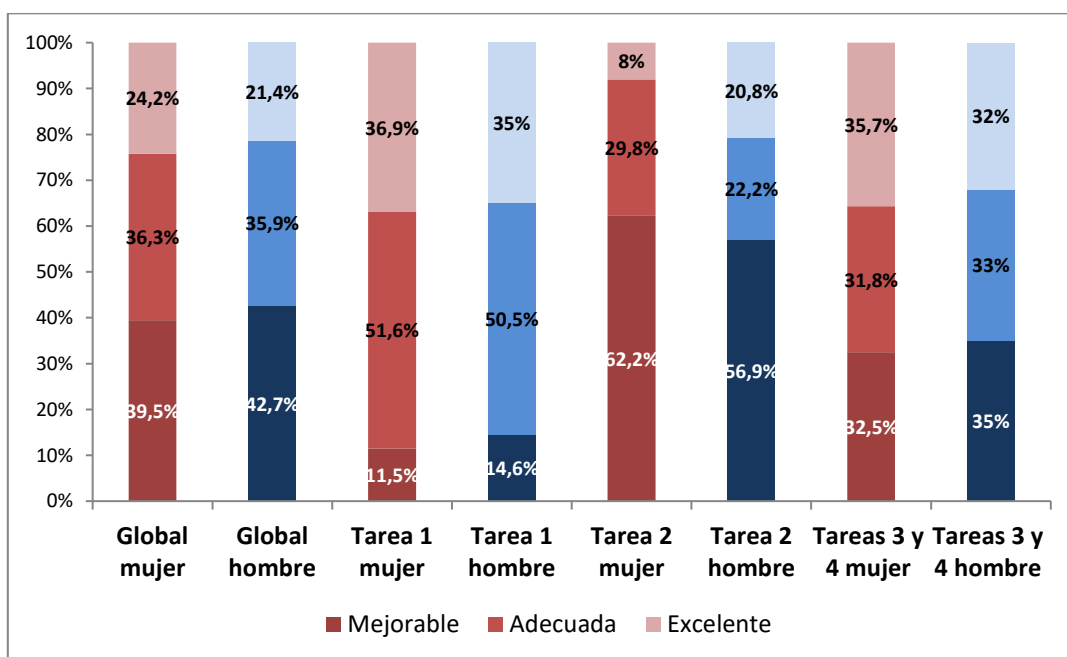
Diferencia significativas con  $p < 0,001$  test  $X^2$

**Figura 23. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según sea rural o urbano el centro de salud**

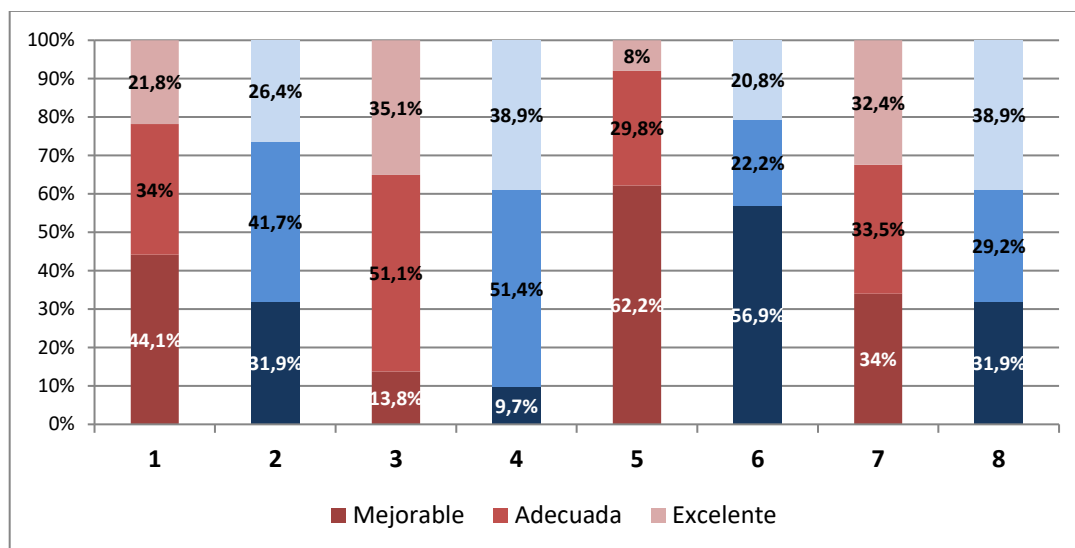


Diferencia significativas con  $p < 0,001$  test  $X^2$

**Figura 24. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del paciente**

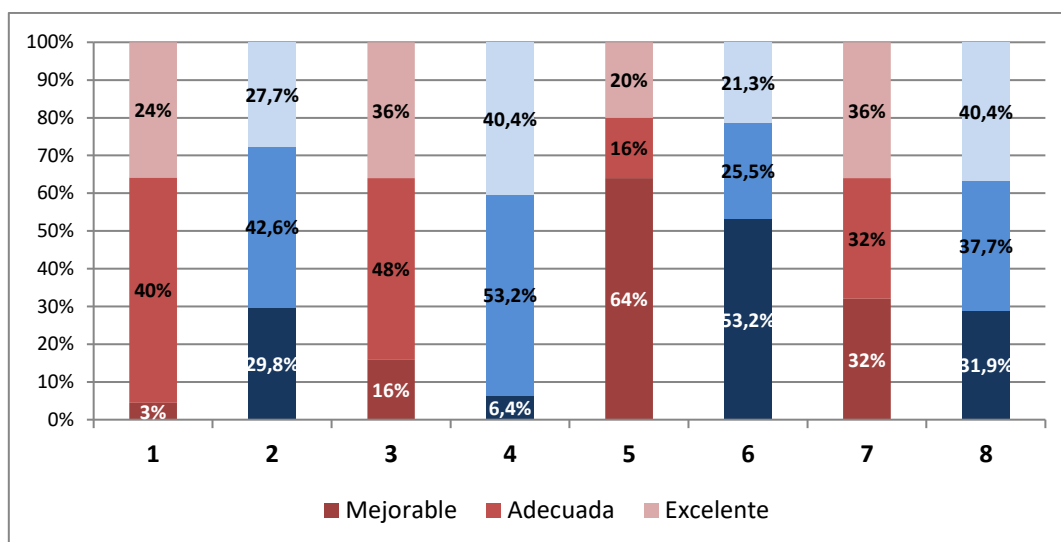


**Figura 25. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el paciente venga o no acompañado**



1 Global sin acompañante. 2 Global con acompañante. 3 Tarea 1 sin acompañante.  
 4 Tarea 1 con acompañante. 5 Tarea 2 sin acompañante. 6 Tarea 2 con acompañante.  
 7 Tareas 3y4 sin acompañante. 8 Tareas 3y4 con acompañante  
 Diferencia significativas con  $p < 0,001$  test  $X^2$

**Figura 26. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el sexo del acompañante**

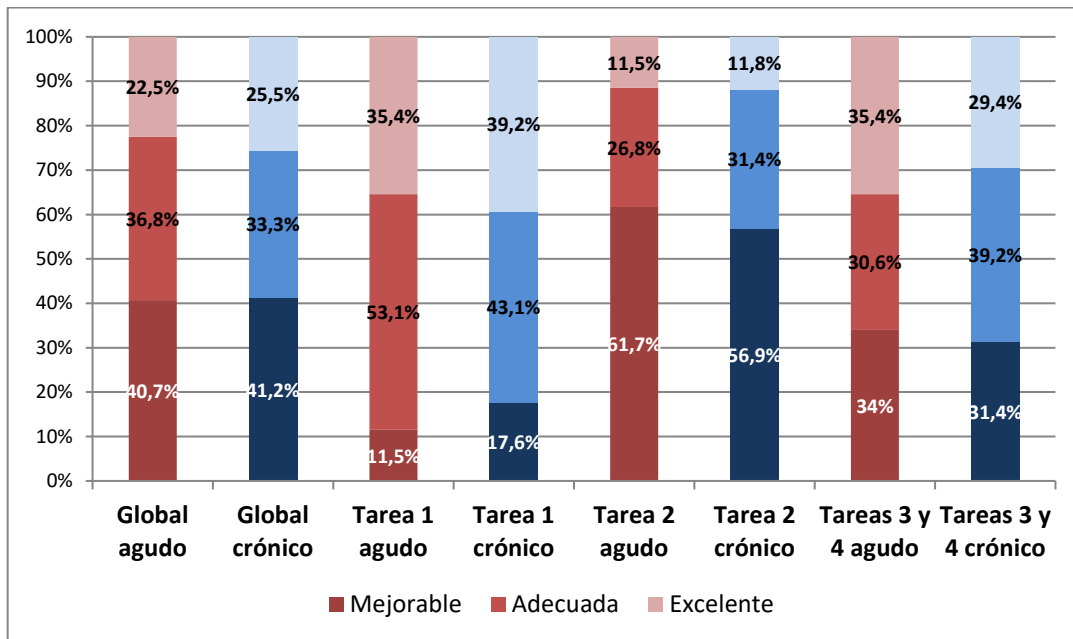


1 Global sin acompañante. 2 Global con acompañante. 3 Tarea 1 sin acompañante.  
 4 Tarea 1 con acompañante. 5 Tarea 2 sin acompañante. 6 Tarea 2 con acompañante.  
 7 Tareas 3y4 sin acompañante. 8 Tareas 3y4 con acompañante.  
 Diferencia significativas con  $p < 0,001$  test  $X^2$

**Tabla 23. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según el número de motivos de consulta**

Categorías en habilidades de comunicación				
Número de motivos consulta		Mejorable	Adecuada	Excelente
<b>Puntuación global</b>	Uno	39,7%	37,2%	23,1%
	Dos	42,7%	31,5%	25,8%
	Tres	35,4%	39,6%	25,0%
	Cuatro o más	16,7%	44,4%	28,9%
<b>Tarea 1</b>	Uno	7,7%	52,6%	39,7%
	Dos	19,1%	44,9%	36,0%
	Tres	10,4%	47,9%	41,7%
	Cuatro o más	5,6%	44,4%	50,0%
<b>Tarea 2</b>	Uno	53,8%	32,1%	14,1%
	Dos	62,9%	27,0%	10,1%
	Tres	58,3%	31,3%	10,4%
	Cuatro o más	33,3%	38,9%	27,8%
<b>Tareas 3 y 4</b>	Uno	34,6%	32,1%	33,3%
	Dos	38,2%	28,15	33,7%
	Tres	31,3%	27,8%	43,8%
	Cuatro o más	16,7%	25,0%	55,6%

**Figura 27. Distribución cualitativa de los resultados de la escala CICAA-2 en su puntuación global y en cada una de sus tareas según consulte por un proceso agudo o crónico**



La duración de la consulta fue diferente según las categorías de la Escala CICAA-2 global: se invirtió menor tiempo cuando el MIR presentaba unas habilidades de comunicación mejorables 7,92 minutos ( $\pm$  DE 3,9), y éste se fue incrementando cuando la comunicación establecida era adecuada (8,68 minutos  $\pm$  DE 4,05) hasta obtener la máxima duración media si el residente mostraba una comunicación excelente (9,40 minutos  $\pm$  DE 3,9) ( $p=0,66$  test ANOVA de 1 vía). Aunque no se obtuvieron diferencias significativas para cada una de las tareas considerando el tiempo de duración de la consulta respecto a las categorías de las habilidades en comunicación, si se apreció un gradiente donde se invierte menos tiempo cuando la comunicación era mejorable y mayor tiempo si era excelente (tabla 24).

**Tabla 24. Duración media (en minutos) de las consultas a demanda en función de las categorías en habilidades de comunicación**

	Categorías en habilidades de comunicación		
	Mejorable	Adecuada	Excelente
<b>Puntuación global (*)</b>	7,92 $\pm$ DE 3,9	8,68 $\pm$ DE 4,05	9,40 $\pm$ DE 3,9
<b>Tarea 1</b>	8,18 $\pm$ DE 4,2	8,38 $\pm$ DE 4,0	8,87 $\pm$ DE 4,0
<b>Tarea 2</b>	8,56 $\pm$ DE 4,0	8,08 $\pm$ DE 3,6	9,46 $\pm$ DE 4,6
<b>Tareas 3 y 4</b>	7,86 $\pm$ DE 4,3	8,94 $\pm$ DE 3,8	8,81 $\pm$ DE 4,0

Diferencias significativas con (\*)  $p=0,066$  test ANOVA de 1 vía

## 5. Concordancia entre las habilidades comunicativas y la oferta de actividades de prevención de la salud

La puntuación en todas las tareas de la escala CICAA-2 en valores absolutos (con diferencias estadísticamente significativas mostradas en la tabla 25) fue mejor en aquellas entrevistas donde se ofertaron actividades preventivas. Las medias de las diferencias para cada ítem se muestran a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 7,44 puntos ( $\pm$  DE 2,0) ( $p<0,001$  test *t* Student)
- Tarea 1: diferencia media de 8,56 puntos ( $\pm$  DE 2,3) ( $p<0,001$  test *t* Student)
- Tarea 2: diferencia media de 5,88 puntos ( $\pm$  DE 1,9) ( $p=0,003$  test *t* Student)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 10,49 puntos ( $\pm$  DE 2,6) ( $p<0,001$  test *t* Student)

Si se comparan los valores categorizados de la escala CICAA-2, se comprobó que también existen más médicos residentes cuya comunicación fue

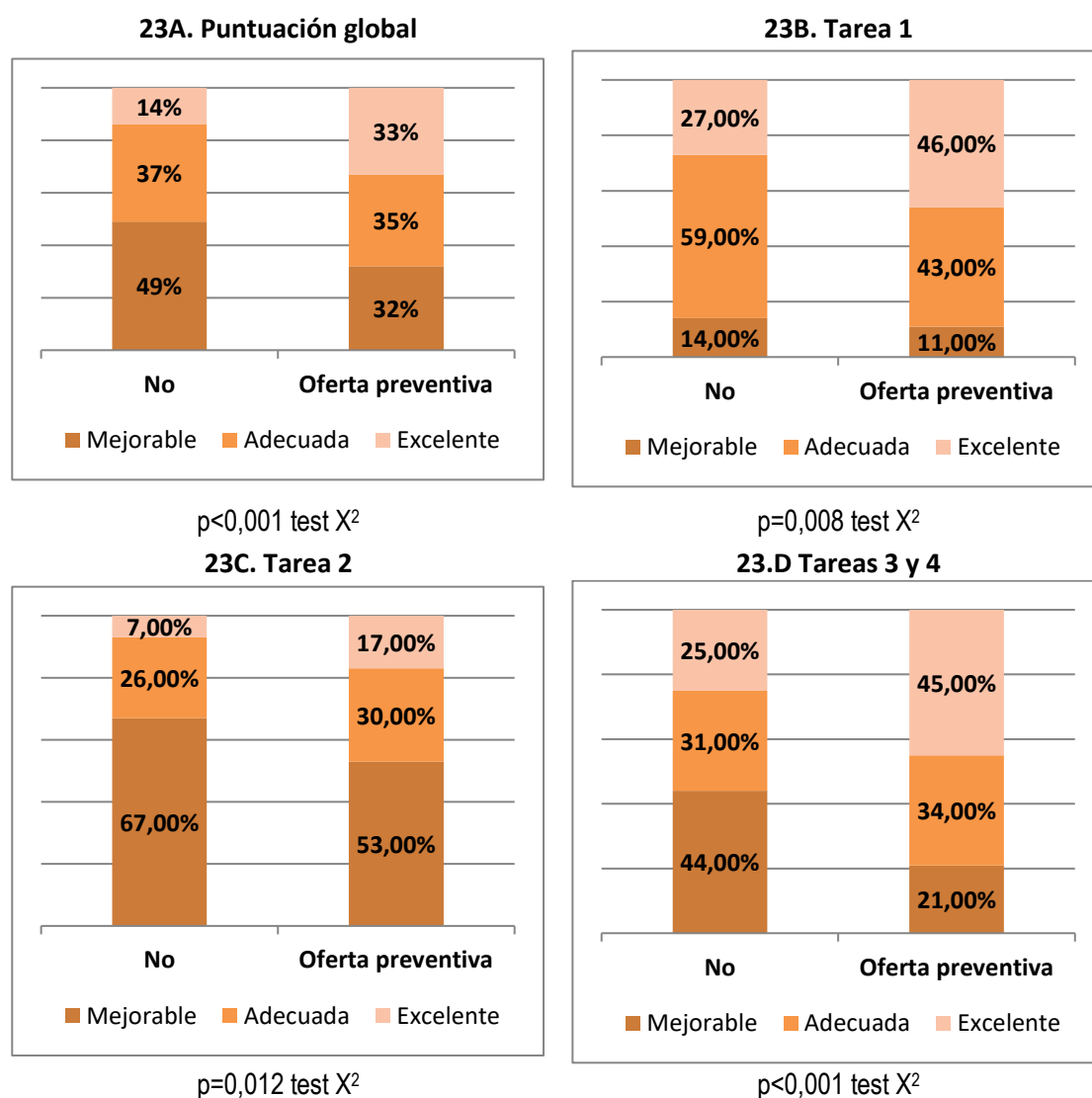
catalogada como excelente o adecuada cuando se realizaba prevención en salud en la consulta a demanda, con diferencias significativas para el total y para todas las tareas ( $p < 0,05$  X2) (figura 28).

**Tabla 25. Correlación entre el valor cuantitativo de la escala CICA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta o no de prevención**

Calificación escala CICA-2	Oferta preventiva	
	No	Sí
<b>Global (*)</b>	43,4 ± DE 14,7	50,8 ± DE 17,6
<b>Tarea 1 (*)</b>	53,7 ± DE 17,1	62,2 ± DE 20,2
<b>Tarea 2 (†)</b>	36,6 ± DE 13,7	42,5 ± DE 17,4
<b>Tareas 3 y 4 (*)</b>	46,6 ± DE 20,7	57,1 ± DE 21,8

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student (†)  $p = 0,003$  test *t* Student

**Figura 28. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de prevención**



Según el tipo de acción realizada, también se apreciaron medias más elevadas de la puntuación total de la escala CICA-2 tanto para la prevención primaria como para la secundaria, frente a aquellas entrevistas donde no existía una realización de oferta preventiva en consulta (tablas 26 y 27), salvo en la tarea 2 para las actividades preventivas de tipo secundario. Las medias de las diferencias encontradas para la prevención primaria se muestran a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 1,22 puntos ( $\pm$  DE 2,1) ( $p < 0,001$  test  $t$  Student)
- Tarea 1: diferencia media de 8,61 puntos ( $\pm$  DE 2,5) ( $p = 0,001$  test  $t$  Student)
- Tarea 2: diferencia media de 5,78 puntos ( $\pm$  DE 2,5) ( $p = 0,05$  test  $t$  Student)



- Tareas 3 y 4: diferencia media de 10,61 puntos ( $\pm$  DE 2,8) ( $p < 0,001$  test *t* Student)

Las medias de las diferencias encontradas para la prevención secundaria se muestran a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 5,20 puntos ( $\pm$  DE 2,3) ( $p = 0,023$  test *t* Student)
- Tarea 1: diferencia media de 5,34 puntos ( $\pm$  DE 2,6) ( $p = 0,043$  test *t* Student)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 7,07 puntos ( $\pm$  DE 3,0) ( $p = 0,019$  test *t* Student)

**Tabla 26. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta de actividades de prevención de tipo primario**

Calificación escala CICA-2	Oferta preventiva primaria	
	No	Sí
<b>Global (*)</b>	44,5 $\pm$ DE 15,2	51,7 $\pm$ DE 18,2
<b>Tarea 1 (*)</b>	54,8 $\pm$ DE 18,1	63,4 $\pm$ DE 19,8
<b>Tarea 2 (†)</b>	37,4 $\pm$ DE 14,3	43,2 $\pm$ DE 17,9
<b>Tareas 3 y 4 (*)</b>	48,0 $\pm$ DE 20,7	58,6 $\pm$ DE 22,4

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,001$  test *t* Student (†)  $p = 0,005$  test *t* Student

**Tabla 27. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta de actividades de prevención de tipo secundario**

Calificación escala CICA-2	Oferta preventiva secundaria	
	No	Sí
<b>Global (*)</b>	45,4 $\pm$ DE 16,4	50,6 $\pm$ DE 16,4
<b>Tarea 1 (†)</b>	56,2 $\pm$ DE 18,4	61,6 $\pm$ DE 20,3
<b>Tarea 2</b>	38,4 $\pm$ DE 15,4	41,8 $\pm$ DE 16,7
<b>Tareas 3 y 4 (‡)</b>	49,4 $\pm$ DE 22,3	56,5 $\pm$ DE 19,7

Diferencias significativas con (\*)  $p = 0,023$  test *t* Student (†)  $p = 0,043$  test *t* Student (‡)  $p = 0,019$  test *t* Student

Estas diferencias también se mantuvieron cuando se valora la distribución porcentual en las diferentes categorías de la escala CICA-2, con diferencias estadísticas significativas para la prevención primaria y en la secundaria salvo en la tarea 2 (figuras 29 y 30).

Figura 29. Vínculo entre la oferta preventiva de tipo primario y las habilidades comunicativas en función a la escala CICA-2 categorizada

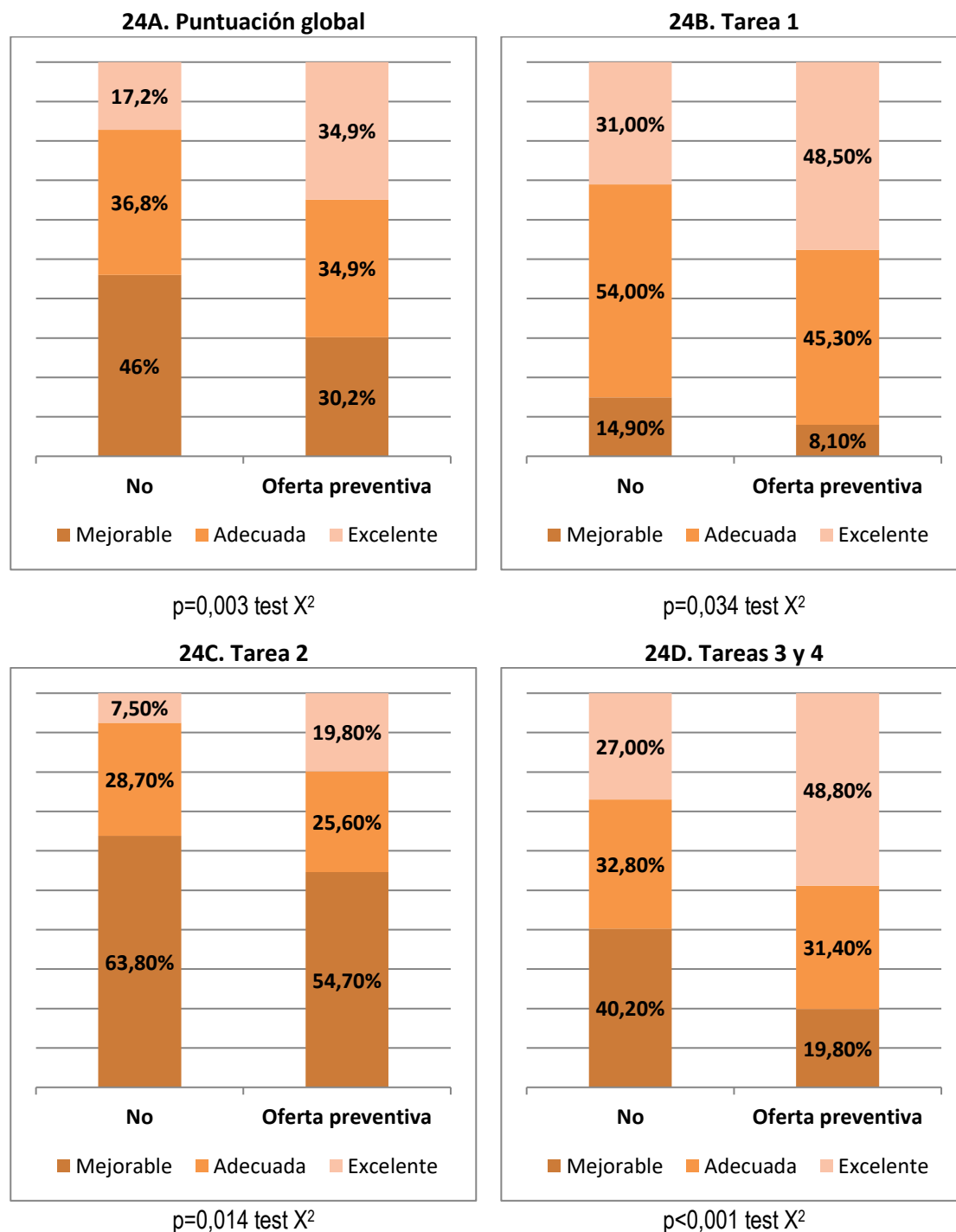
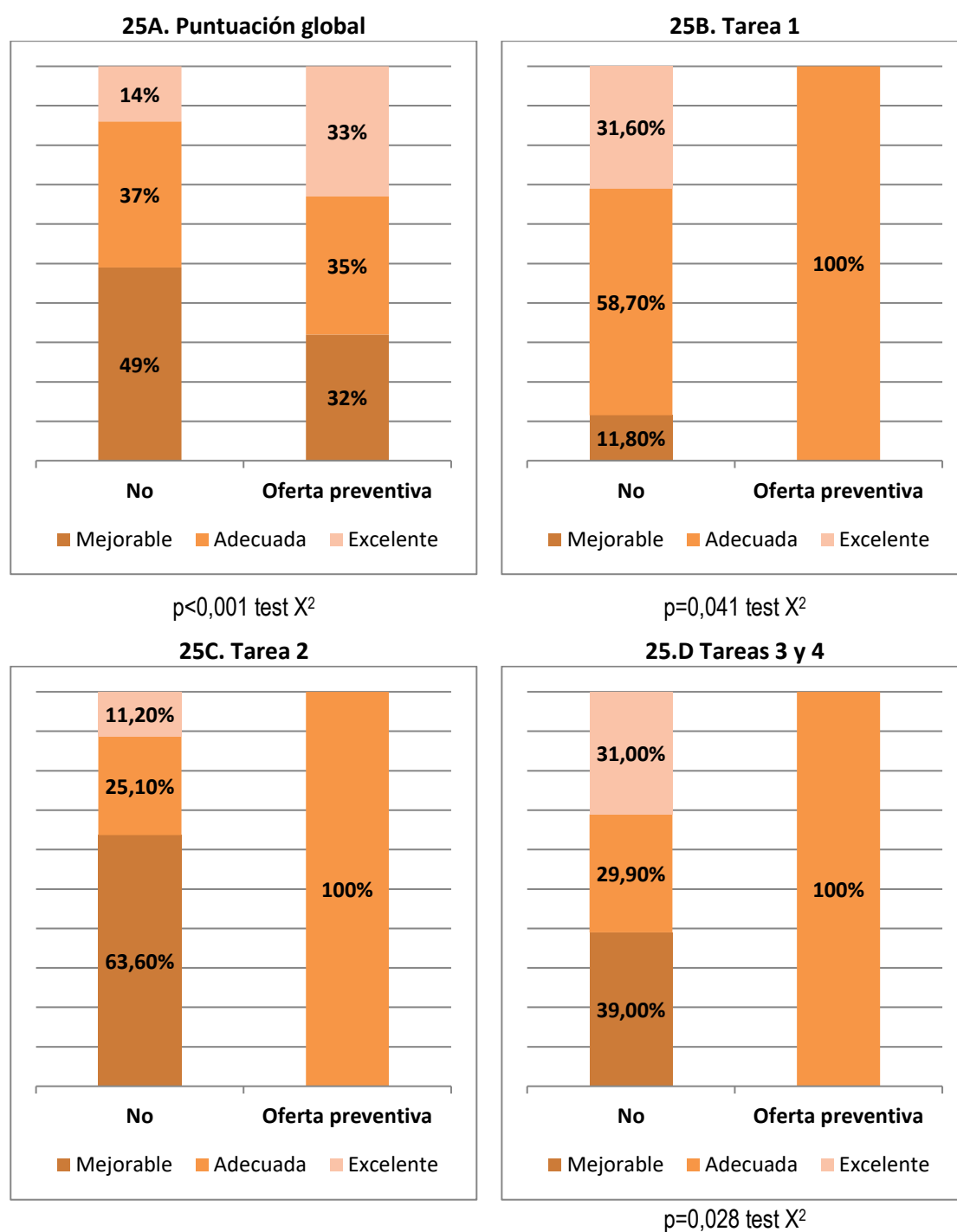


Figura 30. Vínculo entre la oferta preventiva de tipo secundario y las habilidades comunicativas en función a la escala CICAA-2 categorizada



Cuando el tipo de actividad preventiva realizado se trataba de cribado y de consejo se hallaron diferencias en las puntuaciones de la escala CICAA-2, no así para la profilaxis. En el caso de la realización de actividades de cribado en la consulta (tabla 28), la puntuación media fue superior tanto en la puntuación global como en cada una de las tareas frente a la no oferta de cribado, con diferencias medias que se muestran a continuación:

- Puntuación global: diferencia media de 6,17 puntos ( $\pm$  DE 2,4) ( $p=0,009$  test *t* Student)
- Tarea 1: diferencia media de 5,70 puntos ( $\pm$  DE 2,7) ( $p=0,038$  test *t* Student)
- Tarea 2: diferencia media de 4,48 puntos ( $\pm$  DE 2,3) ( $p=0,048$  test *t* Student)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 8,12 puntos ( $\pm$  DE 3,1) ( $p=0,009$  test *t* Student)

**Tabla 28. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICAA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta preventiva de tipo secundario (cribado)**

Calificación escala CICAA	Oferta de cribado	
	No	Sí
<b>Global (*)</b>	45,3 $\pm$ DE 16,4	51,5 $\pm$ DE 16,2
<b>Tarea 1 (†)</b>	56,3 $\pm$ DE 18,7	62,0 $\pm$ DE 19,7
<b>Tarea 2 (‡)</b>	38,2 $\pm$ DE 15,5	42,7 $\pm$ DE 16,3
<b>Tareas 3 y 4 (*)</b>	49,5 $\pm$ DE 22,0	57,6 $\pm$ DE 20,2

Diferencias significativas con (\*)  $p=0,009$  test *t* Student (†)  $p=0,038$  test *t* Student (‡)  $p=0,048$  test *t* Student

Algo similar ocurría cuando se realiza actividades de consejo en la consulta (tabla 29), con diferencias medias a favor de las entrevistas donde se ofertaba esta actividad preventiva y que incrementaban la puntuación de la escala CICAA-2:

- Puntuación global: diferencia media de 6,60 puntos ( $\pm$  DE 2,1) ( $p=0,002$  test *t* Student)
- Tarea 1: diferencia media de 8,42 puntos ( $\pm$  DE 2,4) ( $p=0,001$  test *t* Student)
- Tarea 2: diferencia media de 5,36 puntos ( $\pm$  DE 2,0) ( $p=0,009$  test *t* Student)
- Tareas 3 y 4: diferencia media de 9,55 puntos ( $\pm$  DE 2,8) ( $p=0,0091$  test *t* Student)

Cuando se valoró la relación entre la oferta de inmunización o quimioprofilaxis en la consulta, las puntuaciones medias de la escala CICA-2 fueron superiores cuando existía esta actividad preventiva frente a las consultas donde no se realizaba, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 30)

**Tabla 29. Correlación entre el valor cuantitativo de la escala CICA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta preventiva de tipo secundario (consejo)**

Calificación escala CICA	Oferta de consejo	
	No	Sí
<b>Global (*)</b>	44,6 ± DE 15,2	51,2±18,2
<b>Tarea 1 (†)</b>	54,8 ± DE 18,0	63,3±19,9
<b>Tarea 2 (‡)</b>	37,5 ± DE 14,2	42,9±18,0
<b>Tareas 3 y 4 (†)</b>	48,3 ± DE 20,9	57,8±22,2

Diferencias significativas con (\*) p=0,002 test t Student (†) p=0,001 test t Student (‡) p=0,009 test t Student

**Tabla 30. Correspondencia entre el valor cuantitativo de la escala CICA-2 (sobre 100 puntos) según la oferta preventiva de tipo secundario (inmunización y/o quimioprofilaxis)**

Calificación escala CICA	Oferta de inmunización/quimioprofilaxis	
	No	Sí
<b>Global</b>	46,8 ± DE 16,5	50,6 ± DE 18,0
<b>Tarea 1</b>	57,4 ± DE 18,9	66,7 ± DE 24,1
<b>Tarea 2</b>	39,3 ± DE 15,8	39,6 ± DE 17,1
<b>Tareas 3 y 4</b>	51,4 ± DE 21,9	53,6 ± DE 19,6

Cuando se valoró de forma cualitativa las habilidades en comunicación con el tipo de acción preventiva realizada en la consulta a demanda, se encontró una relación entre la valoración global excelente con la oferta de cribado y consejo, y la valoración global mejorable con la ausencia de esta actividad preventiva, con diferencias significativas (figuras 31 y 32). Igual ocurría con todas las tareas específicas de la escala CICA-2, salvo para la tarea 2 en el caso de la oferta de cribado (figura 31). Esto no ocurría con la oferta de quimioprofilaxis e inmunización (figura 33).

Figura 31. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de cribado

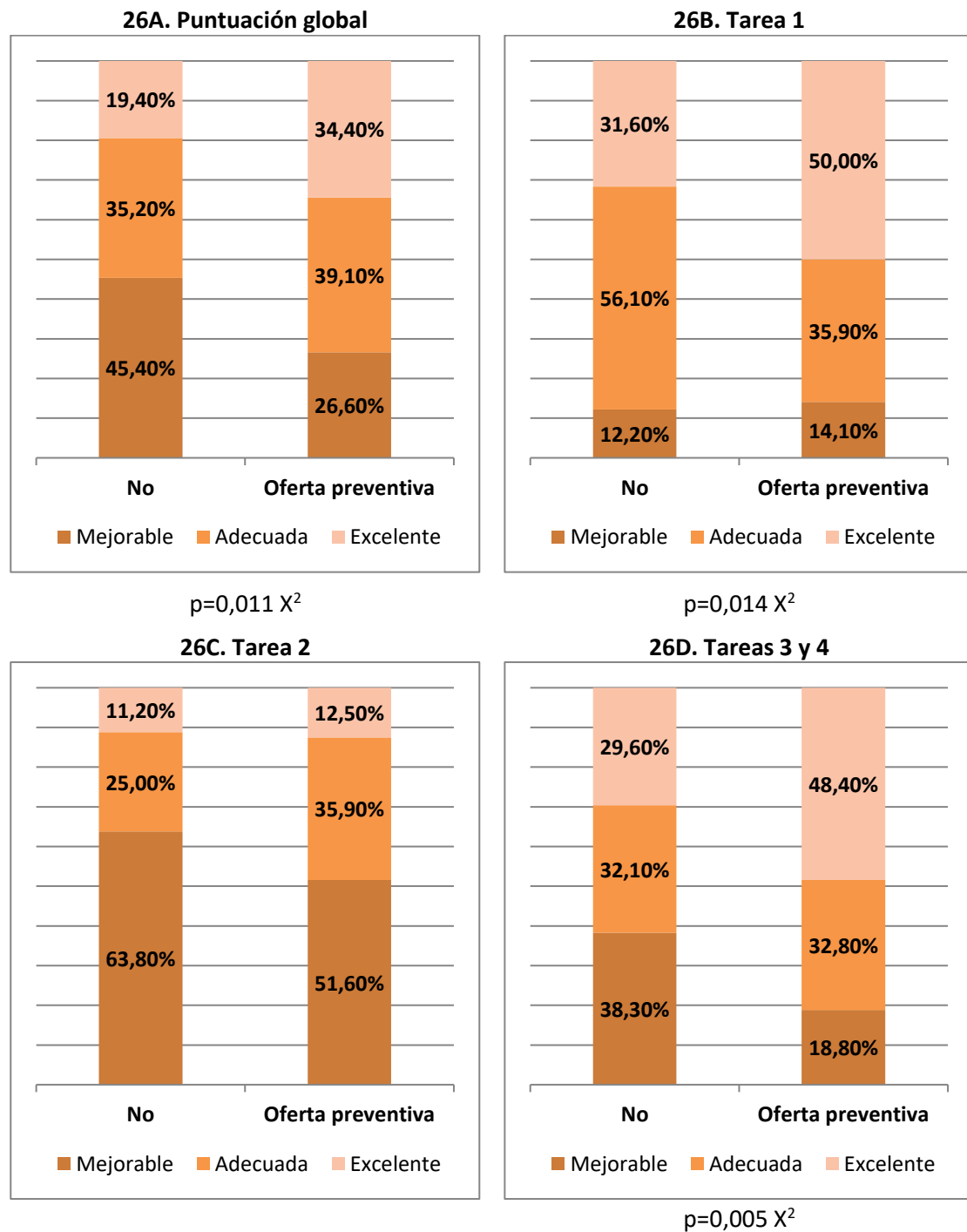
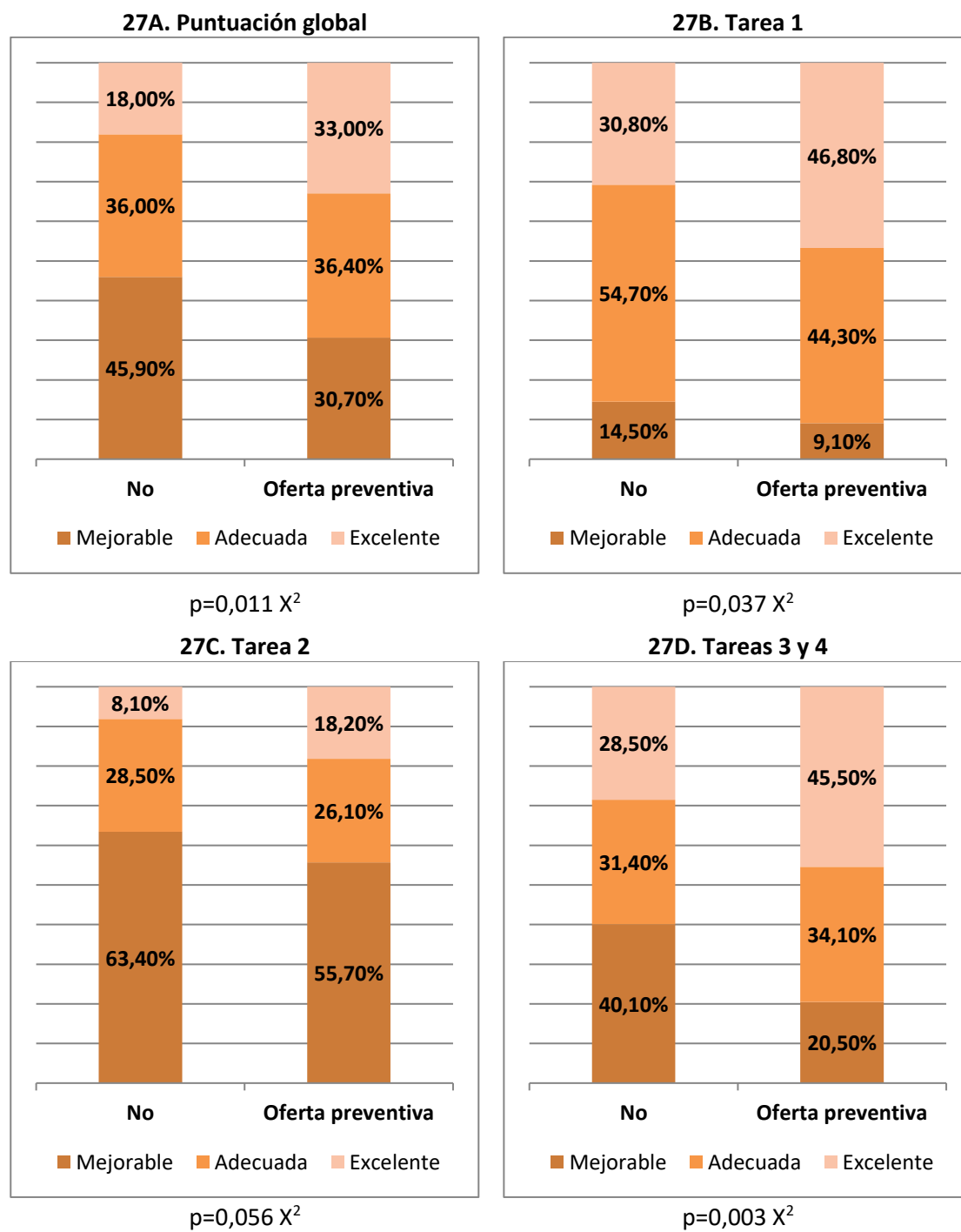


Figura 32. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de consejo



**Figura 33. Vínculo entre las habilidades comunicativas según la escala CICAA-2 categorizada y la oferta de inmunización y quimioprofilaxis**



Después de conseguir un modelo explicativo de la propuesta de actividades de prevención utilizando la regresión logística (tabla 31), se apreció que las habilidades de comunicación del médico residente se asociaban a la oferta preventiva, de modo que la odds ratio aumentó en 1,03 por cada punto que se conseguía en la escala CICAA-2. Otra característica relacionada fue el



tiempo que duraba la consulta, aumentando la odds ratio un 1,08 por cada minuto que duraba de más la consulta.

**Tabla 31. Modelo tras el análisis de regresión logística final para la oferta de actividades de prevención en la consulta a demanda de los MIR**

<i>Variable</i>	<i>Coeficiente</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Wald</i>	<i>p</i>
Sexo del MIR (ref. hombre)	0,280	0,891	[0,32; 1,43]	0,171	0,679
Edad del MIR (en años)	0,019	1,014	[0,98; 1,05]	0,478	0,489
Centro de trabajo (reg. urbano)	0,212	0,846	[0,43; 1,26]	0,621	0,431
Nº motivos de consulta	0,152	1,246	[0,95; 1,64]	2,083	0,149
Presencia de acompañante	0,317	0,558	[0,07; 1,18]	3,394	0,065
Sexo del paciente (ref. hombre)	0,292	1,246	[0,67; 1,81]	0,570	0,450
Duración de la entrevista (en minutos)	0,039	1,082	[1,01; 1,16]	4,064	0,044
Puntuación escala CICAA-2	0,009	1,031	[1,01; 1,10]	10,956	0,000
<i>Constante</i>	1,112	0,065	--	6,054	0,014

# Discusión

# Discusión

Los resultados obtenidos en la presente tesis muestran una evidente relación entre las habilidades en comunicación clínica del médico interno residente con la oferta de actividades preventivas en las consultas a demanda de Atención Primaria. Junto a ese hallazgo, se evidencia el desempeño de buenas habilidades de comunicación en un elevado número de entrevistas médico-paciente, así como la existencia de una oferta frecuente de tareas de prevención y de promoción de la salud por parte de este colectivo de médicos en formación en las consultas de demanda clínica. Estos hallazgos se sustentan en la bibliografía consultada y, pese a las limitaciones del estudio, pueden ser objeto de inferencia al resto de los médicos internos residentes Medicina Familiar y Comunitaria, tal y como se detalla en los siguientes puntos.

## **1. Habilidades en entrevista clínica de los médicos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria**

### **1.1. Importancia de las habilidades en comunicación**

El desarrollo de habilidades para establecer una adecuada entrevista clínica está configurado como una competencia esencial para el médico interno residente de Medicina Familiar y Comunitaria, aspecto que se trabaja durante los 4 años de la formación especializada. La competencia en comunicación del médico forma parte de una educación postgraduada transversal, recurrente durante toda la formación del residente y basada en las directrices marcadas por el programa formativo de esta especialidad (CNE, 2015). De forma explícita, el libro de competencias del médico residente incluye un área docente de habilidades centradas en la atención al individuo. Dentro de este apartado, debe desarrollar aptitudes que mejoren la comunicación con pacientes y familiares, siempre considerando un absoluto respeto a los derechos de intimidad, confidencialidad y autonomía del paciente. El conocimiento de las técnicas más adecuadas de entrevista clínica mejora la calidad de la anamnesis y de la exploración física, facilita la obtención del diagnóstico incluyendo aspectos biopsicosociales. Todo ello capacitará al médico en formación para establecer un proceso de comunicación consentido por el paciente que permita definir el motivo de consulta y al tiempo valorar otras necesidades no demandas. La inclusión de otros aspectos no demandados en la consulta facilita la elaboración conjunta de un plan de cuidados, mejora la toma de decisiones compartida y la información al paciente, al tiempo que permite un mayor desarrollo de la educación sanitaria y la oferta de actividades preventivas (Muñoz-Seca, 2015).

La capacidad de recibir y emitir información en ese proceso comunicativo, es esencial y un elemento básico que completa la praxis médica. Se trata de un componente esencial de la competencia clínica de un médico de familia, tan

importante como pueda ser una correcta anamnesis y exploración física o unos adecuados conocimientos médicos. De igual forma, es la base esencial para obtener unas relaciones con éxito entre médico y paciente.

La comunicación se ha postulado como un elemento imprescindible en la práctica del médico de familia (CNE, 2015) y, según los resultados obtenidos, es una habilidad estrechamente relacionada con el desarrollo de actividades preventivas en la consulta a demanda. Los objetivos que debe alcanzar los médicos en formación respecto a la comunicación se resumen en los siguientes puntos:

- Debe identificar los motivos y problemas de salud del paciente.
- Ha de ser eficiente en el uso de los recursos, sobre todo del tiempo.
- Pueda crear una dinámica comunicacional que le permita establecer, mantener y concluir de forma adecuada una relación asistencial y terapéutica.
- Sabe acordar con pacientes y familias las intervenciones y acciones más apropiadas para cada caso y contexto clínico.
- Es capaz de educar al tiempo que informa, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y no solo sus demandas.

Las técnicas de comunicación se deben enseñar y deben ser aprendidas con el mismo rigor y sistemática que, por ejemplo, la exploración física, dado que la experiencia por sí sola no es suficiente para adquirir competencias suficientes en esta área. La formación en comunicación clínica no puede realizarse de una forma tradicional, en este caso poco exitosa para conseguir un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilite la adquisición de habilidades en técnicas de comunicación. Se ha desarrollado una metodología específica de enseñanza para los médicos residentes de MFyC, dado que lo que se pretende es un cambio de comportamiento en la consulta y por ello la enseñanza clásica no es completamente útil. Se vienen realizando en los centros de salud docentes distintos métodos denominados experienciales con técnicas que usan la observación directa de la comunicación, la retroalimentación a los entrevistadores sobre sus habilidades y el aprendizaje de las técnicas de comunicación en situaciones reales o simuladas como método de entrenamiento. Se trata de técnicas que utilizan diferentes herramientas como la realización de proyectos o informes, el trabajo con pacientes simulados (*role play*) y el trabajo en consulta con la interacción específica tutor-residente. Las simulaciones con pacientes estandarizados también se han utilizado durante mucho tiempo para enseñar y evaluar las habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar el interés y la motivación de los estudiantes del grado de Medicina por las competencias en comunicación y mejorando el registro en las historias clínicas (Denizon, Blanco, Pouplana et al, 2021).

## 1.2. Análisis de las competencias en comunicación

Destaca en este ámbito el aprendizaje de campo donde se realiza la observación de consultas reales (mediante la observación directa por una tercera persona o bien por medio de la grabación en vídeo) que favorecen avances en la adquisición de competencias por parte del médico en formación. Diferentes estudios analizan encuentros clínicos grabados en vídeo y analizados posteriormente mediante diferentes escalas, siendo las más frecuentemente utilizadas en nuestro entorno la escala GATHA-RES y la escala CICAA-2. El problema detectado en estos estudios es el desarrollo en consulta de un estilo centrado en el médico que permite poca participación del paciente, con una gama limitada de habilidades comunicativas por parte del profesional sanitario (Ruiz-Moral, Pérez, Pérula et al, 2006).

Desde el punto de vista del paciente, éste prefiere encuentros clínicos donde el profesional brinde información de manera espontánea y muestre comportamientos afectivos (Leckie, Bull y Vri, 2006). Su satisfacción tras la consulta está en general más relacionada con su propia percepción de ser escuchado (tanto de forma verbal como no verbal) que con la capacidad técnica del profesional médico que le atiende (Ruiz-Moral, Pérez, Pérula et al, 2006).

Todas estas técnicas de aprendizaje de entrevista clínica están diseñadas para incrementar las habilidades de comunicación enmarcando su labor asistencial dentro de un modelo biopsicosocial de atención al paciente. Este tipo de asistencia sanitaria, fundamento de la Atención Primaria, favorecerá una atención biopsicosocial al prestar una atención holística al paciente en cada contacto con el sistema sanitario y está estrechamente ligado a las competencias en comunicación del médico de familia. Estas competencias se recogen explícitamente en el programa formativo del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Las habilidades resultantes mejoran la capacidad de obtener información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud, les permiten delimitar los motivos de consulta mediante una escucha activa y estar atentos a la comunicación no verbal (más importante que la verbal en muchas ocasiones) (CNE, 2015). Una comunicación eficaz permitirá al médico residente llegar a acuerdos con el paciente sobre cuál es la naturaleza del problema, la información que debe proporcionarse al paciente y la familia, y el plan terapéutico a plantear. Todo ello favorecerá la introducción de elementos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en consultas con otros motivos de consulta (como revisión de enfermedades crónicas o demandas administrativas).

El uso de una escala para valorar las entrevistas grabadas y la revisión por pares permite dar una aproximación a la complejidad que supone un acercamiento real de las interacciones diádicas con un análisis de un evento real

como es la consulta a demanda de un médico en un centro de salud, un hecho comunicacional que precisa ser sistematizado primero para su comprensión, para su estudio y para su enseñanza (Kaplan, Siegel, Madill et al, 1997). Un gran número de modelos evaluativos que valoran la entrevista clínica desarrollada en la consulta médica se basa en los criterios del segundo informe Kalamazoo (Duffy, Gordon, Whelan et al., 2004) otorgando la misma importancia tanto a la relación paciente-profesional como al contenido de la misma.

Para el presente trabajo se eligió la escala CICAA-2, que contempla los aspectos desarrollados en este informe y proporciona una herramienta fiable y validada en la evaluación de las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios (Ruiz-Moral y Pérula, 2006). Es un cuestionario usado de forma habitual en la formación de médicos residentes, conocido por tutores y residentes del Servicio Andaluz de Salud. Ha sido utilizado en investigación para valorar las competencias en comunicación (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016) (Valverde, Pedregal, Moreno et al, 2018). La escala CICAA-2 ofrece un cuestionario que focaliza la evaluación de la entrevista clínica centrada en el paciente y su familia (Pascual, Gil, Sánchez et al, 2020) que evalúa la relación médico paciente y el establecimiento de una alianza terapéutica. De esta forma se evalúan múltiples componentes: cómo percibe el enfermo las intervenciones realizadas por el profesional sanitario, saber si se ha llegado a un acuerdo en el plan terapéutico y definir el compromiso con la salud del paciente que muestra el médico.

La estructura secuencial de esta herramienta facilita al evaluador tener una continuidad en la valoración de la interacción médico-paciente-familia. Aunque se divide la evaluación en cuatro tareas, la escala actúa como hilo conductor que permite evaluar las habilidades mostradas dentro de una visión más general de lo sucedido durante la consulta (Pinzón, 2018).

### **1.3. Principales resultados de la escala CICAA-2**

De acuerdo con los resultados obtenidos, teniendo presentes las limitaciones y comparando con otros trabajos (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016), los médicos residentes estudiados poseen una buena capacidad de escucha y para brindar información al paciente, con áreas de mejora en los aspectos de ofrecer empatía, hacer preguntas abiertas, explorar el ámbito psicosocial del paciente, resumir información y facilitar las decisiones negociadas. En general, no se encontraron diferencias entre sexo ni centro de salud, aunque el hecho de ser más joven es un factor asociado a un mayor nivel de habilidades en comunicación con el paciente. Los resultados en habilidades comunicacionales son superiores a las encontradas en otros estudios (Gavilán, Ruiz-Moral, Pérula et al, 2010) posiblemente debido a que se

incluyeron pacientes atendidos en el ámbito hospitalario, donde se presta una atención más centrada en los aspectos biomédicos.

En el presente estudio, 3 de cada 5 médicos residentes mostraron unas actitudes adecuadas para la comunicación con los pacientes, con mejores habilidades en las tareas de conectar con el paciente y acordar los problemas y ayudar a actuar. En cambio, las tareas pertenecientes al apartado de identificar y comprender el problema fueron más deficitarias, con más de un 60% de entrevistas necesitadas de mejora en esos aspectos de la comunicación. No se han encontrado diferencias por género, al igual que ocurre en otros trabajos (Williams, Brown, McKenna et al, 2014) aunque otros estudios destacan un mejor uso del lenguaje no verbal entre residentes mujeres (Jefferson, Bloor, Birks et al, 2013). Por edad, los residentes más jóvenes presentaron una mejor puntuación en todas las tareas, hecho tal vez influido por la capacidad técnica y la formación universitaria previa. Se ha evidenciado las mejores puntuaciones en las tareas propias de la entrevista clínica de los médicos de familia que desempeñan funciones como tutores de médicos residentes tienen relación más con sus labores formativas que con la edad o la experiencia, variables que no parecen garantizar necesariamente mejores habilidades de comunicación (Chan, Wun, Cheung et al, 2003) (Moore, Rivera, Grez et al, 2013) (Wouda y van de Wiel, 2014). Hay estudios que obtienen resultados similares entre médicos tutores y médicos en formación, con habilidades formativas que dependen más de la actitud que de la experiencia laboral (Fossli-Jensen, Gulbrandsen, Dahl et al, 2011) (Wouda y van de Wiel, 2012).

La tarea 1 de la escala CICAA-2 estudia la relación comunicativa con el paciente y la familia y es la que mejor desarrollan los médicos residentes estudiados. Una adecuada bienvenida al paciente, un correcto lenguaje corporal y un cierre oportuno de la consulta puede ayudar al paciente a recibir positivamente la información facilitada por el profesional médico y facilitando la progresión de la entrevista (Ruiz-Moral, Parras, Alcalá et al, 2005). Otros estudios encuentran una acogida menos empática, lo que puede provocar pérdidas de oportunidades potenciales que podrían haber sido exploradas (Ruiz-Moral, Pérez, Pérula et al, 2006), hecho que podría ser más frecuente en médicos residentes frente a médicos senior debido a las dificultades inherentes al inicio de una profesión, una praxis profesional marcada por las experiencias previas y un distanciamiento familiar (Neumann, Edelhäuser, Tauschel et al, 2011) (Williams, Brown, McKenna et al, 2014). La cumplimentación de los ítems de la tarea 1 de la escala CICAA-2 incrementa la capacidad del paciente para comprender y afrontar su enfermedad, así como a ser comprensivo cuando ocurren errores médicos, lo que ayuda a preservar y mantener la relación médico-paciente (Pawlikowska, Zhang, Griffiths et al, 2012) (Hannawa, 2014). El adecuado cierre de la entrevista se plantea como una de las áreas de mejora de

los médicos en formación, siendo esencial este aspecto para la verificación de la información recibida, la claridad en el plan de acción o la toma de precauciones por parte del paciente (Ruiz-Moral, Pérez, Pérula et al, 2006). Un metaanálisis muestra la importancia de las habilidades de la tarea 1 de la escala CICAA-2, ya que encuentra que la oferta de tareas preventivas y de promoción

de la salud se iniciaba a través de preguntas directas, con motivos de consulta vinculados a una inquietud médicamente relevante, aprovechando esta oportunidad el médico de Atención Primaria para capitalizar las discusiones iniciadas por el paciente (Albury, Hall, Syed et al, 2019).

La tarea 2 de la escala CICAA-2, que incluye la identificación y comprensión de los problemas de salud del paciente y de su familia, es que precisa una mayor mejora al obtener los peores resultados tras evaluar los cuestionarios. Los resultados de un estudio realizado en Australia mostraron que las discusiones sobre los comportamientos del estilo de vida entre el profesional sanitario y el enfermo fueron breves en el encuentro clínico, pero relativamente frecuentes y a menudo iniciadas por el propio médico de familia (Hamilton, Henderson, Burton et al, 2019). Un estudio sobre una población de médicos residentes de similares características (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016) mostró un aceptable desarrollo de la escucha activa, el nivel de reactividad, la facilitación del diálogo con el paciente, la comprensión y las respuestas oportunas a sus preguntas y el conocimiento de sus expectativas de la consulta. Sin embargo, dos tercios de los profesionales no hicieron preguntas abiertas ni intentaron explorar el estado emocional del paciente ni su situación familiar.

En el presente trabajo no hubo diferencias por sexo entre la consecución de esta tarea, mientras que otros trabajos mostraron cómo era más frecuente entre las mujeres preguntar sobre accidentes, sucesos estresantes de la vida o factores de riesgo o preventivos potenciales (Ruiz-Moral, Rodríguez, Pérula et al, 2002) (Lundberg, 2014).

Por último, las tareas 3 y 4 facilitan llegar a un consenso con el paciente y su familia en torno al motivo de consulta, establecer un plan terapéutico y ofrecer soluciones. Dos de cada tres residentes demuestran competencias en esta parte final de la entrevista, cuyo contenido fundamental es informar al paciente del proceso y la etapa a seguir, verificar que ha entendido y obtener compromisos en torno al plan de acción, porcentaje algo inferior a otros estudios que llegan a un 80% de las entrevistas valoradas (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016). Es un momento donde se debe permitir al paciente expresar todas sus dudas, lo que facilita una atención centrada en el paciente que promueva la salud y permita la oferta de actividades preventivas. En un reciente estudio donde participaron médicos residentes peruanos se encontró una mejora de las habilidades en comunicación, sobre todo para acordar con el paciente y su



familia la actitud terapéutica, tras una intervención empleando juegos de rol , lo que indica que estas aptitudes pueden mejorar con un entrenamiento previo (Ticse, Cuba, Nestares et al, 2019).

En un estudio realizado sobre una población similar a la reclutada para este trabajo de investigación (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016), se encontró que la mayoría de médicos de familia y médicos internos residentes de cuarto año son amables y muestran cortesía y permiten que el paciente exprese sus opiniones y dudas. No obstante, hay un déficit manifiesto a la hora de explorar con detenimiento el estado emocional del paciente, integrar la atención familiar contemplando acontecimientos vitales estresantes, o resumir la información obtenida para que el paciente pueda opinar sobre la idea que el médico se ha formado sobre su problema. Muñoz-Seca (2015) muestra en su artículo una herramienta multicomponente para valorar las habilidades comunicacionales, integrando la auditoría de historias médicas, la introducción en la consulta de actores previamente entrenados que simulan ser enfermos, y la grabación de los encuentros clínicos para su posterior valoración. Esta herramienta mostró una adecuada aplicabilidad y utilidad para valorar las competencias comunicacionales del médico de familia en su praxis cotidiana. Tras el estudio, solo uno de cada tres médicos obtuvo puntuaciones óptimas o aceptables en todas las competencias, estando relacionado con ser médico en formación postgraduada o tener experiencia docente como médico tutor.

Sigue existiendo, tanto para lo población como para los profesionales, la idea de una relación paternalista donde el paciente adopta una actitud pasiva y es tranquilizado por un profesional que asume toda la responsabilidad, tanto diagnóstica como terapéutica. Este modelo es denominado como técnico, científico o del consumidor-usuario. Aunque ha sido la forma de relación médico-paciente preponderante hasta la primera mitad del siglo XX, actualmente sigue siendo una práctica común sistemas sanitarios. No es un modelo adecuado ya que ignora el derecho de los sujetos a opinar y decidir sobre todas las decisiones que involucran su salud (Scherger, 2009).

En general la toma de decisiones compartidas en la interacción clínica entre médico y paciente se ha demostrado infrecuente, favoreciéndose la negociación entre ambos actores en menos del 50% de las consultas evaluadas en otros estudios (Ruiz-Moral, Pérez, Pérula et al, 2006) (Moral, Munguía, de Torres et al, 2012). Se ha constatado que muchos pacientes creen que el médico debe tomar decisiones por ellos, a pesar de que les gustaría que su médico los incluyera en el proceso de decisión final (Moral, Munguía, de Torres et al, 2012). En general, las mujeres, los jóvenes, los de mayor nivel socioeconómico y educativo y los que padecen enfermedades leves, prefieren compartir las decisiones sobre su salud y que el médico centre su atención en la persona y no en la enfermedad (Brand y Stiggelbout, 2013) (Mikesell, 2013).

La relación entre médico y paciente se ha definido como la “relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud” (González, 2004). Esta aproximación permite introducir en los actos clínicos la necesaria salvaguarda de la integridad biológica, psicológica y social del paciente y el respeto a su autonomía.

#### **1.4. Limitaciones y posibles sesgos**

La participación voluntaria de los sujetos en las grabaciones puede provocar un sesgo de selección, ya que los participantes representan potencialmente un subgrupo de médicos residentes más dispuestos a participar o que tienen un mejor perfil comunicativo. No obstante, la mayoría de profesionales realizan estas grabaciones como actividad docente durante su último año de formación especializada y desconocían el posterior uso para esta investigación. Estas entrevistas se han utilizado de forma habitual para valorar las entrevistas propias reales, con el médico tutor o con todo el equipo médico, mediante el llamado método PBI (“*Problem Based Interviewing*”), que centra la formación en una constante retroalimentación al médico residente sobre las áreas de mejora en sus habilidades comunicacionales (Lesser, 1985). La voluntariedad de los participantes es un requisito ético en la mayoría de estudios sobre habilidades en comunicación, siendo el método de selección más frecuentemente utilizado en los estudios donde se analizan grabaciones de consultas reales de forma diferida (Themessl-Huber, Humphris, Dowell et al, 2008).

El sesgo de selección puede estar presente, ya que no todos los residentes realizan esta videograbación, dependiendo de su motivación o del interés del médico tutor. No obstante, al ser un método docente habitual y extendido en formación postgraduada, la actitud del residente en estas videograbaciones es natural y espontánea. Una gran mayoría de estudios encuentran un desempeño habitual de las tareas propias del MIR, con un comportamiento profesional y una duración de la entrevista similar a las no grabadas, con similar calidad en el resultado (Valverde, Pedregal, Moreno et al, 2018) (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016) (Paniagua-Urbano, Pérula de Torres, Ruiz del Moral et al, 2010) (Wouda, Harry y Van de Wiel, 2014). Además, diferentes autores (Themessl-Huber, Humphris, Dowell et al, 2008) (Meeusen y Porter, 2015) (Fiscella, Franks, Srinivasan et al, 2007)

La mayor parte de los médicos en formación de las Unidades Docentes participantes han realizado esta actividad docente, lo que normaliza su

realización tanto para el profesional como para los pacientes. El sesgo de información se trató de resolver con la formación previa de los evaluadores externos y el uso de un cuestionario validado (Ruiz Moral y Pérula de Torres, 2006). El resultado de las videograbaciones permite al evaluador valorar cada tarea en profundidad sin que se distorsione el transcurso de la entrevista con una tercera persona dentro del ámbito de la consulta.

Otra posible limitación para la inferencia poblacional de los resultados obtenidos mediante esta técnica es el hecho de que las personas reclutadas en las entrevistas son pacientes reales, añadiendo por tanto la dificultad de las entrevistas con motivos aleatorios que puede influir en los resultados. Los cambios de comportamiento una vez que el sujeto tiene conocimiento de que está siendo filmado, puede ser otro problema, aunque se ha demostrado que esto no influye en el comportamiento de los médicos ni de los pacientes (Themessl-Huber, Humphris, Dowell et al, 2008). La limitación que supone la aparición del efecto Hawthorne (o sesgo del observado y miedo escénico de los participantes) puede verse atenuado por la experiencia previa de los residentes, casi todos ellos con diferentes grabaciones en los tres años previos de formación especializada, y al hecho de grabar al menos durante una hora seguida, lo que ofrece una variada selección de consultas para cada profesional tras ser eliminada la primera grabación.

## **2 Oferta de actividades preventivas y promoción de la salud en médicos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria**

### **2.1 Importancia de las actividades preventivas en la formación del MIR**

Durante la formación postgraduada, los futuros especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria reciben una formación específica que le permita adquirir las técnicas necesarias para el desarrollo de esta labor preventiva (Garr, Lackland y Wilson, 2000) (Alba, Murillo y Castillo, 2013). El programa de la especialidad de MFyC (CNE, 2015) no presenta un apartado formativo específico para las actividades preventivas, sino que integra esta actividad clínica en los diferentes apartados de atención al individuo, grupos poblacionales y personas con factores de riesgo.

En todos los casos, se proponen estrategias de prevención de tipo oportunista, entendido como la actividad no sistematizada que se realiza de forma no reglada, en muchas ocasiones a petición del propio paciente o como una demanda más de las habituales consultas donde el paciente consulta por múltiples motivos de salud (Ascunce 2015). Es decir, en cada contacto sanitario el médico de familia debe determinar el motivo de consulta pero, al mismo

tiempo, detectar las necesidades en salud del paciente que atiende y en consonancia ofertar una actividad preventiva o de promoción de la salud. De esta forma, esta estrategia exige al médico de familia una actitud continua proactiva para incluir estas actividades en cada encuentro clínicos. De igual manera, el profesional sanitario no solo se convierte en un proveedor de actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, sino que al mismo tiempo se le exige actuar como un modelo social altamente influyente en la población a la que atiende (Cerrada, Olmeda, Senande et al, 2005).

En España existe una amplia trayectoria en este ámbito (PAPPS, 2018 y 2020). La realización de prevención y promoción de la salud es una actividad definitoria de la Atención Primaria, encontrándose que los médicos de familia la ofertan en mucha mayor medida que los médicos que trabajan en el ámbito hospitalario (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar et al, 2015) (Maestre-Miquel, Figueroa, Santos et al, 2016) e incluso que otros médicos generales o de familia de Europa (Kloppe, Brotons, Anton et al, 2005).

La incorporación de las actividades preventivas en la asistencia clínica, por tanto, es un rago fundamental de la Medicina de Familia. Tanto la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE 2006) como los diferentes Servicios de Salud, y en particular el Servicio Andaluz de Salud (SAS 2020), señalan la necesidad de la implementación de la oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud. Es una tarea clínica incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria y otorga una visión integrada al quehacer clínico en este nivel asistencial. De hecho, la atención integrada como característica básica contempla interrelacionar los elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y reinserción social en la atención a la población atendida. El médico de familia presta una atención longitudinal a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia, lo que le obliga a ofertar de forma habitual actividades preventivas y de promoción de la salud (Martín Zurro, 2014).

Pese a la importancia de esta actividad, sobre todo en la Atención Primaria, hay pocas investigaciones acerca de la propuesta del asesoramiento clínico para actividades de prevención y de promoción de la salud en la labor asistencial de los especialistas internos residentes (EIR) españoles (Paniagua, Pérula, Ruiz-Moral et al, 2010) (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014) (Ramos, Ruzafa, Fernández et al, 2014). Las prevalencias oscilan de un 10% a un 40%. La necesidad de realizar aproximaciones a las actitudes de los médicos de Atención Primaria sobre la prevención y promoción de la salud (Ruiz-Moral, 2004) ha sido puesta de manifiesto y estudiada en Andalucía durante las últimas dos décadas (Ruiz-Moral, Rodríguez, Pérula et al, 2002) (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar et al, 2015). Es preciso fomentar en el médico residente el dejar de adoptar una postura reactiva en la atención a demanda,

basada en la atención exclusiva a los motivos aducidos por el paciente o su familia, a una actitud más proactiva donde el profesional toma la iniciativa y realiza un cribado oportunista investigando las **necesidades** de salud no consultados por el paciente (Salleras, Martín, Bertrán et al, 1994).

## **2.2. Resultados y comparativa en la oferta de actividades preventivas**

El presente trabajo de investigación emplea una técnica de revisión de grabaciones audiovisuales de entrevistas clínicas reales realizadas por especialistas internos residentes de medicina de familia, encontrando que en aproximadamente la mitad de las entrevistas se oferta una actividad preventiva (primaria o secundaria), mayoritariamente consejo seguido por actividades de cribado, mientras que la inmunización o quimioprofilaxis sólo se oferta en un número limitado de consultas. Otros trabajos que valoran la propuesta general de tareas preventivas a demanda muestran prevalencias inferiores que oscilan de un 10 a un 40% (Paniagua, Pérula, Ruiz et al, 2010) (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014) (Ramos-Morcillo, Ruzafa, Fernández et al, 2014). En general, hay pocos datos que informen sobre las competencias y habilidades del médico residente de Medicina Familia adquiridas durante la residencia que le permitan ofertar estas actividades de forma rutinaria durante su posterior desempeño como médico senior (Ruiz-Moral, Rodríguez, Pérula et al, 2002) (Paniagua, Pérula, Ruiz et al, 2010) por lo que estos datos evidencia una importante participación de los médicos en formación postgraduada en su paso por los centros de salud durante el último año de la formación especializada, incorporando en casi la mitad de las consultas a demanda la oferta de actividades preventivas.

El estudio EUROPREVIEW realizó una serie de encuestas a pacientes de varios países europeos para valorar la oferta de actividades preventivas que los médicos de familia les habían ofertado en sus citas en el centro de salud. El resultado fue superior entre los médicos de familia españoles que en el resto de médicos europeos (Brotons, Bulc, Sammut et al, 2012). Estos porcentajes son aún más bajos en el ámbito hospitalario: así, diferentes investigaciones encontraron que menos de un 40% de médicos hospitalarios habían ofrecido consejo para el cese del consumo de alcohol o tabaco en sus encuentros clínicos (Ballbè, Walther, Mondon et al, 2009) (Wallace, Sairafi, Weeks et al, 2006).

Por el contrario, los médicos de familia suelen preguntar sobre el consumo de alcohol y aconsejar contra su consumo en aproximadamente el 80% de las ocasiones (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014) y contra el tabaquismo (50-75%) (Cerrada, Olmeda, Senande et al, 2005) (Wallace, Sairafi y Weeks, 2006) (De Col, Baron, Guillaumin et al, 2010) (Talley, Gee, Allen et al, 2011). Esta oferta de consejo depende de la formación que recibe el sanitario, pero también ha sido relacionada con otras variables como la edad y el sexo del

médico, la zona geográfica donde trabaje, la especialidad médica cursada o el propio consumo de alcohol u otras drogas (Tremblay, Gervais, Lacroix et al, 2001).

Los datos en España del estudio EUROPREVIEW (Brotons, Bulc, Sammut et al, 2012) (Brotons, Drenthen, Durrer et al, 2012) sugieren que las actividades preventivas están más integradas en las consultas de Atención Primaria y que la población atendida, a diferencia de otros países europeos, está más concienciada y receptiva a recibir por parte de su médico consejos e indicaciones para mejorar su salud. Los diferentes programas de prevención y promoción de la salud que orientan al médico de familia para integrarlos en la asistencia clínica, como el PAPPS (2018,2020), han tenido un impacto general positivo, con un mayor porcentaje de la población que ha tratado temas de salud con su médico o que han recibido consejo o educación para la salud.

No parece que la organización y financiación de los distintos sistemas sanitarios en los países occidentales tengan una clara influencia sobre este hecho. Un reciente estudio (Dahrouge, Hogg, Russell et al, 2012) no encontró diferencias entre la propuesta de tareas de prevención y el modelo de financiación del servicio de salud, siendo mucho más importante en este modelo las características del médico y la existencia de una estructura favorecedora de las prácticas de promoción de la salud, como son un menor número de pacientes a atender y un sistema de recordatorio electrónico para la oferta de prevención.

En muchos sistemas de salud, la tasa anual de ejecución de procedimientos preventivos en adultos es inferior a los objetivos marcados para los servicios de salud que dan cobertura a la población (Stange, Flocke, Goodwin et al, 2000) (Gowin, Avonts, Horst-Sikorska et al, 2009). En cambio, el estudio realizado por Shires (Stange, Divine et al, 2012) en los Estados Unidos encontró una prestación de servicios preventivos basados en evidencia durante los exámenes médicos periódicos en el 50% de los encuentros clínicos de los médicos de familia. En Europa, una alta proporción de pacientes que acuden a Atención Primaria con estilos de vida poco saludables (especialmente bebedores de riesgo) no perciben la necesidad de cambiar sus hábitos, y cerca de la mitad de los pacientes refirieron no haber conversado sobre estilos de vida saludables con sus médicos de familia (Brotons, Bulc, Sammut et al, 2012). Este hecho genera una importante discrepancia entre las expectativas de los pacientes y el desempeño de los médicos de familia, que pese a que más de la mitad de los pacientes piensa que su estilo de vida es importante para su salud y piensa que tiene que mejorar su estilo de vida, muchos no recibieron información por parte de su médico de Atención Primaria (Brotons, Drenthen, Durrer et al, 2012).

Los datos obtenidos muestran que las temáticas concretas más ofertadas son sobre los hábitos de vida y la prevención cardiovascular. Además, la oferta

suele tener relación con el motivo por el que acuden a consulta en la mayoría de las entrevistas, sobre todo cuando se consulta por hay síntomas mal definidos o patología relacionada con la salud mental, síntomas genitourinarios y neurológicos, y también cuando el paciente consulta para la recogida de pruebas complementarias. Esto suele ocurrir en la mayoría de la bibliografía consultada porque, en general, los médicos de familia suelen brindar asesoramiento y educación básicos en reacción a las indicaciones del paciente (Hamilton, Henderson, Burton et al, 2019). El objetivo primordial de la Atención Primaria es reducir la mortalidad y la morbilidad, algo muy eficiente para las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil, pero menos obvio para las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales, sobre todo en los países con una menor implantación de este nivel asistencial (Hsairi, Mallekh, Khiari et al, 2021). Un estudio realizado en Polonia apreció como se ofrecieron y realizaron procedimientos basados en exámenes clínicos o pruebas de laboratorio con más frecuencia que los consejos sobre el estilo de vida (Gowin, Avonts, Horst-Sikorska et al, 2009). Es por estos motivos por los que se ofrecen más unas actividades preventivas, más relacionadas con las consultas efectuadas por los pacientes, que otras, más lejanas del motivo de demanda clínica.

En investigaciones realizadas en España, los médicos residentes suelen ofertar algunas actividades preventivas de forma más frecuente. Éstas se tratan del cribado de hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, y del consejo contra el tabaquismo (Pérula, Iglesias, Bauza et al, 2005) (Paniagua, Pérula, Ruiz et al, 2010). En una encuesta realizada a MIR de Castilla La Mancha, las actividades de prevención y promoción más valoradas fueron igualmente la toma de la presión arterial y la recomendación para el cese de consumo de tabaco (García-Atienza, Llanos, Navarro et al, 2016). Estas actividades son igualmente valoradas como unas de las más importantes en una encuesta realizada en Pensilvania a médicos de familia, lo que indica la importancia de las creencias médicas sobre el peso de los factores de riesgo cardiovascular (Luquis y Paz, 2015).

Estos datos hacen pensar que los MIR prestan más atención a las actividades de prevención secundaria, sobre todo en actividades relacionadas con factores de riesgo cardiovascular, influenciados por la demanda clínica que presenta el paciente y el peso objetivo que los objetivos del Sistema Sanitario Público Andaluz dan a estas enfermedades. El objetivo de reducir la morbilidad y, sobre todo, la mortalidad causada por las enfermedades cardiovasculares es prioritario en muchos sistemas de salud dada la elevada presencia de estas patologías y su coste en los servicios de salud. No obstante, esta estrategia economicista puede dejar de lado otras intervenciones fundamentales ante una población que envejece, como son preservar la independencia, mantener la calidad de vida y reducir el deterioro funcional causadas por las enfermedades

crónicas (Brotons, Soriano, Moral et al, 2012). Por ello, queda pendiente de mejorar en el Sistema Sanitario Público Español la accesibilidad a las actividades preventivas al tiempo que se realicen evaluaciones periódicas sobre su desarrollo, el grado de cumplimiento de las actividades y la valoración de profesionales y población.

El consejo para el cese del hábito tabáquico es ofertado por médicos, enfermeros y/o farmacéuticos en porcentajes que superan en 90%, según resultados de encuestas (Tong, Strouse, Hall et al, 2010) (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014). Por su parte, los médicos residentes refieren ofertar un consejo contra el consumo de tabaco superior al 80% (Gottlieb, Guo, Blozis et al, 2001) mientras que para el alcohol las prevalencias oscilan desde un 9% (Seale, Shellenberger, Boltri et al, 2005) hasta un 80%, estando en relación con la responsabilidad sentida por los médicos en formación para su detección y asesoramiento (Kahan, Wilson, Liu et al, 2004). Existen pocos datos sobre el consejo contra drogas ilegales, aunque su menor oferta puede deberse a una mayor sensación de invasión de la intimidad personal y a que se percibe como menos eficaz la intervención para el cese de consumo de estos tóxicos (Saitz R, Palfai TP, Cheng DM et al 2014) (Gottlieb, Guo, Blozis et al, 2001), frente a la corriente antitabaco surgida tras los cambios introducidos a nivel social por la Ley 28/2005 (medidas sanitarias frente al tabaquismo) que normaliza el consejo del profesional contra el tabaco, plenamente aceptado por el paciente en el acto sanitario (Fernández de Bobadilla, Dalmau, Galve et al, 2014).

### **2.3. Limitaciones del estudio para la prevalencia de oferta de actividades preventivas**

Otros estudios muestran datos discordantes, sobre todo indicando un mejor porcentaje de propuesta de tareas de prevención en el encuentro clínico. Estas discordancias pueden deberse tanto a la metodología empleada en cada investigación, a las distintas características de los servicios de salud y a los diferentes tamaños muestrales estudiados (Talley, Gee, Allen et al, 2011) (Parmelli, Flodgren, Schaafsma et al, 2011).

El estudio realizado en España por Paniagua (et al, 2010) muestra, una oferta escasa de actividades preventivas y de promoción de la salud, inferior al 10% de las consultas realizadas por los médicos en formación. Otros estudios internacionales muestran resultados muy diversos sobre la oferta de consejo contra las drogas en consulta (Kloppe, Brotons, Anton et al, 2005) (Cerrada et al, 2005) (Ballbè, Walther, Mondon et al, 2009) (Paniagua, Pérula, Ruiz del Moral et al, 2010), que tampoco son concordante entre ellos. La principal limitación de este tipo de estudio se centra en los posibles sesgos de información, dado que cada autor emplea una técnica diferente para la recogida de las variables.



Existen estudios que valoran las tasas de prestación de servicios preventivos mediante observación directa de las visitas ambulatorias a los médicos de familia de la comunidad (Stange, Flocke, Goodwin et al, 2000): con más de 4.000 registros médicos, la oferta de actividades preventivas fue muy dispar con resultados muy diferentes entre sí. Así, las tasas fueron uniformemente bajas para todos los servicios preventivos durante las visitas para consultar sobre una enfermedad, mientras el asesoramiento del paciente fue algo más elevado en las consultas a demanda rutinarias. Los pacientes estaban al día en el 55% de los exámenes de detección, el 24% de las vacunas y el 9% de los servicios de asesoramiento sobre hábitos de salud.

Las investigaciones realizadas mediante cuestionarios parecen ofrecer un sesgo de memoria o de deseabilidad social, mostrando una muy elevada autopercepción por parte de los profesionales cuando responden sobre la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud en su quehacer diario (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar et al, 2015), sobre todo en consejo contra tabaco y alcohol (cercano al 80%). En cambio, cuando se emplean otras herramientas de recogida de dato como la realización de auditorías de historias clínicas (Talley, Gee, Allen et al, 2011) o la evaluación de videograbaciones de las consultas reales (Paniagua-Urbano, Pérula, Ruiz et al, 2010), se obtienen resultados inferiores al 40% de consultas con oferta de actividades preventivas.

En otros estudios se han evaluado los registros médicos para valorar las actividades de prevención ofertadas en las prácticas de Atención Primaria. Un estudio en EEUU (Weyer, Konrad, Esola et al, 2005) describe las características de los sistemas de registros médicos en diversas prácticas y examina su asociación con las tasas de prestación de servicios preventivos.

Los médicos participaron en un ensayo clínico diseñado para aumentar la prestación de servicios preventivos, cuya principal limitación fue la amplia variación en la organización, la integridad y el uso de los registros médicos, con una infraestimación de las actividades preventivas realizadas en la práctica clínica. El Servicio Andaluz de Salud tiene una historia digital única para toda la comunidad, pero adolece de este mismo problema: no existe un registro único para las actividades preventivas, por lo que el estudio de la oferta de promoción y prevención a través de auditorías de las historias de salud posiblemente no aportaría más datos a los encontrados en el presente trabajo. [La primera evaluación del PAPPS en el año 1990 \(Brotons, Soriano, Moral et al, 2012\) encontró un registro de actividades preventivas en las historias clínicas muy pobre y heterogéneo, oscilando entre un 4% hasta un 90% dependiendo de la actividad preventiva de que se tratara.](#) Aunque el grado de registro de las actividades preventivas ha sido históricamente pobre, parece haber ido mejorando a lo largo de las diferentes evaluaciones realizadas desde el

Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS, 2020).

Otros autores recomiendan añadir a la auditoría de registros médicos una entrevista breve a la salida de la consulta, sobre todo para incrementar las actividades preventivas en la población infantil y evitar el sesgo del infraregistro de la prestación de servicios preventivos (Gest, Margolis, Bordley et al, 2000).

Finalmente, hay estudios que combinan las encuestas a pacientes, la observación directa, las grabaciones de audio de visitas al consultorio y la auditoría de los registros automatizados del sistema de salud para poder realizar una aproximación real al contenido de cada encuentro médico-paciente (Lafata, Shay, Brown et al, 2016). El anterior estudio encontró que el uso de los registros médicos podría disminuir la oferta de actividades preventivas, posiblemente por la falta de tiempo en consulta cuando se deben realizar varias tareas en un breve espacio de tiempo, mientras que disponer de instrumentos de evaluación de riesgos para la salud insertos en la historia clínica implementa el número de actividades preventivas en la consulta a demanda.

La recogida de información mediante la auditoría de las consultas de demanda clínica videograbadas ofrece una valoración en tiempo real con ventajas similares a la valoración de las habilidades en comunicación, añadiendo un incremento del coste-beneficio al proyecto de investigación junto a una aproximación a las consultas en tiempo real con motivos múltiples y aleatorios. No obstante, una importante limitación del presente estudio ha sido no recoger si las recomendaciones que se han realizado en consulta se han realizado de una forma correcta y si han seguido las evidencias disponibles.

La valoración de las entrevistas videograbadas no ha recogido algunas variables tan importantes como la evidencia de las intervenciones preventivas ofertadas, tampoco su calidad ni su pertinencia. La mayoría han estado centradas en la demanda concreta del paciente, evitando en ocasiones muchos temas que no eran socialmente relevantes o aceptables y primando, por el contrario, otros “de moda” como el área cardiovascular o los estilos de vida (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014) (Fernández de Bobadilla, Dalmau y Galve, 2014).

Por el tipo de diseño del estudio, tampoco se ha podido medir la influencia en la modificación de los hábitos de vida del paciente tras la intervención preventiva. [La población, asesorada en muchas ocasiones por los medios de comunicación, ha aceptado como buena \(y en ocasiones idealizado\) determinadas actividades de detección precoz y cribado, siendo ampliamente aceptada en nuestra sociedad en la creencia de que el diagnóstico es mejor cuanto más precoz ser.](#) Sin embargo, la implantación de actividades preventivas

requiere de un profundo conocimiento de la historia natural de cada enfermedad, así como valorar el balance de los riesgos y beneficios, siendo difícil evaluar en la práctica clínica diaria su coste y resultados (García Aguado, 2017).

Todo ello dificulta comprobar el impacto de la oferta de actividades preventivas en salud en la Atención Primaria, así como valorar si los beneficios obtenidos son mayores que sus efectos adversos. Otra barrera fundamental para la realización de estas actividades preventivas oportunistas durante el desarrollo de la consulta del médico de familia es la limitación de tiempo del que se dispone, todo lo cual obliga a establecer un mínimo de ofertas preventivas, tal y como hace el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (Camarelles, 2020). Existe, además, una corriente fomentada por numerosas sociedades científicas, agencias de calidad y publicaciones científicas de prestigio que apoya la realización de actividades de prevención y promoción siempre que exista una evidencia que las apoye y no genere daño al paciente. Esta se ha traducido en muchas guías denominadas de forma genérica “recomendaciones NO HACER”, que ponen en duda aquellas propuestas que no aportan suficiente valor.

### **3 Relación entre las actividades preventivas y las habilidades en comunicación**

Las puntuaciones medias obtenidas en la escala CICAA-2 (empleada en este trabajo para valorar las habilidades comunicativas) fueron superiores en aquellas consultas donde se ofertó una actividad preventiva, tanto su valor global como en todas las tareas evaluadas. Esta relación se mantiene cuando la actividad preventiva realizada se trata de cribado y de consejo, pero no hay diferencias significativas en la oferta de inmunización o quimioprofilaxis, posiblemente por la escasa oferta de estas últimas actividades y por estar más ligadas a la consulta de enfermería.

La mayor oferta de actividades preventivas del médico en formación puede estar muy relacionada con una mayor confianza en su capacidad para motivar al paciente al cumplimiento de la misma, lo que puede estar motivado por la posesión de mejores habilidades en comunicación (Ramos-Morcillo, Ruzafa, Fernández et al, 2014). Una buena comunicación se ha relacionado con diferentes elementos de la consulta y del propio paciente, como la mayor satisfacción del paciente tras la consulta, su capacidad para seguir los consejos en salud y la adherencia a los planes terapéuticos, la presencia de manifestaciones somáticas, el reconocimiento de trastornos mentales, una alta resolución de los problemas consultados por parte del médico con un menor porcentaje prescripciones farmacológicas y de derivaciones a otros servicios

médicos (Van den Brink-Muinen, Van Dulmen, Bensing et al, 2003) (Cófreces, Ofman y Stefani, 2014). Un estudio sobre la cobertura del cribado de cáncer colorrectal (Krist, Hochheimer, Sabo et al, 2020) mostró como las barreras tradicionales como la raza, el empleo, el tipo de aseguramiento sanitario y la educación fueron menos importantes que el hecho de compartir la decisión sobre las opciones de detección con el médico, por lo que los autores concluyen que tener una relación a largo plazo con un médico de atención primaria y compartir decisiones pueden ser factores clave para garantizar una atención preventiva para la población basada en la evidencia.

De forma generalizada, las guías clínicas invitan a los médicos de Atención Primaria a alentar a los pacientes a mejorar sus conductas de salud. Sin embargo, casi ninguna de ellas ofrece información sobre cómo tener estas conversaciones en la práctica clínica (Albury, Hall, Syed et al, 2019). Los médicos temen que las conversaciones sobre cambios en el comportamiento de la salud creen dificultades de interacción e incomodidad tanto para el médico como para el paciente. Sin embargo, pese a que la mayoría de los profesionales creen que sus pacientes esperan una prescripción farmacológica en mayor medida que un consejo de promoción de salud (Monreal, García Ruiz y Forés, 2011), por el contrario, los pacientes esperan que sus médicos les aconsejen sobre cómo mejorar su salud (Ulbricht, Klein, Haug et al, 2011). Con los resultados obtenidos en este y otros trabajos publicados, se puede argumentar que mejorar la comunicación en la consulta a demanda se torna fundamental si se pretende que la población implemente su capacidad para elegir por formas de vida saludables.

En un estudio sobre cómo promocionar la actividad física (Costello, Leone, Ellzy et al, 2013) se comprobó que, mientras que las personas consultantes sí deseaban este asesoramiento, los médicos no iniciaban un diálogo de forma regular sobre este tema debido posiblemente a la falta de conocimientos o a la falta de habilidades del médico para entablar este tipo de conversación en la consulta. Las visitas por enfermedad son oportunidades importantes para brindar servicios preventivos, en particular asesoramiento sobre hábitos de salud, a los pacientes (Stange, Flocke, Goodwin et al, 2000) y en ellas los médicos ponen en práctica una serie de habilidades conversacionales específicas para hablar sobre cambios en los estilos de vida, con una desigual respuesta por parte de la población atendida.

Una reciente revisión sistemática ha seleccionado diez estudios que evalúan las prácticas de comunicación empleadas por médicos de Atención Primaria sobre cambios de comportamiento en materia de salud (Albury, Hall, Syed et al, 2019).

Los médicos inician, dirigen y terminan sin problemas la conversación sobre el cambio de comportamientos en la salud, lo que rara vez causa dificultades de interacción. Sin embargo, aparecen resistencias por parte del paciente cuando se dan consejos sobre el problema de salud actual, vinculando la enfermedad a un comportamiento de salud concreto. Otras estrategias parecen ser mejor recibidas, en concreto aprovechar las discusiones iniciadas por el paciente o colaborar a través de secuencias de preguntas y respuesta.

El consejo suele ser mejor aceptado por el paciente cuando se oferta como una recomendación generalizada de forma inicial, dando tiempo a que el paciente pueda comprender la relevancia del problema y aceptar un cambio de estilo de vida o una prueba de cribado, tras lo cual el consejo individualizado experimenta menos resistencias (Albury, Hall, Syed et al, 2019). En comparación con la atención habitual biomédica, una atención centrada en el paciente desarrollado por un médico con habilidades en comunicación ayuda a los individuos a una toma de decisiones en actividades preventivas al considerarse mejor informadas, lo que les permite ser activos en la toma de decisiones tras el consejo médico y clarificar sus percepciones sobre el riesgo para la salud (Stacey, Légaré, Lewis et al, 2017). Los consejos prácticos para la propuesta de actividades de prevención se centran, finalmente, en dos puntos que facilitan la cumplimentación de esta actividad: fijar unos objetivos concretos para cada circunstancia (Pilnick y Coleman, 2003 y 2010) y emitir consejos individualizados para cada paciente (NICE, 2012). Estas metas se suelen revisar transcurrido un tiempo, siendo contraproducente centrar la revisión en si se habían cumplido los objetivos clínicos en lugar de valorar si se habían producido modificaciones en el estilo de vida: lo primero puede generar resistencias mientras que la segunda actitud permite valorar el esfuerzo aún dentro del fracaso y refuerza cambio de hábitos de vida (Kangovi y Asch, 2018) (Albury, Hall, Syed et al, 2019).

La relación existente entre unas adecuadas habilidades en entrevista clínica por parte del MIR de Medicina Familiar y Comunitaria con el incremento de la oferta de actividades preventivas debe trasladarse a la docencia y asegurar el éxito de ambos objetivos dado que se obtienen beneficios mutuos. Es una visión transversal de la formación en las actividades preventivas durante el tiempo de formación especializada que se imbrica con la formación específica en comunicación en salud. Cuando la comunicación establecida entre médico y paciente favorece el desarrollo de una medicina de alta calidad al tiempo que facilita al paciente que entienda adecuadamente su problema de salud, promoviendo la adherencia al tratamiento e incrementando su satisfacción, se entiende que se trata de una comunicación eficaz que va a mejorar los resultados en términos de salud. En este sentido, la mejora en el uso de técnicas propias de la entrevista clínica durante el acto sanitario facilita que el paciente comprenda sus problemas, que sea receptivo a los planes terapéuticos y forme parte de ello con opinión propia, y por último establecer una relación personal y

familiar óptima (Borrell, 2004a; Henry, Holmboe, Frankel et al, 2013; Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016).

Diversos autores propugnan una formación en coaching de salud desde la universidad, basada en aumentar sus habilidades de comunicación para obtener como resultado una asistencia enfocada en la persona y, en consecuencia, mejores resultados en hábitos de salud para los pacientes (Grant y Jopl, 2021). Capacitar a los estudiantes de medicina en el campo significa que pueden desarrollar las técnicas a lo largo de su formación pregrado y contribuir de manera significativa a la atención de alta calidad del paciente como parte del equipo médico más amplio durante su formación especializada.

El médico residente, en cada uno de los encuentros clínicos auditados en esta investigación, debe descubrir las causas que llevan al paciente a la consulta, pero a la vez debe diseñar unos objetivos asistenciales propios para el paciente. Durante su formación postgraduada es preciso que aprenda a dar respuesta a las demandas del paciente, pero al mismo tiempo, debe estar capacitado para abordar sus necesidades en prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Borrell, 2004a). La comunicación es un acto humano que se torna fundamental en cualquier acto clínico, máxime en la consulta médica: si el médico entiende mejor la naturaleza del problema del paciente, detectará más fácilmente sus necesidades y podrá proponer una mayor oferta de actividades preventivas. Un estudio realizado sobre población adolescente homosexual detalló las dificultades para la realización de actividades preventivas en esta población, que disminuían cuando el médico tomó la iniciativa iniciando una conversación sobre su orientación sexual, lo que incrementó las probabilidades de recibir cribado de ITS y educación para la salud (Fisher, Fried, Macapagal et al 2018).

En general la bibliografía consultada está a favor de la mejora de la formación de los médicos en habilidades comunicativas, considerándola una de las principales prioridades para conseguir la alfabetización sanitaria de los pacientes con enfermedades crónicas. Después de un programa de mejora en comunicación del médico se pudo comprobar una mejora significativa en las habilidades de comunicación entre el médico y el paciente, con una mejora de los resultados de la hipertensión, la adherencia a la medicación y la autoeficacia entre sus pacientes en comparación con el grupo de control (Tavakoly Sany, Behzhad, Ferns et al, 2020). Otros programas formativos breves que buscaban la capacitación del médico en habilidades de comunicación también han sido eficaces para un mejor control de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial (Tavakoly Sany, Peyman, Behzhad et al, 2018) aunque no ocurrió así en todos los casos publicados (Manze, Orner, Glickman et al, 2015), teniendo esta discrepancia su origen en el tipo de actividad docente diseñada.

La oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud se jerarquiza en función de las evidencias existentes para su desarrollo en pacientes individuales, grupos de pacientes e incluso poblaciones enteras. A los principios de validez interna y externa de los estudios sobre las actividades preventivas se deben sumar las preferencias del paciente, que en la consulta de Atención Primaria deben influir en la toma de decisiones. Se trata de potenciar un proceso de toma de decisiones compartidas que potencia la aceptación por parte del paciente de cambios en su estilo de vida y que favorece lo que se ha denominado un “*Cuidado de Salud a Bajo Precio*” (Friedberg, Van Busum, Wexler et al, 2013). Se han estudiado las barreras para la toma de decisiones compartida desde el punto de vista del profesional, incluyendo la sobrecarga asistencial, una capacitación insuficiente del médico y la inexistencia de recordatorios automáticos en los registros médicos como principales aspectos de mejora (Friedberg, Van Busum, Wexler et al, 2013). Sin embargo, existe una cantidad limitada de literatura científica que analiza y compara las preferencias de los pacientes y los médicos para las intervenciones y los resultados de la atención de la salud (Mühlbacher y Juhnke, 2013). En la mayoría de estos estudios se mostró una disparidad entre las preferencias de los pacientes y las de los médicos, quienes subestimaron el impacto de las características de la intervención en la toma de decisiones de los pacientes, reflejo de una comunicación ineficaz entre ambos. Para muchos pacientes, el encuentro clínico es el momento más oportuno para comprometerse con un estilo de vida que favorezca su propia salud a través del proceso de toma de decisiones compartida. En el tiempo dedicado a reunirse con su médico es fundamental la toma de decisiones compartida por su potencial para mejorar la salud de las poblaciones y los pacientes individuales, al mismo tiempo que ayuda a controlar los costos de atención. Légaré y Witteman (2013) describieron los tres elementos esenciales de la toma de decisiones compartida: reconocer y reconocer que se requiere una decisión; conocer y comprender la mejor evidencia disponible; e incorporar los valores y preferencias del paciente en la decisión. Todas estas características pueden lograrse mejorando la comunicación en cada encuentro médico-paciente.

Los pacientes buscan participar activamente conociendo su problema de forma más detallada para así poder entender las posibles soluciones y hacerlas propias. También quieren sentir que el médico les conoce y les comprende en su totalidad, entendiendo mucho mejor la necesidad de las actividades preventivas cuando se establece una adecuada comunicación bidireccional.

Incluso los pacientes con un bajo nivel sociocultural se mostraron partidarios de negociar la toma de decisiones médicas (Aboumatar, Carson, Beachet al, 2013); sin embargo, se ofrecieron menos actividades preventivas y de promoción de la salud a los pacientes con nivel bajo de alfabetización teniendo además menores oportunidades para realizar preguntas médicas. Por

el contrario, un médico con buenas habilidades en comunicación incrementará el uso de preguntas abiertas en la consulta de Atención Primaria, lo que otorga un espacio al paciente donde hacer sugerencias y permitiría al facultativo detectar necesidades insatisfechas en la comunicación médico-paciente, así como explorar posibles discrepancias sobre la frecuencia de algunas conductas (Ruiz-Moral, Pérula, Muñoz et al, 2011).

La relación entre una buena percepción de la atención recibida por parte del paciente y el desarrollo de una comunicación centrada en el paciente por parte del profesional, mejora la satisfacción y la percepción de la calidad de la atención recibida por la población (Little, Everitt, Will et al, 2001) (Nygårdh, Malm, Wikby et al, 2012) con un alto impacto positivo sobre el comportamiento en salud de los enfermos, especialmente en el cuidado de los pacientes crónicos (McMillan, Kendall, Sav et al, 2013).

La literatura existente muestra que los profesionales de Atención Primaria tienen dificultades para comunicarse con sus pacientes sobre los cambios de hábitos de vida necesarios para la oferta preventiva de enfermedades y promoción de la salud, fundamentalmente debido a la naturaleza delicada de la información a transmitir y a la preocupación de invadir la intimidad del paciente o a emitir comentarios que puedan ser tomados como ofensivos (Michie, 2007) (Blackburn, Stathi, Keogh et al, 2015) (Miller, Ramsey, Tran et al, 2016). Se han identificado diferentes estrategias empleadas por los médicos de familia para realizar la oferta de actividades preventivas, con diferente respuesta por parte de los pacientes (Albury, Hall, Syed et al, 2019). La estrategia más exitosa y con la que los médicos se sintieron más cómodos fue capitalizar el interés mostrado por el paciente sobre un tema concreto de su salud (Alexander, Ostbye, Pollak et al, 2006), lo que indica que es probable que los pacientes sean más receptivos cuando han iniciado estas discusiones, siendo una buena oportunidad para ofertar actividades preventivas mediante una invitación a colaborar en su propia salud y ofreciendo una perspectiva de salud integral durante el asesoramiento general.

Frente a aquellos pacientes que ofrecieron resistencias a la promoción de salud, se identificó que el abandono de la oferta por parte del médico de familia permitió retomar la entrevista clínica con normalidad, mientras que la persistencia en la prevención generalmente indujo más manifestaciones de resistencias.

Otra estrategia empleada consistió en un asesoramiento “no específico” o “no personalizado”, que ocupaba menor tiempo de consulta y facilitaba el cierre de la entrevista, pero con una implicación mínima por parte del paciente y con pocas probabilidades de que se lograra motivar un cambio de comportamiento (Albury, Hall, Syed et al, 2019).



#### **4. Otros factores contextuales que influyen en la oferta de actividades preventivas**

Existen múltiples variables, tanto del paciente, del médico como del entorno, que parecen influir en una interacción compleja de factores que respaldan y comprometen la prestación de servicios preventivos. Los datos del presente trabajo apoyan la necesidad del desarrollo de unas competencias en entrevista clínica, que serían precisas para incrementar la oferta de actividades preventivas en la consulta a demanda del médico de familia.

Además de una adecuada relación paciente-médico, los resultados de este y otros trabajos orientan a la existencia de determinados factores contextuales de la visita de demanda clínica que estarían asociados con la prestación de servicios preventivos (Shires, Stange, Divine et al, 2012). La importancia y la relación de estas variables con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad pasarán a ser discutidas en los siguientes puntos.

##### **4.1 Influencia de las variables propias del paciente en la oferta de actividades preventivas**

El paciente es un clave en la consulta para poder ofertar actividades preventivas. Así, la aceptación y apertura del paciente a los consejos de su médico junto a la disposición y responsabilidad del paciente para el cambio, sus antecedentes personales y familiares, las implicaciones financieras del consejo recibido y la relación con su médico de familia pueden influir en que se acabe la consulta con una recomendación de promoción de la salud (Hamilton, Henderson, Burton et al, 2019).

De una forma teórica, el uso de los servicios sanitarios debería tener relación exclusivamente por la presencia de una enfermedad y/o la aparición de síntomas sugerentes de ella (Dinkel, Schneider, Schmutzer et al, 2016). Sin embargo, en la práctica, son múltiples los factores relacionados con la frecuentación sanitaria por parte de la población general.

Un reciente estudio realizado en España muestra una elevada frecuentación de las consultas del médico de familia, con una tendencia al incremento en cada año estudiado, y que se relaciona con diferentes variables tales como el sexo del paciente, la calidad de vida, la toma de fármacos, el padecimiento de ciertas patologías, vivir en un ámbito rural y la frecuentación de los servicios de urgencias y a la consulta de enfermería (Campo, Fernández, Azorín et al, 2019). El uso por parte de la población de los servicios sanitarios se ha abordado desde dos perspectivas: la de la población o desde el punto de vista del sistema sanitario.

Cada perspectiva sobre la frecuentación sanitaria persigue objetivos diferentes, utiliza unidades de análisis distintas y hace uso de fuentes de información diferentes. La mayoría de trabajos emplea el segundo enfoque dado que es más fácil obtener datos cuantitativos de la frecuentación en las consultas de los servicios de salud dada la informatización de las agendas. Esta información suele ser de mucha utilidad para la gestión de la asistencia sanitaria por parte de los gestores de la misma y es de aplicación directa en las áreas sanitarias donde se recogen dichos datos, informando en general de una mayor demanda de las mujeres en casi todos los ámbitos asistenciales.

En España, el Sistema de Información de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad recoge esos datos y ofrece una visión general del uso de las consultas de los centros de salud. En el año 2014, la frecuentación general en España (entendida como el número medio de citas médicas por persona y de forma anual) fue de 5,3 para cada médico de familia, que fue superior a la frecuentación en las consultas de pediatría (5,0) y enfermería (2,9) (SIAP, 2014). Este indicador suma en el numerador todas las consultas realizadas por cada paciente tanto en domicilio como en el centro de salud, utilizando de denominador a toda la población con lo que se incluyen también a las personas que no han utilizado los servicios de salud. Este valor, en el año 2014, fue de 5,4 consultas en el centro de salud y de 2,3 atenciones con visitas domiciliarias. El 76% de las citas solicitadas por personas de 35-84 años se realizaron en las consultas de Medicina de Familia y Comunitaria. Las personas más consultantes fueron las del grupo de 80-84 años, con casi 8 consultas anuales por persona y año. El grupo de personas mayores de 65 años requirió más del 80% de las visitas a domicilio realizadas por los médicos de familia. Las mujeres solicitaron valoración médica en un punto superior a los hombres para las consultas en el centro de salud, sin embargo, no hay diferencias por sexo en el caso de la atención domiciliaria.

En Andalucía (informe anual 2019) se realizaron un total de 40.402.363 consultas médicas en Atención Primaria. El 61% de estas consultas fueron solicitadas por mujeres, con una frecuentación anual de 6,23 consultas por año, mientras que la frecuentación de los hombres fue de 5,0. Por edad también hay diferencias en la frecuentación: las mujeres menores de 65 años tuvieron una frecuentación de 5,92 y con 65 años o más fue de 7,49; entre los hombres, la frecuentación para cada grupo etario fue respectivamente de 4,5 y 6,94. Estos datos coinciden con los datos a nivel nacional con una mayor frecuentación de mujeres y de pacientes de edad avanzada. Esta tendencia se aprecia en otros estudios más antiguos (Gómez-Calcerrada, Pérez y Marset, 1996) (Rosa-Jiménez, Montijano, Ília y Zambrana, 2004), siendo las mujeres quienes más demandan atención médica, resultado modulado por la edad, la zona de residencia y la causa para pedir cita médica.

También estudios más recientes en poblaciones occidentales muestran la mayor frecuentación de las mujeres respecto a los hombres en los servicios sanitarios (Smits, Mohrs, Beem et al, 2008) (Pymont y Butterworth, 2015) (Campo, Fernández, Azorín et al, 2019), mientras que otras investigaciones no encontraron diferencias en función del sexo (Bellón, Delgado-Sánchez, de Dios y Lardelli, 2007) posiblemente debido a la diferente metodología empleada en dichos trabajos.

Dado que la estrategia propuesta por el Servicio Andaluz de Salud se considera la búsqueda activa o detección oportunista de casos en cada encuentro clínico, es lógico que las mujeres, en función de su mayor frecuentación sanitaria, puedan tener un mayor número de oportunidades para que el médico que trabaja en Atención Primaria le ofrezca actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Los resultados del presente trabajo muestran que el tiempo medio de atención es similar entre hombres y mujeres, lo que coincide con otros estudios (Seguí, Linares, Blanco et al, 2004). Sin embargo, las consultas con actividades preventivas presentaron una mayor duración media cuando la paciente era mujer. Algunos autores (Delgado Sánchez, 2001) encuentran que las mujeres que consultan más presentan factores diferenciales con los hombres, como un menor número de actividades físicas y sociales, la presencia de mayor número de síntomas molestos como el dolor y la peor percepción de su salud. Tanto la peor autopercepción de su salud como una mayor frecuentación sanitaria pueden ser las causas de que los médicos residentes inviertan un mayor tiempo en la propuesta de tareas de prevención cuando la persona atendida en consulta de demanda clínica es mujer.

En general se podría afirmar que la interacción del médico y el sexo del paciente no se asocia significativamente con la entrega de exámenes de detección, asesoramiento o inmunizaciones neutrales al género, como comprobó un estudio que analizó más de tres mil visitas consecutivas de pacientes adultos a 138 médicos de familia (Flocke y Gilchrist, 2005). Sin embargo, las diferentes publicaciones consultadas muestran resultados no concluyentes. En Estados Unidos se conformaron las diferencias en la atención según el género, de forma que las pacientes mujeres realizaron más consulta y tuvieron que afrontar gastos médicos anuales totales más elevados, con una mayor oferta de servicios preventivos, menos exámenes físicos y menos discusiones sobre el abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias (controlando el estado de salud y las variables sociodemográficas) (Bertakis, 2009). En otro estudio realizado previamente, la oferta de actividades preventivas referidas a consejo para la promoción de la salud e inmunizaciones eran más frecuente entre los pacientes varones, independientemente del sexo del médico (Flocke y Gilchrist, 2005). Un estudio realizado en Polonia (Gowin, Avonts, Horst-Sikorska et al, 2009) mostró que la

oferta de servicios preventivos contra el consumo de tabaco y del alcohol, así como el cribado de obesidad, se realizó más a hombres que a mujeres, concluyendo que el género de los pacientes y el compromiso de los médicos pueden influir en la actitud preventiva y el desempeño de los médicos de Atención Primaria. Otro estudio realizado en Israel (Tabenkin, Goodwin, Zyzanski et al, 2004) encontró una oferta de actividades preventivas similar entre hombres y mujeres, pero con un contenido diferente. Las visitas de las mujeres tenían un porcentaje más alto de tiempo dedicado al examen físico, la estructuración de la intervención, las preguntas de los pacientes, la detección y el asesoramiento emocional. Las visitas de los hombres implicaron un mayor porcentaje de tiempo dedicado a los procedimientos y al asesoramiento sobre ejercicio, dieta y abuso de sustancias.

En general se cuantifica una escasa oferta de actividades de prevención primaria pese a que puede ser mucho más eficiente intervenir en los periodos más precoces de la historia natural de la enfermedad. En la investigación realizada en esta tesis no se encontró ninguna consulta con actividad preventiva específica en el área de infancia y adolescencia. Una posible causa, coincidente con otras investigaciones, es la orientación biomédica de los servicios de salud, el menor número de consultas de las personas que se sienten con buen estado de salud, o las barreras que perciben algunas poblaciones como los adolescentes para acudir al médico en busca de consejo (Pérez-Milena, López, Molina et al, 2019). El estado de salud de los adolescentes es, por otro lado, mucho más homogéneo que el de las personas más mayores, entre quienes es relativamente frecuente ver un amplio abanico de posibilidades, desde personas con excelente estado funcional y gran integración social a enfermos necesitados de cuidados paliativos.

Por eso se plantean nuevos retos tanto para la población adolescente como para los mayores de 80 años en este campo, con insuficientes evidencias sobre la eficacia y la seguridad de las actividades preventivas en los menores de 18 años y los mayores de 80 años (para quienes existen siempre en correspondencia con personas ancianas con buen estado funcional) (Albury, Hall, Syed et al, 2019).

#### **4.2 Influencia de las variables propias del médico en la oferta preventiva**

En los datos obtenidos en el presente trabajo, el sexo del médico interno residente no parece tener influencia en la oferta preventiva, con diferencias que no alcanzan la significación estadística. En la bibliografía consultada, los resultados son contradictorios a favor y en contra, posiblemente influenciados por el tipo de atención sanitaria prestada en cada país, las creencias culturales de la sociedad sobre la aceptabilidad de determinadas pruebas la influencia de

otros elementos como la especialidad del médico y sus habilidades en comunicación.

Boerma y Brink-Muinen (2000) estudiaron las diferencias entre médicos generales hombres y mujeres en 32 países europeos. Independientemente del tipo de sistema de atención de cada país, las médicas mujeres eran más jóvenes que los hombres y trabajaban con mayor frecuencia a tiempo parcial en grupos o asociaciones y en las ciudades, aunque no en zonas desfavorecidas.

Teniendo en cuenta diferentes factores de los pacientes y de los distintos sistemas sanitarios, las médicas mujeres demostraron estar menos involucradas en algunos servicios curativos, salvo como primer contacto por problemas ginecológicos, pero más involucradas en la educación para la salud. Otro estudio apoya la existencia de diferencias significativas en los comportamientos de estilo de práctica de médicos hombres y médicas mujeres (Bertakis, 2009). Los primeros dedicarían más tiempo a la parte técnica de la consulta médica, como la toma de antecedentes médicos y el examen físico. Las médicas mujeres, en cambio, brindarían más servicios preventivos y asesoramiento psicosocial, existiendo una relación entre el sexo del médico y del paciente que afectaría la interacción médico-paciente y sus resultados.

Otras investigaciones han mostrado unas tasas más altas de detección preventiva de problemas entre mujeres médicas, siendo atribuido este hallazgo por los autores a una mayor orientación preventiva general.

Así, en un estudio sobre el diagnóstico precoz de mama, cáncer de cuello uterino y dislipemias (Kreuter, Strecher, Harris et al, 1995) se comprobó que los pacientes de las mujeres médicas fueron evaluados en una tasa más alta que los pacientes de los médicos hombres, no estando limitado a las actividades de detección específicas de género como en algunos estudios anteriores. Sin embargo, se solicitaron un mayor número de mamografía a las pacientes jóvenes de las mujeres médicas, donde hay poca evidencia de beneficio de la mamografía para el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Otro estudio encontró diferencias de género para la propuesta de tareas de prevención, sobre todo cuando el médico era varón (Tabenkin, Goodwin, Zyzanski et al, 2004). En otro estudio se encontró que la probabilidad de una oferta de actividades preventivas fue mayor con la concordancia de género paciente-médico y menor si el médico usó el registro médico electrónico en la sala de examen o había visto al paciente en los últimos doce meses (Shires, Stange, Divine et al, 2012).

Pese a las discrepancias anteriores, las variaciones en el patrón de actuación respecto a la oferta preventiva según el sexo del médico no parecen reflejar un fenómeno que pueda ser extensivo a la práctica en la Atención Primaria. Un estudio realizado mediante cuestionario a médicos residentes de

Castilla La Mancha (García-Atienza, Llanos, Navarro et al, 2016) mostró un elevado porcentaje de médicos residentes, superior al 90%, estaban plenamente dispuestos a ser participes activos de los programas de prevención y promoción de la salud. Dicha actitud no estaba relacionada con el sexo ni con la edad, expresando 3 de cada 4 la necesidad adquirir competencias y habilidades para mejorar la oferta de actividades preventivas durante el desarrollo las consultas a demanda. En otro estudio transversal realizado en consultas de medicina de familia usando la valoración directa de las entrevistas por personal entrenado de enfermería (Flocke y Gilchrist, 2005) no se obtuvo una concordancia de género médico-paciente asociada con la prestación de más servicios preventivos, encontrando por el contrario que los pacientes de las médicas mujeres estaban más actualizados sobre los servicios de asesoramiento preventivo y las inmunizaciones que los pacientes de los médicos masculinos.

Otros estudios que encontraron relación entre la prestación de servicios de detección y asesoramiento (Henderson y Weisman, 2001) indicaron que estas influencias reflejan más bien la práctica y los estilos de comunicación de los médicos, así como las preferencias y expectativas de los pacientes.

Las diferencias en el género del médico para la realización de ciertas actividades preventivas podrían tener una relación con las creencias culturales de cada sociedad.

Un estudio realizado a final del siglo pasado (Lurie, Slater, McGovern et al, 1993) encontró más probable que las mujeres se sometieran a exámenes ginecológicos para la toma de frotis de Papanicolaou y a la realización de mamografías cuando eran atendidas por médicas mujeres en lugar de hombres. Estos hallazgos fueron puestos en duda en esa misma década (Cassard, Weisman, Plichta y Johnson, 1997) encontrando una evidencia limitada sobre la relación entre el sexo del médico y la oferta de actividades preventivas, siendo en cambio la especialidad del médico un predictor más poderoso de recibir servicios preventivos y de promoción de la salud (mayor cuando el médico es especialista en medicina familiar o medicina interna). Una reciente revisión de la *USPSTF* (Brooks, 2016) relacionó el género y el nivel de formación de los médicos internistas con diferentes tasas de mamografías para la detección de cáncer, aunque las diferencias fueron atribuidas en gran medida a la discordancia entre las pautas clínicas publicadas por diferentes guías médicas.

Un último elemento a tener en cuenta son las expectativas que el paciente deposita en el médico. Se han encontrado importantes diferencias en la satisfacción del paciente relacionadas con el sexo del paciente y del médico (Schmittziel, Grumbach, Selby y Quesenberry, 2000). Aunque este estudio no puede determinar las razones de estas diferencias, los resultados sugieren que los pacientes que eligen a su médico pueden tener expectativas diferentes, y la

dificultad de cumplir estas expectativas puede presentar desafíos particulares para las médicas mujeres.

El ámbito rural o urbano también parece condicionar la frecuentación sanitaria en la Atención Primaria (García Olmos L, Gérvas J, García et al, 1997) (Giménez MC, Fernández Bosch A, Azorín et al, 2019). Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre la oferta de actividades preventivas según el medio rural o urbano, dependiendo más de la formación y la actitud del profesional y de otras variables de la consulta (Campo, Fernández, Azorín et al, 2016). Las personas que viven en núcleos rurales tienden a conceder al médico de familia mayor credibilidad y prestigio, lo que les confiere un alto poder de persuasión, una más amplia capacidad para resolver patologías banales (Garrido, Montilla, Espejo, 1997) (Informe 01/2018), especialmente en Comunidades como las dos Castillas y Andalucía, que entre las tres suman cerca del 50 % de la población rural español (Campo, Fernández, Azorín et al, 2019).

### **4.3 Influencia de las variables propias del acto médico en la oferta de actividades preventivas**

#### **4.3.1 El tiempo de consulta**

Tras el análisis multivariante realizado con los resultados obtenidos con esta investigación, las dos variables relacionadas con una oferta de actividades preventivas en consulta son el mayor tiempo de duración de la consulta y un mayor resultado en la escala CICAA-2. El tiempo de consulta, por tanto, se convierte en una variable central que favorece o dificulta la propuesta de tareas de prevención de forma independiente al resto de variables estudiadas. En el presente trabajo se han encontrado diferencias significativas en la duración del tiempo de consulta, con un incremento del mismo para realizar una oferta de actividades preventivas cuando la edad del médico residente de medicina familiar es superior o se realiza en un centro urbano. Diferentes estudios han encontrado que un mayor tiempo de atención al paciente está ligado a una mayor oferta de actividades preventivas. De hecho, con cada minuto adicional añadido a la cita programada con el médico incrementó las posibilidades de una oferta preventiva al paciente (Shires, Stange, Divine et al, 2012). Este proceso puede estar mediado por una mayor sensibilidad a estos temas, personal o por conocimientos adquiridos tras un tiempo de práctica clínica. Un tiempo de consulta más prolongado parece estar relacionado con un mejor nivel de comunicación (Ruiz-Moral, Rodríguez, Pérula et al, 2002) (Fossli-Jensen, Gulbrandsen, Dahl et al, 2011). Otorgando más tiempo al paciente, éste puede comprender mejor las explicaciones del facultativo y el médico puede a su vez entender y abordar el área psicosocial del enfermo (Gude, Vaglum, Anvik et al, 2013). Las consultas más largas también están ligadas a estilos de consulta más centrados en el paciente (Moral, Munguía, de Torres et al, 2012) (Brand

y Stiggelbout, 2013) (Mikesell, 2013) pese a que se podría producir una mejora en las habilidades comunicativas sin tener que aumentar necesariamente la duración de la consulta (Chan, Wun, Cheung et al, 2003) (Fossl-Jensen, Gulbrandsen, Dahl et al, 2011).

Un estudio realizado en EEUU encuentra un incremento del tiempo de consulta en aquellos encuentros donde el profesional realiza un menor uso de conductas de comunicación que faciliten la participación del paciente, pero de igual forma el tiempo de atención aumenta cuando el facultativo muestra un mayor uso de conductas de comunicación activa con el paciente (Lafata, Shay, Brown et al, 2016). El desconocimiento o la falta de habilidades o entrenamiento es una dificultad recurrente a la hora de ofertar servicios preventivos a la población en los estudios consultados (Kloppe 2005) (Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar et al, 2014) (Ballbè M, Walther M, Mondon et al, 2009).

La adquisición de competencias en comunicación se oferta a los médicos residentes mediante una formación reglada útil para adquirir tanto conocimientos como habilidades. Además, se encuentra relación entre la relación de la edad y el sexo del residente, un estilo de vida saludable, la especialidad cursada e incluso con el lugar de residencia (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar et al, 2015) (Cerrada, Olmeda, Senande et al, 2005). La formación no es solo técnica, sino que precisan adquirir actitudes que les lleven a desempeñar un rol de modelo social influyente en la población atendida (Juárez-Jiménez, Pérez-Milena, Valverde-Bolívar et al, 2015) de forma que no existe separación entre las recomendaciones que emiten de forma teórica y su comportamiento real en la práctica clínica.

Además de los déficits formativos, otras dificultades para la oferta de actividades preventivas serían la sensación de autoeficacia del médico, la sensibilidad y receptividad de la población atendida a los consejos de salud y la forma de organización de los servicios de salud (Weinehall, Johansson, Sorensen et al, 2014) (Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar et al, 2014) (Parmelli, Flodgren, Schaafsma et al, 2011) (Monreal Hajar, García Ruiz y Forés Catalá, 2011) (Nebot, Cabezas, Marqués et al, 2007).

Otros estudios jerarquizan las dificultades de los sanitarios para integrar las tareas prevención en la consulta de demanda clínica, indicando que la sobrecarga de trabajo en los reducidos tiempos de consulta son las principales limitaciones para su realización (Kloppe, 2005) (Ramos-Morcillo, Ruzafa-Martínez, Fernández-Salazar et al, 2014).

Diferentes estudios han demostrado que los médicos de más edad y las mujeres médicas realizan encuentros clínicos de mayor duración (Wilson, 1991)



(Deveugele, Derese, Van den Brin-Muinen et al, 2002). Igual ocurre con los profesionales sanitarios que muestran una mayor orientación social y enfocan su práctica hacia la práctica general y la salud mental (Seguí, 2004) (Orton y Pereira, 2016). De igual forma, una mayor competencia en habilidades comunicacionales puede contribuir a disminuir el tiempo de consulta, dado que las preguntas abiertas pueden ayudar a evaluar la agenda del paciente, para involucrarlo activamente y obtener más respuestas e información (Brand y Stiggelbout, 2013) (Mikesell, 2013) lo que a su vez incide en la satisfacción del paciente, mejorando la relación médico-paciente y su calidad de vida, mientras que las preguntas cerradas y la baja reactividad puede provocar constantes interrupciones que alargarían el tiempo de consulta sin aportar las características previas.

La entrevista médica es el acontecimiento primordial en la comunicación médico-paciente, donde la búsqueda de la mejor opción para la salud del paciente se basa en la relación terapéutica establecida con el profesional. De una forma ideal, cada contacto entre médico de familia y paciente en la consulta de demanda clínica abre una posibilidad para que el paciente acepte, interiorice y desarrolle conductas saludables que optimicen su estado físico y mental mediante la adopción de estilos de vida adecuados que promuevan su bienestar. Sin embargo, los problemas de comunicación y la ausencia de una toma de decisiones compartida real obstaculizan su pleno desarrollo (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018). Es preciso otorgar tiempo a esta comunicación para los procesos cognitivos, conductuales, de promoción y educación, que aparecen durante la entrevista clínica, puedan desembocar en procesos intercomunicativos y bidireccionales. Si el profesional dispone de más tiempo para atender al paciente, es posible que pueda reconocer más fácilmente problemas psicosociales y pueda proponer cambios conductuales y de estilos de vida que favorezcan la salud del paciente.

El tiempo que un médico puede dedicar a dicha entrevista se considera clave respecto a la salud y la satisfacción del paciente (Monparier 2002). En España, en el año 1997 se cuantificó un tiempo medio de consulta a demanda en atención primaria de unos 5,4 minutos para cada consulta de un médico de familia, aumentando a 22 minutos en caso de una consulta programada (El Médico, 2002). Un estudio realizado en un centro de salud semiurbano de España (Seguí, Linares, Blanco et al, 2001) comprobó que las consultas duraban una media de 7 minutos y media, pero que los médicos tuvieron que asignar mayor tiempo de atención a sus pacientes, llegando a superar de media los nueve minutos de atención. Este tiempo extra que debe dedicar el médico de familia a cada paciente se obtiene aumentando el tiempo total de trabajo en la consulta a demanda, en detrimento de otras actividades e incrementando la demora en la sala de espera. Los resultados obtenidos en este trabajo muestran que la oferta de alguna actividad preventiva ocupa aproximadamente un minuto

del tiempo de la entrevista clínica de la media total de ocho minutos y medio invertido en cada consulta, y que además las entrevistas donde el médico residente propone actividades preventivas o de promoción de la salud tienen una duración superior a las entrevistas sin oferta preventiva en aproximadamente minuto y medio. La duración de una consulta médica es muy variable según cada servicio sanitario debido a sus diferentes organizaciones e infraestructuras, con variaciones importantes incluso dentro de un mismo sistema sanitario. Además, el papel de la Atención Primaria es muy variable, así como la participación de los proveedores de salud por la diferente formación de los médicos (generales o de familia), presencia de otros médicos especialistas, enfermería y matronas, y papel de otros profesionales de atención primaria como trabajadores sociales.

Diferentes países han “blindado” el tiempo que debe durar la atención médica por paciente: de 15 minutos en Argentina a los 20 minutos en Suecia o Colombia (Sven-Olof, Sven y Bengt, 1993) (Urquiza, 2017). En Brasil se optó por definir un número concreto de pacientes a atender en un determinado lapso de tiempo (14 usuarios en 4 horas) (Silverman, 2012).

Según el código ético aprobado en dicho país, “los médicos no pueden en ninguna circunstancia renunciar a su libertad profesional, ni permitir ninguna restricción o imposición que pueden perjudicar la eficiencia y la corrección de su trabajo”. En España, el Ministerio de Sanidad propone un incremento del tiempo asistencial y centra los principales problemas en la gestión de la tramitación de la prestación por incapacidad temporal y de la prestación farmacéutica, así como a la existencia de pacientes denominados “hiperfrecuentadores”, indicando cómo debe repartirse el trabajo asistencial entre los diferentes profesionales (Ministerio de Sanidad, 2001). En general no existe una normativa legal en ningún ámbito sobre la duración mínima u óptima del tiempo de consulta médica. No obstante, el código ético tiene registrado que el profesional desempeñar su trabajo actuando con el máximo celo y ofreciendo lo mejor de su capacidad profesional. Así, el artículo 21 del código de deontología médica de España (2018) que *“el tiempo necesario para cada acto médico debe ser fijado por el criterio profesional del médico, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada paciente y la obligación de procurar la mayor eficacia y eficiencia en su trabajo”*.

No se trata, por tanto, de un tema banal, sino más bien de una cuestión clave en las necesidades del médico de familia español: baste recordar la reivindicación histórica de la Atención Primaria española para conseguir un mínimo de 10 minutos en cada encuentro con un paciente (Casajuana, 2001) (De Pablo González, 2003). Iniciativas como la plataforma “10 minutos”, promovida por médicos de familia, siguen recordando el problema de la falta de tiempo suficiente para atender de forma adecuada las peticiones de cada paciente, máxime cuando se ha comprobado en este estudio que en cada consulta el médico de familia debe resolver más de 2 demandas diferentes por

paciente. Frente a esta demanda, más del 90% de los médicos generalistas (*general practitioners*) en Reino Unido consideran insuficiente un tiempo de 10 minutos para atender a un paciente (BMA, 2015). De hecho, un elevado porcentaje de médicos generalistas británico han indicado que planeaban dejar la práctica clínica debido a, entre otros problemas, a la alta carga de trabajo y el excesivo tiempo dedicado a “tareas sin importancia”, que genera una extrema sensación de falta de satisfacción laboral (Dale, Potter, Owen et al, 2015). Al igual que ocurría con el sistema de atención ambulatorio en España antes de la reforma de la Atención Primaria, el tiempo de atención al paciente es inferior cuando la orientación del servicio de salud es predominantemente biomédica más que psicosocial (Seguí, 2004) (Orton y Pereira, 2016).

Se ha comprobado que en las circunstancias en las que el médico dispone de más tiempo se prescribieron menos recetas, y se solicitaron menos estudios de laboratorio, pudiendo realizarse más promoción de la salud así como cribado de hipertensión arterial (Elmore N, Burt J, Abel et al, 2016). No obstante, el aumento de tiempo de atención no está directamente relacionado con una mayor satisfacción del paciente, no pudiendo demostrarse mayor beneficio en este sentido con el solo hecho de incrementar el tiempo de la cita médica (Wilson y Childs, 2006).

La duración de una consulta médica puede valorarse según un tiempo objetivo y otro subjetivo (Wilson, 1991). Para los procesos de atención se utilizan herramientas de medición del “tiempo objetivo” como el número de pacientes atendidos por hora o el tiempo de espera, útiles como indicadores que permiten comparar la actividad asistencial. Por otra parte, existe un “tiempo subjetivo” tanto para el profesional como para el paciente que depende de la capacidad que tiene el paciente de expresar su necesidad y la del médico de cumplir con su obligación. Una persona insatisfecha con la atención médica recibida indicará que no ha tenido suficiente tiempo para contar su dolor o sus síntomas al profesional médico, pese a que la duración de la cita sea extensa. La insatisfacción del paciente suele coincidir la percepción del profesional de la medicina sobre un tiempo subjetivo escaso para atender al paciente.

El tiempo objetivo y la duración de la consulta médica se configuran como procesos sociales que vienen determinados por las demandas de una sociedad industrializada y consumista y por otras macroestructuras ajenas al acto médico en sí (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018). Pese a la heterogeneidad de la gestión clínica de los diferentes sistemas sanitarios, la percepción que tienen tanto profesionales como pacientes es la misma en la mayoría de casos: el tiempo de interacción es breve e insatisfactorio para ambos actores. En esta situación, cualquier actividad clínica que incremente el tiempo de la atención al paciente que no esté relacionada directamente con la enfermedad por la que consulta viene a suponer una inversión extraordinaria de tiempo que enlentece la atención

sanitaria y, en muchas ocasiones, no es valorado por pacientes ni por gestores. Los datos obtenidos relacionan la falta de tiempo en la atención a demanda con la menor presencia de oferta de actividades preventivas, y es algo preocupante debido a que la presión asistencial se incrementa por las características de la forma de trabajo de los médicos de familia y las deficiencias en la macrogestión de su trabajo (Seguí, Linares, Blanco et al, 2004). Por lo general, las primeras consultas o aquellas donde se consulta nuevas patologías tienen una mayor duración que las citas médicas donde se tratan problemas ya conocidos.

De igual forma, las patologías psicosomáticas y los trastornos conductuales van a requerir una atención más prolongada en el tiempo que las enfermedades infecciosas o respiratorias (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018). Esto implica la necesidad de unas agendas de atención clínica flexibles que se adapten a los motivos de consulta, no rígidas e inamovibles con un tiempo de atención igual para todos los pacientes y todos los motivos.

En el presente trabajo se puede apreciar que cuanto más dure la consulta, más posibilidades hay de que el MIR realice una oferta de actividades preventivas en la consulta de demanda clínica. Un estudio realizado en centros de salud de España valora en qué se invierte el tiempo disponible para cada cita médica a demanda: aproximadamente un 40% del mismo era destinado por el profesional a registrar datos en la historia de salud digital empleando el ordenador, mientras que tan solo un 10% era dedicado a la oferta de prevención y promoción de la salud (Pérez-Santonja, Gómez-Paredes, Álvarez-Montero et al, 2017).

También, llama poderosamente la atención en otro estudio que en cada encuentro clínico la resolución de trámites burocráticos ocupa hasta un 20% de la consulta, mientras que se invierten menos de 2 minutos en ofrecer el consejo médico y explicar el tratamiento a seguir, con una mínima inversión de tiempo (inferior a 20 segundos) para explicar y consensuar el problema con el paciente (Seguí, 2004). Ante estos datos no es descabellado indicar la necesidad de invertir más tiempo en actividades preventivas, lo que se podría conseguir ampliar el tiempo de diálogo activo entre médico y paciente (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018).

La duración de la consulta ha sido medida en este trabajo, siguiendo las indicaciones del cuestionario CICAA-2 (CICAA 2018) como el tiempo entre el saludo y la despedida de un paciente en el consultorio. Tanto la gestión de la demanda presentada por el paciente como la calidad de la atención médica dependen directamente de la duración de la interacción médico-paciente (Outomuro y Actis, 2013). Sin embargo, el encuentro cara a cara entre médico y paciente puede verse obstaculizado por lo conocido como “flujos de trabajo”, que

son la secuencia de tareas que ejecuta el médico en cada consulta del paciente, generando interacciones en ocasiones diferentes a las necesarias para la correcta atención integral del enfermo. (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018). El análisis de estos flujos describe cómo en la entrevista se pasa de una tarea a otra basándose en un objetivo, que en la mayoría de las ocasiones se basa en cumplir con la duración estándar de cada cita en la agenda ofertada en la Atención Primaria. No es, sin embargo, la única tarea que puede dificultar la adecuada interacción: la infraestructura y el diseño de la sala de espera, el papel de otros profesionales del centro de salud y las relaciones establecidas con ellos, la tecnología necesaria para la atención y el nivel socioeconómico de la población atendida también son determinantes como patrones de secuencia de tareas (Holman, Beasley, Karsh et al, 2016).

Más tiempo para la entrevista médico-paciente ofrecería una oportunidad para descubrir el motivo de consulta orgánico, psicosocial, familiar y/o laboral oculto que acompaña a la demanda burocrática y permitiría realizar una oferta de actividades para mejorar la salud. Por ello, diferentes expertos (Rodríguez, Jarillo y Casas, 2018) aconsejan la creación de agendas flexibles que permitan otorgar tiempos diferentes de atención en función de las tareas a realizar, lo que permitiría humanizar los procesos. Cuando se aborda la mejora de la comunicación médico-paciente, Borrell (2004a) propone diferentes aspectos para la creación de una “agenda inteligente” que permita una óptima gestión del tiempo:

- Disponer de espacios temporales donde se puedan recuperar los retrasos que se producen en las primeras citas de la jornada laboral.
- Disponer de citas sin asignar libres donde poder valorar a pacientes sin cita que demanden una atención urgente.
- Realizar una previsión sobre el tiempo adecuado en la atención al paciente, en función de sus antecedentes personales y sus características sociodemográficas.
- Repartir el trabajo asistencial de la forma más homogénea posible durante la jornada laboral.

Incluso en los contactos para la tramitación administrativa de recetas, partes de baja o informes médicos hay lugar para la oferta de actividades preventivas, como se comprueba en los resultados obtenidos. Ello es debido a que el tiempo de atención es similar en una consulta clínica y en una consulta administrativa, a la aparición de demandas ocultas por un problema orgánico, psicosocial, familiar o laboral, y a la necesaria valoración de un paciente antes de proceder a renovar una medicación crónica o emitir un informe para una discapacidad o dependencia. Muchas agendas en Atención Primaria diferencian una atención clínica a demanda, con atención a síntomas y enfermedades, de la agenda de demanda administrativa, en los que los pacientes necesitan que el

médico realice algún acto meramente burocrático, (Seguí, Linares, Blanco et al, 2004). Hay que recordar que, en los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, aproximadamente la mitad de pacientes solicitó algún tipo de trámite administrativo, pero en la inmensa mayoría de casos acompañado de otros motivos de consulta clínicos. Este tipo de consultas se han incrementado multiplicándose por cuatro en algunos sistemas sanitarios europeos, comprometiéndose de esta manera la calidad de las consultas de atención general debido a la elevada frecuentación de la población para motivos como la renovación de la prescripción del tratamiento farmacológico (Deveugele, Derese, Van den Brin-Muinen et al, 2002).

Respecto a los médicos de familia, y más concretamente de los médicos en formación, las capacidades para una comunicación clínica eficaz son primordiales para mejorar la calidad asistencial y la consecución de un adecuado resultado en salud.

Según Borrell (2004a) se debe evitar el error de formar al médico residente como un entrevistador de baja eficiencia, quien gestiona la duración de la consulta con criterios no adecuados a las necesidades del paciente. Un médico más experimentado puede gestionar mal el tiempo por un ineficiente uso de los recursos de comunicación con el paciente mientras que un médico en formación puede adquirir malos hábitos en etapas muy precoces al intentar acortar el tiempo necesario para desarrollar la entrevista clínica. La gestión del tiempo está relacionada directamente con el despliegue de las emociones del médico de familia que acontecen durante el acto médico (Borrell, 2004a). Uno de los objetivos para el EIR es saber modular esta emocionalidad valorando y controlando los acontecimientos diarios y una serie de pequeños gestos que se desarrollan durante la entrevista clínica. El profesional sanitario debe aprender a incrementar el tiempo de duración de una entrevista, cuando aparece un motivo de consulta o una necesidad que precisa ser valorada en ese momento aunque la consulta estuviera casi concluida, o por el contrario acortar y cerrar de forma amistosa una demanda banal que no precise un esfuerzo mayor. Hasta que consiga esa capacidad, el tiempo objetivo de cada consulta se presenta como un valor crucial para que puedan atenderse otras necesidades de salud, además de dar respuesta a la demanda clínica. Cuando el médico residente dispone de más tiempo en la consulta de demanda clínica, su perfil de comunicación está más centrado en el paciente que en la enfermedad, incluye al paciente en la toma de decisiones negociando con él las mejores opciones terapéuticas y por tanto se ofertan más soluciones, entre ellas consejos de prevención y promoción de la salud adaptadas a las particularidades individuales de cada persona (Valverde, Pedregal, Moreno et al, 2018) (Ruiz Moral, Rodríguez Salvador, Pérula de Torres et al, 2002). Por tanto, mayor duración de la consulta supone mejorar la comunicación médico-paciente y aumenta las posibilidades de ofertar actividades preventivas.

Estos motivos, avalados además por las conclusiones obtenidas en este trabajo, indican que en la formación posgraduada de los médicos se deben incluir contenidos relacionados con la gestión de la demanda y las habilidades en comunicación. Este planteamiento proporciona al MIR una mayor eficiencia en sus actuaciones, al aprovechar de forma adecuada el escaso tiempo disponible en cada cita durante la jornada laboral.

#### **4.3.2 Los motivos de consulta y la presencia de acompañante**

Los resultados obtenidos muestran que se invierte más tiempo en las consultas con actividades preventivas cuando el paciente viene acompañado por un familiar o cuidador, y también cuando presenta varios motivos de consulta. Estas variables están directamente relacionadas con el tiempo del que dispone el facultativo para cada consulta de demanda clínica. Así, la presencia de un acompañante incrementó el tiempo de consulta y el número de motivos de consulta.

Se ha cuantificado un incremento de la demanda clínica del médico de familia, en ascenso los últimos años, relacionándose esta mayor asistencia a consultas de demanda clínica con el sexo femenino, la residencia en zonas rurales, una menor puntuación en la escala de calidad de vida, un número superior de visitas a Servicios de Urgencias y a consultas de enfermería, un consumo superior de medicamentos y la presencia de ciertas enfermedades (Giménez, Fernández, Azorín et al, 2019).

Delimitar el motivo de consulta es, en la agenda de un médico de familia, un punto clave para poder conocer y valorar adecuadamente los problemas demandados y ocultos de un paciente. Esta habilidad puede estar dificultada por las interferencias de la persona que acompaña al paciente a consulta o cuando los motivos de consulta son múltiples y no priorizados (Castillo, Schwartz, Pardo et al, 2003). No obstante, diferentes estudios catalogan la presencia de un acompañante como neutral y positiva en al menos la mitad de las consultas (Castillo, Schwartz, Pardo et al, 2003), pudiendo ser percibida como positiva en más de un 91% de los encuentros médico-paciente-acompañante (Brown, Brett, Stewart y Marshall, 1998).

Los acompañantes son de elevada utilidad para el médico y para el paciente. Un gran número de personas acuden acompañadas a la cita médica, y en general el rol del acompañante es pasivo, con muy pocas interferencias en la comunicación y aportando un efecto neutro o positivo. Se trata de un recurso familiar que está normalizado socialmente y que podría ser útil para la oferta de actividades preventivas al contar con un aliado cercano al paciente que le permitiría recordar y realizar las mejoras propuestas. La razón de un acompañante en consulta viene explicada por la necesidad de un apoyo

emocional y para un mejor entendimiento de las instrucciones médicas (Rodríguez-González, Ramírez-Aranda, Santacruz-Belmonte et al, 2011).

Estas consultas se denominan “triádicas” y en ellas se ha comprobado cómo la persona que acompaña facilita la expresión de emociones del paciente, facilita la toma de decisiones al final de la consulta y ayuda a cumplir las recomendaciones médicas, especialmente en pacientes ancianos y/o con enfermedades crónicas, a quienes facilitan el cumplimiento terapéutico (Turabián y Pérez, 2015). Aunque las consultas con acompañante suelen ser generalmente más largas, se ha comprobado que la comunicación mejora cuando el acompañante adopta una actitud colaboradora y el médico lo integra en la atención al paciente, facilitando decisiones compartidas sobre la actitud a tomar y generando una mayor satisfacción en la persona acompañada. Todo ello, no obstante, genera una exigencia mayor en el desarrollo de habilidades en comunicación por parte del profesional sanitario, muy diferentes a las de la consulta solo con el paciente (Lang, Marvel, Sanders et al, 2002).

Algunos autores denominan “demandas competitivas” a las tareas clínicas del médico de familia en las que tiene que invertir casi todo su tiempo: atención aguda, solicitudes de pacientes, enfermedades crónicas, problemas psicosociales, detección de enfermedades asintomáticas y administración y gestión de la atención (Jaén, Stange y Nutting, 1994). Estas demandas afectan a la prestación de servicios clínicos preventivos por parte de los médicos: el tiempo que pueden ser una excelente oportunidad para un cribado oportunista, también podrían dificultar la oferta de actividades preventivas cuando el paciente presenta múltiples consultas. Las principales trabas referidas por los MIR de Medicina de Familia y Comunitaria para la oferta y desarrollo de las actividades preventiva fueron la carga de trabajo adicional sobre la agenda a cumplir y el incremento de la duración en las consulta donde se realizan (García-Atienza, Llanos, Navarro et al, 2016), resultados bastante similares a los de otros estudios previos realizados en médicos y enfermeras (Kloppe, Brotons, Anton et al, 2005) (Litaker, Flocke, Frolkis et al, 2005) (Ramos, Ruzafa, Fernández et al, 2014).

Sin embargo, en el presente trabajo se ha encontrado que, a mayor número de motivos de consulta, más probabilidad existe que se realice una actividad preventiva en ese acto clínico. Este hecho puede ser debido a que la población con mayores demandas es también la población que hace pensar al médico de familia en las necesidades no demandadas. Un reciente estudio realizado en España muestra cómo la calidad de vida relacionada con la salud influye en la frecuentación a consultas de medicina de familia, por lo que la utilización de este servicio depende tanto de las necesidades en salud generadas por las propias patologías padecidas como de la percepción o la calidad de vida relacionadas con ellas (Giménez, Fernández, Azorín et al, 2019). Otros estudios también han relacionado con la mayor frecuentación tanto a la presencia de la



enfermedad física, el malestar psíquico como a la problemática social (Vedsted y Christensen, 2005).

Junto al incremento de motivos de consulta en cada cita, es importante valorar la influencia que tiene la carga de trabajo del médico y la frecuentación sanitaria de la población como elementos externos que influyen en la oferta de actividades preventivas.

Un estudio valoró las características de las tareas asistenciales de médicos de familia en función del volumen de citas diarias (Zyzanski, Stange Langa et al, 1998) concluyendo que aquellos profesionales con agendas muy extensas realizaron una prestación de servicios similares a los que tuvieron una agenda más corta pero en un período de tiempo menor, aunque esta mayor eficiencia aparente tuvo el costo de tasas más bajas de prestación de servicios preventivos, menor satisfacción del paciente y una relación médico-paciente menos positiva.

Por otra parte, una mayor frecuentación sanitaria de un paciente se ha visto relacionada con un mayor número de medicamentos consumidos, constatando la presencia más frecuentemente de determinadas enfermedades crónicas y de salud mental (Foster, Jordan y Croft, 2006) (Gili, Luciano, Serrano et al, 2011) (Kennedy, O'Sullivan, Hannigan y Purtill, 2017). De igual forma, cuanto mayor edad tenga el paciente, se precisa una mayor inversión de tiempo en las consultas debido a la necesidad de realizar un control de los problemas nuevos y de los ya existentes (Seguí, 2004) (Orton y Pereira, 2016). Otro estudio realizado en EEUU encontró que la probabilidad de prestación de servicios disminuyó con la edad del paciente y con cada inquietud que el paciente planteó, y aumentó con el aumento del peso corporal (Shires, Stange, Divine et al, 2012). En estos casos, se ha comprobado que las actitudes de los médicos hacia la prevención son necesarias, pero no suficientes para asegurar la prestación de servicios preventivos (Litaker, Flocke, Frolkis et al, 2005). Las nuevas tecnologías y la telemedicina deberán incorporarse a la oferta de prevención y promoción, sobre todo como forma más eficiente de implementar la accesibilidad a los colectivos más vulnerables (PAPPS, 2020).

## **5. Futuras líneas de trabajo e investigación**

La prevención y promoción de hábitos de vida saludables disminuye la aparición de enfermedades crónicas y de eventos que incrementen la morbimortalidad de la población. Este hecho, demostrado en diferentes investigaciones como el estudio Framingham, ponen el acento en la necesidad de incrementar la oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud

enfocado en influenciar las decisiones tanto personales como poblacionales para la mejora de los estilos de vida. Así lo recoge el reciente trabajo publicado por el grupo de trabajo del PAPPS, con un nuevo análisis de la situación y continuas propuestas de mejora en este ámbito, puesto que en su larga trayectoria el programa de actividades preventivas “ha contribuido de manera sustancial a mejorar la calidad asistencia y el desarrollo de la AP en España” (Martín-Carrillo et al. 2020).

Dada la relación encontrada entre la propuesta de actividades de prevención y la adecuada realización de la entrevista clínica en las consultas de demanda clínica en Atención Primaria, el aprendizaje de competencias y habilidades en comunicación son fundamentales para adoptar un enfoque integral en la atención en la consulta del médico de familia (Ruiz Moral, Rodríguez Salvador, Pérula de Torres et al, 2002) (Valverde, Pedregal, Pérez et al, 2016) (Wouda, Harry y Van de Wiel, 2014) (Berkhof, van Rijssen, Antonius et al, 2011). Diferentes autores concluyen que no depende tan solo de la formación recibida, sino que se precisan cambios en la cultura y la gestión de los servicios de salud, para que sean los propios sistemas sanitarios quienes pongan estas actividades como objetivo esencial (CNE, 2006) (Parmelli, Flodgren, Schaafsma et al, 2011). La Atención Primaria oferta accesibilidad y continuidad a las demandas de los pacientes, contando con múltiples contactos entre médico y paciente que permiten realizar la oferta de las actividades preventivas en el momento más pertinente.

En Andalucía, la frecuentación sanitaria media es de unas cinco consultas anuales por persona, multiplicándose por dos en los pacientes de mayor edad (EASP, 2012). Ello genera una gran cantidad de contactos donde se pueden ir ofertando actividades preventivas para realizar modificaciones del estilo de vida. Pese a este alto número de oportunidades, queda claro que para mejorar la prevención y la promoción se precisa más tiempo por paciente, una menor carga de trabajo y un enfoque integral como respuesta a las demandas biomédicas de los pacientes. Queda aún un amplio campo de estudio donde conocer las opiniones tanto de profesionales como de pacientes, así como para valorar la eficacia de la formación en habilidades comunicativas para incrementar la oferta y calidad de las actividades preventivas y de promoción de la salud en los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

# Conclusiones

# Conclusiones

1. Existe relación entre unas mejores capacidades en comunicación clínica del médico interno residente con una mayor oferta de actividades preventivas en las consultas a demanda de Atención Primaria.
2. La puntuación de la escala CICAA-2 es superior en aquellas consultas donde se oferta una actividad preventiva, tanto su valor global como en todas las tareas concretas evaluadas.
3. Esta relación se mantiene cuando la actividad preventiva realizada se trata de cribado y de consejo, pero no hay diferencias significativas en la oferta de inmunización o quimioprofilaxis.
4. En casi la mitad de las entrevistas se oferta una actividad preventiva (primaria o secundaria), mayoritariamente consejo seguido por actividades de cribado, mientras que la inmunización o quimioprofilaxis sólo se oferta en un número limitado de consultas.
5. Los dominios específicos más ofertados son la prevención de enfermedades cardiovasculares y los estilos de vida, sin ninguna consulta con actividad preventiva específica en el área de infancia y adolescencia.
6. La oferta de actividades de prevención de consulta se vincula con el motivo de consulta en 4 de cada 5 entrevistas, sobre todo en síntomas de salud mental, recogida de pruebas, síntomas mal definidos, patología genitourinaria y neurológica.
7. Cuanto mayor sea el número de motivos de consulta, más probable es que se realice una actividad preventiva durante ese acto clínico.
8. La oferta de alguna actividad preventiva ocupa aproximadamente un minuto del tiempo de la entrevista clínica, con una media total de ocho minutos y medio invertido en cada consulta.
9. Las entrevistas con oferta de actividades preventivas tienen una duración superior a las entrevistas sin oferta preventiva en aproximadamente minuto y medio.
10. Se invierte más tiempo en estas consultas con actividades preventivas si la paciente es mujer, viene acompañada o presenta varios motivos de consulta.

11. Se dedica más tiempo de consulta en la oferta preventiva a mayor edad del médico residente, si el acompañante del paciente es una mujer o se realiza en un centro urbano.

12. Tras realizar un análisis multivariante, las dos variables relacionadas con una oferta de actividades preventivas en consulta son el mayor tiempo de consulta y un mejor resultado en la puntuación de la escala CICA-2.

# **Bibliografía**

## Bibliografía

Aalto M, Pekuri P, Seppä K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, ¿skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev.* 2005; 24:555-8.

Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med.* 2013; 28:1469-76.

Aguado JM. Introducción a las teorías de la comunicación y la información. Universidad de Murcia, Facultad de Comunicación y Documentación 2004. Disponible en: [https://www.um.es/tic/Txtguia/Introduccion%20a%20las%20Teorias%20de%20a%20Informa%20\(20\)/TIC%20texto%20guia%20completo.pdf](https://www.um.es/tic/Txtguia/Introduccion%20a%20las%20Teorias%20de%20a%20Informa%20(20)/TIC%20texto%20guia%20completo.pdf) (9/10/21).

Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Méx* 2013; 55:196-206.

Albury C, Hall A, Syed A, Ziebland S, Stokoe E, Roberts N, Webb H, Aveyard P. Communication practices for delivering health behaviour change conversations in primary care: a systematic review and thematic synthesis. *BMC Fam Pract.* 2019; 20:111.

Alexander SC, Ostbye T, Pollak KI, Gradison M, Bastian LA, Brouwer RJ. Physicians' beliefs about discussing obesity: results from focus groups. *Am J Health Promot.* 2007; 21:498–500.

Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2002 [editorial]. *El Médico* 2002; 830 (Supl 1):118.

Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia de salud para todos en el año 2000: plan de acción para aplicar la estrategia. Organización Mundial de la Salud. 1982. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197241> [acceso 3-09-2021].

Ascunce Elizaga N. Cribado: para qué y cómo. *Anales Sis San Navarra* 2015; 38: 5-7.

Ballbè M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, Colom J. Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones* 2009; 21:113–8.

Bellón JA, Delgado-Sánchez A, de Dios Luna JD, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract.* 2007; 24:562-9.

Bertakis KD. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns.* 2009; 76:356-60.

Berkhof, H. Jolanda van Rijssen, Antonius J.M. Schellart, Johannes R. Anema, Allard J. van der Beek. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling.* 2011; 84: 152–62.

Blackburn M, Stathi A, Keogh E, and Eccleston C. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open.* 2015; 5:e008546.

Boerma WG, van den Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. *Med Care.* 2000; 38:993-1002.

Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling* 1998; 35: 161-76.

Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.

Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona 2004a.

Borrell i Carrió F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria* 2004b; 34:3-5.

Borrell i Carrió F, Hernández Clemente JC, Lázaro J. Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura. *Med Clín (Barc.).* 2011; 137:216-20.

Borrell i Carrió F. La escucha del profesional de la salud. *AMF* 2017; 13:122-3

Brand PLP, Stiggelbout AM. Effective follow-up consultations: the importance of patient-centred communication and shared decision making. *Paediatr Respir Rev* 2013; 14:224-8.

Brooks DJ. Differences in Patient Screening Mammography Rates Associated With Internist Gender and Level of Training and Change Following the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2016; 14:749-53.



Brotos C, Bulc M, Sammut MR, Sheehan M, Manuel da Silva Martins C, Björkelund C, et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. the EUROPREVIEW patient study. *Fam Pract.* 2012; 29 (Suppl 1): i168-i176.

Brotos C, Drenthen AJ, Durrer D, Moral I; European Network on Prevention and Health Promotion (EUROPREV). Beliefs and attitudes to lifestyle, nutrition and physical activity: the views of patients in Europe. *Fam Pract.* 2012; 29 (Suppl 1): i49-i55.

Brotos C, Soriano N, Moral I, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Martín-Moreno JM. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPs. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanitaria* 2012; 25: 151-7.

Brown JB, Brett P, Stewart M, Marshall JN. Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Can Fam Physician* 1998; 44:1644-50.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71:843-61.

Camarelles Guillem F. La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio. *Aten Primaria* 2020; 52: 1-2.

Campo Giménez M, Fernández Bosch A, Azorín Ras M, Ossa Moreno M, Auñón Valero B, Párraga Martínez I. Frecuentación y calidad de vida de usuarios de consultas de Medicina de Familia. *Rev Clin Med Fam* 2019; 12: 50-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2019000200050&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000200050&lng=es&tlng=es) (accedido 30/01/21)

Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! *Aten Primaria* 2001; 28:297-8.

Castillo BJ, Schwartz CP, Pardo AJ, Hernández M, Méndez E, Tamez MG. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. *Medicina de Familia* 2003; 4:136-138.

Cassard SD, Weisman CS, Plichta SB, Johnson TL. Physician gender and women's preventive services. *J Women's Health.* 1997; 6:199-207.

Cerrada EC, Olmeda CL, Senande EB, Rodríguez BG, Sanz Cuesta T. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Aten Primaria.* 2005; 36:434-41.

Chan CSY, Wun YT, Cheung A, Dickinson JA, Chan KW, Lee HC, *et al.* Communication skill of general practitioners: ¿any room for improvement? How much can it be improved. *Med Educ* 2003; 37:514-26.

Ciurana Misol R, Broton Cuixart C, Marzo Castillejo MM. Promoción y prevención en el adulto. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia L (Ed.). *Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de Medicina de Familia*. 8ª edición. Barcelona: Elsevier 2019; 23-56.

Cófreces P, Ofman SD, Stefani D. La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev Comun Salud*. 18 de junio de 2014; 4:19-34.

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2005. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf> (accedido 30/04/21)

Córdoba R, Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 125:154-7.

Costello E, Leone JE, Ellzy M, Miller TA. Older adult perceptions of the physicians' role in promoting physical activity. *Disabil Rehabil*. 2013; 35:1191-8.

Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *BMJ* 1993; 306: 1043-1046.

Cuesta Cambra U, Menéndez Hevia T, Ugarte Iturrizaga A. *Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias*. Madrid: Editorial Complutense SA, 2011.

Dale J, Potter R, Owen, K, Parsons N, Realpe A, Leach J. Retaining the general practitioner workforce in England: ¿what matters to GPs? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 140.

Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, Kristjansson E, Fletcher J. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *CMAJ*. 2012; 184: E135-43.

De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. [Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice in 2008. A survey of 332 general practitioners in Maine-et-Loire]. *Rev Mal Respir*. 2010; 27:431-40.

De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de Salud. SEMERGEN 2003; 29:14-6.

Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1986.

Delgado Sánchez A. Salud y género en las consultas de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27: 75-78.

Denizon Arranz S, Blanco Canseco JM, Pouplana Malagarriga MM, Holgado Catalán MS, Gámez Cabero MI, Ruiz Sánchez A, Monge Martín D, Ruiz Moral R, Álvarez Montero S. Multi-source evaluation of an educational program aimed at medical students for interviewing/taking the clinical history using standardized patients. GMS J Med Educ. 2021; 38: Doc40.

Deveugele A, Derese A, van den Brin-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ. 2002; 325:472.

Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G, Brähler E, Häuser W. Family physician-patient relationship and frequent attendance of primary and specialist health care: Results from a German population-based cohort study. Patient Educ Couns. 2016; 99:1213-19.

Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L, Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med 2004; 79: 495–507.

Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract. 2016; 66: e896-e903

Escala "CICAA". Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual del usuario. Disponible en: [http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala\\_cicaa\\_2.pdf](http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf) (accedido 10/10/21)

Escuela Andaluza de Salud Pública. Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de

Salud y Bienestar Social. Disponible en: <http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html> (accedido 21/01/21)

Estadísticas de Centros Sanitarios de Atención Primaria. Informe anual 2019. Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/informe/anual?idNode=21569> (accedido 21/1/21)

Fernández de Bobadilla J, Dalmau R, Galve E. en representación del grupo «Legislación del tabaco y síndrome coronario agudo en España». Impacto de la legislación que prohíbe fumar en lugares públicos en la reducción de la incidencia de síndrome coronario agudo en España. Rev Esp Cardiol. 2014; 67: 349-52.

Fiscella K, Franks P, Srinivasan M, Kravitz RL, Epstein R. Ratings of physician communication by real and standardized patients. Ann Fam Med 2007; 5: 151–8.

Fisher CB, Fried AL, Macapagal K, Mustanski B. Patient-Provider Communication Barriers and Facilitators to HIV and STI Preventive Services for Adolescent MSM. AIDS Behav. 2018; 22:3417-28.

Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. Med Care. 2005; 43:486-92.

Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. Semergen 2013; 39:421-32.

Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, and Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). Patient Educ Couns 2011; 84:163-9.

Foster A, Jordan K, Croft P. Is frequent attendance in primary care diseasespecific? Fam Pract. 2006; 23:444-52.

Fraga Vallejo MA, Valles Medina AM. Historia natural de la enfermedad. En: Valles Medina AM (Ed). Modelos y teorías de salud pública. Mexicali, Baja California: Universidad Autónoma de Baja California, 2019; 31-40.

Frame PS. A critical review of adult health maintenance. Part 1. Prevention of atherosclerotic diseases. J. Fam Pract 1986; 22: 341-6.

Fraser RC, McKinley RK, and Mulholland H. Consultation competence in general practice: establishing the face validity of prioritized criteria in the Leicester assessment package. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 109-113

Friedberg MW, Van Busum K, Wexler R, Bowen M, Schneider EC. A demonstration of shared decision making in primary care highlights barriers to adoption and potential remedies. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32:268-75.

García Aguado J. Cribar o no cribar: ¿esa es la cuestión? En: AEPap (Ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017: 211-21.

García Atienza EM, Llanos Val Jiménez C, Navarro Ruiz S, Agudio Mena JL, López-Torres López J, López-Torres Hidalgo J. Actitudes hacia la prevención y promoción de la salud en residents de Medicina Familiar y Comunitaria. *REV CLIN MED FAM* 2016;9(2):76-82.

García Olmos L, Gérvas J, García Calleja A, López Ruiz A, Sánchez Rodríguez F, Palomo Cobos L. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. *Aten Primaria* 1997; 19: 469-476.

García Salabarría J. Sobrevivirán los Niveles de Atención a la Revolución de la Salud Pública Cubana. *Rev. Cubana Salud Pública* 2006; 32:7-15.

Gar DR, Lackland DT, Wilson DB. Prevention education and evaluation in US medical schools: A status report. *Acad Med*. 2000; 75:S14–21.

Garrido Cruz I, Montilla Sanz MA, Rosillo I, Caballero Oliver A, Montero Romero E. Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia. *Aten Primaria* 1997; 20: 361-366

Gavilán Moral E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Parras Rejano JM. Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria* 2010; 42:162-8.

Gérvas J, Hernández LM, Martí A, García-Sagredo P, Elvira P, Estévez A et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 202-205.

Gest KL, Margolis P, Bordley WC, Stuart J. Measuring the process of preventive service delivery in primary care practices for children. *Pediatrics*. 2000; 106(Suppl 4):879-85.

Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 2021; 35:48-59.

Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care. A comparison with routine attenders. *J Nerv Ment Dis.* 2011; 199:744-9.

Giménez MC, Fernández Bosch A, Azorín Ras M, de la Ossa Moreno M, Auñón Valero B, Párraga Martínez I. Frecuentación y calidad de vida de usuarios de consultas de Medicina de Familia. *Rev Clin Med Fam* 2019; 12: 50-60.

Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia Promoc. Salud [Internet]* 2010; 15:128-43.

Girón M, Sánchez García E. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 1998; 21: 125-30.

Gómez-Calcerrada Berrocal D, Pérez Flores D, Maset Campos P. Exploraciones y derivaciones en un centro de salud: estudio de los factores asociados. *Aten Primaria* 1996; 17: 353-357.

Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Gómez de la Cámara A, ed. *Manual de Medicina Basada en la Evidencia.* Madrid: Carpio; 1998: 15-24.

González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2004 [citado 1 junio 2021]; 30(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es)

Gottlieb NH, Guo JL, Blozis SA, Huang PP. Individual and contextual factors related to family practice residents' assessment and counseling for tobacco cessation. *J Am Board Fam Pract.* 2001; 14:343-51.

Gowin E, Avonts D, Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M, and Michalak M. Gender makes the difference: the influence of patients' gender on the delivery of preventive services in primary care in Poland. *Qual Prim Care.* 2009; 17:343-50.

Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al. [Editores]; Institute of Medicine (U.S.). Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines we can trust.* Washington, D.C.: National Academies Press, 2011.

Grant C, Jopling H. Health coaching: a necessary role for medical students? *Public Health.* 2021; 190:52- 4.

Griffith CH 3rd, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2003; 18:170-4.

Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health related outcomes. *J Gen Intern Med.* 2012; 27:520-6.

Grol R, Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and the Netherlands. *Fam Pract.* 1990; 7:100-3.

Gude T, Vaglum P, Anvik T, Bærheim A, Grimstad H. A few more minutes make a difference?. The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31:31-5.

Hamilton K, Henderson J, Burton E, Hagger MS. Discussing lifestyle behaviors: perspectives and experiences of general practitioners. *Health Psychol Behav Med.* 2019; 7:290-307.

Hannawa AF. Disclosing medical errors to patients: effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns* 2014; 94:310-3.

Hays RB. Assessment of general practice consultations: content validity of a rating scale. *Medical Education* 1990; 24: 110-6.

Henderson JT, Weisman CS. Physician gender effects on preventive screening and counseling: an analysis of male and female patients' health care experiences. *Med Care.* 2001; 39:1281-92.

Henry SG, Holmboe ES, Frankel RM. Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: a review with suggestions for implementation. *Med Teach.* 2013; 35:395-403.

Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam* 2006; 8: 137-43

Holman GT, Beasley JW, Karsh BT, Stone JA, Smith PD, Wetterneck TB. The myth of standardized workflow in primary care. *J Am Med Inform Assoc.* 2016; 23:29-37.

Hsairi M, Mallekh R, Khiari H, Hannachi H, Mehdi F. Place of the periodic medical check-up in basic health care in Tunisia. *Tunis Med.* 2021; 99:38-45.

Huber M, Knottnerus J A, Green L, Horst H v d, Jadad A R, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ* 2011; 343:d4163.

Hull SK, DiLalla LF, Dorsey JK. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Acad Psychiatry*. 2008; 32:31-8.

ICM Unlimited on behalf of the British Medical Association. British Medical Association national survey of GPs: the future of general practice 2015. Full report. London, BMA; 2015.

Informe 01/2018. El medio rural y su vertebración social y territorial. Consejo Económico y Social de España. Disponible en: <http://www.ces.es/documents/10180/5461461/Inf0118.pdf> (accedido 20/01/21)

Jaén CR, Stange KC, Nutting PA. Competing demands of primary care: a model for the delivery of clinical preventive services. *J Fam Pract*. 1994; 38:166-71.

Jefferson L, Bloor K, Birks Y, Hewitt C, Bland M. Effect of physicians' gender on communication and consultation length: a systematic review and meta-analysis. *J Health Serv Res Policy* 2013; 18:242-8.

Jovell A, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Participación del paciente: nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria* 2006; 38:234-7.

Juárez-Jiménez MV, Pérez-Milena A, Valverde-Bolívar FJ, Rosa-Garrido C. Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Aten Primaria* 2015; 47: 659-68.

Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna* 2011; XXXIII (1):11-14.

Kahan M, Wilson L, Liu E, Borsoi D, Brewster JM, Sobell LC, Sobell MB. Family medicine residents' beliefs, attitudes and performance with problem drinkers: a survey and simulated patient study. *Subst Abus*. 2004; 25:43-51.

Kaner Eileen FS, Dickinson Heather O, Beyer Fiona R, Campbell Fiona, Schlesinger C, Heather Nick, et al. (2009). Efectividad de las intervenciones breves para el consumo de alcohol en las poblaciones de atención primaria (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Kangovi S, Asch DA. Behavioral phenotyping in health promotion: Embracing or avoiding failure. *JAMA*. 2018; 319:2075-6.



Kaplan C, Siegel B, Madill J, Epstein R. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med* 1997; 12:49-55.

Kennedy N, O'Sullivan K, Hannigan A, Purtill H. Understanding pain among older persons: Part 2-the association between pain profiles and healthcare utilisation. *Age Ageing*. 2017; 46:51- 6.

Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, Fornasini M. por el EUROPREV. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria*. 2005; 36:144-51.

Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA* 2009; 302:1316-26.

Kraan HF, Crijnen AAM, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editores. *The medical interview. Clinical care, education, and research*. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 460-472.

Kreuter MW, Strecher VJ, Harris R, Harris R, Kobrin SC, Skinner CS. Are patients of women physicians screened more aggressively?. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 119–25.

Krist AH, Hochheimer CJ, Sabo RT, Puro J, Peele E, Lail-Kashiri P, Vernon SW. Patient, Clinician, and Communication Factors Associated with Colorectal Cancer Screening. *J Am Board Fam Med*. 2020; 33:779-84.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

Lafata JE, Shay LA, Brown R, Street RL. Office-Based Tools and Primary Care Visit Communication, Length, and Preventive Service Delivery. *Health Serv Res*. 2016; 51:728-45.

Lang F, Marvel K, Sanders D, Waxman D, Beine KL, Pfaffly C, et al. Interviewing when family members are present. *Am Fam Physician* 2002; 65:1351-4.

Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra* 2006; 29(Suppl 3):7-17.

Leckie J, Bull R, Vrij A. The development of a scale to discover outpatients' perceptions of the relative desirability of different elements of doctors' communication behaviours. *Patient Educ Couns*. 2006; 64: 69-77.

Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32:276-84.

Lesser AL. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Med Educ*. 1985; 19:299-304.

Litaker D, Flocke SA, Frolkis JP, Stange KC. Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Prev Med*. 2005; 40:556-63.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001; 322(7284):468-72.

Lumbreras García G, Mena Ruiz MD, Calvo Álvarez I, Pérez Cano I, Sánchez Miró J, Molina París J, et al. 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* 2002; 38:317-21.

Lundberg KL. What are internal medicine residents missing? A communication needs assessment of outpatient clinical encounters. *Patient Educ Couns* 2014; 96:376-80.

Luquis RR, Paz HL. Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. *Health Promot Pract*. 2015; 16:745-55.

Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women: ¿does sex of the physician matter? *N Engl J Med*. 1993; 329:478-82.

Macdonald G, The Evidence of Health Promotion Effectiveness. *Shaping Public Health in a New Europe*, Health Education Research 2000; 15: 233-5.

Maestre-Miquel C, Figueroa C, Santos J, Astasio P, Gil P. Consejo y prevención a pacientes mayores en hospitales y residencias geriátricas en España. *Aten Primaria*. 2016; 48:550-6.

Mandy Droppa, MSN, RN, y Heeyoung Lee, PhD, PMHNP-BC. Entrevista motivacional: un camino para mejorar la salud. *Nursing*. 2014;31(6):25-9.

Manze MG, Orner MB, Glickman M, Pbert L, Berlowitz D, Kressin NR. Brief provider communication skills training fails to impact patient hypertension outcomes. *Patient Educ Couns*. 2015; 98:191-8.

Martín- Carrillo Domínguez P, Martín-Rabadán Muro M., González Lama J, Romero Rodríguez E, Pérula de Torres LA et al. Análisis de la situación, evaluación y propuestas de mejora del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Aten Primaria*. 2020;52(s2):161-72.

Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J (editores). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. Barcelona (7ª edición): Elsevier, 2014; 1-13.

Martínez Hernández J. *Manual de higiene y medicina preventiva hospitalaria (Primera edición)*. Díaz de Santos; Madrid, 2006.

Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, Sierra Moros MJ, Cano Portero R, González Moran F, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gac Sanit* 2016; 30: 154-7.

McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev MCRR*. 2013; 70:567-96.

Michie S. Talking to primary care patients about weight: a study of GPs and practice nurses in the UK. *Psychol Health Med*. 2007; 12:521–5.

Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. New York, NY: Guilford Press; 2013.

Miller ER, Ramsey IJ, Tran LT, Tsourtos G, Baratiny G, Manocha R, Olver IN. How Australian general practitioners engage in discussions about alcohol with their patients: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016; 6: e013921.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Los equipos de atención primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso. Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Asistencia Sanitaria, Subdirección General de Atención Primaria. Madrid, 2001. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0102.pdf> (accedido 23/1/21).

Mikesell L. Medicinal relationships: caring conversation. *Med Educ* 2013; 47:443-52.

Meeusen AJ, Porter R. Patient-Reported Use of Personalized Video Recordings to Improve Neurosurgical Patient-Provider Communication. *Cureus* 2015; 7: e273.

Monparier Martinez C. Tiempo idóneo de la duración de una visita. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8:61-70.

Monreal Hajar A, García Ruiz MT, Forés Catalá MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En: Martín Zurro A, Jodar Solá G, editores. *Atención familiar y salud comunitaria*. Barcelona: Elsevier, 2011; 53-70.

Montaner Gomis I, Foz Gil G, Pasarín Rúa MI. La salud: ¿un asunto individual? *AMF* 2012; 8:374-82.

Moral RR, Munguía LP, de Torres LP, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expect* 2012; 17:683-95.

Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cáncer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3, p. CD003751.

Motilla Fraile M, Sánchez-Oro Gómez R, Curiel Sainz O, Rodríguez Macías B, López Gil MJ, López de Castro F. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia? *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2:263-8.

Mühlbacher AC, Juhnke C. Patient preferences versus physicians' judgement: ¿does it make a difference in healthcare decision making? *Appl Health Econ Health Policy*. 2013; 11:163-80.

Muñoz Seca E. Evaluación de la competencia de los médicos de familia en la práctica clínica en situación real [Doctor]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.

Nebot M, Cabezas C, Marqués J, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Aten Primaria* 2007; 39:285-8.

Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* 2011; 86:996-1009.

NICE Clinical Knowledge Summaries (CKS). Smoking cessation - summary: National Institute for Health and Care Excellence; 2012. <https://cks.nice.org.uk/smoking-cessation> (accedido 2 junio 2021).

Nygårdh A, Malm D, Wikby K, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2012; 21:897-904.

Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Guía de ética médica. 2018. Disponible en: [https://www.cgcom.es/codigo\\_deontologico/files/assets/common/downloads/codigo%20de%20etica.pdf](https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/common/downloads/codigo%20de%20etica.pdf) (accedido 21/01/21)

Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. Disponible en: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) (9/10/21).

Orton P, Pereira D. Factors influencing consultation length in general/family practice. *Fam Pract*. 2016; 33:529-34.

Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en la clínica médica. *Rev Med Chil*. 2013; 141:361-6.

Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42:514- 9.

Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross AW. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*. 1982; 70:396-402.

Parmelli E, Flodgren G, Schaafsma ME, Baillie N, Beyer FR, Eccles MP. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1. Art. No.: CD008315. DOI: 10.1002/14651858.CD008315.pub2

Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2020; 52:738-749.

Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F, van Dalen J, van der Vleuten C. Verbal and non-verbal behaviour of doctors and patients in primary care consultations – how this relates to patient enablement. *Patient Educ Couns* 2012; 86:70-6.

Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. *Prim Health Care Res Dev.* 2017; 18:529-40.

Pendleton D, Scholfield T, Tate P, Havelok P, eds. *The consultation: an approach to learning and teaching.* Oxford: Oxford University Press, 1984.

Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. *Manual de Educación para la Salud.* Gobierno de Navarra, Instituto de Salud 2006. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf> [acceso 3-9-2021].

Pérez-Milena A, Lopez Vilches M, Molina Hurtado E, Leyva Alarcon A. Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género. *Med fam Andal.* 2019; 1: 11-20.

Pérez-Santonja T, Gómez-Paredes L, Álvarez-Montero S, Cabello-Ballesteros L, Mombiela-Muruzabal MT. Historia clínica electrónica: evolución de la relación médico-paciente en la consulta de Atención Primaria. *Semergen* 2017; 43:175-81.

Perpiñá C. *Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.* Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2012.

Pérula de Torres LA, Iglesias-Rodal M, Bauza-Nicolay K, Estévez JC, Alonso S, Martín-Carrillo P. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) en la población adulta. *Aten Primaria* 2005; 30 (Supl PAPPS):5-10.

Piédrola G. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* 11ª edición. Editorial Masson: Barcelona, 2008.

Pilnick A, Coleman T. 'I'll give up smoking when you get me better': patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Soc Sci Med.* 2003; 57:135-45.

Pilnick A, Coleman T. 'Do your best for me': the difficulties of finding a clinically effective endpoint in smoking cessation consultations in primary care. *Health.* 2010; 14:57-74.

Pinzón Bayo FZ. Validez aparente, de contenido y confiabilidad inicial del Instrumento CICAA para medir la comunicación entre el profesional de salud y el paciente. Tesis doctoral. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia (Facultad de Enfermería) 2018. Disponible en:

[https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/63970/2939\\_MSc\\_Pinz%C3%B3n%20Francy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/63970/2939_MSc_Pinz%C3%B3n%20Francy.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (accedido 1/6/21).

Prados JA, Borrell F, Bosch JM, Cebriá J, Pérez JJ, Alonso S. Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial. *Aten Primaria* 1996; 18 (Supl 1): 246-247.

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2016. *Aten Primaria*. 2014; 46 (supl. 1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-48-num-s1-S0212656716X70102> (accedido 20/1/20).

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2018. *Aten Primaria*. 2018; 50 (supl 1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-50-num-s1-S0212656718X70115> (accedido 20/1/20).

Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2020. *Aten Primaria*. 2020; 52 (supl 2). Disponible en: <https://papps.es/actualizacion-papps-2020/> (accedido 20/1/20)

Pymont C, Butterworth P. Longitudinal cohort study describing persistent frequent attenders in Australian primary healthcare. *BMJ Open*. 2015;5: e008975.

Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R, Armero Barranco D. Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014; 46:483-91.

Río Pombo A. Una extensión de la Teoría de la Conducta Planificada en la explicación de la intención de llevar a cabo distintos comportamientos de riesgo [Tesis doctoral] Universidad de Santiago de Compostela, 2019. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/20569> [acceso 3-09-2021].

Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012; 14 (Supl 22):77-82.

Rodríguez-González AM, Ramírez-Aranda JM, Santacruz-Belmonte MA, Hernández-Nieto M, Méndez-Espinoza E, Tamez-Tijerina MG. Percepción médica sobre la influencia del acompañante en la consulta del primer nivel de atención. *Medicina Universitaria* 2011; 13(51):73-78.

Rodríguez Ibáñez M, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez M, Herrero Labarga I, Rubio Arribas V, Sampedro Martínez E. Prescripción facultativa o consejo

médico antitabaco en atención primaria: opiniones desde el otro lado de la mesa. Archivos de bronconeumología 2001; 37(7), 241–46.

Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Coterá F, Massons Cirera J. Entrevista motivacional (parte I). FMC 2014a; 21 (S3):9-24.

Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Coterá F, Massons Cirera J. Entrevista motivacional (parte II). FMC 2014b; 21 (S4):9-34.

Rodríguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patiño D. La consulta médica, su tiempo y duración. Medwave 2018; 18: e7264

Rosa-Jiménez F, Montijano Cabrera AM, Ília Herráiz Montalvo C, Zambrana García JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? Anales de Medicina Interna 2005; 22:515-9.

Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010; 63:1340-8.

Ruiz MS, Agudo Mena JL, López-Torres López J, López-Torres Hidalgo J. Actitudes hacia la prevención y la promoción de la salud en residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Clin Med Fam. 2016; 9:76-82.

Ruiz-Giménez Aguilar JL, Soldevilla V, Peñalva Merino D, Hernández-Gil Alonso A. ¿Cómo convertir mi trabajo en promotor de salud? AMF 2013; 9:134-42.

Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES [Validity and reliability of an instrument to assess the clinical interviews of residents in family and community medicine: the GATHA-RES questionnaire]. Aten Primaria. 2001a; 27:469-77.

Ruiz-Moral R, Prados Castillejo JA, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA. An instrument for assessing interviewing skills of family medicine trainees: The GATHA-RESIDENT questionnaire. Educ Prim Care 2001b; 12:401-11

Ruiz-Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA, por el grupo de investigación COMCORD. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Aten Primaria 2002; 29 132-44.

Ruiz-Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC-Ediciones; 2004.



Ruiz-Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria* 2005; 36:537-41.

Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006; 37:320-4

Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006; 64:242-8.

Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LÁ, Muñoz Alamo M, Jiménez García C, González Nebauer V, Alba Dios A, Barrios Blasco L, Criado Larumbe M. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Publica*. 2011; 85:315-22.

Ruiz Moral R, Munguía LP, de Torres LA, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expect*. 2014; 17:683-95.

Rutter M, Cox A, Egert S, Holbrook D, Everitt B. Psychiatric interviewing techniques IV. Experimental study: four contrasting styles. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 456-465.

Saitz R, Palfai TP, Cheng DM, Alford DP, Bernstein JA, Lloyd-Travaglini CA, et al. Screening and brief intervention for drug use in primary care: the ASPIRE randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312:502-13.

Salleras Sanmartí L. Los médicos y el tabaco. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 412-5.

Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)* 1994; 102 (Supl 1):19-25.

Salleras L, Martín Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JD, et al. La integración de la prevención en la práctica asistencial. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 35-41

Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care? *Fam Med*. 2009; 41:285-8.

Schmittziel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP Jr. Effect of physician and patient gender concordance on patient satisfaction and preventive care practices. *J Gen Intern Med.* 2000; 15:761-9

Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract.* 2005; 6:46.

Seguí MLP. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria.* 2004; 33:496-502.

Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004; 33:496-502.

Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria> (accedido 23/1/21).

Shires DA, Stange KC, Divine G, Ratliff S, Vashi R, Tai-Seale M, Lafata JE. Prioritization of evidence-based preventive health services during periodic health examinations. *Am J Prev Med.* 2012; 42:164- 73.

Silverman J. Calling time on the 10-minute. *Br J Gen Pract.* 2012; 62:118-9.

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Actividad asistencial en centros de Atención Primaria y a domicilio. Realizada en el horario habitual de funcionamiento (actividad ordinaria). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema Nacional de Salud 2014. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad\\_ordinaria\\_A\\_P\\_2014.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/Actividad_ordinaria_A_P_2014.pdf) (accedido 25/01/21)

Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, van Weert HC. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pract.* 2008 ; 9:21.

Sreeramareddy CT, Suri S, Menezes RG, Kumar HNH, Rahman M, Islam MR, et al. Self-reported tobacco smoking practices among medical students and their perceptions towards training about tobacco smoking in medical curricula: A cross-sectional, questionnaire survey in Malaysia, India, Pakistan, Nepal, and Bangladesh. *Substance abuse treatment, prevention, and Policy* 2010: 5:29.

Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Thomson R, Trevena L. Decision aids for

people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 4(4):CD001431.

Stange KC, Flocke SA, Goodwin MA, Kelly RB, Zyzanski SJ. Direct observation of rates of preventive service delivery in community family practice. *Prev Med.* 2000; 31(2 Pt 1):167-76.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, and McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Thousand Oaks: Sage, 1995.

Stewart M, Brown JHB, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control* 1999; 3:25-30.

Sven-Olof A, Sven. F, Bengt M. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. *Scand J Prim Health Care.* 1993; 11:61-7.

Stokes J. The methods of clinical prevention. En: Vanderschmidt HF, Koch-Weser D, Woodbury PA, editores. *Handbook of clinical prevention.* Baltimore: Williams and Wilkins, 1987; 29-58.

Suárez-Cretton X, Castro-Méndez N, Muñoz-Vilches CG. Uso de juego de roles con grabación de video para el desarrollo de la competencia de entrevistar en estudiantes de psicología. *Revista Electrónica Educare* 2020; 24:1-18.

Szasz T. *La teología de la medicina.* Barcelona: Tusquets, 1981.

Tabenkin H, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Stange KC, Medalie JH. Gender differences in time spent during direct observation of doctor-patient encounters. *J Womens Health (Larchmt).* 2004; 13:341-9.

Talley B, Gee RM, Allen D, Marshall ES, Encinas K, Lim S. Assessment of smokeless tobacco used in the history and physical examination by primary healthcare providers. *J Am Acad Nurse Pract.* 2011; 23:443-7.

Tavakoly Sany SB, Peyman N, Behzhad F, Esmaeily H, Taghipoor A, Ferns G. Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Med Teach.* 2018; 40:154-63.

Tavakoly Sany SB, Behzhad F, Ferns G, Peyman N. Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20:60.

Taylor RB. Health Promotion: Can it Succeed in the Office. *Prev Med* 1981; 10: 258-62.

Themessl-Huber M, Humphris G, Dowell J, Macgillivray S, Rushmer R, Williams B. Audio-visual recording of patient-GP consultations for research purposes: a literature review on recruiting rates and strategies. *Patient Educ Couns*. 2008; 71:157-68.

Ticse Aguirre RW, Cuba Fuentes MS, Nestares Rojas JA, Aguilera L. Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. *Rev Med Hered*. 2019; 30:148-156.

Tizón JL. ¿Cómo mejorar la perspectiva integrativa de los médicos clínicos?: una revisión acerca de los grupos Balint y los grupos de reflexión. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2019;39(136):19-43.

Tong EK, Strouse R, Hall J, Kovac M, Schroeder SA. National survey of U.S. health professionals' smoking prevalence, cessation practices, and beliefs. *Nicotine Tob Res*. 2010; 12:724-33.

Torío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios. *Aten Primaria* 1997a; 19: 44-60.

Torío DJ, García TMC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencia de los médicos. *Aten Primaria* 1997b; 19: 27-34.

Torres León JM. La transformación de la ética médica. *Sanid. Mil*. 2011; 67:131-4.

Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. Physicians Taking Action against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *CMAJ* 2001; 165:601-7.

Turabián JL, Pérez Franco B, El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. *Formación Médica Continuada (FMC)* 2015; 41; 206-13.

Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: A survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*. 2005; 15:140-5.

U. S. Preventive Services Task Force. Procedure manual 2015. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>. [Acceso 11-10-2021].

Ulbricht S, Klein G, Haug S, Gross B, Rumpf HJ, John U, et al. Smokers' expectations toward the engagement of their general practitioner in discussing lifestyle behaviors. *J Health Commun.* 2011; 16:135-47.

Urquiza R. Tiempo de consulta, gestión clínica y trabajo diario de un médico de familia. *Rev Med La Paz.* 2017; 23:79-83.

Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Durántez J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Aten Primaria.* 2016; 48:632-41.

Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria* 2018; 50: 621-8.

Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Bensing JM, Plawecka L, Krol ZJ, Satterlund-Larsson U, Bengtsson BM. Eurocommunication II. A comparative study between countries in Central- and Western-Europe on doctor-patient communication in general practice. Final Report. NIVEL, Utrecht, the Netherlands, 2003. Disponible en: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/EurocommunicationII.pdf> (accedido 29/4/21)

Van der Stuyft P, De Vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2008; 34 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000400014&lng=es) [acceso 23-01-2018].

Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health.* 2005; 119:118-37.

Villafranca Roberto C, Dirce G, Pérez Katia B. Paternalismo médico. *Rev. Med. Electrón. [Internet].* 2013; 35:144-52.

Wallace AE, Sairafi NA, Weeks WB. Tobacco cessation counseling across the ages. *JAGS* 2006; 54:1425–8.

Weinehall L, Johansson H, Sorensen J, Jerdén L, May J, Jenkins P. Counseling on lifestyle habits in the United States and Sweden: A report comparing primary care health professionals' perspectives on lifestyle counseling in terms of scope, importance and competence. *BMC Fam Pract.* 2014; 15:83.

West R, Turner LH. Teoría de la comunicación: Análisis y aplicación. Madrid [España]: McGraw-Hill Interamericana de España S.A U., 2005.

Weston W, Brown J, Stevart M. Patient-centred interviewing (I). *Can Fam Physician*, 1989; 35: 147-51.

Weyer SM, Konrad N, Esola D, Goodwin MA, Stange KC, Flocke SA. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. *Med Care*. 2005; 43:28-33.

Williams B, Brown T, McKenna L, Boyle MJ, Palermo C, Nestel D, et al. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. *Adv Med Educ Pract* 2014; 5:107-13.

Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract*. 1991; 41:119-22.

Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (1):CD003540.

Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. *Patient Education and Counseling* 2014; 97: 59–66.

Zugasti Murillo A. La figura del paciente activo en patologías crónicas, el presente y el futuro de la asistencia sanitaria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición* 2019; 66:531-3.

Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke SA. Trade-offs in high-volume primary care practice. *J Fam Pract*. 1998; 46:397-402.

**Difusión de resultados**  
**Becas de investigación**  
**Premios**

## 1. Artículos publicados

Zafra Ramírez N, Pérez Milena A, Valverde Bolívar FJ, Rodríguez Bayón, Delgado Rodríguez M. Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales. *Atención Primaria* 2019; 51(9): 562-70.

- DOI: 10.1016/j.aprim.2018.05.010
- Factor de impacto 2020: 1,137
- Citescore 2019: 1,7
- SJR 2019: 0,324

Pérez Milena A, Zafra Ramírez N, Ramos Ruiz JA, Rodríguez Bayón A, Zafra Ramírez J. Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista (Ref. APRIM-D-22-00085R1).

- Aceptado para su publicación el 04/05/2022 en la sección Original de la revista *Atención Primaria* como publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia semFYC (anexo 6)
- Factor de impacto 2020: 1,137
- Citescore 2019: 1,7
- SJR 2019: 0,324

Pérez Milena A, Zafra Ramírez N, Ramos Ruiz JA, Barquero Padilla R, Darwish Mateos S, Zafra Ramírez J. Influencia del género en las habilidades de comunicación de médicos residentes de Medicina Familiar en la consulta a demanda. *Medicina de Familia Andalucía* (Referencia 2021326).

- Aceptado para su publicación en la revista *Medicina de Familia Andalucía* como publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia samFYC (anexo 7).



## 2. Comunicaciones a congresos

XXIV Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria 2015  
Málaga 24-26 de septiembre del 2015

1. Oferta de actividades preventivas en consulta por residentes de medicina familiar y relación con las habilidades comunicacionales (Póster con defensa)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Isabel Tornero Suárez, Enrique Molina Hurtado, Francisco Javier Valverde Bolívar, Cristóbal Navarrete Espinosa, Alejandro Pérez Milena.
- Abstract en Med fam Andal 2015; 16 (Suplemento 1): 210-1. ISSN: 1576-4524
- Disponible en:  
<https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/07/v16n2s1.pdf>

XXXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2016 A Coruña 9-11 junio del 2016

2. Características de la oferta de actividades preventivas en consulta por médicos residentes y su relación con las habilidades comunicacionales empleando videograbación (Comunicación oral)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Isabel Tornero Suárez, Enrique Molina Hurtado, Francisco Javier Valverde Bolívar, Alejandro Pérez Milena
- Abstract en Comunicaciones y ponencias semFYC: 2018; Comunicaciones: Trabajos de investigación. ISSN: 2339-9333.
- Disponible en:  
<https://www.comunicacionescongresosemfyc.com/comunicacion/caracteristicas-de-la-oferta-de-actividades-preventivas-en-consulta-por-medicos-residentes-y-su-relacion-con-las-habilidades-comunicacionales-empleando-videograbacion-oral>

XXV Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria 2016  
Punta Umbría (Huelva) 6-8 de octubre 2016

3. Influencia del género en las habilidades de comunicación en la consulta a demanda de médicos residentes de medicina familiar (Comunicación oral)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Isabel Tornero Suárez, Enrique Molina Hurtado, Francisco Javier Valverde Bolívar.
- Abstract en Med fam Andal 2016; 17 (Suplemento 1): 323. ISSN: 1576-4524
- Disponible en:  
<https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/07/v17n2s1.pdf>

4. Diferencias en la prevención realizada por médicos residentes en consulta a demanda mediante entrevistas videograbadas (Comunicación oral)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Isabel Tornero Suárez, Enrique Molina Hurtado, Francisco Javier Valverde Bolívar.
- Abstract en Med fam Andal 2016; 17 (Suplemento 1): 325. ISSN: 1576-4524
- Disponible en:  
<https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/07/v17n2s1.pdf>

XXXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2017 Madrid 4-6 de Mayo 2017
--

5. Valoración mediante videograbación de la oferta de actividades preventivas por médicos residentes de medicina familiar en la consulta a demanda (Comunicación oral)

- Autores: Alejandro Pérez Milena, Natalia Zafra Ramírez, Enrique Molina Hurtado, Francisco Javier Valverde Bolívar.
- Abstract en Comunicaciones y ponencias semFYC: 2018; Comunicaciones: Trabajos de investigación. ISSN: 2339-9333.
- Disponible en:  
<https://www.comunicacionescongresosemfyc.com/comunicacion/valoracion-mediante-videograbacion-de-la-oferta-de-actividades-preventivas-por-medicos-residentes-de-medicina-familiar-en-la-consulta-a-demanda-oral>

XXVI Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria 2017 Cádiz 28-30 de septiembre 2017
---

6. Oferta de actividades preventivas por médicos residentes de medicina familiar en la consulta a demanda y su relación con las habilidades comunicacionales (Comunicación oral)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Alejandro Pérez Milena, Francisco Javier Valverde Bolívar Enrique Molina Hurtado.
- Abstract en Med fam Andal 2017; 18 (Suplemento 1): 89. ISSN: 1576-4524
- Disponible en:  
<https://www.samfyc.es/wpcontent/uploads/2018/09/v18n2s1.pdf>

XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2019 Málaga, 9-11 de mayo 2019

7. Relación de la prevención que realizan los MIR de medicina de familia en consulta con sus habilidades de comunicación utilizando videograbación (Póster con defensa)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Alejandro Pérez Milena, Francisco Javier Valverde Bolívar, Cristóbal Navarrete Espinosa.
- Abstract en Comunicaciones y ponencias semFYC: 2019; Comunicaciones: Trabajos de investigación. ISSN: 2339-9333.
- Disponible en:  
<https://www.comunicacionescongresosemfyc.com/comunicacion/relacion-de-la-prevencion-que-realizan-los-mir-de-medicina-de-familia-en-consulta-con-sus-habilidades-de-comunicacion-utilizando-la-videograbacion-poster-5-2019>

XXVIII Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria 2021 Sevilla, 11-13 de noviembre 2021

8. Relación del tiempo de consulta a demanda de los médicos residentes de medicina de familia con sus habilidades comunicativas (Comunicación oral)

- Autores: Natalia Zafra Ramírez, Alejandro Pérez Milena, Francisco Javier Valverde Bolívar, Antonina Rodríguez Bayón, Miguel Delgado Rodríguez.
- Abstract en Med fam Andal 2017; 18 (Suplemento 1): 89. ISSN: 1576-4524.
- Disponible en: <https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2022/05/v22n22sup2.pdf>

XLII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2022 Sevilla, 30 junio -2 julio 2022

9. Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de consulta (Comunicación oral ID 6966)

- Autores: Alejandro Pérez Milena, Natalia Zafra Ramírez, Juan Andrés Ramos Ruiz, Raquel Barquero Padilla, Sara Darwish Mateos
- Abstract en Comunicaciones y ponencias semFYC:2022 Comunicaciones: Trabajos de investigación. ISSN: 2339-9333. (Pendiente)
- Disponible certificado de aceptación de comunicación oral en anexo 8.

### **3. Becas de investigación**

El presente estudio obtuvo la beca de investigación “Isabel Fernández”, en su convocatoria del año 2015 (nº de expediente 129/15), de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (anexo 9).

### **4. Premios y reconocimientos**

La publicación en la revista “Atención Primaria” del presente estudio titulado “Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales.” (10.1016/j.aprim.2018.05.010) obtuvo los siguientes premios y menciones:

-en el año 2020 el segundo premio a trabajos científicos en la XXXI Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos y Tesis Doctoral “Dr. Bernardino Alcázar Lanagrán” del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Jaén (anexo 10).

-en el año 2022 el premio al mejor artículo de comunicación con aportaciones para la divulgación de la comunicación y salud 2019-2021, según el comité científico y organizador del XXXI Congreso Nacional de Comunicación y Salud celebrado en El Escorial (Madrid) los días 28-30 abril de 2022 (anexo 11).

# **Anexos**

# Anexo 1.

Hoja de recogida de datos

## CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

CÓDIGO\_videograbación:

ACTIVIDAD PREVENTIVA REALIZADA	
Tipo de acción	1 Cribado
	2 Consejo
	3 Inmunización/profilaxis
Tipo de prevención	1 Primaria
	2 Secundaria
	3 Terciaria
Área específica (PAPPS)*	1 Prevención cardiovascular
	2 Estilos de vida
	3 Prevención del cáncer
	4 Prevención de e. infecciosas
	5 Prevención en salud mental
	6 Prevención en el anciano
	7 Prevención en la mujer
	8 P.infancia/adolescencia
MÉDICO INTERNO RESIDENTE	
Sexo	1 Hombre
	2 Mujer
Edad	<input type="text"/> años
Centro de trabajo	
Habilidades en comunicación	Puntuación escala CICAA-2 <input type="text"/>
PACIENTE	
Sexo	1 Hombre
	2 Mujer
Presencia de acompañante	Sí 1 <span style="float: right;">No 2</span>
	Sexo 1 <span style="margin-left: 100px;">Hombre</span> <span style="float: right;">2 <span style="margin-left: 100px;">Mujer</span></span>
ENTREVISTA	
Motivos de consulta	Principal:
	Secundarios:
Tipo de proceso	Agudo 1 <span style="margin-left: 100px;">Crónico 2</span>
Duración (min y seg)	Total: ___ , ___
	Actividad preventiva: ___ , ___

## Anexo 2.

Área específica y tipos de ofertas preventivas valoradas

Area específica (PAPPS)*	Tipo de actividad preventiva
1.Prevencción cardiovascular	a)HTA b)Hipercolesterolemia c)Diabetes
2.Estilos de vida	a)Consumo de tabaco b)Abuso de alcohol c)Actividad física d)Alimentación e)Accidentes de tráfico
3.Prevencción del cáncer	a)Mama b)Cérvix c)Endometrio d)Ovario e)Colorrectal f)Próstata g)Piel h)Pulmón
4.Prevencción de enfermedades infecciosas	a)Vacunación
5.Prevencción en salud mental	a)Infancia-adolescencia b)Adultos-ancianos c)Común(suicidio, ansiedad-depresión)
6.Prevencción en el anciano	a)Prescripción farmacológica b)Prevencción de caídas c)Valoración geriátrica global d)Demencia e)Otras recomendaciones
7.Prevencción en la mujer	a)Prevencción de embarazos no planificados b)Climanterio
8.Prevencción en la infancia y la adolescencia	a)Lactancia materna b)Hipoacusia c)Otras actividades (consejo alimentación, cribado displasia de cadera, criptorquidea, alteraciones oculares, hipercolesterolemia, HTA infantil, obesidad, salud bucodental y actividad física) d)Prevencción del cáncer de piel y consejo( ETS adolescentes, cribado TBC, calendario vacunal, tabaco y alcohol, maltrato infantil)

# Anexo 3.

## Escala CICAA-2 (modelo estándar)

### DATOS GLOBALES:

PROYECTO:

CLAVE:

OBSERVADOR:

Tiempo total de consulta (s y min):	<input type="text"/>	Hasta explorar (S):	<input type="text"/>	Exploración (s):	<input type="text"/>		
Profesional:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Tipo:	Med. <input type="checkbox"/>	Resi. <input type="checkbox"/>	Enfer. <input type="checkbox"/>	Est. <input type="checkbox"/>
Motivo de consulta: Pral.:	2)		3)				
Especialidad	/Año	/Curso	Docente: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Proceso: Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	
Paciente: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Re. <input type="checkbox"/>	Es. <input type="checkbox"/>	Acompaña: Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Visita: Inicial <input type="checkbox"/>	Revisión <input type="checkbox"/>

### TAREA 1.ª CONECTAR

Np 0 1 2

1.-¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2.-¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3.-¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4.-¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5.-¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6.-¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				

### TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

7.-¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8.-¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9.-¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10.-¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
11.-¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12.-¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14.-¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15.-¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16.-¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17.-¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18.-¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19.-¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				



**TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR**

**Np 0 1 2**

21.-¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

**NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente**

He revisado la cumplimentación de todos los ítems \_\_\_\_\_

--	--

**PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP**

--	--	--	--

Comentarios y notas:

ABREVIATURAS: M: Masculino; F: Femenino; Med.: Médico; Resi.: Residente; Enfe.: Enfermera; Est.: Estudiante; Re.: Real; Es.: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante

(\*) CICA es acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar

# ANEXO 4.

## Consentimiento informado y hoja de información al participante

### CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL RESIDENTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

#### **Naturaleza:**

#### **OFERTA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA POR RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y RELACIÓN CON LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES**

Se trata de un estudio donde se intenta conocer cuál es la relación entre la oferta de actividades preventivas en la consulta a demanda por parte de los médicos internos residentes de medicina familiar y comunitaria con las habilidades en comunicación clínica. De forma habitual se realizan grabaciones de las consultas con fines docentes, por lo que no serán precisos otros esfuerzos para participar en este trabajo dado que con disponer de esta grabación será suficiente.

La grabación será custodiada en la Unidad Docente y evaluada de forma confidencial y anónima, evaluando las habilidades en comunicación por medio de la escala CICAA-2 y anotando las actividades preventivas que se hayan realizado en consulta. Estos datos se tratarán de forma anónima, aunque se hará llegar un informe personalizado a cada residente sobre sus resultados para que puedan ser incorporados a las competencias docentes propias del MIR y a su portfolio.

#### **Importancia:**

El estudio es importante porque nos ayudará a mejorar la formación en medicina preventiva, tanto de un punto de vista de conocimientos como de una mejora de habilidades al conocer cuáles de las habilidades en comunicación son más importantes para la oferta de las actividades preventivas.

#### **Implicaciones para el participante:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- El participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en su formación (en virtud de los derechos ARCO).
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

#### **Riesgos de la investigación para el participante:**

No existen riesgos dado que es una práctica docente habitual, útil para mejorar la calidad de la atención y cuidadosa con la información que aporta el paciente atendido en cada entrevista clínica.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén ([udmf.chj.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:udmf.chj.sspa@juntadeandalucia.es))

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

### EXPLORACIÓN ORIENTADA A SÍNTOMAS EN TRASTORNO DE EQUILIBRIO EN ANCIANOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Yo (Nombre y apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio **OFERTA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA POR RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y RELACIÓN CON LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES**
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con el profesional sanitario informador:.....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado OFERTA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN CONSULTA POR RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y RELACIÓN CON LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES*

Firma del MIR

Firma del investigador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos: .....

Fecha: .....

Fecha: .....

# Anexo 5.

Autorización del Comité de Ética de la Investigación



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**D<sup>a</sup>. ELISA NIEVES GODOY, SECRETARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE JAÉN**

## CERTIFICA:

Que el Comité de Ética de la Investigación de Jaén ha considerado emitir **Informe favorable**, según consta en el acta de la reunión celebrada el día 30 de Julio de 2015 .

Al proyecto de Investigación titulado: **"Oferta de actividades preventivas en consulta por Residentes de Medicina Familiar y relación con las habilidades comunicacionales"**, presentado por el Investigador Principal: **D<sup>a</sup>. Natalia Zafra Ramírez**, R-3 de MFYC del CS El Valle de Jaén. Colaboradores: **D<sup>a</sup>. Isabel Tornero Suárez**, R-3 de MFYC, **D. Enrique Molina Hurtado**, R-1 de MFYC, ambos del CS El Valle de Jaén.

Lo que firmo en Jaén a 30 de Julio de 2015.

**La Secretaria del Comité  
de Ética de la Investigación**  
CONSEJERÍA DE SALUD  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD  
COMITÉ DE ÉTICA DE LA  
INVESTIGACION  
Jaén  
**Fdo.: Elisa Nieves Godoy**

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN  
Avda. Ejército Español - 10. 23007 - Jaén  
Unidad de Investigación  
Tel. 953 00 80 77 Fax 953 00 80 77

## Anexo 6.

Certificado de aceptación para publicación del artículo publicado “Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista” en la revista Atención Primaria.



Elsevier España, S.L.U.  
Av. Josep Tarradellas, 20-30 1ª Planta  
08029 Barcelona  
Spain  
t +34 932000711  
f +34 932091136  
elsevier.com

Empowering Knowledge

D. José Alonso, en calidad de Publishing Editor de Elsevier España, S.L.U.

### CERTIFICA :

Que la Dra. Natalia Zafra Ramírez es co-autora del artículo titulado “Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista”, firmado por los autores: Alejandro Pérez Milena, Natalia Zafra Ramírez, Juan Andrés Ramos Ruiz, Rodríguez Bayón Antonina, Javier Zafra Ramírez y aceptado para su próxima publicación en la revista Atención Primaria.

Atención Primaria. ISSN: 0212- 6567.

Para que así conste y a petición de la Dra. Natalia Zafra Ramírez firmo el presente en Barcelona, a 13 de mayo 2022.

José Alonso  
Publishing Editor

## Anexo 7.

Certificado de aceptación para publicación del artículo publicado “Influencia del género en las habilidades de comunicación de médicos residentes de Medicina Familiar en la consulta a demanda” en la revista Medicina de Familia Andalucía.



**Alejandro Pérez Milena**

*Director de la Revista Medicina de Familia. Andalucía*

Med fam Andal.

ISSN: 1576-4524

ISSN-e: 2173-5573

(Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria – SAMFyC)

### **CERTIFICA:**

Que el artículo: **INFLUENCIA DEL GENERO EN LAS HABILIDADES DE COMUNICACION DE MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR EN LA CONSULTA A DEMANDA (ORIGINAL)**, cuyos autores son:

- Alejandro Pérez-Milena (DNI 24233996T)
- Natalia Zafra-Ramírez (DNI 773544435)
- Raquel Barquero-Padilla (DNI 75164907X)
- Sara Darwish-Mateos (DNI 53671349K)
- Francisco Javier Zafra-Ramírez

ha sido aceptado para publicación, por lo que desde el día de la fecha puede considerarse "en prensa". Su publicación aparecerá en uno de los próximos números con la citación:

Pérez-Milena A, Zafra-Ramírez N, Barquero-Padilla R, Darwish-Mateos S, Zafra-Ramírez FJ. Influencia del género en las habilidades de comunicación de médicos residentes de medicina familiar en la consulta a demanda. Med fam Andal. En prensa 2022.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente certificado en Granada a 1 de febrero de 2022.


  
**Alejandro Pérez Milena**  
*Director de la Revista*



Revista Med fam Andal  
C/ Arriola, 4 bajo D  
18001 - Granada  
Tel. 671512007  
revista@samfyc.es

## Anexo 8.

Certificado de aceptación para defensa como Comunicación oral “Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de consulta” en el XLII Congreso de la Semfyc Sevilla 2022.



Ida y vuelta  
EN EL  
VIAJE DE LA  
MEDICINA  
DE FAMILIA

XLII CONGRESO  
DE LA SEMFYC

DEL 30 DE JUNIO  
AL 2 DE JULIO  
DE 2022  
SEVILLA

Secretaría Técnica  
CONGRESOS Y EDICIONES  
SEMFYC

Congresos y Ediciones  
semFYC  
Carrer del Pi, 11,  
pl. 2ª, of. 13  
08002 Barcelona  
Tel. 03 317 71 20  
congresos@semfyc.es


El comité organizador y científico del XLII Congreso de la semFYC certifica que:


**NATALIA ZAFRA RAMÍREZ**

Es autora de la comunicación 6966 "Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de consulta", que ha sido aceptada como COMUNICACIÓN ORAL.

Isabel León Arévalo  
Coordinadora Comité Organizador

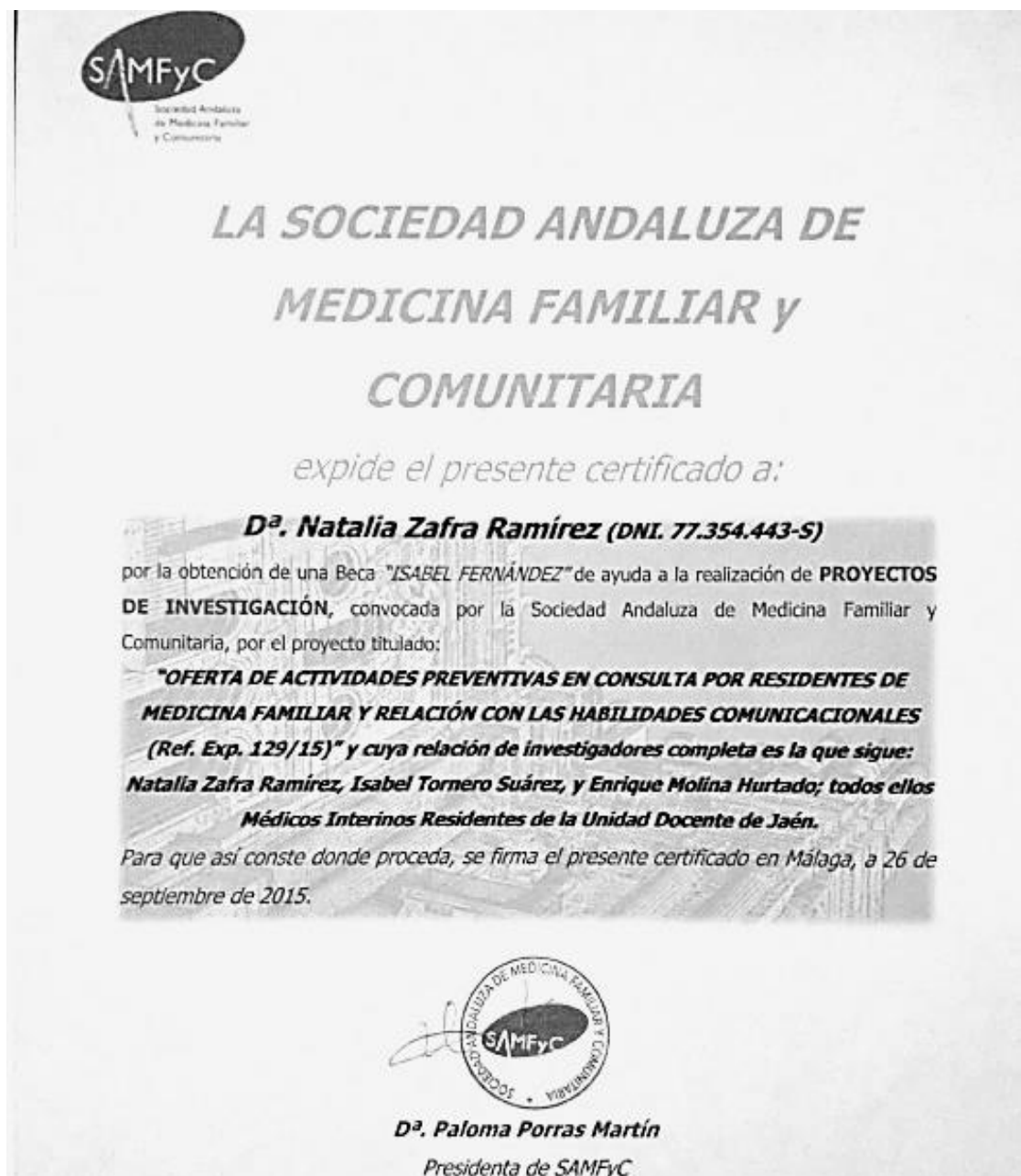
José Luis Hernández Galán  
Coordinador Comité Científico

www.congresodelasemfyc.com |  congresosemfyc |  @SEVsemfyc



## Anexo 9.

Certificado de la beca de investigación "Isabel Fernández" (nº de expediente 129/15), de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria





## Anexo 10.

Certificado del segundo premio a trabajos científicos en la XXXI Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos y Tesis Doctoral “Dr. Bernardino Alcázar Lanagrán” del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Jaén.



# Anexo 11.

Certificado del premio al mejor artículo de comunicación con aportaciones para la divulgación de la comunicación y salud 2019-2021, según el comité científico y organizador del XXXI Congreso Nacional de Comunicación y Salud celebrado en El Escorial (Madrid) los días 28-30 abril de 2022.



El Comité Científico y el Comité Organizador del  
XXXI Congreso Nacional de Comunicación y Salud  
certifican que el artículo titulado:

**Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales**

**Autores: Natalia Zafra-Ramírez, Alejandro Pérez-Milena, Francisco Javier Valverde-Bolívar, Antonina Rodríguez-Bayón y Miguel Delgado-Rodríguez**

ha sido premiado como el **Mejor artículo de comunicación con aportaciones para la divulgación de la comunicación y salud 2019-2021.**

El Escorial (Madrid), 30 de abril de 2022.

Concha Álvarez Herrero  
Presidenta Comité Organizador

Gema García Sacristán  
Presidenta Comité Científico