

## Promocionando la Promoción de la Salud: Percepciones de estudiantes de medicina sobre un Programa Educativo para cambio de conductas en atención primaria

## Promoting Health Promotion: Medical students perceptions about an educational program on behavioral change in Primary care

### Resumen

**Objetivo:** valorar si un programa formativo ofrecido por médicos de familia en el curriculum oficial de medicina sobre principios y estrategias para ayudar a los pacientes a cambiar conductas de riesgo (APCCR), produce cambios en sus percepciones, opiniones y actitudes en relación a este tipo de intervenciones.

**Diseño:** Estudio cuasi experimental antes-después

**Emplazamiento:** Una facultad de medicina

**Participantes:** Todos los alumnos de 4º curso de medicina (110)

**Intervenciones:** formación experiencial sobre estrategias comunicativas para APCCR,

**Mediciones:** opiniones y percepciones evaluadas antes y después del curso mediante cuestionario *ad hoc*.

**Resultados:** Tras el curso los estudiantes (103) cambiaron sus ideas sobre la motivación como factor “*interno*”(13%; 15) a “*interno-externo*”(61%, 71) ( $p:0,003$ ), reforzando sus opiniones sobre la capacidad del médico para APCCR (alta: 72; 62%; baja: 10, 12%)( $p:0,008$ ). Los alumnos se consideraron más capaces de respetar la autonomía de los pacientes cuando estos toman decisiones o siguen conductas consideradas perjudiciales (fácil: 50% (58); difícil 24%, (28) ( $p:0,001$ ) e incrementaron su percepción sobre su capacidad para afrontar este tipo de entrevistas: 72% (83) vs 1 (1%) ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** Esta formación parece contribuir a crear en estudiantes percepciones y actitudes positivas relacionadas con aspectos claves a la hora de afrontar una entrevista para APCCR, esto supone un aspecto preliminar clave para implementar este tipo de estrategias

### Abstract

**Objective:** to evaluate if a training program delivered by family physicians in the official medical curriculum on principles and strategies to help patients to change risk behaviors (HPCRB), produces changes in their perceptions, opinions and attitudes regarding this type of interventions.

**Design:** Quasi experimental before-after study

**Setting:** A school of medicine

**Participants:** All students in their 4th year (110)

**Interventions:** experiential training on communicative strategies for HPCRb

**Measurements:** opinions and perceptions were evaluated before and after the course by a *ad hoc* survey.

**Results:** After the course students changed their ideas about motivation as an "internal" factor (13%; 15) to "internal-external" (61%, 71) ( $p: 0.003$ ), reinforcing their opinions about the clinician's ability for HPCRb (high: 72, 62%, low: 10, 12%) ( $p: 0.008$ ). They considered themselves more capable to respect patients' autonomy when they make decisions or follow harmful behaviors (easy: 50% (58), difficult 24%, (28) ( $p: 0.001$ ), and increased their perception of their ability to cope this type of interviews: 72% (83) vs 1 (1%) ( $p < 0.001$ ).

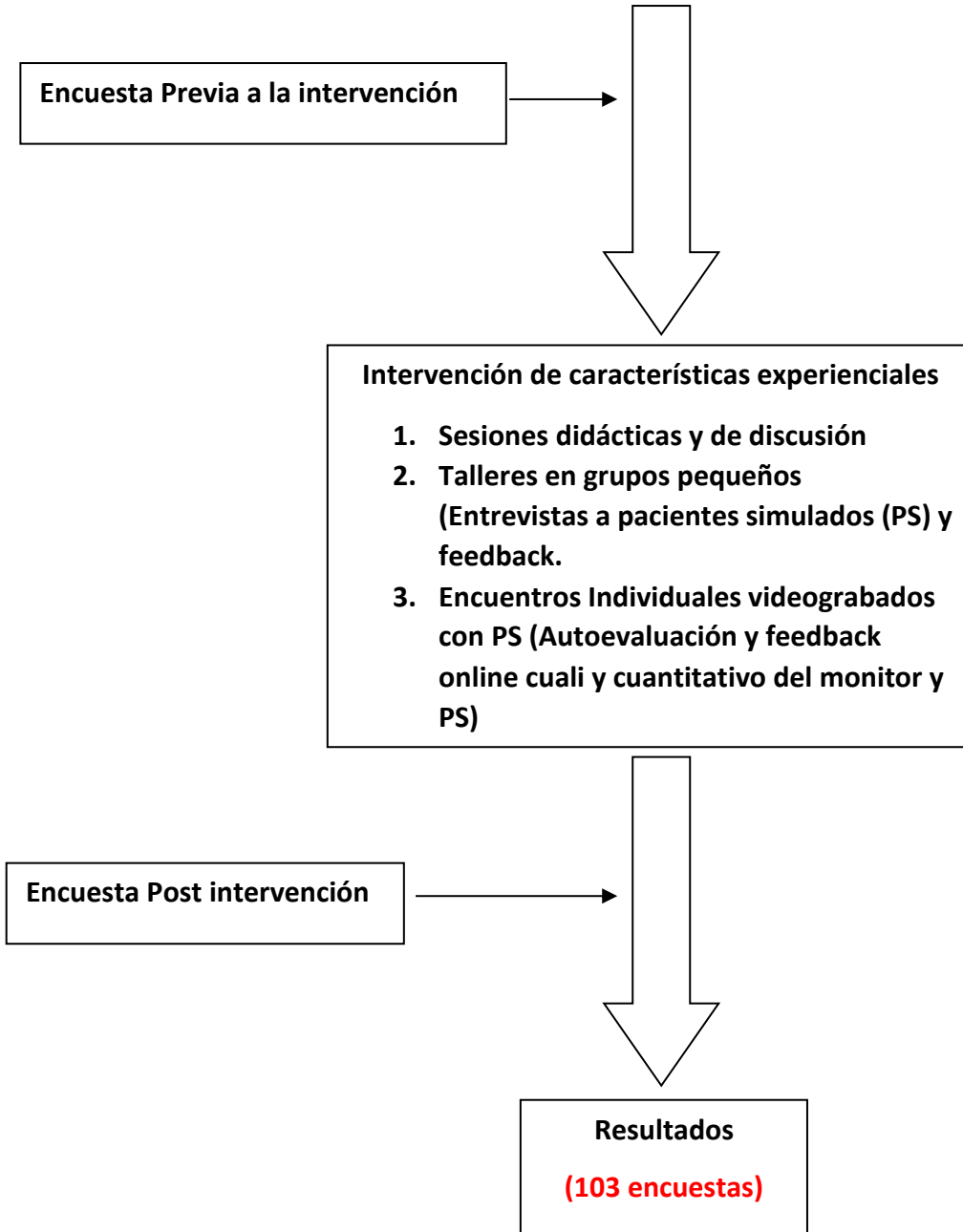
**Conclusions:** This training seems to contribute to create in students positive perceptions and attitudes in relation to key aspects when facing an interview for HPCRb, this is a key preliminary aspect to implement this type of strategies

**Palabras Claves:** estudiantes de medicina, entrevista motivacional, cambio de conductas, habilidades comunicativas,

**Key words:** medical students, motivational interview, behavioural change, communication skills,

## Esquema del Estudio: Estudio antes-después de intervención educativa

**110 Estudiantes de 4º de medicina**



## Introducción

Conductas de riesgo repercuten en la morbi-mortalidad y gasto sanitario (1). Debido a esto son cada vez más los sistemas sanitarios que centran sus reformas en la promoción de la salud y en enfoques de tipo preventivo (1-2). En esta misión, los profesionales de medicina desempeñan un papel clave (3). Los médicos de familia (MF) están particularmente bien situados para motivar a los pacientes sobre el cambio de conductas relacionadas con la salud por su frecuentes contactos. El MF puede conseguir resultados positivos en muchos comportamientos relacionados con la salud y cambiar hábitos como beber alcohol, fumar, dieta y ejercicio (4-7). Muchas de las técnicas para cambiar conductas teóricamente efectivas (fijar objetivos, estrategias motivacionales) son útiles incluso en consultas médicas cortas (4,7-9). Estas técnicas se basan en teorías que describen determinantes de la conducta relacionados con la salud, sus relaciones entre sí, y asociaciones entre conductas y resultados de salud (10). Sin embargo, aunque responsables de políticas sanitaria e investigadores han destacado la responsabilidad y la eficacia de los médicos para abordar conductas poco saludables, la evidencia sugiere que esto no se está aplicando como sería deseable (11). La actitud que muchos MF tienen respecto a su papel en la discusión sobre cambios de conducta no favorece este tipo de intervenciones. A pesar de estar bien posicionados para impartir conocimientos y asesoramiento, con frecuencia los médicos no se esfuerzan en trabajar con los pacientes estos cambios (12,13). Muchos MF no confían en facilitar el cambio de comportamiento a sus pacientes, porque les consume tiempo, es difícil, y les resulta poco gratificante (14,15). Esto sucede porque los médicos tienen la idea de que abordar estos temas puede afectar su relación con sus pacientes, además de falta de seguridad sobre la efectividad de las estrategias, carencia de habilidades como consecuencia de una ausencia de formación (13,16). Por esto se insiste en la necesidad de

una formación que prepare a los futuros médicos en esta tarea (17). Así, se ha incorporado una formación específica en entrevista motivacional (EM) en muchos programas de comunicación clínica de numerosas escuelas de medicina (18). Algunos estudios han evaluado la eficacia de este tipo de enseñanza a estudiantes, planteadas por regla general en grupos pequeños, con breves charlas didácticas, actividades interactivas, práctica con role-play y pacientes simulados, que han demostrado mejoras no solo en la confianza y conocimiento si no en sus habilidades (18,30).

En nuestro contexto sin embargo, son aun escasas las experiencias docentes con estudiantes de medicina publicadas que valoren la eficacia de programas educativos para ayudar a cambiar conductas. El objetivo de nuestro estudio es presentar una propuesta de un Programa Educativo en EM de características docentes experienciales para incluir en el curriculum de los estudios de medicina y valorar a la vez el impacto inicial que esta enseñanza tiene en la importancia otorgada a esta formación, utilidad práctica y percepción de los estudiantes sobre sus capacidades y habilidades para ayudar a los pacientes a cambiar conductas. Este abordaje representa un paso preliminar para considerar el impacto real que este tipo de programas educativos tiene en la interacción de los futuros médicos con sus pacientes.

## **Métodos**

Estudio cuasi-experimental *antes-después*, sin grupo externo de control ni aleatorización de sujetos, de una intervención educativa implantada en una Facultad de Medicina, y aplicada a una cohorte completa de 110 alumnos (4º año)

El curso *“habilidades para cambiar conductas”* se inscribe en el contexto de la formación de los estudiantes en atención primaria y *“entrevista centrada en el paciente”* (20) y es obligatorio para todos los alumnos de 4º año de la Facultad de Medicina de la UFV.

#### *Características Educativas del Curso*

Objetivos: 1. Conocer los principios teóricos para cambiar conductas (estadios del cambio, entrevista motivacional, autoeficacia). 2. Describir y aplicar la estrategia "5 As". 3. Evaluar el estadio de cambio, convicción y confianza. 4. Explorar actitudes de los pacientes valores y sentimientos sobre comportamientos y cambio. 5. Responder empática y colaborativamente ante la ambivalencia. 6. Ajustar las recomendaciones y consejos a la disposición del paciente.

Actividades docentes (Figura 1):

a) *Sesiones Didácticas y Discusión en Grupos pequeños* (2 sesiones, 2 h/sesión): objetivo conocer tres teorías sobre el cambio (estadios del cambio de Prochaska y DiClemente (21); Aprendizaje Social de Bandura (22) y Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (23)). Situaciones clínicas para identificar aspectos de las teorías con orientaciones prácticas. Trabajo en grupos pequeños. Puesta en común, discusión y aporte de evidencias. Propuesta con habilidades prácticas. Segunda sesión: presentación del modelo 5 As (24) integrando las habilidades procedentes de las teorías. Trabajo de habilidades claves de cada fase del modelo (Anexo 1). El conjunto de habilidades ofrece coherencia en la metodología docente y evaluativa.

b) *Taller en Grupos pequeños* (15 alumnos/grupo) y *role-play con PS* (2 horas): Los alumnos entrevistaban a una paciente simulada (PS) mientras el resto observa con la escala. Situaciones representadas: mujer joven fumadora (contemplativo), varón con

consumo de alcohol excesivo y varón con sobrepeso (precontemplativos). Los PS fueron entrenados siguiendo directrices del Programa de PS de la Universidad (25). Tras cada encuentro el alumno-entrevistador recibía feedback de compañeros, PS y facilitador.

c) *Tercera actividad: Encuentros individuales con PS:* Todos los alumnos tuvieron dos encuentros con un PS videograbado con acceso on-line (centrosimulacion.ufv.es Learning Space/CAE Healthcare) para autoevaluación cuanti-cualitativa de su entrevista. Tras ello el alumno recibía feedback cuanti-cualitativo del profesor.

### *Mediciones y análisis*

Los cuestionarios para recoger la percepción del estudiante fueron diseñados por un médico de familia y profesor experto en el tema (RRM) y por un metodólogo (LPT) (validez aparente) y pilotados con 5 alumnos que ya hicieron el curso el año anterior. A consecuencia de este pilotaje se realizaron modificaciones en la redacción de las preguntas 1, 3 y 6. Los ítems incluían preguntas cerradas (3 ó 6 categorías de respuesta) y abiertas. Las preguntas con 6 categorías se agruparon en dos categorías para el análisis (Anexo 2). El cuestionario fue autoadministrado a todos los estudiantes antes y después. Análisis estadístico descriptivo e inferencial utilizando las pruebas Chi cuadrado, Wilcoxon y McNemar para datos apareados. Nivel de significación  $p < 0,05$ . Programa estadístico SPSS, versión 17.

### **Resultados**

En el curso participaron todos los estudiantes matriculados en la asignatura de 4º curso, Métodos Clínicos II (n=110). Edades entre 26-21 años (Media 21,7años), 69 mujeres (59,5%). Se recibieron 103 encuestas apareadas (antes y después) (93,6%).

Un 32% (37) de los estudiantes consideraban antes de recibir la formación que el origen de la motivación era predominantemente de “*tipo interno*”; sólo el 30% (35) creía que dependía de aspectos tanto “*internos como externos*”. Después del curso los alumnos de forma significativa cambiaron esta percepción. Casi dos tercios de los alumnos (61%, 71) opinaron tras la intervención que el origen de la motivación para cambiar era una mezcla de factores internos y externos ( $p= 0,003$ ).

Aunque antes de recibir el curso una mayoría de alumnos creía que la capacidad de un médico para ayudar a sus pacientes a cambiar conductas de riesgo era “alta o más bien alta” (59; 51%) en lugar de “baja o más bien baja” (13; 11%), esta percepción después del curso aumentó significativamente (“alta o más bien alta”: 72; 62%; “baja o más bien baja”: 10, 12%) ( $X^2: 3,56; p:0,008$ ).

El curso ayudó a los alumnos a respetar la autonomía de los pacientes cuando toman decisiones o siguen conductas consideradas perjudiciales. Antes del curso el 18% (21) pensaban que les resultaría “fácil”, mientras que el 43% (50) consideraron “difícil” respetar esta autonomía sin enfrentarse a los pacientes. Tras el curso los alumnos cambiaron esta percepción significativamente (“fácil” 50% (58); “difícil” 24% (28)) viéndose más capaces de respetar la autonomía del paciente (McNemar,  $p: 0.001$ ).

Las estrategias a poner en práctica para ayudar a cambiar conductas que más frecuentemente declararon los alumnos fueron:

Antes de la intervención : informar (sobre consecuencias, riesgos, riesgos y beneficios,...) (36), persuadir (17) e indagar/explorar (motivos, opiniones) (16). Tras el curso el número de estrategias declaradas fue mayor, destacando como más frecuentes: indagar y explorar diferentes aspectos (ideas, razones, preocupaciones, motivos, barreras,...) (22), informar



(sobre consecuencias, riesgos, riesgos y beneficios,...) (20), escuchar con empatía e interés (8) y promover reflexión (6). Las conductas que más frecuentemente declararon tratar de evitar antes de la intervención fueron: enfado, enfrentamiento o reproche (13); imponer, obligar, presionar mostrarse autoritario, coaccionar, amenazar (36). Tras el curso: forzar, imponer, insistir, obligar (32), redireccionar o tratar de convencer (28).

Finalmente antes de la intervención los alumnos tenían una percepción sobre su capacidad para afrontar este tipo de entrevistas dividida de forma muy similar entre “mala o mejorable” (30%, 35) y “buena o aceptable” (31%, 37). Tras el curso, un 72% (83) consideraban su capacitación como “buena o aceptable” y sólo un 1% (1) “mala o mejorable” (McNemar:  $p < 0,001$ )

La figura 2 resume gráficamente la evolución de las opiniones de los alumnos en los diferentes dominios explorados antes y después del curso.

## **Discusión**

La investigación muestra una discordancia entre los objetivos de la atención sanitaria para dar prioridad al cambio de conductas relacionadas con la salud, la evidencia disponible sobre la efectividad de las estrategias, la práctica médica y la capacitación para realizarlo (11-16). Muchos MF tienen poca confianza en el éxito a la hora de abordar estas cuestiones con los pacientes (14,15). La falta de una formación adecuada en técnicas de comunicación específicas para motivar es un determinante mayor de estas actitudes negativas y de la dificultad de que se produzca un cambio de actitud (15,16). El presente estudio muestra como un curso sobre habilidades comunicativas para ayudar a los pacientes a cambiar conductas, que incorpora diferentes aspectos teóricos y estrategias comunicativas prácticas, promueve en los estudiantes de medicina un reforzamiento y/o cambio en

algunas concepciones y percepciones importantes para poder aplicar este tipo de intervenciones en una consulta, lo que representa el paso previo indispensable para el uso de las habilidades específicas.

Inicialmente los alumnos consideraban que en la práctica clínica este tipo de situaciones es habitual, requisito importante para valorar la idoneidad y aceptación de estas intervenciones como una responsabilidad propia del médico (parte de su competencia). Sin embargo, un aspecto también preliminar clave es la consideración que los alumnos tienen sobre el fenómeno de la motivación como algo fundamentalmente dependiente de un "*locus de control interno*" y así difícil de modificar desde fuera. Perspectivas de este tipo en estudiantes representan barreras difíciles de superar que dificultarían el que en su futuro profesional estos se planteen hacer estas intervenciones, perpetuándose así actitudes de falta de confianza tal y como la literatura confirma existen (26). El curso parece que les inclina a considerar la complejidad de la conducta motivadora como algo dependiente de factores tanto internos como externos lo que les permite valorar la potencial eficacia de intervenciones médicas en este ámbito justificando así una formación específica y fomentando su interés (26,27). También en relación con esto se encuentra el que los alumnos tras el curso incrementen aún más su percepción sobre la capacidad que el médico para ayudar a los pacientes a cambiar conductas, lo que reforzaría una visión útil y positiva en el mismo sentido del rol del profesional y de su capacidad para emplear estas habilidades eficientemente. En nuestra experiencia, la justificación ante el alumnado de programas docentes que pretendan ampliar los objetivos educativos tradicionales con innovación, en particular si esta se refiere a la inclusión de competencias relacionales y actitudinales, debe ser detalladamente considerada antes de su implementación. Argumentos como los anteriores, entre otros, presentados explícitamente junto a la evidencia disponible, pueden

mejorar la aceptación del alumnado y su motivación para participar activamente en estas iniciativas, complejas y lastradas de dificultades organizativas, metodológicas y, particularmente, evaluativas (28).

En la misma línea y ya considerando la propia capacitación alcanzada por los alumnos, tras el curso los estudiantes se consideran más capaces de poder respetar la autonomía de sus pacientes cuando estos deciden tomar decisiones consideradas por ellos perjudiciales (conductas de riesgo) y a la vez sin embargo más capacitados para ayudarles a abandonar estas conductas. Esta doble capacitación es muy interesante al conllevar tanto un incremento del respeto intrínseco al paciente como persona libre para elegir en función de sus circunstancias como una sensación de efectividad para ayudarles a cambiar en el marco de esa relación respetuosa. Esto representa el espíritu de la entrevista motivacional (23) que es un tipo de entrevista centrada en el paciente que pretende ayudar a provocar la autoreflexión en el paciente sobre determinadas conductas desde el conocimiento sobre los determinantes personales del paciente, el respeto a sus dilemas y la ayuda para progresar a su propio ritmo, haciendo que sea el propio paciente el protagonista del cambio. Llama la atención como las habilidades que los alumnos describen tras el curso para emplear en esta tarea se modifiquen desde las que son meramente informativas y persuasivas consideradas antes del mismo a estrategias más exploratorias que suponen priorizar una indagación sobre las situaciones y preocupaciones del paciente acerca de su propia conducta y de los retos que le supone el cambio, para lo cual priorizan aspectos como la escucha activa y la empatía que persiguen promover este tipo de reflexión.

Aunque el estudio se hace sobre la totalidad de alumnos matriculados en el curso con edades y una distribución de género similar a la de la mayoría de estudiantes de medicina del conjunto de España (29) y el número de encuestas recibidas es alto, la muestra no deja

de ser una muestra de conveniencia y la validez externa de estos resultados puede ser matizada. Finalmente se puede concluir que aunque el diseño de este estudio, de tipo cuasi experimental antes–después, no permite obtener relaciones causales, el curso parece contribuir a establecer o reforzar en los alumnos percepciones positivas en relación a aspectos importantes a la hora de realizar intervenciones para ayudar a los pacientes a cambiar conductas. Entre ellas destacan por una parte un mayor respeto a la autonomía de los pacientes, y por otra una mayor convicción y capacitación ante este tipo de intervenciones. La metodología educativa utilizada en el curso ha sido variada predominando las actividades de tipo experiencial las cuales se consideran las más idóneas cuando se persigue que el alumno adquiera habilidades prácticas (30). Queda pendiente un aspecto adicional complementario y necesario: explorar a partir de aquí si estos alumnos han adquirido las habilidades necesarias lo cual precisa un análisis de las actuaciones de estos mismos estudiantes en los encuentros que lleven a cabo con pacientes simulados.

**Conflicto de intereses**

Ninguno

## Referencias

- [1] World Health Organization (WHO). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. WHO; 2008.
- [2] National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Health systems and health-related behaviour change – a review of primary and secondary evidence. NICE; 2010, <http://guidance.nice.org.uk/OtherPublications> [accessed 16.09.10].
- [3] Alpert J, Powers P. Obesity: a complex public health challenge. *Am J Med* 2005;118:935.
- [4] Michie S, Johnston M, Francis J, Hardeman W, Eccles M. From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. *Appl Psychol* 2008;57:660–80.
- [5] Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Borch-Johnsen K, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Gen Pract* 2005;55:305–12.
- [6] Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria* 2013;45:486-95
- [7] R Ruiz Moral, LA Pérula de Torres A, L Pulido Ortega, Criado Lacumbe M, Roldán Villalobos A, Fernandez Garcia JA, Parras Rejano JM. Effectiveness of a motivational interviewing in elderly chronic patients for improving therapeutic adherence: A randomized clinical trial in primary care settings *Pat Edu Couns* 2015;98:977-83,
- [8] Lozano P, McPhillips HA, Hartzler B, Robertson AS, Runkle C, Scholz KA, et al. Randomized trial of teacher brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviours in families. *Arch Pediatr Adol Med* 2010;164:561–6.
- [9] Rollnick S, Butler CC, McCambridge J, Kinnersley P, Elwyn G. Consultations about changing behaviour. *Brit Med J* 2005;331:961–3.

- [10] Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care* 2005;14:26–33.
- [11] Galuska DA, Will JC, Serdula MK, Ford ES. Are health care professionals advising obese patients to lose weight? *J Amer Med Assoc* 1999;282:1576–8.
- [12] Ma J, Urizar GG, Alehegn T, Stafford RS. Diet and physical activity counseling during ambulatory care visits in the United States. *Prev Med* 2004;39:815–22.
- [13] Kushner RF. Barriers to providing nutrition counseling by physicians: a survey of primary care practitioners. *Prev Med* 1995;24:546–52.
- [14] King LA, Loss J, Wilkenfeld RL, Pagnini DL, Booth ML, Booth SL. Australian GPs' perceptions about child and adolescent overweight and obesity: the weight of opinion study. *Brit J Gen Pract* 2007;57:124–9.
- [15] Laws R, Kemp L, Harris M, Powell Davies G, Williams A, Eames-Brown R. An exploration of how clinician attitudes and beliefs influence the implementation of lifestyle risk factor management in primary healthcare: a grounded theory study. *Implement Sci* 2009;4:66.
- [16] Chisholm A, Hart J, Lam V, Peters S. Current challenges of behavior change talk for medical professionals and trainees. *Pat Edu Coun* 2012;87:389-94
- [17] National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. Behaviour change at population, community and individual levels: public health guidance 6. NICE; 2007, <http://guidance.nice.org.uk/PH6> [accessed 02.02.11].
- [18] Daeppen JB, Fortini C, Bertholet N, Bonvin R, Berney A, Michaud PA, Layat C, Gaume J. Training medical students to conduct motivational interviewing: A randomized controlled trial. *Pat Edu Coun* 2012;87:313-18

- [19] Hauer KE, Carney PA, Chang A, Stterfield J. Behavior Change Counseling Curricula for Medical Trainees: A Systematic Review. *Acad Med* 2012;87:956-68
- [20] Ruiz Moral R. *Comunicación Clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Madrid: editorial médica Panamericana, 2015
- [21] Proshaschka JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48
- [22] Bandura A. Self-efficacy behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215
- [23] Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional: Ayudar a las personas a cambiar* (tercera edición). Barcelona: Paidós Ibérica, 2015.
- [24] Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five “As” for patient centered counseling. *Health Promotion International* 2006;21:245-55
- [25] Ruiz-Moral R, Caballero Martínez F. Programa para seleccionar y entrenar pacientes estandarizados en el contexto de un currículo universitario de simulación clínica. *FEM* 2014;71:199-204
- [26] Ryan RM, Connell JP. Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *J Personality Social Psychology* 1989;57:749-61.
- [27] Anderson A, Hattie J, Hamilton RJ. Locus of control, self-efficacy, and motivation in different schools: is moderation the key to success? *Educational psychology* 2005;25:517-35
- [28] Rees CE, Sheard CE, McPherson AC. A qualitative study to explore undergraduatemedical students’ attitudes towards communication skillslearning. *Med Teach*. 2002;24(3):289–93

[29] Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Datos y cifras del Sistema universitario español. Curso 2015-2016. <https://www.mecd.gob.es/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/universitaria/datos-cifras/datos-y-cifras-SUE-2015-16-web-.pdf> (accedido, Enero 2018)

[30] Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart Ajm, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Pat Edu Couns* 2011;84:152-62



