

## ORIGINAL

# Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales



Natalia Zafra-Ramírez<sup>a</sup>, Alejandro Pérez-Milena<sup>a,\*</sup>,  
Francisco Javier Valverde-Bolívar<sup>b</sup>, Antonina Rodríguez-Bayón<sup>c</sup>  
y Miguel Delgado-Rodríguez<sup>d,e</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud El Valle, Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

<sup>b</sup> Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén, Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur (Servicio Andaluz de Salud), Jaén, España

<sup>c</sup> Centro de Salud de San José, Área de Gestión Clínica Jaén Norte (Servicio Andaluz de Salud), Linares, Jaén, España

<sup>d</sup> División de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>e</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 5 de febrero de 2018; aceptado el 17 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 4 de junio de 2019

### PALABRAS CLAVE

Promoción de la salud;  
Prevención de enfermedades;  
Internado y residencia;  
Atención Primaria de Salud;  
Comunicación;  
Relaciones médico-paciente

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de medicina familiar en la consulta a demanda de Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales.

**Diseño:** Estudio descriptivo multicéntrico mediante videograbación de la consulta médica.

**Emplazamiento:** Ocho centros de salud de Jaén (Andalucía).

**Participantes:** Setenta y tres médicos residentes de cuarto año.

**Mediciones principales:** Se valora la oferta de actividades preventivas (según el Programa español de actividades preventivas y promoción de la salud –PAPPS–) y las características del médico, el paciente y la consulta. Valoración por pares de la comunicación médico-paciente mediante la escala CICAA. Análisis descriptivo, bivariado y de regresión logística.

**Resultados:** Se valoran 260 entrevistas (duración  $8,5 \pm 4,0$  min) de 73 residentes (50,7% mujeres, edad media  $32,9 \pm 7,7$  años, 79% medio urbano). El paciente es más frecuentemente mujer (60%), que acude sola (72%) por procesos agudos (80%) y con  $2,1 \pm 1,0$  motivos de consulta. Se

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alejandroperez.milena.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:alejandroperez.milena.sspa@juntadeandalucia.es) (A. Pérez-Milena).

ofertan actividades preventivas en un 47% (duración inferior al minuto) de tipo primario (70%) y secundario (59%) mediante consejo (72%) o cribado (52%), centradas en el área cardiovascular (52%) y estilos de vida (53%). Un 80% se relaciona con el motivo de consulta. Habilidades en comunicación: 41% mejorables, 26% adecuadas, 23% excelentes. La oferta de actividades preventivas se relaciona con la duración de la consulta (OR = 1,1; IC 95% 1,01; 1,16) y la puntuación del CICAA (OR = 1,03; IC 95% 1,01; 1,10).

**Conclusiones:** Se realizan actividades preventivas en casi la mitad de las consultas, aunque centradas en consejo y cribado y ligadas a la demanda del paciente. El tiempo de consulta y las habilidades de comunicación favorecen una mayor oferta preventiva.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Health promotion;  
Disease prevention;  
Internship and  
residency;  
Primary healthcare;  
Communication;  
Physician-patient  
relations

## Accomplishment of preventive activities proposed by resident doctors of Family Medicine in Primary Care and its relationship with communication skills

### Abstract

**Objective:** To determine the offer of preventive activities by resident physicians of family medicine in the Primary Care consultations and the relation with their communication abilities.

**Design:** A descriptive multicentre study assessing medical consultations video recording.

**Location:** Eight Primary Healthcare centres in Jaen (Andalucía).

**Participants:** Seventy-three resident physicians (4th year) filmed and observed with patients.

**Principal measurements:** Offer of preventive activities (according to the Spanish Program of Preventive Activities and Health Promotion –PAPPS–). Doctor, patient and consultation characteristics. Peer-review of the communication between physicians and patients, using a CICAA scale. A descriptive, bivariate, logistic regression analysis was performed.

**Results:** Two hundred and sixty interviews were evaluated (duration  $8.5 \pm 4.0$  min) of 73 residents (50.7% women, mean age  $32.9 \pm 7.7$  years, 79% urban environment). The patient is more frequently a woman (60%) who comes alone (72%) due to acute processes (80%) and with  $2.1 \pm 1.0$  demands. Preventive activities are offered in 47% (duration less than one minute) of primary (70%) and secondary (59%) prevention, offered through advice (72%) or screening (52%) and focused on the cardiovascular area (52%) and lifestyles (53%). Eighty percent related to the patient's reason for consultation. Communication skills 41% improvable, 26% adequate, 23% excellent. The offer of preventive activities is related to the duration of the consultation (OR = 1.1, 95% CI 1.01; 1.16) and communication skills (OR = 1.03, 95% CI 1.01; 1.10).

**Conclusions:** Preventive activities are carried out in almost half of the consultations, although focused on advice and screening and linked to the patient's demand. Consultation time and communication skills favor a greater preventive offer.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las habilidades en comunicación y la oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud son rasgos diferenciadores del médico de familia<sup>1</sup>. La historia natural de la enfermedad, las necesidades particulares de cada paciente y la necesidad de realizar un abordaje biopsicosocial configuran la relevancia especial que estas 2 actividades adquieren en la Atención Primaria.

La buena práctica clínica en la atención sanitaria va ligada a la capacidad de comunicación con las personas que acuden a la consulta, siendo esencial para mejorar la satisfacción del paciente, su comprensión y su adherencia terapéutica, lo que mejora los resultados en términos de salud y de asistencia sanitaria<sup>2</sup>. Referente a esta última habilidad, desde el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)<sup>1</sup> se aconseja iniciar la

formación en técnicas de comunicación lo más precozmente posible y de forma paralela a la práctica clínica durante el periodo de formación como médico interno residente (MIR). Las técnicas de comunicación no son una característica personal inalterable y, por tanto, se deben enseñar y pueden ser aprendidas<sup>3,4</sup>. La videograbación en consulta es una potente herramienta de aprendizaje específica que permite valorar y mejorar la capacidad comunicativa del médico residente con base en experiencias reales<sup>2-5</sup>.

Por otra parte, y desde la definición de la estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, la Atención Primaria de Salud se orienta a cambiar los modelos biomédicos centrados en la enfermedad por modelos biopsicosociales, basados en la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción y prevención, rehabilitación y cuidado paliativo<sup>6,7</sup>. El programa formativo del residente de MFyC incluye explícitamente el aprendizaje

de estrategias oportunistas de prevención en población de riesgo<sup>1</sup>. Sin embargo, hay una gran disparidad en la realización de la oferta de actividades preventivas, siendo elevada cuando se pregunta directamente a los MIR mediante encuestas<sup>8</sup>, pero pobre cuando se valora directamente la actividad clínica realizada en las consultas a demanda<sup>9</sup>.

En general, hay importantes diferencias en la oferta de actividades preventivas por médicos de familia<sup>10</sup> relacionadas con insuficiente formación, escaso tiempo de consulta o falta de motivación del profesional o del paciente, todo esto dentro de un complejo escenario que incluye características socioeconómicas de la población atendida, tales como la educación o los ingresos económicos<sup>11,12</sup>. En el presente trabajo se pretende conocer la oferta preventiva de los MIR de MFyC mediante técnicas de videograbación para obtener datos de la actividad cotidiana real, así como su relación con las habilidades en comunicación durante la entrevista clínica.

## Material y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo mediante valoración de entrevistas videograbadas en consulta a demanda de centros de salud. Participaron MIR de MFyC de cuarto año de 6 centros urbanos y 2 rurales, donde es habitual la videograbación de consultas para fines docentes empleando una videocámara *handycam*. Los MIR tienen una formación tipo taller el primer año de su residencia y efectúan 2 videograbaciones en el tercer y cuarto año de su residencia, que son evaluadas en sesión clínica por el tutor experto en comunicación de cada centro de salud como parte habitual de su formación. Se incluyen MIR que en los últimos 8 años habían realizado esta actividad, eligiendo de forma intencional un mínimo de 3 entrevistas por residente, con una buena calidad visual y acústica. Se excluyeron la primera entrevista, las grabaciones donde el residente está acompañado por otro miembro del personal sanitario, las demandas exclusivamente administrativas o realizadas por terceras personas y las entrevistas familiares. El tamaño de la muestra se estimó en 258 videograbaciones (prevalencia 40%, alfa 0,05 y precisión 5%).

La variable principal del estudio fue la oferta de cualquier actividad preventiva en consulta a demanda por parte del residente, clasificándose según:

1. Tipo de acción realizada: cribado, consejo o inmunización/profilaxis<sup>13</sup>.
2. Tipo de actividad preventiva: primaria, secundaria o terciaria<sup>7,13</sup>.
3. Área específica: cardiovascular, estilos de vida, prevención del cáncer, enfermedades infecciosas, salud mental, atención a la mujer, atención al anciano o atención al niño/adolescente<sup>7</sup>.

Otras variables se referían al MIR (sexo, centro de trabajo y habilidades en comunicación), al paciente (sexo, presencia

de acompañante) y a la consulta (número y tipos de motivos de consulta, tipo de proceso [agudo/crónico], duración total y de la actividad preventiva). Se consideró tiempo de consulta desde que el profesional o el paciente comienzan a hablar hasta que alguno de ellos diga la última palabra, incluyendo cualquier gestualidad realizada antes o después del inicio o despedida verbal.

Las habilidades en comunicación del médico residente se valoraron mediante la escala CICAA, validada para profesionales españoles<sup>14</sup>, mediante revisión por pares adiestrados previamente. Tiene 29 ítems a evaluar de 0 (no cumple la tarea) a 2 (correcta realización), o «no procede», ponderando el resultado final sobre 100. Se agrupan en tarea 1: conectar (recibir, empatizar); tarea 2: identificar y comprender los problemas (escuchar, preguntar, integrar la información), y tareas 3 y 4: acordar y ayudar a actuar (cerrar, comprobar, negociar y motivar, informar adecuadamente y de forma personalizada)<sup>15</sup>. Se categorizó el resultado en comunicación «mejorable» (< 40%), «adecuada» (40-60%) y «excelente» (> 60%). Un tercer profesional intervino cuando la puntuación entre evaluadores difirió en más de un 15%.

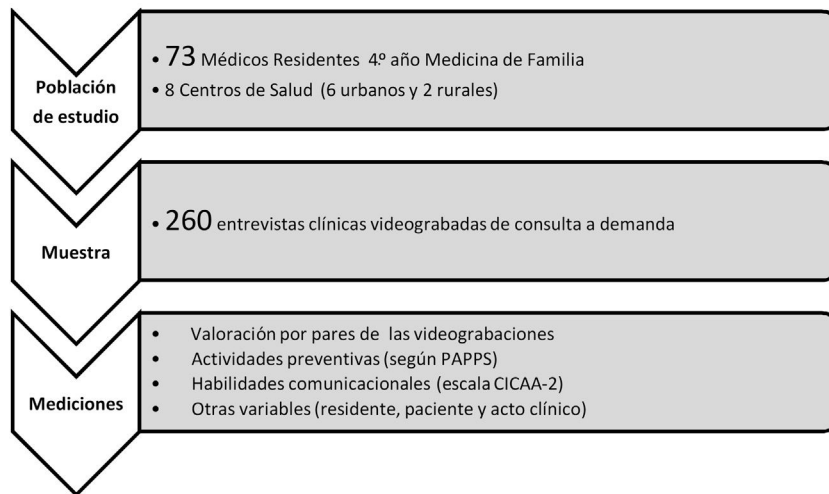
## Análisis de datos

Los datos anonimizados se analizaron mediante el programa informático SPSS (v 21.0), valorando previamente la normalidad de los datos (test de Kolmogorov-Smirnov) y la homocedasticidad de las varianzas. Se propuso un nivel de significación estadística para  $p < 0,05$ . El estudio descriptivo se mostró con medias y sus desviaciones típicas y proporciones, ofreciendo también los intervalos de confianza (IC) al 95%. Se compararon los datos obtenidos en función de la oferta de actividades preventivas y las habilidades en comunicación, 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. El análisis multivariable se realizó mediante una regresión logística binaria por pasos hacia atrás, con la oferta de actividades preventivas en consulta como variable dependiente, categorizada como ordinal (0: no; 1: oferta) e incluyendo las variables con  $p < 0,25$  en el test de Wald.

## Aspectos éticos

El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Jaén, informando a los MIR de sus derechos ARCO (Ley 41/2002 y RD 223/04) por escrito. Se recogió un consentimiento informado del MIR y de cada paciente (ofrecido por el propio residente al principio de la entrevista). Las grabaciones fueron custodiadas en la Unidad Docente de MFyC de Jaén. El desarrollo del trabajo se ha ajustado a las normas de buena práctica clínica (según directiva comunitaria 2001/20/CE) y de protección de datos personales (LOPD 15/1999).

Estudio descriptivo transversal mediante observación de entrevistas clínicas grabadas.



**Esquema general del estudio:** Estudio descriptivo transversal mediante observación de entrevistas clínicas grabadas.

## Resultados

### Caracterización de la muestra

Los resultados obtenidos se muestran en la [tabla 1](#). Se recogen un total de 260 entrevistas de 73 residentes (50,7% mujeres) con una media de edad de  $32,9 \pm 7,7$  años y mediana de 29 años (el rango oscila de 28 a 58 años, con un 73% de los MIR con una edad  $\leq 32$  años). Se evalúan una media de  $3,7 \pm 2,2$  entrevistas (mediana 4) por MIR con una duración media de 8,5 min (IC 95% [0,66; 16,34]). El 54% de las entrevistas se realizan por MIR mujeres y un 79% en medio urbano. La mayoría de los pacientes son mujeres (60%), que acuden solas a consulta (72%), siendo también más frecuentes las mujeres como acompañantes (65%) ( $p < 0,05$ , test  $\chi^2$ ). En cada entrevista se consultan una media de 2 motivos (en un 62,7% de las entrevistas son  $\geq 2$  demandas), por enfermedad aguda (80%). En la [figura 1](#) se indican los motivos de consulta más frecuentes, destacando como principales los trámites administrativos (24%), los síntomas respiratorios (18%), la recogida de pruebas complementarias (14%), la enfermedad osteomuscular (9%) y los síntomas genitourinarios (6%), con un 10% de síntomas mal definidos.

### Oferta de actividades preventivas

Se ofrecen actividades preventivas en un 47% de las consultas a demanda, estando detalladas en la [figura 2](#). Esta actividad dura un promedio de un minuto ( $0,9 \pm 1,9$ ), lo que supone el 10% del total de la entrevista. La prevención es fundamentalmente de tipo primario (70%) y secundario (59%). El tipo de acción más frecuente es el consejo (53%) y el cribado (52%), y menos frecuentemente la inmunización o la profilaxis. Las áreas específicas más frecuentes son la cardiovascular (52%) y los estilos de vida (53%), seguidos por cáncer, mujer, salud mental y anciano, sin ninguna oferta sobre infancia o adolescencia. Las características del MIR y del paciente no parecen influir en la oferta de actividades preventivas ([tabla 1](#)). En cambio, sí hay una relación con

algunas características de la consulta, fundamentalmente con un mayor número de motivos de consulta ( $p = 0,012$ , test  $\chi^2$ ) y con una mayor duración de la misma, aproximadamente un minuto y medio (diferencia media  $1,57 \pm 0,56$ ;  $p = 0,001$  test  $t$  de Student) ([tabla 1](#)). El 80% de la oferta preventiva está relacionada con el motivo de consulta, sobre todo en síntomas de salud mental (60% de actividades preventivas), recogida de pruebas y síntomas mal definidos (59%), y enfermedad genitourinaria (56%) y neurológica (50%), mientras que la demanda con menor oferta es sobre síntomas digestivos (29%) y de piel (24%).

### Habilidades comunicacionales

La puntuación media (ponderada sobre 100) obtenida tras aplicar la escala CICA es de  $47,9$  (IC 95% [45,7; 50,1]) para el total,  $58,7$  para la tarea 1 (IC 95% [56,2; 61,2]),  $40,5$  para la tarea 2 (IC 95% [38,4; 42,6]) y  $52,3$  para las tareas 3 y 4 (IC 95% [49,4; 55,2]). Las habilidades en comunicación tomadas de forma global fueron mejorables en un 41%, adecuadas en el 36% y excelentes en el restante 23%. Las entrevistas en las que se realizó una oferta de actividades preventivas puntuaron mejor en todas las tareas de la escala CICA en valores absolutos (con diferencias estadísticamente significativas que se muestran en la [tabla 2](#)). Al comparar los valores categorizados de la puntuación del CICA, se comprueba una mayor proporción de MIR cuya comunicación fue calificada como adecuada o excelente, con diferencias significativas para el total y para todas las tareas ( $p < 0,05$ , prueba  $\chi^2$ ) ([fig. 3](#)). Tras obtener un modelo explicativo de la oferta de actividades preventivas mediante regresión logística ([tabla 3](#)), se aprecia que las habilidades comunicacionales del MIR se asocian a la oferta de actividades preventivas, de forma que la *odds ratio* aumenta en 1,03 por cada punto que se consigue en la escala CICA. La otra variable relacionada es la duración de la consulta, incrementando la *odds ratio* un 1,08 por cada minuto de mayor duración de la consulta.

**Tabla 1** Comportamiento de las variables estudiadas según la oferta de actividades preventivas

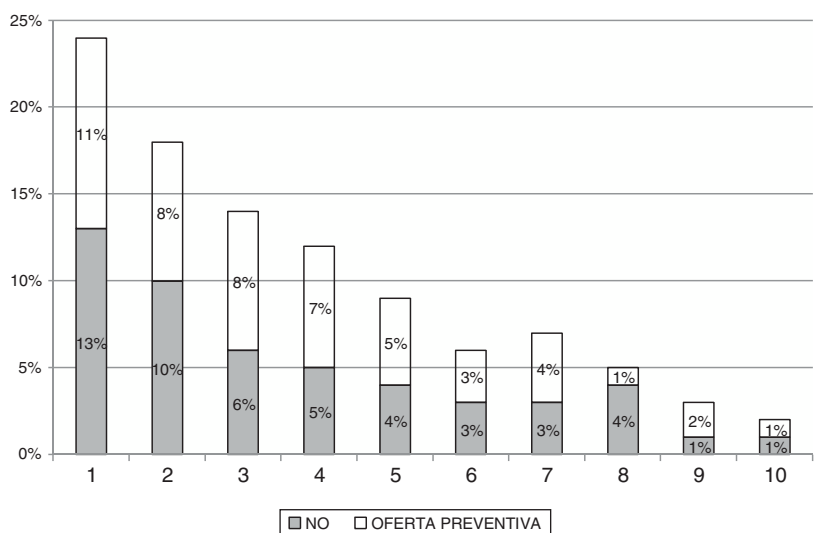
	Oferta de actividades preventivas		Total
	No	Sí	
<b>Consultas, n (%)</b>	138 (53,1)	122 (46,9)	260
<b>Características del MIR</b>			
Edad del MIR (en años), media $\pm$ DE	33,2 $\pm$ 8,0	33,1 $\pm$ 7,7	33,2 $\pm$ 7,8
Sexo del MIR: mujer, %	50,7	57,4	53,8
Centro urbano, %	79,0	77,9	78,5
<b>Características del paciente, %</b>			
Sexo del paciente: mujer	61,6	59,0	60,4
Con acompañante	29,0	26,2	27,7
Acompañante mujer	62,5	68,7	65,3
<b>Características de la consulta</b>			
Número de motivos consulta (rango [1-6]) <sup>*</sup> , media $\pm$ DE	1,9 $\pm$ 1,0	2,3 $\pm$ 1,1	2,07 $\pm$ 1,0
<b>Número de motivos consulta<sup>**</sup>, %</b>			
Uno	41,6	24,1	33,5
Dos	33,6	43,5	38,2
Tres	20,8	20,4	20,6
Cuatro o más	4,0	12,1	7,7
Proceso agudo, %	80,4	80,3	80,4
Duración de la entrevista (en minutos) (rango [1,23-24,90]) <sup>***</sup> , media $\pm$ DE	7,80 $\pm$ 3,8	9,37 $\pm$ 4,1	8,53 $\pm$ 4,0

Diferencias significativas con:

\* p=0,05 test t de Student.

\*\* p=0,012 test  $\chi^2$ .

\*\*\* p=0,001 test t de Student.



Motivos de consulta

1. Trámites administrativos

2. Síntomas respiratorios

3. Pruebas complementarias

4. Síntomas mal definidos

5. Patología osteomuscular

6. Síntomas genitourinarios

7. Síntomas digestivos

8. Problemas en la piel

9. Patología de salud mental

10. Síntomas neurológicos

**Figura 1** Principales motivos de consulta en las entrevistas videogradas y relación con la oferta de actividades preventivas por los residentes.

## Discusión

El presente trabajo muestra que los residentes de familia, 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 casi la mitad de las consultas a demanda. La integración de la prevención en la asistencia clínica es una característica esencial de la MFyC<sup>1</sup>. En

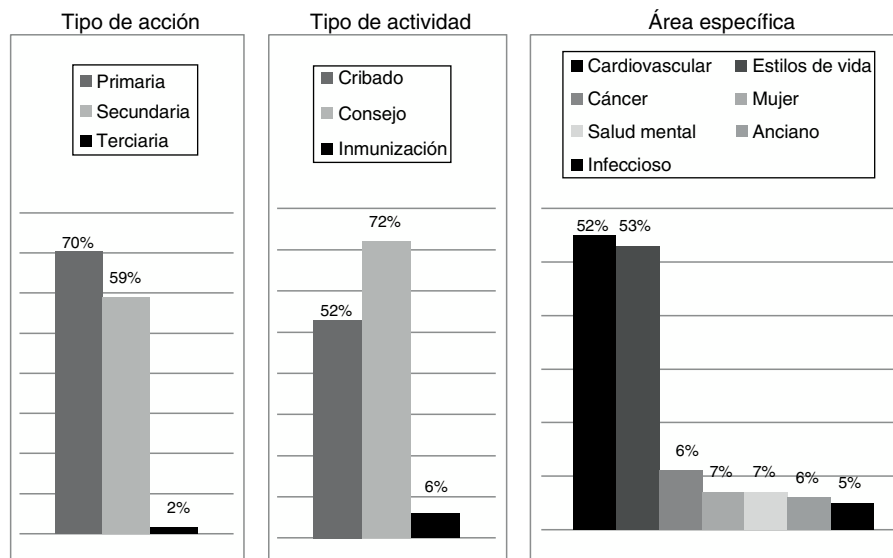


Figura 2 Tipo de oferta preventiva realizada en las consultas a demanda por los médicos internos residentes.

Tabla 2 Relación entre la puntuación cuantitativa de la escala CICAA (sobre 100 puntos) en función de la oferta de actividades preventivas

Puntuación escala CICAA	Oferta de prevención, media ± DE	
	No	Sí
Total*	43,4 ± 14,7	50,8 ± 17,6
Tarea 1*	53,7 ± 17,1	62,2 ± 20,2
Tarea 2**	36,6 ± 13,7	42,5 ± 17,4
Tareas 3 y 4*	46,6 ± 20,7	57,1 ± 21,8

Diferencias significativas con:  
 \* p < 0,001 test t de Student.  
 \*\* p = 0,003 test t de Student.

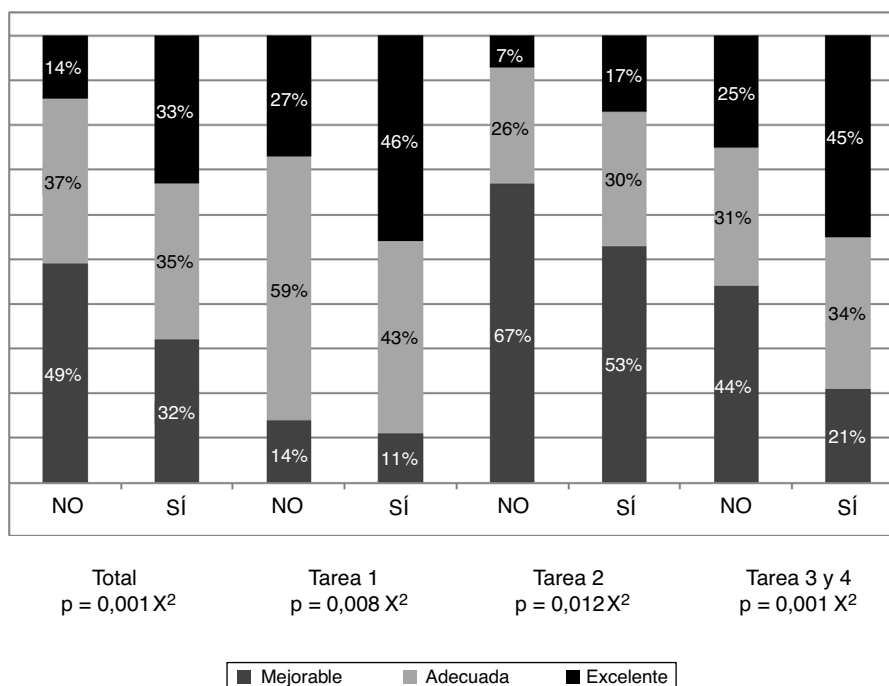
España hay una larga tradición en este campo<sup>7</sup>, comprobándose que los médicos de familia ofertan más frecuentemente actividades de prevención y de promoción de la salud que sus colegas del ámbito hospitalario<sup>8,16</sup>, e incluso que otros médicos europeos de Atención Primaria<sup>17</sup>. Sin embargo, hay pocos estudios que valoren la oferta global de prevención en consulta a demanda<sup>9,10,18</sup>, con prevalencias que oscilan de un 10 a un 40%. Cuando se emplean cuestionarios como diseño de investigación, los residentes tienen una autopercepción elevada de la realización de estas actividades<sup>8</sup>, sobre todo en consejo contra tabaco y alcohol (cerca del 80%). Se obtienen resultados inferiores (por debajo del 40%) cuando se realizan auditorías de historias clínicas<sup>19</sup> o si se valoran las videograbaciones de las consultas reales<sup>9</sup>. La discordancia de estos datos se debe tanto al diseño metodológico empleado como al distinto tamaño de la muestra y a las diferencias en el contexto sanitario<sup>19,20</sup>.

Se han citado diferentes 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<sup>6,10,18,20,21</sup>. La falta de conocimiento o entrenamiento es una dificultad

recurrente en los estudios consultados<sup>17,18,22</sup>. En el caso de los MIR, es fundamental la adquisición de competencias en esta materia mediante una formación reglada que les permita adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para su realización. Además, se encuentra relación con la realización por parte del propio residente de actividades saludables, con su edad y sexo, con la especialidad cursada e incluso con su situación geográfica<sup>8,23</sup>. No solo se forman técnicamente, sino que deben concienciarse para actuar como modelos sociales que influyen en la población a la que atienden<sup>8</sup>, de forma que no haya una separación entre las recomendaciones que teóricamente deben emitir y su comportamiento real en la práctica clínica.

Las buenas habilidades de comunicación son esenciales para las relaciones exitosas entre médico y paciente. En este sentido, la mejora en el uso de técnicas propias de la entrevista clínica durante el acto sanitario facilita la consecución de 3 objetivos primordiales<sup>3,4,24</sup>: establecer una relación con el paciente y la familia, conseguir una buena comprensión de los problemas del paciente y proceder a informar de las mejores conductas diagnósticas, terapéuticas y preventivas. En el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la comunicación aparece como un elemento imprescindible<sup>1</sup> que además parece constituirse en





**Figura 3** Relación entre la oferta de actividades preventivas y las habilidades de comunicación según la escala CICA.

**Tabla 3** Modelo final del análisis de regresión logística para la oferta de actividades preventivas en la consulta a demanda de los médicos internos residentes

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%	Wald	p
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
Número de 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 CICA	0,009	1,031	1,01; 1,10	10,956	0,000
Constante	1,112	0,065	-	6,054	0,014

una habilidad fundamental para la oferta de actividades preventivas. Los MIR con mayores capacidades comunicativas pueden tener una mayor confianza acerca de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta específica<sup>18</sup>. Los pacientes pueden encontrarse más cómodos recibiendo una prescripción farmacológica que un consejo de promoción de salud<sup>6</sup>, pero en general esperan que sus médicos les aconsejen sobre su salud<sup>25</sup>, por lo que mejorar la comunicación en consulta se torna fundamental si se pretende mejorar la capacidad de los pacientes para optar por estilos de vida saludables.

Entre las principales barreras percibidas por los profesionales para realizar las tareas preventivas se encuentran la carga de trabajo adicional y el tiempo que requiere su realización<sup>17,18</sup>. Mientras que los objetivos que debe cumplir el médico se relacionan estrechamente con la atención a la enfermedad, la prevención y la promoción de la salud aparecen como un trabajo «extra» que enlentece la entrevista y que no es valorado por el propio paciente o por el sistema

sanitario. En este trabajo se aprecia que cuanto mayor es la duración de la consulta, más se incrementa la oportunidad de la oferta preventiva. Mientras que un 10% del tiempo de la consulta se dedica a actividades preventivas, aproximadamente un 40% se emplea en el uso del ordenador para el registro de datos<sup>26</sup>, por lo que la inversión en tiempo en actividades preventivas no parece excesiva. Se ha comprobado que una mayor duración de la consulta permite al residente tener un perfil comunicacional centrado en el paciente, favorece la toma compartida de decisiones y facilita una gama más amplia de soluciones para cada caso concreto<sup>2,27</sup>, lo que favorece una mejor comunicación y aumentaría las posibilidades de realizar actividades preventivas.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra la voluntariedad de los participantes: pese a ser el método de selección más frecuentemente utilizado en los estudios con videograbación<sup>5</sup>, puede provocar un sesgo de selección. Sin embargo, las videograbaciones permiten una valoración en profundidad de cada entrevista sin alterar el transcurso de

la misma, siendo un recurso docente habitual empleado en la formación de posgrado<sup>4,9,27,28</sup>. Además, diferentes autores<sup>5,29,30</sup> no encuentran cambios en los comportamientos de los residentes ni en la duración o la calidad de la consulta, permitiendo comprobar el desempeño habitual en la atención a pacientes reales. El sesgo de información se trató de resolver con la formación previa de los evaluadores externos y el uso de un cuestionario validado<sup>14</sup>. No se han valorado ni la pertinencia ni la calidad de las intervenciones preventivas, estando la mayoría centradas en el motivo de demanda del paciente y en determinados temas concretos que pueden ser socialmente relevantes (como el área cardiovascular o los estilos de vida), para los que el consejo del profesional en el acto sanitario está normalizado y legitimado<sup>10,31</sup>.

Prevenir y promover estilos de vida saludables puede reducir la carga de enfermedades crónicas. Por tanto, es preciso implementar la oferta de prevención y promoción de la salud en Atención Primaria, teniendo en cuenta la necesidad de redirigir estas actividades al terreno de la información e influencia sobre las decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud, así que las habilidades en comunicación se postulan como necesarias para esta labor<sup>2,4,28,32</sup>. La formación especializada es una excepcional ocasión para aprender estrategias sobre prevención y promoción de la salud, aunque además se precisarían cambios en la cultura organizacional para que el propio sistema sanitario promueva estas actividades<sup>1,20</sup>. La continuidad y accesibilidad propias de las citas a demanda proporciona al médico de familia múltiples contactos con el paciente para poder introducir las actividades preventivas en el momento más pertinente. En Andalucía, cada persona frecuenta a su médico unas 5 veces al año (y el doble en pacientes ancianos)<sup>33</sup>, lo que permite que una gran mayoría de ellas reciban una oferta preventiva en alguno de sus contactos con la Atención Primaria, aunque para ello se precisará más tiempo por paciente. Debido a la escasez de literatura acerca del tema estudiado, se precisa continuar esta línea de investigación incluyendo las opiniones tanto de profesionales como de pacientes.

## Financiación

Este trabajo se ha realizado gracias a la concesión de la beca de investigación Isabel Fernández para proyectos de investigación (referencia 129/15) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2015.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- 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; 2006 [consultado 3 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>.
- 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.
- 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.
- Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torio Durántez J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Aten Primaria*. 2016;48:632-41.
- 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.
- 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. p. 53-70.
- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2018. *Aten Primaria*. 2018;50(Supl 1):1-152.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1340-8.
- U. S. Preventive Services Task Force. Procedure manual 2015 [consultado 3 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>.
- 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.
- Escala «CICAA». Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización [consultado 3 Feb 2018]. 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).
- 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.
- Kloppe P, Brotons C, Anton JJ, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al., 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.
- 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.



19. 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.
20. 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 Syst Rev.* 2011;1:CD008315, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008315.pub2>
21. 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.
22. Balbé M, Walther M, Mondon S, Nieva G, Gual A, Saltó E, et al. Impacto de la formación en intervención breve. Diferencias en el abordaje hospitalario del consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones.* 2009;21:113–8.
23. Cerrada Cerrada E, López Olmeda C, Bouzas Senande E, Gómez Rodríguez B, 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.
24. Borrell F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria.* 2004;34:3–5.
25. 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.
26. 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.
27. 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.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.07.001>.
28. Wouda JC, van de Wiel HBM. The effects of self-assessment and supervisor feedback on residents' patient-education competency using videoed outpatient consultations. *Patient Educ Couns.* 2014;97:59–66.
29. Meeusen AJ, Porter R. Patient-reported use of personalized video recordings to improve neurosurgical patient-provider communication. *Cureus.* 2015;7:e273.
30. 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.
31. 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.
32. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84:152–62.
33. Escuela Andaluza de Salud Pública. Resultados y calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edición 2012. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Bienestar Social; 2012 [consultado 23 Ene 2018]. Disponible en: <http://www.calidadsaludandalucia.es/es/index.html>.