



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Actitudes hacia la Atención Centrada en la Persona en
Estudiantes de Medicina

D^a. Lourdes Victoria Quiles Sánchez

2021



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**ESCUELA INTERNACIONAL DE
DOCTORADO**

Actitudes hacia la atención centrada en la persona
en estudiantes de Medicina

D^a. Lourdes Victoria Quiles Sánchez

Directores:

Dr. D. Juan Francisco Menárguez Puche

Dra. D^a. Miriam Moñino García

Dr. D. Juan Antonio Sánchez Sánchez

2021

A mi familia,
en especial,
a MI GIORGOS y a MI VASILIS.

*'The good physician treats the disease;
the great physician treats the patient who has the disease'*

Sir William Osler

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi director doctor Don Juan Francisco Menárguez Puche por la confianza y cariño dado desde el comienzo de mi formación como residente, así como en mi trayectoria de doctoranda. Has sido como un padre, amigo, compañero, profesor, y sobre todo, mi inspiración para amar nuestra profesión y la investigación. Gracias por tus consejos, tu apoyo incondicional y por estar siempre cuando lo necesito. A su mujer, Mari Carmen Sánchez por ser mi amiga, así como una madre.

A mi director, el doctor Don Juan Antonio Sánchez Sánchez, por toda la confianza en nuestro proyecto, por tus elogios, por ser tan profesional y compañero. Gracias por ponerte en mi lugar tantas veces desde que empezamos el doctorado.

A mi directora, la doctora Doña Miriam Moñino García. Por su bonita amistad, por su apoyo y por su empatía...gracias por regalarme tu sabiduría y forma de ver la investigación desde otro prisma.

A mi amiga Mar Muñoz, por seguirme en proyectos de investigación y por darme los ánimos para poder terminar lo que me propuse. A mi amiga Miriam Bernal, por aguantarme y darme las fuerzas para poder seguir adelante. Y a mi amiga Ángela Robles, por ser como mi segunda madre.

A mi familia, mis padres y mi hermano, por haberme dado las armas para ser lo que me he convertido. Por vuestro cariño y amor, por vuestra bondad, por vuestro apoyo incondicional en todas las locuras que formo parte.

A mis suegros y mi cuñada, por su ternura y amor, por darme ánimos cuando los necesito y por convertirse en mi otra gran familia.

A mi Giorgos, por ser la estrella de mi camino, la que mi ilumina en la oscuridad de las adversidades de la vida y me da la luz y el amor para poder seguir caminando. Por tu cariño, por tu dulzura, por tus consejos, por tu gran ayuda y apoyo incondicional y, sobre todo, por hacer la mejor familia que podía imaginar con nuestro hijo, Vasilis, lo más maravilloso que nos podía ocurrir jamás.

Gracias a todos de corazón, ha merecido la pena con creces.

DIVULGACIÓN DE RESULTADOS DEL TRABAJO

Comunicaciones en Congresos

Quiles Sánchez L.V., Sánchez Sánchez J.A., Menárguez Puche J.F., Moñino García M., Kyriakos G. “Actitudes hacia la atención centrada en la persona en estudiantes de medicina: una revisión sistemática”; XXXIX Congreso de la sociedad española de médicos de familia (semFYC), Málaga 9-11 mayo 2019.

Quiles Sánchez L.V., Sánchez Sánchez J.A., Menárguez Puche J.F., Moñino García M., Kyriakos G. “Actitudes de los estudiantes de medicina hacia la atención centrada en la persona”; XXXVI Congreso de la sociedad española de médicos de familia (semFYC), Madrid 4-6 mayo 2017.

Comunicación en Jornada Doctoral

Quiles Sánchez L.V., Menárguez Puche J.F., Moñino García M., Sánchez Sánchez J.A., Kyriakos G. “Actitudes de los estudiantes de medicina hacia la atención centrada en la persona. Estudio piloto”; III Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia, Murcia 30-31 mayo 2017-1Junio 2017. Escuela Internacional de Doctorado (EIDUM).

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	21
ABSTRACT	25
I.INTRODUCCIÓN	29
1.Definición e historia del concepto de Atención Centrada en la Persona	31
2. Dimensiones de la Atención Centrada en la Persona	35
2.1 Perspectiva biopsicosocial.....	37
2.2 El paciente como persona	38
2.3 Compartir poder y responsabilidad	39
2.4 Alianza terapéutica	41
2.5 El médico como persona	42
2.6 Cuidado coordinado.....	43
3. La Atención Centrada en la Persona en la actividad clínica	45
4. Medir la Atención Centrada en la Persona.....	48
5. Efectividad de la Atención Centrada en la Persona	51
6. Modelos de relación entre profesionales y pacientes.....	56
7. Atención Centrada en la Persona en España	61
II.HIPÓTESIS	63
III. OBJETIVOS	67
IV. CAPÍTULO 1: Revisión sistemática de las herramientas para la medición de actitudes hacia la atención centrada a la persona en estudiantes de medicina	71
1. Introducción	73
2. Material y método.....	76
2.1 Diseño.....	76
2.2 Estrategia de búsqueda	76
2.3 Diseño de los estudios.....	77
2.4 Extracción de datos	77
3. Resultados	79
3.1 Características de los estudios incluidos	81
3.2 Variabilidad de los resultados en cuestionarios autocontestados validados.....	85
3.3 Características de los estudios cualitativos incluidos.....	89
4. Discusión	91

4.1 Limitaciones.....	94
4.2 Conclusiones	94
V. CAPÍTULO 2. Grupos focales sobre la percepción de la atención centrada en la persona desde la perspectiva del estudiante de medicina	97
1. Introducción	99
2. Material y Método.....	102
2.1 Instrumento de recogida de información.....	103
2.2 Análisis de la información	105
3. Resultados	106
3.1 Conocimiento sobre ACP.....	106
3.2 Actitudes y orientación docente hacia ACP	109
3.3 Conocimiento y actitudes hacia habilidades de comunicación	113
3.4 Expectativas y motivación hacia la ACP	118
3.5 Aplicabilidad futura de la ACP	121
4. Discusión	122
VI. CAPÍTULO 3. Cuestionario a los estudiantes de medicina de Murcia sobre los factores relacionados con su orientación hacia la atención centrada en la persona	129
1. Introducción	131
2. Material y método.....	134
2.1. Descripción de la muestra	134
2.2. Instrumentos	134
2.3. Análisis de datos.....	137
3. Resultados	140
3.1. Análisis descriptivo	140
3.2 Análisis bivariante	151
3.3 Análisis multivariante mediante regresión múltiple	173
3.4 Análisis multivariante mediante regresión logística	197
4. Discusión	213
4.1 Limitaciones.....	224
4.2 Conclusiones	227
4.3 Futuras líneas de investigación	227
VII. CONCLUSIONES	231
VIII. BIBLIOGRAFÍA	237

IX. ANEXOS	262
------------------	-----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.1. Componentes del enfoque clínico centrado en el paciente.....	45
Tabla V.1. Características de los grupos focales	102
Tabla V.2. Características sociodemográficas de los grupos focales	104
Tabla V.3. Categorías y subcategorías resultantes del análisis de datos	105
Tabla V.4. Conocimiento sobre ACP: conceptos previos.....	106
Tabla V.5. Conocimiento sobre ACP: asignaturas médicas.....	107
Tabla V.6. Conocimiento sobre ACP: práctica clínica.....	107
Tabla V.7. Actitudes hacia ACP: Orientación docente I	109
Tabla V.8. Actitudes hacia ACP: Orientación docente II	109
Tabla V.9. Actitudes hacia ACP: Orientación docente III	110
Tabla V.10. Actitudes hacia ACP: autopercepción del alumno y orientación docente IV	111
Tabla V.11. Actitudes hacia ACP: cambios con la formación.....	111
Tabla V.12. Actitudes hacia ACP: factores que influyen	112
Tabla V.13. Habilidades de comunicación: Conceptos previos.....	114
Tabla V.14. Habilidades de comunicación: asignaturas.....	114
Tabla V.15. Habilidades de comunicación: Aprendizaje I	115
Tabla V.16. Habilidades de comunicación: Aprendizaje II	116
Tabla V.17. Habilidades de comunicación: Aprendizaje III	116
Tabla V.18. Habilidades de comunicación: Repercusión en la ACP y RMP ..	117
Tabla V.19. Expectativas de la ACP: Beneficios.....	118
Tabla V.20. Expectativas de ACP: Aspectos negativos	120
Tabla V.21. Aplicabilidad futura de ACP	121
Tabla VI.1. Características de la muestra de estudiantes (n=359) según curso preclínico o clínico.....	141
Tabla VI.2. Características de la muestra según sexo (n=359)	143
Tabla VI.3. Puntuaciones medias de los ítems de la PPOS en todos los estudiantes (n=359).....	149
Tabla VI.4. Puntuación media del domino compartir, del dominio cuidar y de la PPOS en general en toda la muestra (n=359)	150

Tabla VI.5. Puntuación media del resto de ítems del cuestionario en todos los estudiantes (n=359).....	150
Tabla VI.6. Características de la muestra para la puntuación media (\pm DE) total y por dominios de la PPOS	155
Tabla VI.7. Características académicas de la muestra para la puntuación media total de PPOS y de ambos dominios	160
Tabla VI.8. Características de los padres de los alumnos de la muestra para la puntuación media (\pm DE) total de PPOS y de ambos dominios	163
Tabla VI.9. Características de la muestra en relación con haber tenido algún ingreso hospitalario propio o de algún familiar y la motivación para elegir Medicina para la puntuación media (\pm DE) total y por dominios de la PPOS*	169
Tabla VI.10. Participación en actividades de tiempo libre y en actividades de investigación para la puntuación media (\pm DE) de la PPOS general y de ambos dominios*	171
Tabla VI.11. Variables predictoras por categorías	173
Tabla VI.12. Codificación de variables dummy, sobre la variable Especialidad	175
Tabla VI.13. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de PPOS (variable predicha)	176
Tabla VI.14. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de Dominio Compartir (variable predicha).....	178
Tabla VI.15. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de Dominio Cuidar (variable predicha).....	180
Tabla VI.16. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio de PPOS (variable predicha)	182
Tabla VI.17. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha).....	184
Tabla VI.18. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha).....	185
Tabla VI.19. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio PPOS (variable predicha).....	187
Tabla VI.20. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha).....	188

Tabla VI.21. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha)	189
Tabla VI.22. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio PPOS (variable predicha)	191
Tabla VI.23. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha).....	193
Tabla VI.24. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha).....	195
Tabla VI.25. Variables recodificadas (dicotómicas)	197
Tabla VI.26. Codificaciones de las variables predictoras (sociodemográficas)	198
Tabla VI.27. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de PPOS (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas	199
Tabla VI.28. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Compartir (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas.....	201
Tabla VI.29. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio cuidar (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas.....	203
Tabla VI.30. Codificaciones de las variables predictoras (académicas)	205
Tabla VI.31. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de PPOS (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas	206
Tabla VI.32. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Compartir (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas	207
Tabla VI.33. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Cuidar (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas	208
Tabla VI.34. Codificaciones de las variables predictoras (académicas)	209
Tabla VI.35. Modelo de regresión logística; vd=Promedio PPOS (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas	210

Tabla VI.36. Modelo de regresión logística; vd=Promedio dominio compartir (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas.....	211
Tabla VI.37. Modelo de regresión logística; vd=Promedio dominio cuidar (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas.....	212

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura IV.1. Esquema general del estudio: Revisión sistemática para identificar herramientas validadas que exploren actitudes hacia la ACP en estudiantes de medicina.....	80
Figura VI.1. Diagrama de barras con características de la muestra (ingreso hospitalario, motivación para elegir medicina y participación de actividades en su tiempo libre).....	146
Figura VI.2. Diagrama de sectores sobre la participación en equipos de investigación y actividades extracurriculares.....	147
Figura VI.3. Diagrama de sectores sobre la experiencia en pacientes con bajos ingresos o minorías raciales.....	147
Figura VI.4. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según edad.....	151
Figura VI.5. Distribución de la puntuación media total, del dominio cuidar y del dominio compartir de la PPOS según sexo.....	152
Figura VI.6. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y del dominio cuidar según ser cristiano o ateo/agnóstico.....	153
Figura VI.7. Distribución de puntuación media de PPOS general, dominio compartir y dominio cuidar en función si tenían o no estabilidad emocional....	154
Figura VI.8. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en función de pertenecer a curso preclínico o clínico	156
Figura VI.9. Distribución de puntuación media de dominio compartir en función de haber cursado bachillerato en colegio público o privado/concertado.....	157
Figura VI.10. Distribución de la puntuación media total de la PPOS y del dominio cuidar según preferían especialidades de laboratorio, médico-quirúrgicas, quirúrgicas o clínicas	158

Figura VI.11. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según prefieran especialidades médicas en comparación con el resto de especialidades	159
Figura VI.12. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según tuvieran padres médicos o no.....	161
Figura VI.13. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar según el nivel de ingresos económicos del hogar.	162
Figura VI.14. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y de ambos dominios respecto a la motivación humanitaria para elegir Medicina...	164
Figura VI.15. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y de ambos dominios en la motivación de prestigio social para elegir Medicina	165
Figura VI.16. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en la variable motivación económica para elegir Medicina.....	166
Figura VI.17. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en la variable motivación poder e influencia para elegir Medicina.....	167
Figura VI.18. Distribución de la puntuación media del dominio compartir en la motivación de influencia familiar para elegir medicina.	168

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Tipos de estudios incluidos en la revisión sistemática.	264
Anexo 2. Principales características de los estudios que incluyen cuestionarios autocontestados validados.	266
Anexo 3. Características de los cuestionarios autocontestados validados....	278
Anexo 4. Características de las herramientas con metodología cualitativa...	302
Anexo 5. Resultados validación y/o fiabilidad de los cuestionarios autocontestados.	327
Anexo 6. Guion de la entrevista (Percepción de la ACP desde la perspectiva del estudiante de medicina).....	330
Anexo 7. PPOS traducida al español.....	332
Anexo 8. Cuestionario pilotaje.....	336
Anexo 9. Cuestionario final.....	342

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACM: Atención Centrada en el Médico

ACP: Atención Centrada en la Persona

AP: Atención Primaria

DE: Desviación estándar

GF: Grupos focales

IOM: US Institute of Medicine

MBE: Medicina Basada en la Evidencia

MFyC: Medicina familiar y comunitaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

PPOS: Patient Practitioner Orientation Scale

RMP: Relación médico-paciente

RS: Revisión sistemática

TDC: Toma de decisiones compartida

US: United States

RESUMEN

Resumen

Objetivos: El objetivo general fue describir las actitudes hacia la atención centrada en la persona (ACP) de los estudiantes de la facultad de Medicina de Murcia analizando las variables que influían en esas actitudes. Como objetivos secundarios se propuso a) realizar una revisión sistemática (RS) que permitiera conocer las herramientas validadas que evaluaran las actitudes hacia la ACP en estudiantes de Medicina y comparar las características psicométricas de éstas; b) realizar una investigación cualitativa mediante grupos focales (GF) y conocer las actitudes hacia la ACP y las habilidades de comunicación; c) identificar mediante RS y GF las variables dependientes e independientes que pudieran influir en esas actitudes y d) analizar el cambio de éstas a través del avance del curso académico.

Método: La búsqueda de la RS fue realizada hasta mayo de 2017 utilizando las siguientes fuentes bibliográficas: Pubmed (MEDLINE), EMBASE (ELSEVIER), Índice Médico Español, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, ProQuest Databases Education (ERIC), Literatura Latinoamericana y del Caribe en ciencias de la salud (LILACS) y literatura gris. La estrategia de búsqueda de PUBMED: MESH “medical students”/“medical student” AND “patient-centered care” AND “attitudes”/ “questionnaires”/ “validation studies”, sin limitaciones de idioma ni fecha. Los criterios de inclusión fueron estudios que realizaran revisiones sistemáticas, estudios descriptivos y estudios de validación realizados en estudiantes de medicina, que midieran ACP y utilizaran algún cuestionario y/o escala validada. Dos investigadores hicieron selección de los potenciales artículos elegibles. El texto completo de los elegidos se recuperó y se evaluó de forma independiente para posterior extracción de datos, identificación y resolución de discrepancias.

Fueron realizados 11 GF con un guion de entrevista semiestructurada sobre 83 estudiantes de 3º y 6º curso de Medicina. Se utilizaron grabaciones de audio e imagen, tras el previo consentimiento. Tras la grabación se realizó un proceso de transcripción, categorización y análisis de contenido con el programa ATLAS.ti 8. Por último, se creó un cuestionario informatizado autoadministrado con el que se invitó a participar de forma anónima y voluntaria a todos los estudiantes de los seis cursos de la facultad de Medicina. El proceso fue

realizado a través del aula virtual con la herramienta encuestas.um.es, y se mandó por correo electrónico un enlace de acceso desde febrero hasta mayo de 2019. El cuestionario creado incluyó la Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS), tras confirmar mediante la RS que era la mejor escala validada hasta el momento para medir ACP en estudiantes de grado, 11 ítems a partir de la transcripción de las entrevistas de los GF y variables seleccionadas a partir de las diferentes herramientas encontradas en la RS. Previamente se procedió a realizar un pilotaje cognitivo en diciembre de 2018 para la posterior creación de del cuestionario definitivo. Se analizaron los resultados con SPSS versión 24 realizando un análisis descriptivo, un análisis bivariante y análisis multivariante mediante regresión múltiple y logística.

Resultados y conclusiones: En la bibliografía no se encontraron estudios en España que evaluaran la orientación hacia la ACP entre estudiantes de Medicina y, por tanto, tampoco herramientas validadas que pudieran hacerlo. Con la RS se concluyó que el mejor instrumento seleccionado para evaluar la ACP era la PPOS, que englobaba los dominios cuidar y compartir, ya que había sido ampliamente utilizada en todo el mundo, validada para estudiantes de Medicina, traducido al castellano y con buena consistencia interna en comparación con el resto. Los GF de estudiantes manifestaron que los factores que pudieran influir en su orientación hacia ACP fueran los relacionados con el currículum médico por la falta de asignaturas y prácticas, ausencia de formación y motivación en los profesores así como falta de tiempo en consulta y los relacionados con la educación e influencia profesional de los padres así como sus experiencias en problemas de salud. Con los resultados del cuestionario se concluyó que ser mujer, tener pareja o estar casado y ser ateo o agnóstico fue determinante para tener más ACP. En el dominio compartir los menores de 22 años tenían más tendencia hacia la ACP, pero en el dominio cuidar conforme avanzaban de curso académico se orientaban más hacia ACP. Los alumnos que se decantaban por especialidades clínicas en el futuro así como los que eligieron motivación humanitaria para estudiar Medicina reflejaron tener más ACP.

ABSTRACT

Abstract

Objectives: The primary objective of this research was to describe the attitudes towards patient-centered care (PCC) among medical students of Murcia's Medical School and analyze the variables that influenced these attitudes. The secondary objectives were: a) to conduct a systematic review (SR) in order to know the validated tools that evaluated the attitudes towards PCC in medical students and to compare their psychometric characteristics; b) to carry out a qualitative research through focus groups (FG) and learn about attitudes towards PCC and communication skills; c) to identify the dependent and independent variables that could influence these attitudes through the conducted SR and FG and d) to analyze the changes as they progressed through the clinical curriculum.

Methods: A SR was conducted using the following bibliographic databases from their inception to May 2017: Pubmed (MEDLINE), EMBASE (ELSEVIER), Spanish Medical Index, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, ProQuest Databases Education (ERIC), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and grey literature. The research syntax strategy for PubMed was: MESH "medical students" / "medical student" AND "patient-centered care" AND "attitudes" / "questionnaires" / "validation studies", without language or date limitations. The inclusion criteria were systematic reviews, descriptive studies and validation studies that were conducted in medical students and measured PCC using a validated questionnaire and / or scale. Two investigators selected the potential eligible articles. The full text of those chosen was retrieved and independently evaluated for later data extraction, identification and resolution of discrepancies.

Eleven FGs were conducted with a semi-structured interview script on 83 medical students of the 3rd and 6th academic year. Audio and image recordings were used, after prior consent. After the recording, a process of transcription, categorization and content analysis was carried out with the ATLAS.ti 8 program. Finally, a self-administered computerized questionnaire was created with which all medical students from all academic years were invited to participate anonymously and voluntarily. The process was carried out through a virtual classroom with the survey tool "encuestas.um.es", and an access link to the

survey was sent by email available from February to May 2019. The developed questionnaire included: a) the Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS), which was confirmed to be the best validated scale so far to measure PCC in undergraduate students; b) 11 items from the transcription of the interviews of the FG and c) variables selected from the different tools found in the SR. A cognitive piloting was carried out in December 2018 for the subsequent creation of the final questionnaire. The results were analyzed with SPSS version 24, performing a descriptive analysis, a bivariate analysis and a multivariate analysis using multiple and logistic regression.

Results and Conclusions: None of the studies found in the bibliographic research that evaluated attitudes towards PCC among medical students was performed in Spain, and subsequently none validated tool in Spanish was found either. The conclusion of the SR was that the best instrument to evaluate the PCC was the PPOS, which measures attitudes along the dimensions 'sharing' and 'caring', as it has been used worldwide, is validated for medical students, is translated into Spanish and presents good internal consistency compared to other instruments. The FG of students stated that the factors that could influence their attitudes towards PCC were those related to the medical curriculum due to the lack of subjects and clinical clerkships, lack of training and motivation of their teachers as well as lack of time in the outpatient clinic and finally those related to their parent's education and careers as well as their experiences in dealing with health problems. From the final questionnaire it was concluded that being a woman, having a partner or being married and being an atheist or agnostic was decisive for having more PCC. In the shared domain, those under the age of 22 years were more inclined towards PCC, but in the care domain, as they progressed through the academic year, they were more oriented towards PPC. Students who would opt for clinical specialties as well as those with humanitarian motives to study medicine reflected having more PCC.

I.INTRODUCCIÓN

1. Definición e historia del concepto de Atención Centrada en la Persona

Tradicionalmente, los médicos han decidido por sus pacientes, en la creencia de que, efectivamente, eran ellos quienes mejor conocían lo que realmente les convenía. Este enfoque biomédico tradicional entiende que las molestias indican la existencia de una enfermedad reducida a un conjunto de signos y síntomas (1, 2). En consecuencia, el adecuado diagnóstico de la patología a través de sus manifestaciones les permite adoptar decisiones terapéuticas apropiadas sin contar con la intervención del paciente (2). Actualmente este enfoque se considera reduccionista y emerge otra perspectiva: los pacientes son, además de los profesionales, expertos en sus propios cuerpos, sus síntomas y sus situaciones, y esta información es esencial para mejorar los resultados de la intervención terapéutica (3).

Durante el último medio siglo, el concepto de ACP ha crecido desde un punto de vista teórico englobándose en una dimensión central que en la que se considera atención médica de alta calidad (1,4). En la práctica médica actual, la perspectiva y la participación del paciente, la toma de decisiones compartida y centrarse en la información de los resultados para el paciente es cada vez más importante. En consecuencia, los profesionales sanitarios, para ser más efectivos, deben compartir la toma de decisiones con los pacientes (3). Esto indica un enfoque que podría considerarse centrado en el paciente. Sin embargo, el concepto no ha sido bien definido y se usa a menudo sin hacer referencia a una definición específica (5). A finales del siglo XX, el uso del concepto se produjo con una tendencia social (6) hacia la mayor individualización y el empoderamiento de los pacientes (7) . En todo el mundo, la ACP se ha integrado gradualmente en la forma en que se espera que los médicos practiquen y traten a los pacientes (8), y el enfoque se enseña durante la educación médica (9) . A pesar del énfasis en el valor de centrado en el paciente, todavía no existe una definición aceptada universalmente (10).

Es difícil decir quien fue el primer autor en definir este modelo. Posiblemente G. Engel, cuando postuló en los años 70 el modelo biopsicosocial, describió los conceptos que permitirían más tarde resultar como práctica clínica

centrada en el paciente (2). Hereda esta línea de pensamiento el llamado Grupo de Rochester, que en la actualidad lidera Ronald M. Epstein (11).

En sus orígenes, la ACP se limitaba al marco psicológico o psicoterapéutico. En 1969, Balint pedía a sus compañeros que consideraran a los pacientes como seres humanos únicos y que hicieran un diagnóstico global de su enfermedad incluyendo todo lo que sabían sobre ellos (6). Esta nueva perspectiva fue posteriormente considerada un aspecto esencial de la Atención Primaria (AP) de salud por autores como Barbara Starfield o Julian Tudor Hart (2). Resaltaban la importancia terapéutica de esta relación entre médico y paciente (RMP), considerando que ambos debían comportarse como coproductores de salud en beneficio del paciente (1). Mientras para Byrne y Long en 1976 la ACP representaba un estilo de consulta donde el médico utilizaba el conocimiento y la experiencia del paciente para guiar la interacción (12).

En la década de los 80, McWhinney describe el enfoque centrado en el paciente como una atención médica donde "el médico intenta entrar al mundo del paciente, para ver la enfermedad a través de los ojos del paciente". También se destacó la información a los pacientes y su participación en la toma de decisiones. Ian McWhinney, con su *Textbook of Family Medicine*, en un intento de operacionalizar el concepto llevó a definiciones y descripciones ampliadas que contenían seis dimensiones —explorar la dolencia y la enfermedad, comprender al individuo, encontrar un acuerdo, incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud, mejorar la relación médico-paciente (RMP) y ser realista— (13).

El grupo liderado por M. Stewart, formado por Brown, Weston, McWhinney, McWilliam y Freeman, del Centro de Estudios de Medicina de Familia, en la Universidad de Ontario, Canadá, toma estas mismas premisas y realiza los primeros trabajos de campo con instrumentos de medida específicos (13). Su modelo del método clínico centrado en el paciente identifica seis componentes interconectados: 1) explorando tanto la enfermedad como la experiencia de la enfermedad: el médico debe tratar de comprender la experiencia única de la enfermedad del paciente, incluido el impacto de la enfermedad y las expectativas; 2) entendiendo a la persona en su totalidad:

agregar aspectos contextuales adicionales sobre la situación del paciente; 3) encontrar un terreno común con respecto a la gestión: definir el problema y los objetivos de tratamiento; 4) incorporación de la prevención y promoción de la salud; 5) mejorar la RMP: desarrollarse a través de la confianza, compartir poder y compasión; 6) 'ser realista' acerca de las limitaciones personales y temas como la disponibilidad de tiempo y recursos (13).

En el ámbito de la lengua española, J. Tizón es quien, de manera independiente a los autores citados, define en la década de los 80 lo que llama «modelo centrado en el consultante», con un fuerte énfasis en la comunidad en que vive dicho consultante (14). La ACP es aquella práctica clínica que tiene por objetivo diagnosticar, prevenir y tratar al paciente de manera acorde a los conocimientos de la Medicina Basada en la evidencia (MBE), pero adaptándolos a la perspectiva vital del paciente, para así lograr una comprensión y una acción compartida de la enfermedad, sus consecuencias y su tratamiento (14).

Aunque se refiere de manera fundamental al paciente no hay que olvidar que la familia, el equipo médico y las instituciones donde se desarrolla el acto asistencial son piezas claves:

1. Explorar y validar las experiencias individuales de los pacientes en relación a su sufrimiento, necesidades, expectativas y valores, como miembros de una familia y de una comunidad (14).
2. Ofrecer a los pacientes y sus familiares la oportunidad de participar y colaborar en el cuidado del paciente; en este sentido el familiar nunca es el «enemigo a batir», sino un aliado potencial y necesario con el que también trabajaremos.
3. Mejorar la RMP, pero también la relación entre el paciente y el equipo, y el paciente y la institución (14).

La ACP también afecta a la política y la gestión sanitaria. Se espera que los pacientes activos adopten un mayor grado de autocuidado y mejoren su salud de una forma más eficiente para el sistema sanitario. Desde Alma-Ata (1978), la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que los pacientes deben participar activamente en los servicios de salud que les afectan. En 2001, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) (15) incluía la ACP dentro de

los seis objetivos básicos del sistema de salud norteamericano. Lo definía como «el sistema de salud que establece un compañerismo entre médicos, pacientes y sus familias (cuando se da el caso) para asegurar que las decisiones respetan los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes, así como que los pacientes disponen de la educación y el soporte necesarios para tomar decisiones y participar en su propio cuidado» (15). También en nuestro continente, la OMS considera que la ACP es la estrategia más adecuada para elevar el nivel de salud poblacional (16)

La ACP queda también definida por eslóganes como «Primero las necesidades del paciente», creado por la Clínica Mayo para enfatizar que deben anteponerse las necesidades del paciente a la conveniencia del profesional o a la inercia asistencial. En el Reino Unido triunfó la idea «Nada sobre mí sin mí» para resaltar la importancia de la transparencia y la participación de los pacientes en todos los temas que les afectan. Finalmente, hay que mencionar la frase «Cada paciente es único» para mostrar que las enfermedades cambian en relación con quién las presenta y, en consecuencia, para abogar en favor de individualizar la atención clínica (17).

La ACP queda, en primer lugar, justificada por razones morales. Se alinea con algunos de los principios y normas deontológicas fundamentales, como son el respeto a la persona, la toma de decisiones compartida y la responsabilidad de atender a los pacientes especialmente vulnerables. También lleva implícito el virtuosismo ético de reflexionar críticamente sobre la propia práctica para encontrar y adoptar aquellas actitudes y disposiciones que mejoran los comportamientos propios (18).

2. Dimensiones de la Atención Centrada en la Persona

Al darse cuenta de que la falta de una definición de ACP acordada universalmente había obstaculizado el desarrollo conceptual y empírico, en el año 2000 Mead y Bower realizaron una revisión de la literatura publicada que contenía el concepto de centrado en el paciente. El objetivo era proporcionar un marco más claro para futuros teóricos y científicos (19).

El desarrollo del concepto de ACP está íntimamente relacionado con las limitaciones percibidas en la forma convencional de hacer medicina, etiquetada a menudo como "modelo biomédico". Mead y Bower proponen que la medicina "centrada en el paciente" se diferencia del "modelo biomédico" en términos de cinco dimensiones clave, cada una de las cuales representa un aspecto particular de la relación entre el médico y el paciente: *perspectiva biopsicosocial, el paciente como persona, compartir poder y responsabilidad, la alianza terapéutica y el médico como persona* (19).

Mead y Bower también revelaron que las diferentes escalas desarrolladas para medir la orientación centrada en el paciente medían diferentes constructos y carecían de validez de constructo (19).

En una revisión sistemática (RS) de Langberg et al. de 2019 se actualizó el concepto ACP, mostrando que la mayoría de las dimensiones de Mead y Bower a partir del 2000 seguían siendo relevantes para entender el concepto. Sin embargo, las dimensiones que definieron no se incluyeron con igual frecuencia (20). En particular, la dimensión del *médico como persona* fue mencionada considerablemente menos que las otras cuatro dimensiones. *Compartiendo poder y responsabilidad*, incluida la noción de toma de decisiones compartida y *alianza terapéutica* parecían ser las dos dimensiones más mencionadas en los artículos incluidos de esta revisión (16).

La perspectiva biopsicosocial y el paciente como persona también se incluían, pero con menos frecuencia que *compartir el poder responsabilidad y alianza terapéutica*. Además, una nueva dimensión que fue muy mencionada en los nuevos artículos que surgieron y fue la dimensión del *cuidado coordinado* (20).

En 2001, inspirado por la definición de Gerteis (21), el IOM describió el concepto de ACP a través de seis dimensiones, algo más operacionales (9):

1. El respeto a los valores, preferencias y necesidades expresadas de los pacientes implica ayudar al cuidador para conocer al paciente individual con un enfoque holístico en lugar de tratamientos estándar para “pacientes estándar”.
2. El cuidado coordinado e integrado se considera especialmente importante para los pacientes vulnerables o aquellos que se encuentran demasiado enfermos para coordinar el cuidado suficientemente para ellos mismos.
3. A través de la información, la comunicación y la educación, los pacientes deben ser adecuadamente capacitados para tomar parte en las decisiones médicas. Información sobre diagnóstico, pronóstico y planes de tratamiento deben compartirse con los pacientes en un lenguaje no técnico.
4. Asegurar la comodidad física enfatiza la importancia del manejo correcto del dolor y otras molestias de los pacientes para lograr la comodidad física.
5. Proporcionar apoyo emocional, aliviando el miedo y ansiedad causada por un estrés emocional abrumador por miedo o incertidumbre a medida que los pacientes hacen el tratamiento.
6. La IOM recomienda involucrar a familiares y amigos porque la familia cercana y los amigos de confianza pueden resultar beneficiosos durante la toma de decisiones médicas y pueden ofrecer apoyo al paciente.

La definición de la IOM de ACP se inspiró en las ocho dimensiones del Instituto Picker, desarrollado a través de grupos focales y encuestas a pacientes, sus redes y personal sanitario (22).

A pesar de las definiciones heterogéneas de ACP, la participación y la opinión del paciente se ha considerado cada vez más importante, y la ACP se ha enmarcado como la forma de realizar dicho tratamiento (23).

Solo unos pocos artículos de la RS de Langberg et al. contenían definiciones que no encajaban fácilmente en ninguna de las anteriores dimensiones (20). Estas definiciones utilizaban descripciones, a veces con referencia a la IOM,

centrándose en los comportamientos de cuidado, incluida la amabilidad y la cortesía (24), mostrando respeto, por ejemplo de deseos y necesidades del paciente (25,26), dignidad (27) y reconocimiento de los valores de los pacientes (28). Con un poco de ingenio, estas definiciones podrían pertenecer al dominio de *paciente como persona*. Sin embargo, interpretamos al *paciente como persona* más como el proceso de comprensión del paciente.

2.1 Perspectiva biopsicosocial

Muchas enfermedades que se presentan en entornos comunitarios no pueden asignarse adecuadamente a taxonomías de enfermedades convencionales (29). En algunos casos, la exclusión de la patología y la posterior confirmación de que no hay nada médicamente puede agravar más que aliviar el sufrimiento de un paciente. A la inversa, las personas que no se sienten enfermas pueden tener algún trastorno clasificable que se considere digno de tratamiento médico (por ejemplo, hipertensión). Además, sentirse enfermo y buscar ayuda en respuesta a una enfermedad parecen tener poca relación con el tipo de enfermedad o su "gravedad" clínica (30). Tales resultados desafían un supuesto clave del "modelo biomédico": que el padecimiento y la enfermedad son coexistentes. Esta limitación ha fomentado, en parte, la adopción de un marco explicativo más amplio por parte de los médicos, particularmente en la práctica general. Una perspectiva biológica, psicológica y social combinada se considera necesaria para dar cuenta de toda la gama de problemas presentados en la Atención Primaria (AP). El concepto se desarrolla aún más en el "modelo biopsicosocial" de Engel (31) donde los trastornos se conceptualizan como existentes en varios niveles interactivos, jerárquicos (desde los niveles biológicos hasta los niveles psicológicos y sociales). La ampliación de la perspectiva explicativa sobre la enfermedad para incluir factores sociales y psicológicos ha expandido el ámbito de la medicina al ámbito de los pacientes aparentemente "sanos". De nuevo, esto ha sido particularmente evidente en la práctica general. Para Stott y Davis en 1979, el "potencial excepcional" de la consulta de AP no estaba relacionado con el manejo de trastornos agudos y crónicos (físicos y psicosociales), sino que también incluía posibilidades para la promoción de la salud y la modificación del comportamiento para la búsqueda de ayuda (32). Stewart et al. en 2003 afirmaron que la ACP requería una "voluntad de

involucrarse en toda la gama de dificultades que los pacientes traen a sus médicos, y no solo sus problemas biomédicos" (33) . Además, estos autores consideraban la promoción de la salud como un componente esencial.

El enfoque holístico se consideró parte de la ACP desde la formulación del concepto en 1969 (6), y según nuestros datos, sigue siendo un aspecto importante. Descrito como cuidado holístico, Sidani y Fox entendieron la dimensión como: "cuidado integral que abarca todos los dominios de la salud (es decir, biofísico, cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual)" (34).

2.2 El paciente como persona

Una perspectiva biopsicosocial por sí sola no es suficiente para una comprensión completa de la experiencia de la enfermedad del paciente, que depende de su 'biografía' particular (35) .

De manera similar, el tratamiento médico (incluso la cura) de la enfermedad no alivia necesariamente el sufrimiento de todos los pacientes. Por ejemplo, el tratamiento del cáncer en una mujer joven amenaza el sentido de sí mismo y la percepción del futuro (36). Para comprender la enfermedad y aliviar el sufrimiento, la medicina debe primero comprender el significado personal de la enfermedad para el paciente. Claramente, el significado personal puede tener muchas dimensiones. Las ciencias sociales y del comportamiento han contribuido significativamente a nuestra comprensión de cómo las personas interpretan las enfermedades y qué importancia pueden tener para ellas.

La inseguridad económica puede hacer que un individuo se muestre reacio a interpretar los síntomas como una enfermedad por temor a ser etiquetado que no puede trabajar. De manera similar, las normas y creencias culturalmente determinadas influyen en "modelos explicativos"; es decir, las herramientas conceptuales y verbales utilizadas para describir, explicar y predecir enfermedades (37,38). Aunque estos modelos a veces pueden estar en desacuerdo con las explicaciones médicas convencionales, pueden predecir cómo actúan los individuos en respuesta a la enfermedad.

Desde la perspectiva psicodinámica, Balint destacó que la sensibilidad al mundo psicológico del paciente es crucial para comprender las motivaciones inconscientes que pueda tener el paciente y entender que "la actitud del paciente hacia su enfermedad es de suma importancia para cualquier terapia" (39). Por lo tanto, concibe al paciente como un individuo con experiencia más que como el objeto de alguna entidad de enfermedad. Atender a "la historia de la enfermedad del paciente" (40) implica explorar tanto los síntomas de presentación como el entorno de vida más amplio en el que ocurren (41). El objetivo, según Balint, es "entender las quejas del paciente y los síntomas y signos encontrados por el médico, no solo en términos de enfermedades, sino también como expresiones de la singularidad única del paciente, sus conflictos y sus problemas" (42). Los pacientes no pueden caracterizarse por completo por una etiqueta de diagnóstico, ya sea física, psicológica o social (39). Para desarrollar una comprensión completa de la enfermedad del paciente y proporcionar un manejo efectivo, el médico debe esforzarse por entender al paciente como una personalidad idiosincrásica dentro de su contexto único (43).

2.3 Compartir poder y responsabilidad

La ACP promueve el ideal de una relación igualitaria entre médico y paciente, diferenciándose fundamentalmente de la relación convencional "paternalista" propuesta por Parsons desde 1951 (44). Parsons consideraba que la deferencia del paciente a la autoridad médica es una parte importante de la función social de la medicina, sirviendo a los intereses de ambas partes. La relación asimétrica entre médico y paciente (según la cual la autoridad y el control recaen sobre el médico) se considera una consecuencia inevitable de la "brecha de la competencia" entre el médico experto y el paciente lego. Sin embargo, el modelo de relaciones sociales de Parsons ha sido muy criticado por sus supuestos de mutualidad y reciprocidad entre las dos partes (44).

Por ejemplo, Friedson en 1970 sostiene que el conflicto entre la autoridad médica y la autonomía del paciente es fundamental para la RMP (45). Las cuestiones de poder y control en la RMP fueron fundamentales para las críticas sociopolíticas de la medicina (particularmente críticas feministas del patriarcado médico) que alcanzaron su apogeo en la década de 1970 (46). Estas críticas se

tradujeron en llamamientos para un mayor reconocimiento médico de la legitimidad del conocimiento y la experiencia, y un mayor respeto por la autonomía del paciente.

El incumplimiento de los pacientes y la insatisfacción con la atención fueron atribuibles a algún fallo por parte de los médicos; por ejemplo, no considerar a los pacientes como expertos en sus propias enfermedades (47), para proporcionar información y explicación adecuadas o para alcanzar un consenso mediante la negociación (48).

Lo que defienden estos y otros autores es un cambio en las relaciones médico-paciente del modelo 'cooperación-guía' (análogo a una relación padre-hijo) al modelo 'participación mutua' (análogo a una relación entre adultos) (49), donde el poder y la responsabilidad se comparten con el paciente. Las nociones relacionadas como 'participación del usuario', 'negociación', 'concordancia' y 'empoderamiento del paciente' han sido particularmente evidentes en el ámbito de la política de salud en los años 80 y 90 (50).

Los pacientes son considerados cada vez más como "consumidores" activos (y potenciales críticos) con el derecho a ciertos estándares de servicio, incluido el derecho a la información completa, a ser tratados con respeto y a participar activamente en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Además de los argumentos políticos y morales, se han avanzado en las justificaciones clínicas para compartir el poder e involucrar a los pacientes en la atención (51).

Byrne y Long en 1976 introdujeron por primera vez esta dimensión particular de compartir poder y responsabilidad en el concepto de ACP (52), y el tema de compartir el poder del médico y la participación de los pacientes es un elemento casi universal de las descripciones publicadas desde entonces (41, 53).

En las consultas centradas en el médico, predominan las habilidades y el conocimiento técnico del médico, reflejados en comportamientos tales como el interrogatorio directo y cerrado hacia el paciente. Estas conductas satisfacen las necesidades de control del médico. A la inversa, las consultas centradas en el paciente reflejan el reconocimiento de las necesidades y preferencias de los

pacientes, caracterizadas por comportamientos tales que animan al paciente a expresar ideas, escuchar, reflexionar y ofrecer colaboración (52). Si bien no está claro hasta qué punto la RMP puede llegar a ser, en la práctica, genuinamente simétrica, la ACP está orientada a fomentar una participación significativamente mayor en la atención que la que generalmente se asocia con el "modelo biomédico".

2.4 Alianza terapéutica

Es a menudo reformulada como *relación terapéutica* y se describió enfocada en la relación y como atención centrada en la relación. Duggan et al. incluyó la naturaleza moral de esta alianza: "es una cuestión de valorar la relación de una manera especial. Esta valoración también se materializa en la práctica de 'atención centrada en la relación', que se ha sugerido como un replanteamiento más completo de ACP (18)". Alternativamente, la dimensión se describió como "construir una relación constructiva" (54), centrándose en "actitudes y relación con la persona" (55), "la relación o alianza terapéutica" (34, 56) "construyendo una alianza" (5, 34, 56–60) y como priorizando la comunicación respetuosa entre paciente y médico (34, 55, 58, 61–64). Esta descripción final fue formulada por Sidani y otros como: "Profesionales de la salud y pacientes que se respetan mutuamente e intercambian información que guía la planificación, implementación y evaluación de la atención" (34).

Cuando se considera que la calidad de la relación tiene valor, en gran medida se trata de medir los resultados positivos de las decisiones de la gestión de la consulta. Por ejemplo, una manera amigable y simpática puede aumentar la probabilidad de adherencia del paciente al tratamiento. A la inversa, las respuestas emocionales negativas de cualquiera de las partes (por ejemplo, ira, resentimiento) pueden servir para complicar el juicio médico (causando un error de diagnóstico) o hacer que los pacientes no cumplan con el tratamiento. Por lo tanto, el impacto de un efecto en el resultado es indirecto, mediado a través de la gestión médica. Incluso en ausencia de un tratamiento "activo", las respuestas emocionales positivas pueden afectar la condición del paciente, el llamado efecto placebo (65).

La ACP es una prioridad para la relación personal entre médico y paciente, basada en los progresos psicoterapéuticos en torno al concepto de "alianza terapéutica". Rogers ya en 1967 propuso que las actitudes básicas del terapeuta de empatía, congruencia y consideración positiva incondicional son tanto necesarias como adecuadas para incidir en el cambio terapéutico de los pacientes (66).

La bibliografía encontrada (67) enfatiza la importancia de los aspectos de la relación profesional con el paciente, incluyendo (a) la percepción del paciente de la relevancia y la potencia de las intervenciones ofrecidas, (b) el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y (c) los componentes cognitivos y afectivos, como el vínculo personal entre médico y paciente y la percepción del médico como cuidadoso, sensible y simpático (68). Aunque la práctica de la biomedicina convencional puede involucrar aspectos significativos de la alianza terapéutica, esto no se considera necesario. Además, los efectos del tratamiento médico se distinguen teóricamente de los efectos de relación: los primeros son "reales", mientras que los últimos son un misterio, pero potencialmente beneficioso efecto secundario. Sin embargo, en la ACP, el desarrollo de una alianza terapéutica es un requisito fundamental. Una comprensión común de los objetivos y requisitos del tratamiento (lo que Balint denominó "compañía de inversión mutua") es crucial para cualquier terapia, ya sea física o psicológica. Además, la alianza tiene un beneficio terapéutico potencial en sí misma (de ahí el famoso aforismo de Balint, "la droga, el doctor") (39).

Aunque la alianza terapéutica es una función de la relación entre el médico y el paciente, la literatura centrada en el paciente se centra principalmente en el papel del médico, particularmente en las habilidades necesarias para lograr y desarrollar el "contexto emocional" deseado en las consultas (40, 41)

2.5 El médico como persona

Esta dimensión fue descrita como la importancia de las cualidades personales del médico (69). Como hace referencia Mead y Bower (19), los propios valores de los médicos y sus experiencias influyen en cómo practicar la medicina (70).

En el modelo biomédico, el objetivo fundamental es la aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas. Aunque la falta de habilidad o la instrumentación poco fiable pueden causar errores, no hay una razón teórica por la que los médicos bien entrenados no sean intercambiables ya que la subjetividad del médico no tiene impacto en el diagnóstico y tratamiento (45). Cuando la subjetividad (incluida la influencia de la incertidumbre del médico) es evidente, se considera remediable a través de la educación y una mejor instrumentación. Balint, Courtenay, Elder, Hull & Julian (71) describen el modelo biomédico como "la medicina de una persona" en el sentido de que una descripción clínica satisfactoria no requiere consideración del médico.

En contraste, la medicina centrada en el paciente es 'medicina de dos personas', por lo que el médico es un aspecto integral de cualquier descripción de este tipo de relación: "el médico y el paciente están en contacto mutuo todo el tiempo y no pueden considerarse por separado" (71). La subjetividad del médico, por lo tanto, se considera inherente a la RMP, aunque no es necesariamente benigna. La influencia del médico puede servir para limitar el comportamiento del paciente o provocar respuestas negativas como la agresión. Sin embargo, la sensibilidad y la percepción de las reacciones de ambas partes pueden utilizarse con fines terapéuticos. Balint et al. (71) describen cómo las emociones engendradas en el médico por presentaciones de pacientes particulares pueden usarse como ayuda para un mayor manejo (lo que se denomina "contratransferencia" en la literatura psicodinámica).

Winefield et al. (53) describen esta dimensión de la ACP como "la atención del médico a las señales de la relación efectiva que se desarrolla entre las partes, incluida la autoconciencia de las respuestas emocionales". Sin embargo, reconocen que se han hecho pocos esfuerzos para medir este aspecto.

2.6 Cuidado coordinado

Se trata de una nueva dimensión que no forma parte de las cinco dimensiones definidas por Mead y Bower (19). Se abordó tras la necesidad de coordinación e integración de los diferentes segmentos del plan del cuidado de un paciente. Se describió como "accesibilidad de la atención" (25, 27, 34, 55, 59,

72 – 74), "coordinación" (27, 55, 62, 63, 75) y "continuidad" (25, 34, 57, 59, 72, 75).

Algunos autores describieron la coordinación de la atención como: "La prestación de servicios por parte de diferentes proveedores de atención de manera oportuna y complementaria para lograr una atención al paciente conectada y cohesiva" (76, 77).

Se esperaba que la atención coordinada diera lugar a una curación más continua y sin complicaciones. La promoción de esta dimensión fue descrita para reducir el uso innecesario de los recursos sanitarios, lo que hace que la asistencia sanitaria sea más integrada y accesible, así como más rentable (78).

3. La Atención Centrada en la Persona en la actividad clínica

En la literatura se identificaron seis tareas clave a realizar por parte del clínico que opera en este modelo centrado en el paciente (11) y que son coherentes con las que inicialmente proponía McWhinney (13) (**Tabla I.1**).

Tabla I.1. Componentes del enfoque clínico centrado en el paciente.

La construcción de una relación de ayuda.
El intercambio de información
Percatarnos de nuestra respuesta a las emociones
Gestión de la incertidumbre
La toma de decisiones compartida
Potencias el auto-cuidado del paciente

Fuente: McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009. 460 p (13)

Además, en la actividad clínica, la ACP pasa por aplicar los componentes interactivos que se describen a continuación (79):

- *La dimensión de la enfermedad.* Contempla tanto la perspectiva biomédica, de la historia clínica, las pruebas diagnósticas y el diagnóstico diferencial, como la experiencia de estar enfermo, valorando lo que siente el paciente, cómo impacta la enfermedad en su funcionalidad y qué espera del profesional.
- *El abordaje global a la persona: perspectiva psicosocial.* Supone integrar los conceptos de enfermedad y de enfermar con la comprensión global de la persona: su posición en el ciclo vital, el impacto sobre su contexto social, sus creencias y actitudes.
- *El terreno común: compartir poder y responsabilidad.* Implica alcanzar una definición conjunta de los problemas y las prioridades, así como de los objetivos de manejo y de tratamiento, asignando tareas específicas al paciente, su familia y a los profesionales. Los objetivos de atención y las actividades preventivas aplicables han de ser realistas y ajustados a los recursos disponibles.
- *La relación médico-paciente: alianza terapéutica.* Cada encuentro con el paciente debe utilizarse para mejorar la relación, para

desarrollar confianza y respeto, compartiendo poder y conocimiento. Por este motivo, la continuidad asistencial es un aspecto esencial de la atención.

El enfoque de la MBE complementa el de la ACP. Por un lado, es necesario investigar sobre la efectividad de las estrategias y los procesos de la ACP para que avance el conocimiento de este enfoque terapéutico. Por el otro, precisamos del conocimiento de la investigación biomédica para que la implicación del paciente en las decisiones clínicas esté basada en la mejor evidencia disponible. Por este motivo, los ensayos clínicos son mucho más útiles para la atención clínica práctica cuando en sus diseños incorporan las preferencias de los pacientes (80).

La atención médica moderna está influenciada por dos paradigmas: la "MBE" y la "ACP". En la última década, ambos paradigmas ganaron rápidamente popularidad y ahora se supone que ambos afectan el proceso de toma de decisiones clínicas durante la práctica diaria de los médicos. Sin embargo, un análisis cuidadoso muestra que se centran en diferentes aspectos de la atención médica y, de hecho, tienen poco en común (80).

La MBE es un concepto bastante joven que entró en la literatura científica a principios de la década de 1990. Tiene básicamente una perspectiva biomédica y positivista. Su objetivo es ofrecer a los médicos la mejor evidencia disponible sobre el tratamiento más adecuado para sus pacientes, considerando la medicina simplemente como una empresa cognitivo-racional. En este enfoque, la singularidad de los pacientes, sus necesidades y preferencias individuales y su estado emocional se descuidan fácilmente como factores relevantes en la toma de decisiones (80).

La ACP, aunque no es un fenómeno nuevo, ha atraído recientemente una atención renovada. Es una perspectiva básicamente humanista, biopsicosocial, que combina valores éticos sobre el "médico ideal", con teorías psicoterapéuticas para facilitar la revelación de preocupaciones reales por parte de los pacientes y teorías de negociación sobre la toma de decisiones. Pone un fuerte enfoque en la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes y adaptando la atención médica a las

necesidades y preferencias de los pacientes. Sin embargo, en este enfoque la base ideológica está mejor desarrollada que su base de evidencia (80).

4. Medir la Atención Centrada en la Persona

Dado que la ACP es un concepto todavía poco consensuado, no existe un modelo conceptual unánimemente aceptado para evaluarlo.

Esencialmente se emplean dos metodologías: Una se basa en la observación estructurada de la entrevista clínica, y la segunda, en la autovaloración de la experiencia de la visita realizada por parte del paciente o del profesional.

La evidencia nos muestra que este segundo enfoque permitió predecir mejor el resultado de la atención (79). Dentro de este segundo grupo destacaron dos escalas de medida destinadas a pacientes:

1. *Percepción de la atención centrada en la persona (Patient Perception of Patient-Centeredness)*. Desarrollada en Canadá, mide la percepción de la ACP percibida por sí misma en la última visita con su médico de familia (MFyC). Tiene 14 ítems medidos con una escala Likert. Considera las dimensiones de experiencia de enfermedad, atención global a la persona y terreno común (81).
2. *Medida de la atención en la consulta (Consultation Care Measure)*. Creada en el Reino Unido, también mide la percepción de ACP durante la última visita con el MFyC. Tiene cinco subescalas: comunicación y compañerismo, relación personal, promoción de la salud, enfoque positivo y claro sobre el problema, interés por el impacto sobre la vida. Abarca las dimensiones de experiencia de enfermedad, visión global de la persona, terreno común y relación médico-paciente (82).

Dentro de las escalas más populares basadas en la observación de la entrevista clínica tenemos la *rating scale*, empleada en el *Euro-Communication Study*, que es una adaptación de la *Roter Interaction Analysis System*, y el método de *Henbest y Stewart*. Se considera que ninguna de las tres escalas es suficiente para una valoración global de la comunicación de una ACP (83).

La *rating scale* sirve para valorar entrevistas médico-paciente videograbadas en las que se puntúa de 0 a 5 cada una de las siguientes dimensiones (19):

- Implicación del paciente en la definición del problema.
- Implicación del paciente en la toma de decisiones sobre el manejo del problema de la visita.
- Capacidad de ir recogiendo claves del paciente sobre aspectos ocultos del problema o de otras preocupaciones no resueltas.
- Exploración de aspectos de ambivalencia y de percepción de autoeficacia para desarrollar el plan terapéutico por parte del paciente.
- Capacidad de respuesta global del médico.

El *método Roter* codifica las expresiones verbales tanto del médico como del paciente en categorías exclusivas. Se puntúa considerando la frecuencia de expresiones que se producen en cada una de las categorías. Las categorías se separan entre aquellas a favor o en contra de la centralidad del paciente. A favor incluye (83):

- Las informaciones y preguntas realizadas por el médico o el paciente en relación con aspectos psicosociales o relacionados con los estilos de vida.
- Las preguntas de aspectos biomédicos realizadas por el paciente.
- Todas las expresiones de atención verbal que realiza el profesional (empatía, legitimación, compañerismo).
- Las conductas clarificadoras del médico (preguntando la opinión al paciente, comprobando su nivel de comprensión, solicitudes de clarificaciones).

En consecuencia, se catalogan como atención centrada en el profesional:

- Las preguntas biomédicas realizadas por el médico.
- Las afirmaciones que guían o instrucciones que el médico ofrece al paciente de forma inmediata.
- La información biomédica ofrecida al paciente.

El *método Henbest y Stewart* se centra en las respuestas del médico a las demandas verbalizadas por el paciente. Se entiende por demanda la expresión de un síntoma, pensamiento, sensación o expectativa. El observador va anotando estas ofertas a medida que se producen y la respuesta del médico a cada oferta se valora en un rango de 0 a 3. Siendo 0 si la ignora, 1 si ofrece una respuesta cerrada, 2 si da una respuesta abierta y 3 si responde con un

facilitador específico. La puntuación final es la nota media de todas las puntuaciones realizadas durante la entrevista (83).

En cambio, según la RS española de Pascual-López et al (84). no se encontraron herramientas validadas autocomplimentadas por el MFyC y que permitieran medir la ACP en nuestro medio, Atención Primaria (AP). La mayor parte de las herramientas identificadas estaban orientadas a la medición de solo algunos aspectos de una o 2 dimensiones de la ACP. Abundaban las orientadas a la comunicación y satisfacción percibida (RMP / alianza terapéutica) y las de capacitación del paciente (terrenos comunes/poder y responsabilidad compartidos) (84).

5. Efectividad de la Atención Centrada en la Persona

Se aceptó que la ACP mejora los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes al mejorar la relación que establecen con sus médicos, y al mismo tiempo reduce prescripciones, ingresos hospitalarios y pruebas diagnósticas. Sin embargo, las evidencias objetivas de sus beneficios son limitadas. Sabemos que, cuando el paciente experimenta que ha recibido ACP, está más satisfecho, considera que el tratamiento ha sido más efectivo y consume menos recursos sanitarios (82). Una revisión sistemática (RS) publicada en 2013 concluyó que la ACP mejora significativamente la satisfacción del paciente y el autocuidado, aunque no encontraba efectos marcadamente positivos sobre otras dimensiones de la calidad asistencial (59).

Otra RS más reciente sobre la efectividad de la ACP y la atención en la familia, en personas con patología aguda, concluyó que esta aporta beneficios a la atención. No obstante, el carácter cualitativo de muchos estudios y el reducido número de pacientes en otros limita la evidencia. Sin embargo, se reconoce que mejora la satisfacción del usuario, la comunicación de los pacientes y familiares con los cuidadores, reduce la ansiedad de la familia y el paciente, aumenta la adherencia a la medicación, mejora el seguimiento clínico después del alta hospitalaria y favorece una mejor utilización de los servicios sanitarios (85, 86).

La ACP también mejora las patologías crónicas, y se han descrito beneficios en casos específicos, como en la mejora de la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabéticos (1, 87).

Diferentes mecanismos explican el hecho de que la comunicación mejora la salud del paciente. Conocemos que la charla en sí misma puede ser terapéutica al reducir la ansiedad del paciente y ofrecer una mejor sensación de confort. Sin embargo, los caminos por los que la comunicación médico-paciente afecta a la salud son mucho más complejos. Las consecuencias inmediatas de la ACP son el mayor conocimiento del paciente, la confianza mutua y el acuerdo terapéutico. Estos factores inducen unos resultados intermedios, como son la mayor adherencia terapéutica y mejores habilidades de autocuidado que

conducen a una mayor sensación de bienestar. A continuación, se resumen los siete caminos por los que se considera que la comunicación mejora la salud (88):

- Mejorando el acceso a la atención. La información facilitada por el profesional puede ayudar a minimizar las barreras económicas, culturales, geográficas o de conocimiento de los servicios que dificultan la atención.
- Aumentando el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte del paciente y la comprensión mutua entre profesionales y pacientes, se favorece la implementación de tratamientos adecuados a cada circunstancia específica.
- La alianza terapéutica tiene un efecto positivo al mejorar la continuidad, la satisfacción con las decisiones adoptadas y el compromiso con el plan acordado.
- Mejorando el manejo de las emociones. Los clínicos pueden favorecer el adecuado manejo de las emociones por parte del paciente presentando la información sobre el diagnóstico y el tratamiento de forma clara y honesta, interesándose por la vida del paciente, realizando una escucha atenta y validando las expresiones de los sentimientos de los pacientes.
- Aumentando el soporte social y familiar. La propia comunicación del clínico animando, alabando, dando seguridad o consejo ya es una forma de ofrecer soporte. Pero también aconsejando cómo reforzar y orientar el soporte social y familiar de los pacientes o informando sobre estructuras formales de soporte que existen en la comunidad.
- Empoderando al paciente. La comunicación médico-paciente mejora la salud al empoderar a los pacientes para que adopten un rol activo con su enfermedad, tanto en la consulta, en las decisiones compartidas, como en las actividades cotidianas relacionadas con su salud.
- Tomando decisiones de mejor calidad. Los pacientes tienen más probabilidades de presentar una mejor salud cuando ellos y los clínicos adoptan decisiones que están basadas en la mejor

evidencia disponible, son consistentes con los valores de los pacientes, han sido acordadas conjuntamente y son factibles.

Además, la literatura manifestó que tanto la comunicación verbal como no verbal, así como la empatía desempeñan un papel importante en la RMP. Se demostró que los estilos de comunicación en colaboración se relacionaban positivamente con la satisfacción de los pacientes hacia el médico, mientras que la satisfacción negativa de los pacientes hacia el médico se relacionaba con estilos de comunicación dominante / activo (89,90). Un estilo de comunicación de asociación redujo la ansiedad de los pacientes y facilitó su apertura, mientras que un estilo de comunicación dominante / activo mostró características de reprimenda o condescendientes, lo que resultó en una menor revelación y cumplimiento del paciente (89) .

El estilo de comunicación de un médico parece ser muy importante para el primer encuentro con un nuevo paciente, porque los pacientes crean su primera impresión de un médico al centrarse en su estilo de comunicación (89). Además, los resultados de los pacientes se asocian de manera congruente con sus sentimientos sobre aspectos de la comunicación después de la consulta con un médico (69, 91, 92). En la comunicación médico-paciente, un enfoque centrado en el paciente es crucial e incluye cinco aspectos: una perspectiva biopsicosocial, el "paciente como persona", el poder y la responsabilidad compartidos, la alianza terapéutica y el "médico como persona" (19). La comunicación en los encuentros médicos comprende aspectos verbales y no verbales. Si estas formas de comunicación son inconsistentes o contradictorias, los mensajes no verbales tienden a anular los mensajes verbales (93). Se podrían detectar relaciones entre algunos de estos signos no verbales, la satisfacción de los pacientes (94), la carga de trabajo de los médicos (95), el historial de reclamaciones de negligencias de los médicos (96), el retiro de información médica por parte de los pacientes y el cumplimiento de las citas y regímenes médicos (93). Varios estudios informaron una correlación entre el uso de registros como ordenador o papel y la pérdida de contacto visual al tomar notas. Esto llevó a una frecuencia reducida de preguntas sobre aspectos psicosociales en la historia clínica de un paciente, una respuesta reducida a los

aspectos emocionales proporcionados por los pacientes y una revelación reducida de los detalles de la historia por parte de los pacientes (97).

Los médicos que expresaron empatía en los encuentros con pacientes actuando de manera cálida, amistosa y tranquilizadora parecían ser más efectivos en alcanzar la satisfacción y recuperación de los pacientes (98). La empatía es de gran importancia para obtener mejores resultados en la atención de la salud como parte de un estilo de comunicación cálido y amistoso (98). Entrenamientos en la comunicación es un método de enseñanza eficaz para mejorar la técnica de las habilidades de comunicación, así como la empatía como habilidad de comunicación (99). Sin embargo, el enfoque de las capacitaciones de comunicación para estudiantes de pregrado de medicina es a menudo en aspectos particulares de la comunicación, como por ejemplo el consentimiento informado o las malas noticias (100, 101). Se desconocía si los estudiantes de medicina podían prestar atención a todos los aspectos de la comunicación adecuada y centrada en el paciente en situaciones complejas con las que se encontrarán en su futuro lugar de trabajo. Además, se observó que el sexo tenía un efecto en la comunicación médico-paciente. Las médicas mostraron una mayor participación en la comunicación centrada en el paciente y los tiempos en las consultas fueron más largos (102). En la Escala de empatía del médico de Jefferson, las estudiantes de medicina obtuvieron una puntuación significativamente más alta que los estudiantes de medicina masculinos (103).

Según la investigación de Batenburg (104) la parte afectiva de la medicina influyó mucho en la RMP y en los resultados en salud (105). La investigación demostró que la cantidad, la calidad y el impacto de la información obtenida durante un encuentro médico estaba relacionada con el estilo, interés y participación del entrevistador (104). Se asoció una buena interacción médico-paciente con una variedad de efectos positivos en el diagnóstico preciso, en una educación eficaz del paciente, la satisfacción del paciente, así como el cumplimiento y la recuperación, la detección y el manejo de problemas psicosociales y en resultados de salud favorables (42, 51).

Por tanto, llevar a cabo una adecuada comunicación e intercambio de información durante el encuentro clínico cumple un papel central en la valoración

de la satisfacción de la atención sanitaria y en la emisión de un correcto juicio diagnóstico o terapéutico (106). Una comunicación profesional, que tenga en cuenta la cantidad de información y el estilo de presentación según las necesidades del paciente o su capacidad de comprensión, así como una adecuada escucha sobre los valores y preferencias de las personas afectadas en relación con las opciones disponibles, también podrá favorecer la alianza terapéutica y la adherencia a la prescripción médica (106). Asimismo, tener en cuenta el lenguaje no verbal (postura corporal, tono de voz, expresión facial, etc.) se convertirá en una fuente de información importante durante la consulta (106).

6. Modelos de relación entre profesionales y pacientes

Junto con la necesidad de informar a los pacientes para incitar su participación en el cuidado de la salud y en la autogestión de la enfermedad, también se propone la necesidad de promover la educación o formación de los profesionales sanitarios en habilidades que susciten una mejora de la comunicación e implicación del usuario (107).

Durante el acto clínico pueden desarrollarse distintos tipos de relación profesional-paciente. Emanuel y Emanuel en 1992 (107) destacó cuatro estilos:

1. *El modelo paternalista*: sigue exclusivamente los criterios del clínico, entendiendo que es la única persona capacitada para definir la situación de la persona enferma, así como para elegir las pruebas diagnósticas y los tratamientos más adecuados. Por tanto, el paciente recibirá información seleccionada por su especialista, y su papel se limitará a consentir la intervención propuesta. El estilo de relación paternalista pone especial énfasis en el bienestar y la salud de la persona (beneficencia), pero sin contar con su libertad y capacidad de elección (no apoya la autonomía). El profesional sanitario actuará como «padre-tutor-guardián» del paciente, determinando y poniendo en práctica aquello que, según su criterio clínico-objetivo, sea lo mejor para él (107, 108).
2. *El modelo informativo*: también llamado modelo científico, técnico o del consumidor. En este modelo se establece una relación en la que el profesional proporciona información veraz sobre la enfermedad, los beneficios y riesgos asociados a las opciones terapéuticas, y el paciente, desde sus propios valores, elige en solitario la acción terapéutica que se le debe aplicar. No hay lugar para los valores del clínico, ni para comprender ni enjuiciar la calidad de los valores de la persona afectada. El profesional de la salud actúa como «técnico-experto» y, de ese modo, dota a la persona afectada de los medios necesarios para elegir y ejercer un control prácticamente total sobre las decisiones clínicas. Por tanto, el especialista actúa según la elección del paciente (108).
3. *El modelo interpretativo*: el objetivo de este modelo es definir los valores del paciente y saber lo que realmente desea, para ayudarle a elegir entre

las opciones clínicas disponibles. Al igual que en el modelo anterior, el médico proporciona al paciente la información relevante (sobre la enfermedad, los riesgos y beneficios de cada posible intervención), pero lo decisivo es ayudar a la persona afectada a clarificar y a poner en práctica sus valores personales. El médico actúa como «consejero-consultor», ayudando al paciente a interpretar sus valores y sugiriéndole las intervenciones que mejor los lleven a cabo. En este modelo, la autonomía del paciente se concibe como autocomprensión de sus valores de salud (107).

4. *El modelo deliberativo*: en este tipo de relación, el objetivo es ayudar al paciente a elegir, entre todos los valores personales de salud, aquellos que sean más apropiados para su situación clínica. Con esta finalidad, el clínico tiene que ofrecer al paciente la información disponible sobre su situación, ayudándole a aclarar los valores incluidos en las opciones terapéuticas, e indicándole los valores que tienen mayor peso y a los que debe aspirar. El profesional sanitario representa aquí el papel de «maestro o mentor» que se compromete a dialogar con su paciente acerca de qué tipo de actuación sería la mejor. Consecuentemente, la autonomía de la persona afectada se concibe como una autorreflexión sobre valores.

Los cuatro estilos de relación expuestos quedan representados en un abanico que oscila desde el «modelo paternalista» en un extremo hasta el «modelo informativo» en el otro extremo. Se consideran posturas polares porque, según el modelo, la decisión final la toman exclusivamente el profesional sanitario o el paciente (108). En posturas menos extremas se encuentra el «modelo interpretativo», donde el profesional ayuda al paciente a interpretar sus preferencias en relación con la situación clínica, pero deja en sus manos la toma de decisión final, y el «modelo deliberativo», donde el clínico dialoga con el paciente para conocer sus valores y explorar qué acción podría ser la mejor, aunque es el profesional quien finalmente indica lo que el paciente debería hacer (107).

El modelo de toma de decisiones compartida ocupando una posición intermedia en relación con los modelos previamente descritos, en la toma de

decisiones compartida (TDC) se abandona la responsabilidad unipersonal en la elección terapéutica para implicar al menos a dos participantes (profesional sanitario y paciente, pudiendo incluir a familiares y a otros especialistas) en una toma de decisión conjunta, cuya finalidad es alcanzar un consenso sobre la alternativa a escoger (109). Lo que diferencia a la TDC del resto de los modelos es la constante participación conjunta del profesional sanitario y del paciente, en la medida en que ambos están implicados en el proceso decisional, comparten información el uno con el otro, participan en la toma de decisión expresando sus preferencias y alcanzan un acuerdo conjunto sobre la opción a implementar (110).

Con una mayor vinculación a la ACP, el modelo de TDC abandona la responsabilidad unilateral para implicar al menos a dos participantes en el proceso decisional. Respetando la autonomía del paciente y promoviendo el aumento del conocimiento sobre su condición de salud, normalmente serán el profesional sanitario y el paciente quienes compartan la información relacionada con la decisión terapéutica para llegar a un acuerdo sobre la alternativa a escoger (incluyendo la opción de «no hacer nada» o no intervenir). En este proceso también podrían participar personas allegadas al paciente u otros especialistas cuando las circunstancias así lo requieran (107).

El modelo de TDC ha adquirido protagonismo en un contexto de mayor democratización de las relaciones asistenciales, siendo especialmente relevante en las situaciones en las que han de tomarse decisiones relacionadas con pruebas diagnósticas o tratamientos sobre los que no existe certeza de sus resultados clínicos. Esta incertidumbre puede estar ocasionada por la ausencia de evidencia científica al respecto, pero también por el hecho de que distintos tratamientos con el mismo objetivo terapéutico ofrezcan un balance beneficios/riesgos similares. En este último caso, sería interesante plantear una toma de decisión razonada (111).

Por tanto, en ocasiones no existe una única o más recomendable opción terapéutica a elegir, generando la necesidad de informar al paciente para incorporar sus valores y preferencias en la toma de decisiones. En este proceso, la percepción y valoración personal que hace el paciente de los posibles

beneficios y riesgos de las opciones diagnósticas o de tratamiento podría diferir de la que hace el profesional sanitario.

En la actualidad no existe una definición totalmente consensuada sobre la TDC, pero se acepta que implica un proceso de decisión conjunta entre pacientes y profesionales sanitarios que tiene como principal objetivo que los pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud. En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos técnicos sobre las alternativas disponibles, incluyendo información sobre los beneficios y riesgos o efectos secundarios esperados, así como un balance de las opciones. De forma complementaria, el paciente aporta su experiencia sobre el problema de salud y su realidad sociocultural, así como sobre sus valores, preferencias, preocupaciones y la relevancia que le otorga a los diferentes atributos (beneficios, riesgos e implicaciones de las intervenciones). Por tanto, el objetivo de esta interacción es alcanzar una decisión consensuada sobre la intervención, donde el profesional apruebe su idoneidad sobre la base de las características clínicas del paciente y este se sienta satisfecho con la opción escogida (110).

La TDC supone un avance con respecto a la mera aplicación del consentimiento informado, ya que refuerza la autonomía e implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones. No obstante, algunos pacientes manifiestan no tener claro su deseo de participación y otros se sienten inseguros y necesitan apoyo en el proceso (112).

Muchos pacientes desean tomar parte activa en el proceso decisonal, pero, para que esto ocurra, necesitan disponer de la información requerida (113). El fortalecimiento de los pacientes implica promover la progresiva toma de control y generar responsabilidades crecientes a través del estímulo de la autoconfianza y de la autonomía. Para el individuo, el proceso de empoderamiento o capacitación significa vencer una situación de impotencia y adquirir control sobre la propia vida. Dicho proceso comienza por la definición individual de las necesidades y los objetivos deseados, centrándose posteriormente en el desarrollo de las capacidades y los recursos que lo apoyen (114).

El empoderamiento del paciente es un concepto próximo, pero más amplio que el de ACP. No proviene del sector salud, sino de las ciencias sociales. Surge como una reacción a la opresión y a las desigualdades sociales. Se ha utilizado para describir la relación entre salud y poder. Se considera que las personas empoderadas tienen más salud que las que no lo están. Ambos conceptos mantienen una estrecha relación, ya que la ACP permite identificar a las que desean o no ser empoderadas (114).

Independientemente de que los pacientes siempre hayan tenido la posibilidad de tomar parte en las decisiones derivadas del encuentro sanitario, en las últimas décadas se está enfatizando este papel desde un punto de vista tanto social como legal. Este acontecimiento está generando una implicación creciente del paciente y sus familiares en el proceso de toma de decisiones de salud, modificando el rol tradicional de mero espectador e iniciando una transición para convertirse en protagonista del proceso (115).

Este cambio en el modelo de toma de decisiones, además de ser promovido por el Sistema Nacional de Salud, es fruto de la demanda generada por los propios usuarios, tal y como recoge la Declaración de Barcelona del año 2003 (116). La Ley 41/2002, de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (117), destaca el derecho de los pacientes a decidir libremente después de recibir la información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles, a la vez que señala la obligación del profesional de cumplir con sus deberes de información y respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por las personas que asiste.

7. Atención Centrada en la Persona en España

El concepto de ACP sugería la necesidad de redefinir algunos parámetros a la hora de hablar de calidad en los sistemas de salud (118). En este contexto, la publicación del Euro Health Index 2012 (119) dejaba a España en un discreto lugar en lo que a la «percepción pública de los servicios de salud» se refería. Este euroranking sanitario, con sus limitaciones, ponía de manifiesto qué si el paciente debía ser el eje de decisión y el centro del sistema, la calidad debía tener en cuenta la satisfacción del usuario con el propio sistema. A tenor de los resultados publicados por el Euro Health Index 2012, y que han contado con una notable difusión en medios especializados (120), cabe preguntarse si realmente los españoles estaban tan insatisfechos con su sistema de salud como denota este informe. El estudio EUprimecare fue un proyecto europeo que contó con la participación de España, Italia, Estonia, Lituania, Alemania, Hungría y Finlandia y que pretendió poner de manifiesto la situación de los diferentes sistemas de AP en Europa en cuanto a costes y calidad. Este último parámetro fue medido mediante encuestas poblacionales entre todos los países miembros ($n = 3.020$) (121). En la encuesta poblacional, 431 participantes eran usuarios de los servicios de AP en España. La encuesta fue diseñada a partir de una búsqueda bibliográfica y del trabajo en grupos focales en los 7 países que formaron parte del proyecto. El objetivo era identificar los aspectos que la población consideraba más relevantes a la hora de hablar de satisfacción en AP (121). Finalmente, se concretó una encuesta donde se preguntaba a los usuarios de AP acerca de su satisfacción con los diferentes aspectos identificados como más importantes. La satisfacción de los usuarios con los sistemas de AP en España en una escala de 1 a 5 fue superior a 3 para todas las variables evaluadas, incluyendo la satisfacción global (121). La media de satisfacción de todos los ítems fue de 3,76. Sin embargo, la satisfacción en España fue inferior para todos los indicadores con respecto a la media del resto de países. Los ítems con menores niveles de satisfacción fueron aquellos relacionados con la accesibilidad de los servicios: disponibilidad de cita, tiempos de espera y duración de la consulta (121). Los usuarios expresaron mayores niveles de satisfacción en las cuestiones relacionadas con las habilidades sociales de los profesionales sanitarios: diálogo, explicaciones, atención prestada y ayuda del personal. La satisfacción

con las actividades de prevención y los test de diagnóstico ofrecidos en AP presentaron valores ligeramente superiores a la media (121).

En cambio, no se publicaron estudios hasta la fecha del uso de la Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS) en España. Por ello, en el estudio de Perestelo-Pérez et al. (122) realizado en febrero de 2021 se tradujo, se adaptó y llevó a cabo una validación psicométrica de esta escala utilizando una muestra de profesionales sanitarios. La PPOS creada en US por Krupat et al (123). se había utilizado ampliamente para evaluar las preferencias de orientación hacia ACP entre profesionales de la salud, estudiantes de medicina e incluso pacientes. La mayoría de los participantes obtuvieron una puntuación orientada hacia la ACP. Ese resultado, podría depender de los antecedentes culturales de los profesionales o de su especialidad médica (124). No se encontraron asociaciones significativas en relación con las variables sociodemográficas de los profesionales (122).

II.HIPÓTESIS

Los estudiantes de Medicina en España tienen una actitud hacia la ACP similar a la de otros países y sus actitudes están más centradas en la persona conforme avanzan de curso en sus estudios de grado.

Además, los estudiantes que han tenido menos experiencias en la formación o en las prácticas del grado de Medicina con profesores o médicos sensibles a la ACP, van a mostrar mayor sensibilidad y motivación hacia una ACM.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir las actitudes hacia la ACP entre los estudiantes de la facultad de medicina de Murcia analizando las variables que influyen en estas actitudes.

Objetivos específicos:

- Realizar una RS de la bibliografía que permita conocer la investigación realizada hasta la fecha sobre las herramientas validadas que evalúan las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la ACP y comparar las características psicométricas de las herramientas encontradas.
- Identificar mediante revisión bibliográfica las variables dependientes e independientes que puedan estar relacionadas con la orientación de estudiantes de medicina de Murcia hacia la ACP.
- Realizar una investigación cualitativa mediante grupos focales para describir y conocer las actitudes hacia la ACP y hacia las habilidades de comunicación entre los estudiantes de Medicina de Murcia.
- Identificar mediante metodología cualitativa las variables dependientes e independientes que puedan estar relacionadas con la orientación de estudiantes de medicina de Murcia hacia la ACP y hacia las habilidades de comunicación.
- Describir las actitudes globales de los estudiantes de medicina hacia la ACP según año del curso académico utilizando un cuestionario creado a partir de las variables seleccionadas y la PPOS.
- Analizar el cambio de las actitudes globales de los estudiantes de medicina hacia la ACP según curso académico.
- Describir las actitudes hacia la ACP entre los estudiantes de medicina de Murcia en las dimensiones de compartir y cuidar de la PPOS.
- Analizar las diferencias de actitud entre los estudiantes de medicina en las dimensiones de compartir y de cuidar de la PPOS según curso académico.

IV. CAPÍTULO 1: Revisión sistemática de las herramientas para la medición de actitudes hacia la atención centra a la persona en estudiantes de medicina

1. Introducción

El clásico modelo paternalista en la toma de decisiones por los profesionales sanitarios, se ha basado en la creencia de que eran quienes mejor sabían lo más adecuado para sus pacientes (58). En los últimos años ha surgido otra visión: que los pacientes son, además de los profesionales, expertos en su propio cuerpo. En consecuencia, el paciente debe ser tratado como un socio en salud con sus derechos y responsabilidades (58).

Este concepto de empoderamiento se ha utilizado en una amplia gama de contextos. Una de las primeras referencias de su uso es la de la filosofía de la educación liberadora de Paulo Freire. Este autor utilizó el empoderamiento como una respuesta a la opresión y a las desigualdades sociales. Posteriormente se ha utilizado en psicología comunitaria, teoría social crítica, estudios de género, economía rural y finalmente en la educación sanitaria y promoción de la salud. En su aplicación en el campo de la salud el empoderamiento tiene también un largo recorrido (58, 125). En primer lugar, se adoptó como elemento vertebrador en la promoción de la salud, para ser utilizado posteriormente como una forma de aumentar la autonomía y la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Mas recientemente y con el incremento de las enfermedades crónicas, es la estrategia utilizada para que los pacientes participen y asuman la responsabilidad de su cuidado. La finalidad es la mejora de los resultados de salud y el uso racional de los recursos sanitarios (58, 125).

Una definición operativa de la atención centrada en la persona (ACP) incluiría:

1. Entendimiento de las inquietudes, ideas, expectativas, necesidades, sentimientos y funcionamiento de los pacientes.
2. Comprensión del paciente dentro de su contexto psicosocial único.
3. Entender de forma compartida con el paciente su problema y tratamiento acorde con sus valores.
4. Ayudar a los pacientes compartiéndoles poder y responsabilidad, involucrándoles en las decisiones en la medida que ellos deseen (73).

La ACP ha sido reconocida como un elemento indispensable para una adecuada calidad de la atención sanitaria (8, 126, 127). La calidad de la atención influirá en diferentes aspectos como la satisfacción del paciente y el médico; en la esfera biológica, psicológica y social del paciente (128); en la adhesión del paciente al tratamiento; la disminución de prescripciones relacionadas con efectos adversos y el manejo de los pacientes con enfermedades crónicas. La ACP está también relacionada con la disminución de quejas de los pacientes, la realización de pruebas complementarias y la derivación a otros especialistas. Como consecuencia se ha producido una disminución de los costes para el sistema de salud y los pacientes (127).

Una mala relación médico-paciente también pueden contribuir a desigualdades en salud. La dignidad del paciente y la capacitación de los pacientes demostró mejorar la atención de la salud para las poblaciones marginadas y, por tanto, puede ayudar en la eliminación de las disparidades de salud.

A pesar de la evidencia de los beneficios de la ACP, las facultades de Medicina han tenido clásicamente unos currículos en los que los contenidos sobre habilidades de comunicación, actitudes humanísticas y valores profesionales, son mucho menores que los que dedican a la enseñanza de asignaturas médicas centradas en la enfermedad (129, 130). Es por tanto importante y pertinente investigar las actitudes de los estudiantes hacia la relación y comunicación médico-paciente (131, 132).

Aunque ha aumentado el interés entre los profesionales en ejercicio por la atención centrada en la relación médico-paciente y los aspectos sociales de la medicina, hay pocos estudios que exploren los cambios de actitud de los alumnos a lo largo del plan de estudios médicos. Los datos disponibles sugieren una disminución en las puntuaciones de actitud hacia la ACP conforme avanzaba su formación académica (128). Aparte de la influencia de la formación académica, varias características demográficas han sido implicadas como factores asociados con actitudes centradas en el paciente, tales como curso académico, género, origen étnico y elección de la especialidad (129, 133).

Hay pocas herramientas validadas para medir ACP entre estudiantes de medicina, siendo la más ampliamente utilizada la PPOS (129). Este cuestionario ha sido extensamente usado en US y se ha traducido a diferentes lenguas por todo el mundo. En nuestro país no hay estudios conocidos que evalúen mediante instrumentos validados la ACP entre estudiantes de medicina.

Por todo ello se consideró pertinente la búsqueda de las evidencias existentes en relación con aquellas herramientas adecuadamente descritas y validadas que exploraron las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la ACP.

El objetivo principal de este estudio ha sido la realización de una revisión sistemática (RS) para identificar los estudios con herramientas validadas que evaluaron actitudes hacia la ACP entre estudiantes de medicina. Objetivos secundarios han sido seleccionar los factores que se relacionaban con esas actitudes, así como la comparación de las características psicométricas de los instrumentos encontrados.

2. Material y método

2.1 Diseño

Se realizó una revisión sistemática siguiendo el Manual de revisores de la Colaboración Cochrane (134), previo diseño de protocolo a través de la lista de comprobación de la declaración PRISMA (135).

2.2 Estrategia de búsqueda

Se procedió a la búsqueda en las siguientes fuentes electrónicas: Pubmed (MEDLINE), EMBASE (*ELSEVIER*), Índice Médico Español, PsycInfo, Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), CINAHL, *ProQuest Databases Education* (ERIC), Literatura Latinoamericana y del Caribe en ciencias de la salud (LILACS) y *literatura gris* (*Google Scholar*-artículos encontrados en otras bases de datos). Para asegurar la saturación de la información, se realizó una búsqueda en las listas de referencias y las bibliografías de todos los artículos para encontrar estudios adicionales. También se realizaron búsqueda en bases de datos de actas de conferencias o de tesis (Tesis en Red, Teseo).

La búsqueda bibliográfica abarcó hasta mayo de 2017.

La estrategia de búsqueda utilizada para PUBMED: empleó los descriptores MESH “medical students” OR “medical student” AND “patient-centered care” AND “attitudes” OR “questionnaires” OR “validation studies” sin limitaciones de idioma ni fecha. Se amplió la búsqueda utilizando en texto libre las palabras clave: (“medical students” OR medical student OR undergraduate medical students OR medicine students) AND (“patient-centered care” OR patient-centered medicine OR patient centered medicine OR patient centered care model OR patient centered care OR patient centered OR patient centered care OR patient-centred care OR patient centeredness OR patient centredness OR person centered care OR person-centered care OR person centred care OR person centredness OR person centered medicine) AND (“attitudes” OR “questionnaire” OR “questionnaires” OR validation study OR “validation studies”)

2.3 Diseño de los estudios

Criterios de inclusión: Revisiones sistemáticas, estudios descriptivos y estudios de validación que reunieron 3 condiciones: realizados en estudiantes de medicina de pregrado de cualquier curso, que midieran ACP y utilizaran algún cuestionario y/o escala validada.

Criterios de exclusión: Se excluyeron estudios que incluyeran estudiantes de posgrado y de otras profesiones de salud diferentes a medicina. Tampoco se seleccionaron comentarios cortos, reseñas de libros y cartas a editores y revisiones narrativas.

No hubo restricciones en localización, ni fecha, ni idioma de estudios.

Los dos investigadores LQS y JAS utilizaron el programa <https://www.covidence.org/> para realizar el proceso de selección de forma independiente y se pusieron de acuerdo sobre las discrepancias. Tras eliminación de los duplicados, a partir de los títulos y resúmenes identificados, se recuperó el texto completo tanto de los estudios que cumplían los criterios de inclusión como de aquellos en los que la información disponible resultaba insuficiente. Se hizo una primera selección de los potenciales artículos elegibles basándose en los criterios de selección ya descritos. Si existía algún tipo de duda se revisó el artículo a texto completo y se procedió a una discusión y búsqueda de consenso. En caso de no ponerse de acuerdo se recurrió a la participación de un tercer evaluador, cuya decisión se consideró vinculante. La información recogida se guardó y gestionó con el gestor de referencias bibliográficas de software libre Zotero.

2.4 Extracción de datos

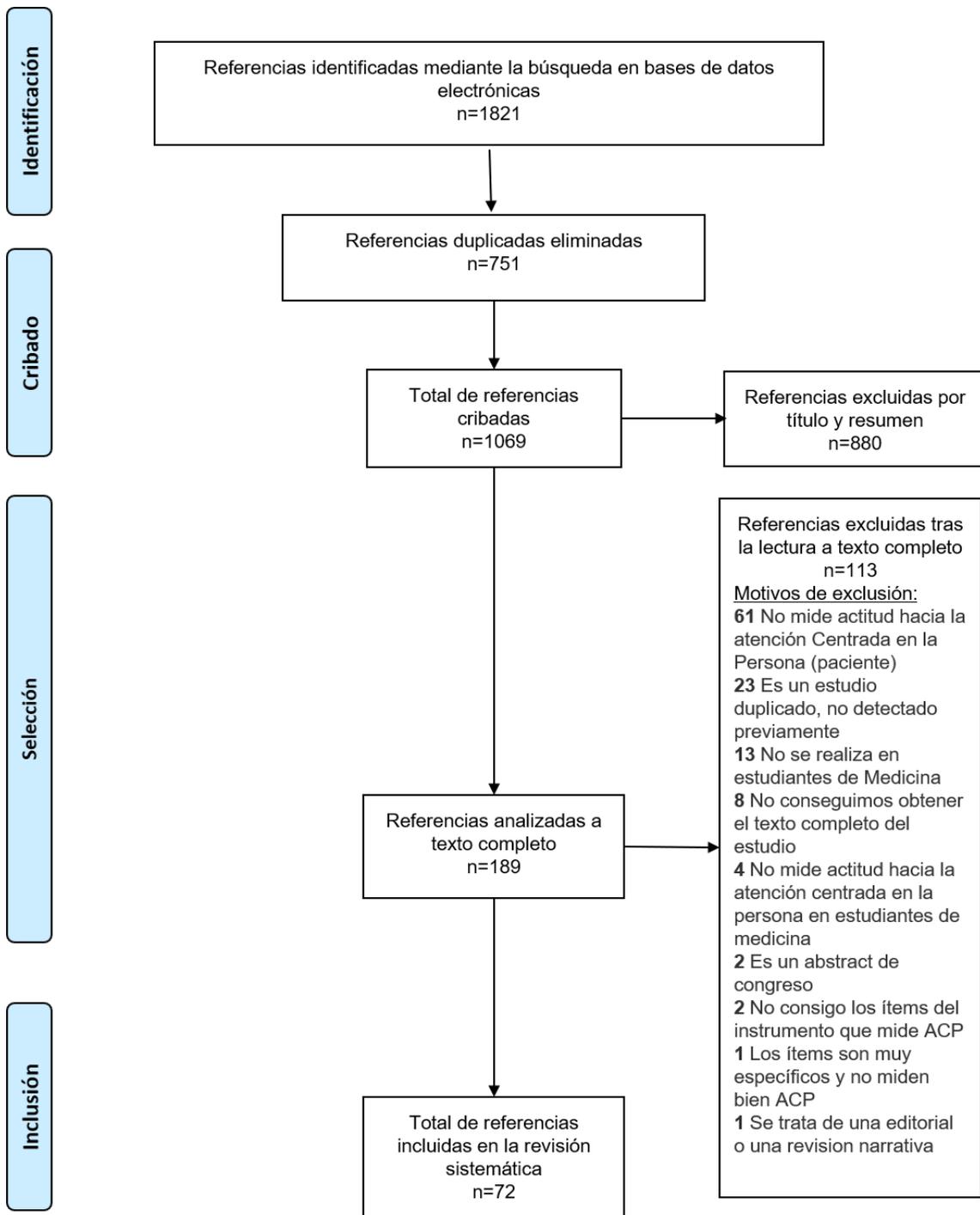
El texto completo de los estudios elegidos se recuperó y se evaluó de forma independiente por los miembros del equipo de revisión. Los dos investigadores extrajeron de forma independiente la información de cada artículo a través de un formulario estandarizado que recogió: identificación del estudio (autores y país), fecha de publicación, ubicación geográfica, idioma, tipo de herramienta, descripción de escala o cuestionario, número de ítems del cuestionario, tamaño de la muestra, características de los participantes (curso

académico), dominios medidos en el cuestionario, resultados de la validación y/o fiabilidad, ítems del instrumento y resultados relevantes. Los dos autores de la revisión que extrajeron datos de forma independiente, identificaron las discrepancias que fueron solucionadas mediante discusión.

3. Resultados

Como resultado de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas se han localizado un total de 1821 referencias, de las cuales 751 fueron excluidas por encontrarse duplicadas. Tras la eliminación de duplicados el número final de referencias cribadas han sido 1069. Una primera lectura por título y resumen permitió descartar 880 estudios que no cumplían los criterios de inclusión establecidos para la revisión sistemática. Tras el cribado final, se identificaron 189 estudios potencialmente elegibles, que fueron revisados posteriormente a texto completo. Finalmente se seleccionaron 72 de estos 189 documentos. **(Figura IV.1)**

Figura IV.1. Esquema general del estudio (136): Revisión sistemática para identificar herramientas validadas que exploren actitudes hacia la ACP en estudiantes de medicina.



Fuente: Elaboración propia

3.1 Características de los estudios incluidos

3.1.1 Metodología

Entre estos 72 estudios seleccionados, se encontraron 28 estudios descriptivos transversales (125, 134, 135, 141, 150–167) (2 con metodología cualitativa y transversal y 6 estudios de validación), 17 estudios descriptivos longitudinales (122, 133, 167–180) (1 con metodología mixta cualitativa y longitudinal y 2 longitudinales y de validación de cuestionario), 8 estudios descriptivos de cohortes (130, 178–185) (1 estudio mezcló también metodología cualitativa y otros dos también fueron descriptivos de validación), dos estudios observacionales de casos y controles (186, 187), una tesis doctoral con estudio de metodología cualitativa y longitudinal (188), y otra tesis doctoral (139) y 14 estudios, ambos con metodología cualitativa (139, 179, 180, 183, 187, 189–201). No hubo ninguna revisión sistemática.

El número de estudiantes de medicina incluidos fue desde 15 (130) a 3191 (127), coincidiendo con mayor número de estudiantes cuando la herramienta de medida fue un cuestionario autocontestado validado.

Los estudios incluyeron estudiantes de todos los cursos desde 1º hasta 6º. Las herramientas evaluaron estudiantes de un sólo curso o de varios cursos simultáneamente. En concreto 39 estudios evaluaron a alumnos de 3º curso (122, 132, 134, 142–146, 148–150, 152, 153, 157–161, 166, 169–175, 180, 182–184, 190, 193, 194, 197, 199, 206, 207), siguiendo en número los de 1º en 29 estudios (127–129, 139, 143, 145–147, 153, 157–159, 161, 162, 166, 167, 171, 172, 175, 177, 182, 184, 187, 192, 193, 196, 198, 202, 204), los de 4º curso en 22 estudios (126, 128, 129, 141, 143, 145, 147, 148, 151–156, 158, 160, 161, 169, 170, 172, 173, 187, 189), los de 6º curso en 19 estudios (126, 128, 137, 141, 144, 145, 147, 158–162, 169, 170, 180, 185, 188–190) y los de 2º curso en 17 estudios (128, 137, 143, 145, 147, 151, 158, 167, 170, 171, 175, 176, 179, 181, 184, 187, 194). Los de menor número evaluados fueron los alumnos de 5º curso (15 estudios) (128, 142, 143, 145, 147, 157–162, 170, 183, 188, 204)

Los estudios han sido publicados en los últimos 20 años, existiendo un estudio en 1988 (181) y los tres últimos en 2017 (157, 159, 173).

De los 72 estudios finalmente incluidos, en 57 utilizaron como herramienta cuestionarios autocontestados y en tan sólo 15 se utilizó metodología cualitativa. La más frecuentemente usada fue la escala *PPOS* en 27 estudios (126, 128, 129, 139, 140, 143–146, 153, 156, 157, 163, 169–174, 177–179, 186–189, 202). Otros cuestionarios utilizados fueron *Doctor-Patient Scale (DP Scale)* (137, 147, 149, 165, 167, 181, 184) en 7 estudios, *Communication, Curriculum and culture survey (C3 instrument)* (144, 152, 170, 171, 186) en 5 estudios, *Ideal Physician Questionnaire* en 5 estudios (120, 143, 168, 170, 171), *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)* (138, 155) en 2 estudios, *Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire (DCE-DQ)* (138, 155) en 2 estudios, *Communication Skills Attitude Scale (CSAS)* en 2 estudios (139, 180), *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)* (142, 162) en 2 estudios y *Leeds Attitude Concordance Scale (LATCon)* (154, 180) en 2 estudios.

3.1.2 Localización e idiomas

Al realizar la búsqueda sin restricciones de idioma, se habían publicado 7 estudios en holandés (137, 141, 147, 168, 181, 196, 201), 5 estudios en flamenco (149, 167, 180, 189, 204), 3 estudios en sueco (139, 164, 188), 3 en coreano (172–174) y dos en árabe (144, 160). Sólo un estudio se publicó en alemán (153), griego (126), portugués (128), danés (138) y cingalés (157). En el resto, que comprendía la gran mayoría (en concreto, 47 estudios) se utilizó el inglés.

La *PPOS* ha sido ampliamente usada en US (129, 144, 146) pero también se ha utilizado en otros países como Grecia (126), Reino Unido (186), Brasil (128), Alemania (153), Suecia (139), Corea (173), Sri Lanka (157), Nepal (156), Pakistán (143) y Singapur (178).

En US también se usó el *C3 instrument* (139), *Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire (DCE-DQ)* (138), *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)* (155) además de metodología cualitativa (191,197).

En otros países como Australia también se midió la ACP con cuestionarios como el Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) (142) y mediante grupos focales (190).

En Bélgica se usó el *Doctor-Patient Scale (DP Scale)* (167) y en Bélgica también junto con Países Bajos el *Ideal Physician Questionnaire* (149, 165).

3.1.3 Dominios identificados

Los dominios más relevantes de los cuestionarios para medir la ACP fueron los dominios compartir y cuidar (126, 129, 139, 144, 146, 165, 167, 186) junto con los dominios atención centrada en el médico-enfermedad (167) y atención centrada en el paciente-problema (167), que se solaparon con los anteriores.

La dimensión de comunicación encontrada (139, 161, 180), fundamental para que RMP fuera exitosa, aportaría aspectos fundamentales en la medición de la orientación hacia ACP, aunque podríamos englobarla en la dimensión de compartir.

Los dominios que englobaron experiencias con los pacientes y el aprendizaje clínico (139) fueron diferentes y muy relevantes porque se realizó la medición del proceso de aprendizaje del alumno.

Los dominios de trabajo en equipo y colaboración (142) y de habilidades interpersonales y competencia (138) no fueron relevantes para la medición de la ACP entre estudiantes y si más enfocados a profesionales en activo.

En la **Anexo 1** se presentan las principales características de estos cuestionarios incluyendo sus diferentes dominios e ítems.

3.1.4 Propiedades psicométricas

Las propiedades psicométricas evaluadas en los cuestionarios fueron la fiabilidad y validez. Sus resultados pueden observarse en la **Anexo 2**. Respecto a la fiabilidad todos los cuestionarios incluyeron la consistencia interna medida a través de la α de Cronbach. En relación a la validez no todos realizaron el estudio

de la validez de criterio, de la validez de constructo (correlación de Pearson) o de ambas.

Se identificaron instrumentos con muy buena fiabilidad interna con una alfa de Cronbach entre 0,6 y 0,94 en cada uno de los dominios. La *PPOS* obtuvo un alfa de Cronbach de 0,73 en el dominio compartir y 0,75 en el dominio cuidar (129). En el "C3 instrument" todas las dimensiones tuvieron muy buena consistencia interna: alfa de Cronbach en dominio de modelo de rol de 0,6, experiencias con los pacientes de 0,73 y apoyo para el comportamiento con los pacientes hacia la ACP de 0,9 (144). El *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)* tuvo en la mayoría de subescalas un alto nivel de consistencia interna de 0,77 a 0,94, para cada subescala (138). La *DP-Scale* (167) con un alfa de Cronbach de 0,79. El *Ideal Physician Questionnaire* (165, 167) tuvo unos resultados de fiabilidad de 0,77 en la dimensión cura versus cuidado 0,65, en la dimensión biomédico versus biopsicosocial de 0,46 y en la dimensión afectiva de 0,6. El *Self-efficacy in patient-centeredness (SEPCQ)* (161) alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,94. Por último la *Interprofessional Capability Assessment tool (IPAS)* (158) no es un instrumento validado, pero presenta un coeficiente alfa de 0,79 a 0,89 para las tres escalas. Su coeficiente alfa para la escala como un todo fue de 0,90 (158).

En los cuestionarios en que se realizó la validez de constructo, se encontró una correlación de Pearson adecuada en los dominios compartir y cuidar que tenían una correlación muy alta con el total de la *PPOS* ($r=0,8$, $p<0,001$) (156). El *T-CSHCI-Provider Form* obtuvo una correlación de Pearson de baja a moderada ($r's = 0,25-0,5$) y la *Doctor-Patient Scale (DP-Scale)* de 0,61.

Aunque todos los cuestionarios mencionados analizan de alguna forma la ACP entre estudiantes de medicina, el más empleado ha sido la *PPOS*. Es un instrumento originalmente diseñado para evaluar las actitudes de los médicos, de los estudiantes de medicina y de los pacientes en la atención sanitaria. Esta escala ha sido extensamente usada en EE.UU. y ha tenido que ser traducida en diferentes lenguas a lo largo del mundo y en estudios previos ha demostrado aceptable validez. La *PPOS* es un instrumento de 18 ítems que mide las actitudes individuales hacia la relación médico-paciente a través de dos

dimensiones que son “compartir” y “cuidar”. La dimensión “compartir” consiste en nueve ítems que miden el grado en que los encuestados creen que poder y control deberían ser compartidos entre médico y paciente, y el grado en que los médicos deberían compartir información con el paciente. La dimensión “cuidar” consiste en nueve ítems que miden si los encuestados consideran que las expectativas, sentimientos y preferencias de los pacientes son elementos esenciales en la relación médico-paciente. Las respuestas del PPOs son evaluadas con una escala de Likert que va de 0 a 6 puntos (totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo) (129, 131).

Además de los ítems de la PPOS, se analizaron datos demográficos que también aportaron información. Por ello en dos estudios se realizó el *Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire (DCE-DQ)* (138, 155).

3.2 Variabilidad de los resultados en cuestionarios autocontestados validados

La investigación realizada demostró que los estudiantes de medicina de diversos países mostraron una gran diferencia en sus actitudes hacia la RMP.

Los estudiantes de medicina en Brasil tenían creencias altamente positivas acerca de la ACP. Las puntuaciones PPOS en Brasil (128) eran generalmente comparables a las encontradas entre estudiantes de medicina de US ,sin embargo, fueron considerablemente más altas que en Nepal (156) o Grecia (126).

En los dominios de compartir las puntuaciones de los estudiantes brasileños eran generalmente más bajas que en US pero más altas que en el resto de países. En cambio, en las dimensiones del cuidado, fueron más altas entre los brasileños comparadas con el resto de culturas. En Brasil la puntuación total de la PPOS fue inversamente proporcional a los ingresos de la familia (128).

La disparidad entre estos resultados es probable por los valores culturales y la noción de la actitud paternalista del médico es común en Brasil (128). La participación de los pacientes en la toma de decisiones médicas fue reciente y se limitaba a grupos de personas más jóvenes y los que tienen mayor nivel de

escolarización. Los pobres y los ancianos rara vez se cuestionan la decisión del médico.

Mirsu-Paun et al. (2012) en Florida (155) evaluó también las actitudes hacia ACP relacionándola con la cultura utilizando el *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)* (155). La escala estaba formada por 5 dominios y escala de Likert del 1 al 4: ACP; capacidades interpersonales; falta de respeto y no empoderamiento; competencia y conocimiento cultural. En cuanto a las diferencias raciales, los estudiantes afroamericanos, en comparación con los asiático-americanos y los blancos no hispanos, fueron más sensibles con la cultura de los pacientes. La fluencia en idiomas fue importante, con lo que se demostró que los estudiantes que sabían otro idioma además del inglés, tenían altas habilidades interpersonales y eran muy sensibles culturalmente. Otro punto fue la experiencia en minorías raciales, lo que indicó que la experiencia se relacionaba con alta sensibilidad cultural (155).

Además, el C3 instrument utilizado en Arabia Saudí (144) fue un ejemplo en la evaluación de la educación médica en el contexto de la tendencia hacia el crecimiento de la globalización. El *C3 instrument* (152) es una herramienta validada que incluyó 29 ítems y fue completada por estudiantes de medicina con alguna experiencia en clínica. Contenía 5 dimensiones organizadas en tres áreas: “modelo de rol” que midió la frecuencia con que los estudiantes observaron a los profesores el modelo de ACP en el periodo clínico; “experiencias de los estudiantes” que describieron niveles de ACP y midieron como de frecuente lo encontraron en los escenarios clínicos; “apoyo para los comportamientos de los estudiantes” midió cuanto animo recibieron los estudiantes cuando realizaron ACP. Destaca su aportación del dominio de aprendizaje (152).

En sociedades tradicionales como Arabia Saudí (144) donde los médicos fueron considerados como figuras de autoridad y existían muchos lazos familiares, hubo un considerable cambio con el acceso de información en internet. Los estudiantes árabes, que eran más centradas en el médico que los estudiantes de US, llegaron a ser más autónomos y tener orientación más ACP con la exposición a la globalización. Con lo cual C3 instrument fue una

herramienta útil en Arabia Saudí y US para evaluar la ACP, pudiendo hacer comparaciones con el resto de países y valorando así si hacían falta cambios en relación con el contexto educativo y cultural (144).

Los resultados de un estudio longitudinal realizado en Grecia (126) indicaron que las actitudes de los estudiantes de medicina medidas con la PPOS al final de sus estudios, comparado con el principio, fueron más orientadas hacia la atención centrada en el médico viendo la dimensión de compartir, aunque permanece ACP considerando el componente de cuidado (126). Estudios previos también indicaron que a través del progreso en los estudios médicos los estudiantes desarrollaron más actitud paternalista y esto fue atribuido al efecto del “currículum oculto” y el modelo inapropiado de los tutores. A pesar de incorporar ACP en los estudios, parece que el rol del médico en las prácticas, el grado de apoyo que los estudiantes percibían de sus comportamientos de ACP, así también como sus experiencias en la RMP, pudo contribuir a las actitudes más centradas en el médico (126).

En el estudio en Suecia de Antje Lumma-Sellenthin (2012) (139) se utilizó, además de la PPOS, la CSAS. Formada por un total de 26 ítems, dividida en dos escalas (Escala de Likert de 1 a 5). Una escala de actitud positiva y una escala de actitud negativa, con 13 ítems cada una. La comparación en el currículum médico indicó que los estudiantes con métodos tradicionales en una facultad en Alemania estuvieron menos interesados en aprender herramientas de comunicación que los estudiantes de otras facultades suecas (139). Además, los estudiantes de universidades alemanas que estudiaron con “método basado en el problema” fueron más positivos en compartir información que los de las suecas. El sistema de salud alemán es principalmente privado en el cual los médicos son elegidos por los pacientes, mientras que en Suecia es un sistema público. Esto deja menos opciones de elección para los pacientes y los médicos tienen mucha menos motivación de compartir información con sus pacientes (139).

En estudio realizado por *De Valck et al. (2001) en Países Bajos y Bélgica (149)*, el *Ideal Physician Questionnaire* demostró que la muestra de estudiantes holandesa estaba más orientada en el cuidado que la belga, pudiendo ser como

resultado de varias herramientas de comunicación que eran parte del curriculum de la universidad holandesa (149).

A través de la PPOS, también se observó la influencia del sexo, y específicamente ser mujer, en comparación con los médicos varones reflejó en la literatura diferencias estadísticamente significativas. A menudo se reportó en la bibliografía que las mujeres parecen ser más propensas a la conversación positiva, al establecimiento de relaciones, a hacer preguntas y proporcionar información, tanto de temas biomédicos, así como temas psicosociales; este hallazgo se ha atribuido en parte al hecho de que la cultura occidental considera que es más aceptable socialmente para las mujeres discutir los sentimientos y emociones. (*Tsimitsiou et al. 2007*) (126). Otro aspecto a destacar fue que la relación con la religión mostró una orientación más centrada en el médico, principalmente en estudiantes mujeres (126). Estudios anteriores indicaron que la religiosidad es a menudo relacionada con aspectos del género femenino (126).

En el estudio en Suecia de Antje Lumma-Sellenthin (2012) (139) se comprobó también que las actitudes hacia las habilidades de comunicación fueron correlacionadas positivamente con el sexo femenino, experiencia personal con los servicios de salud previa a los estudios médicos y el trabajo de los padres fuera del sector del cuidado de la salud.

Self-efficacy in patient-centeredness questionnaire (SEPCQ) se desarrolló en Dinamarca (161) y fue una herramienta validada basada en la “autoeficacia” en ACP. Compuesta por 27 ítems (escala de Likert de 5 puntos) y compuesto por tres dominios: ‘explorando la perspectiva del paciente’, ‘compartiendo información y poder’ y ‘tratando retos comunicativos’. Se encontró que los alumnos de cursos más avanzados así como las mujeres tenían más ACP (161).

Los estudiantes brasileños en el estudio Ribeiro et al., (2007) (128) que eligieron atención primaria (AP) como especialidad demostraron más inclinación hacia la ACP (128). Fue sorprendente que las puntuaciones de la PPOS hacia la ACP aumentaran después que los estudiantes se involucraran en la práctica ambulatoria de la comunidad, como AP donde la RMP es más personal y más usada como herramienta terapéutica. La puntuación disminuyó poco después

que empezaran su formación en las distintas especialidades hospitalarias. La dependencia de la tecnología médica, un enfoque en los aspectos biomédicos de la enfermedad, y el contacto cercano con la percepción del médico especialista podrían explicar el descenso en la puntuación (129).

La variable de la orientación a la preferencia de especialidad también se analizó con *Doctor-Patient Scale (DP Scale)* (149, 180, 181) en el estudio de *Batenburg et al. (1999) en Países Bajos* (137). Este cuestionario validado consistía en 48 ítems compuesto por dos dominios que se superponían con los dominios de la PPOS. Dominio de atención centrada en el paciente-problema (dominio compartir) y dominio atención centrada en el médico-enfermedad (dominio cuidar) (167). Las especialidades como AP y Psiquiatría tuvieron más tendencia hacia la ACP mientras que las quirúrgicas tenían actitudes más paternalistas⁴¹. En la especialidad de AP en concreto, muchos problemas no pueden ser diagnosticados adecuadamente porque contienen elementos psicosociales, lo cual necesitaba un enfoque compresivo y especial atención en la consulta.

3.3 Características de los estudios cualitativos incluidos

En tan sólo 15 estudios se empleó metodología cualitativa, 11 con grupos focales (188–194, 198–200, 204) y 4 con reflexiones escritas de experiencias de la relación con el paciente (195–197, 200).

Entre los que desarrollaron grupos focales, un estudio desarrolló una estrategia útil que formó parte del programa de formación académica para el desarrollo de una identidad profesional basada en la ACP en una Facultad de Medicina en Australia (190). Se trató del *“patient partner program” (P3)* (190), promoviendo un enfoque a la ACP en el aprendizaje del cuidado médico en el contexto del manejo de la enfermedad crónica y compleja. Pequeños grupos de estudiantes (3-4 por grupo) tuvieron una consulta con el paciente una vez a la semana. Dos grupos focales de alumnos de sexto (siete estudiantes en cada grupo) investigaron el tema de la relación con los pacientes y el desarrollo hasta convertirse en médico. Finalmente, ocho entrevistas semiestructuradas fueron completadas, donde se aportó a las anteriores herramientas la idea de que el

título de médico se obtenía con constante enseñanza dura tradicional y el aprendizaje se realizaba a veces en entornos difíciles, como el hospitalario (190).

En la **Anexo 3** se presentan las principales características los estudios con metodología cualitativa.

4. Discusión

Tras la revisión realizada podemos concluir el mejor instrumento de medición seleccionado para evaluar la ACP entre estudiantes de medicina hasta la fecha es la *PPOS (que engloba dimensión compartir y dimensión cuidar)*, ya que ha sido ampliamente utilizado en todo el mundo, validado para su aplicación en estudiantes de medicina, traducido al castellano (206) y con buena consistencia interna en comparación con los otros (126, 129, 139, 144, 146, 186).

La traducción al castellano fue realizada por el equipo del estudio SETA de la universidad de Miami en el “*Center of Excellence for Health for Disparities research*”, siendo el investigador principal el doctor Daniel Feaster. El proceso de traducción constó de tres pasos: traducción, traducción inversa, y comparación con un hablante nativo. A pesar de que los creadores tienen los derechos de autor de las obras individuales, no se encontraron resultados publicados con esta traducción al castellano (206).

Además de la PPOS, existen otros cuestionarios autocontestados validado muy útiles para medir esta orientación. El más destacado es el *Communication, Curriculum and culture survey (C3 instrument)* (144, 152, 186), también con muy buena consistencia interna, y aportando al análisis la dimensión del proceso de aprendizaje del alumno y una dimensión de comunicación, que podríamos englobar dentro de la dimensión de compartir.

Le siguen el cuestionario *Doctor-Patient Scale (DP-Scale)* (167, 180, 181), validado y fiable, solapándose dimensión de paciente-problema con dominio cuidar y dimensión médico-enfermedad con dominio cuidar.

Aunque el *T-CSHCI-Provider form* mostró alta consistencia interna junto con *Self-efficacy in patient-centeredness (SEPCQ)* (161), ambos no aportaron nada nuevo con respecto a lo que analiza la PPOS, siendo específicamente el T-CSHCI-Provider form más orientado a profesionales con práctica clínica en activo.

Otras dimensiones poco útiles que se englobaron en las herramientas anteriores fueron dominio de trabajo en equipo y colaboración, dominio de

identidad profesional y dominio de preferencias interprofesionales, todas ellas con un nivel de fiabilidad aceptablemente bueno.

Todos los cuestionarios analizados aportaron poca más con respecto a la PPOS y focalizaron sus dominios e ítems en otros aspectos relacionados de alguna manera con la ACP.

La investigación demostró que los estudiantes de medicina de diversos países mostraron grandes diferencias en su orientación hacia la ACP en relación con los valores culturales de cada país: los pobres, analfabetos o ancianos rara vez cuestionaban al médico. A los estudiantes que se les realizó la PPOS en Brasil (128) mostraron puntuaciones altamente positivas hacia la ACP, seguidos por los estadounidenses. Los brasileños en los dominios compartir tenían más baja orientación hacia la ACP que en comparación con los de US pero estaban claramente por encima de otros países como Grecia (126) o Nepal (156).

En Arabia Saudí, con el C3 instrument (144) a los estudiantes se les evaluó la educación médica en el contexto de la globalización de su país. Se observó orientación hacia la ACP con la adquisición de la autonomía y acceso a internet que ahora poseían (144).

Llama la atención también el cambio de actitud de los estudiantes de Brasil hacia la ACP cuando se involucraron en la práctica ambulatoria, como en la especialidad de AP (128). En el estudio Batenburg et al. (1999), de Países Bajos (137), con la aplicación de la DP scale se puso de manifiesto que los estudiantes que preferían especialidades como AP o Psiquiatría tenían más ACP, justificado por el alto número de elementos psicosociales que eran evaluados en estas consultas, en comparación con la especialidades quirúrgicas (137).

Otro factor relevante para la orientación de la ACP ha sido la formación académica que recibieron los alumnos a lo largo de su carrera. La PPOS tuvo puntuaciones más paternalistas en alumnos que se cursaban años de carrera más avanzados. A pesar de tener mayor conocimiento del funcionamiento de la RMP, además de las necesidades de los pacientes, el "currículum oculto" y el modelo de enseñanza inapropiado llevado por los tutores para orientar y apoyar

la práctica de ACP entre los alumnos fueron las dos causas de este resultado (126). Además, en una universidad de Alemania, donde se evaluaron las habilidades de comunicación con la CSAS (139), se observó que los métodos tradicionales de enseñanza aplicados suscitaban menos interés en el aprendizaje de herramientas de comunicación, tan útiles para la ACP.

Por otro lado, las diferencias entre el sistema de salud sueco y alemán analizadas en el estudio realizado en *Suecia de Antje Lumma-Sellenthin (2012)* (139), demostró que en los sistemas públicos como el sueco, los médicos tenían menos motivación de compartir información con sus pacientes en comparación con el privado alemán.

También los factores socio-demográficos influyeron considerablemente en la orientación hacia la ACP entre los alumnos de medicina. Las estudiantes mujeres, en comparación con los hombres, tenían más orientación hacia la ACP, atribuido en mayor medida a su alta capacidad intrínseca de comunicación (126). Las personas religiosas, también relacionadas fuertemente con el sexo femenino, tenían más actitudes hacia el paternalismo, no cuestionando por creencias lo dicho por el médico (126). En cuanto a las diferencias raciales vistas en el *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)*, que lo analizó Mirsu-Paun et al. 2012 en Florida (155), se vio que los afroamericanos, en comparación con los asiático-americanos y blancos no hispanos, fueron más sensibles con las diferencias culturales de los pacientes (155).

Todo ello mostró muchos factores relacionados con la orientación de los estudiantes hacia la ACP, pero dejó claro una gran ausencia de estudios que intervinieran sobre esos factores que influían sobre la ACP.

Además de herramientas de metodología cuantitativa como las anteriores, nos encontramos herramientas de metodología cualitativa como reflexiones escritas de las experiencias con el paciente y como grupos focales (156, 190, 204).

Dentro de los que desarrollaron grupos focales, un estudio desarrolló una estrategia útil que formó parte del programa de formación académica para el

desarrollo de una identidad profesional basada en la ACP en una Facultad de Medicina en Australia (190). Se trató del “*patient partner program*” (P3) (190), promoviendo un enfoque a la ACP en el aprendizaje del cuidado médico en el contexto del manejo de la enfermedad crónica y compleja. Finalmente, ocho entrevistas semiestructuradas fueron completadas a través de dos grupos focales, donde se aportó como novedoso las ideas con respecto al modo y el contenido de aprendizaje que habían percibido los alumnos. Otra herramienta también interesante fueron los grupos focales tras la implementación del programa SELECT (191) en la Universidad del Sur de Florida pero con elementos ya utilizados previamente. El resto de herramientas de esta metodología podríamos señalarlas como poco claras en su exposición a la vez que tampoco aportan algo complementario a lo descrito.

La *principal fortaleza* de nuestro trabajo es su propia metodología, ya que no hay publicaciones similares. Pero la ausencia de estudios de la misma naturaleza, impide evaluar correctamente la coherencia de nuestros resultados.

4.1 Limitaciones

Una de las limitaciones es que no se realizó un análisis de calidad de los artículos incluidos en la revisión. Además, en la parte de resultados, los resultados se expresaron de forma narrativa en ausencia de metaanálisis. La razón por la que no se valoró la calidad de los estudios fue porque el objetivo era identificar cuestionarios e ítems y no establecer un resumen cuantitativo de los diferentes diseños incluidos en la revisión.

Evitamos el sesgo de selección al no incluir restricciones en cuanto fecha, localización ni idioma y además de aplicar la estrategia de búsqueda hasta en literatura gris. Una limitación sería la exclusión de comentarios cortos, reseñas de libros, cartas a editores y revisiones narrativas.

4.2 Conclusiones

El mejor instrumento de medición seleccionado para evaluar la ACP hasta la fecha es la PPOS, ya que ha sido ampliamente utilizado en todo el mundo, validado para su aplicación en estudiantes de medicina y traducido al castellano, y con muy buena consistencia interna en comparación con otros.

En las universidades españolas no existen herramientas que hayan evaluado los cambios de las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la atención centrada en la persona a lo largo de su formación pregrado, así como el impacto de los factores socio-demográficos sobre las actitudes de los estudiantes de medicina. Por lo cual, podríamos seguir utilizando la PPOS en nuestro ámbito para analizar esa orientación hacia ACP en estudiantes universitarios de Medicina en España, ya que el resto de herramientas vistas en la bibliografía no ha demostrado aportar ninguna dimensión de utilidad, de lo ya analizado con anterioridad. Además, tras esta revisión se ha puesto de manifiesto que con la metodología cuantitativa del cuestionario autocontestado validado se ha podido analizar la orientación hacia la ACP, sin tener que incluir otro tipo de metodología diferente como la cualitativa para nuevas aportaciones.

**V. CAPÍTULO 2. Grupos focales sobre la
percepción de la atención centrada en la
persona desde la perspectiva del estudiante
de medicina**

1. Introducción

La ACP ha sido muy investigada y estudiada en las dos últimas décadas. Se ha observado una evolución importante en la definición de este concepto (19, 73), tanto en los estudios que evaluaban estrategias educativas para mejorar la ACP como en la investigación de los resultados obtenidos tras la práctica de la ACP (207). Muchos estudios muestran no solo el deseo y la satisfacción de los pacientes respecto a la ACP, sino también el impacto positivo de este enfoque en la adherencia al tratamiento, en la salud del paciente y en los costos de la atención médica (82).

Con el rápido envejecimiento de la sociedad y el aumento del nivel de educación, la conciencia de la salud en la población ha ido aumentando (208). La era de la Información y su consecuente desarrollo de tecnologías de la información y la comunicación ha permitido a los pacientes acceder fácilmente por internet a datos médicos y métodos de tratamiento de enfermedades, entre otros (208). Como resultado, ha habido un cambio en la RMP, pasando de ser relativamente desequilibrada a ser una relación abierta y de colaboración mutua (173) y, esto implica la necesidad de cambios en la educación médica. Los estudiantes de medicina, antes de convertirse en médicos, se deberían cultivar en competencias para la realización de una buena RMP en un clima de ACP (126). Por tanto, los estudiantes de medicina requieren programas de estudios donde se impartan y refuercen tanto las habilidades de comunicación y empatía como la actitud centrada en el paciente (126, 173).

Se ha evaluado la efectividad de programas de entrenamiento en habilidades de comunicación en estudiantes de Medicina y se ha demostrado que los estudiantes de Medicina aprenden habilidades de comunicación a través del entrenamiento (209–211), e incluso adoptan actitudes más positivas hacia la ACP y hacia la comunicación en medicina (184, 212, 213). Otros estudios indicaron una transferencia problemática de actitudes y habilidades centradas en el paciente desde la educación médica hasta la práctica clínica (214–216). Un estudio realizado en Bélgica en 2011 (180) reveló una disminución de la orientación de ACP entre los estudiantes durante su año de prácticas clínicas pero paradójicamente sólo en aquellos estudiantes que habían seguido un

extenso plan de estudios preclínico de comunicación. De hecho, la cohorte de estudiantes que no había recibido entrenamiento en habilidades de comunicación se mantuvo estable con respecto a la orientación hacia ACP durante las prácticas(180).

En contraste con el creciente interés de los investigadores y a pesar de los esfuerzos educativos por desarrollar la ACP, la literatura nos enfrenta con información alarmante sobre la evolución de la ACP. Aunque muchos estudiantes comienzan de manera verdaderamente altruista e idealista(217), los datos disponibles indican una disminución en este enfoque conforme avanza su formación académica (126, 214, 216). En 1958, Eron descubrió que el cinismo estudiantil tendía a aumentar y que el humanitarismo disminuía durante la experiencia en la escuela de medicina (218). Este hallazgo ha sido corroborado por muchos autores durante las décadas posteriores(105,129,219–223) y los estudios recientes, realizados medio siglo después, todavía demuestran una disminución en empatía (132), en habilidades interpersonales y de entrevista (215) y de atención centrada en el paciente (126, 214) mientras progresan sus estudios.

En una revisión de la literatura de 1974 sobre los cambios de actitud de los estudiantes de Medicina durante la Facultad de Medicina, se afirmó que el ambiente de la Facultad era en gran medida responsable de la disminución del humanismo en los estudiantes de Medicina y de que las innovaciones curriculares probablemente no den resultados en los médicos hasta que la mayoría de profesores de Medicina modelen las actitudes, las habilidades y la dedicación necesarias (222).

En EE.UU., la falta de cualidades humanísticas, como la profesionalidad, ha sido un factor de riesgo importante para que los médicos reciban medidas disciplinarias (224). Por lo tanto, la falta de cualidades humanísticas es un problema amplio entre los médicos y es poco probable que se deba a expectativas poco realistas de los estudiantes ni al sesgo de selección por el cual los médicos con cualidades humanitarias deficientes pasan a formar parte de entornos académicos (224). Deming (225) argumenta que la mayoría de las razones de los problemas no es el individuo sino el sistema. En EE. UU., la

atención administrada se ha atribuido como un factor que contribuye a reducir el tiempo que los médicos deben pasar con los pacientes y, por tanto, limitar las opciones de tratamiento (226–228).

Por tanto, se han observado una serie de factores que contribuyen a esta disminución de la orientación hacia la ACP (131,229), entre los que podemos destacar también el "currículum oculto", en el cual influye la cultura dominante durante la impartición de las clases formales (230). No obstante, existe una escasez en investigación sobre factores que influyen en la orientación hacia la ACP entre los estudiantes de Medicina (126,129). El conocimiento de estos factores, sin embargo, sería un requisito previo imprescindible para poder realizar cambios educativos que mejoraría esta competencia clave (129).

Por ello, el objetivo de nuestro estudio es realizar una investigación cualitativa para profundizar en las razones y conocer los factores que puedan estar relacionados con la orientación y formación en ACP entre los estudiantes de Medicina de la Universidad de Murcia.

2. Material y Método

Se realizó un estudio de investigación cualitativa, obteniéndose la información a través de 11 entrevistas de grupo focal. Cada grupo estuvo compuesto por un total de 8 a 10 estudiantes. En total participaron 93 estudiantes de Medicina de la Universidad de Murcia en el mes de Noviembre de 2016. Se incluyeron 83 estudiantes de medicina de 3º curso que tenían conocimientos preclínicos y 10 estudiantes de 6º curso que poseían tanto conocimientos clínicos como preclínicos. El número de entrevistas grupales realizadas atendió al principio de saturación de la información, con una duración de media de 111 minutos de cada entrevista (**Tabla V.1**).

Tabla V.1. Características de los grupos focales

Grupos focales	Curso	Nº estudiantes	Mujeres	Duración trabajo en grupo (minutos)
Sesión 1 sala 1	3º	8	7	115
Sesión 2 sala 3	3º	9	5	100
Sesión 2 sala 1	3º	8	5	124
Sesión 2 sala 3	3º	8	5	107
Sesión 3 sala 1	3º	7	3	124
Sesión 3 sala 3	3º	9	6	124
Sesión 4 sala 1	3º	9	5	91
Sesión 4 sala 3	3º	9	8	110
Sesión 5 sala 1	3º	8	5	90
Sesión 5 sala 3	3º	8	4	120
Sesión 6 sala 1	6º	10	6	119
N (%)		93	59 (63,4%)	

Fuente: Elaboración propia

2.1 Instrumento de recogida de información

En esta investigación se ha optado por utilizar una entrevista semiestructurada, donde los moderadores partieron de un guion de entrevista, que permite obtener información muy rica en detalles, e ir estableciendo conexiones y construyendo un conocimiento integral que comprenda la realidad (231). Este guion diseñado con preguntas abiertas se dividió en 5 dominios (**ANEXO 6**) que son: a) conocimiento sobre ACP; b) conocimiento sobre habilidades de comunicación; c) actitudes sobre ACP y orientación docente; d) motivación y expectativas (previamente definición por moderador de ACP); e) orientación y aplicación futura de la ACP. Fue elaborado a partir de la bibliografía preexistente sobre este tema. El objetivo general se introdujo mediante una explicación breve de carácter general y el grupo focal se inició mediante una pregunta abierta: ¿Qué entendéis por ACP?

Los grupos focales fueron moderados por dos investigadores principales y por estudiantes de posgrado en Ciencias de la Salud que fueron previamente entrenados.

La participación de los grupos focales tuvo lugar en el servicio de investigación y de apoyo a la investigación (SAI) de la Universidad de Murcia (edificio SACE), que cuenta con los recursos necesarios para el desarrollo de este tipo de entrevistas. Para la obtención de información, se utilizaron grabaciones de audio e imagen, tras el previo consentimiento de los participantes. Así mismo, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos durante las sesiones.

Tan sólo 51 alumnos contestaron sobre sus características demográficas. La edad media de los participantes fue de 21 años, pertenecientes a 3º curso, más de la mitad mujeres y con residencia en Murcia capital. El nivel de estudios de los padres fue diplomado, licenciado o graduado en su mayor parte (**Tabla V.2**).

Tabla V.2. Características sociodemográficas de los grupos focales

Características		%, N (51)
Sexo	Mujer	34
	Hombre	17
Edad	Media	21,23
Curso académico	3º	45
	6º	6
Nivel estudios de padre	Sin educación/Primaria incompleta	3
	Graduado escolar/Primarios/Formación profesional. Grado medio/Bachillerato/Formación profesional.	21
	Grado superior	
	Diplomado/Licenciado/Graduado/Posgrado/Doctorado	27
Nivel estudios de madre	Sin educación/Primaria incompleta	0
	Graduado escolar/Primarios/Formación profesional. Grado medio/Bachillerato/Formación profesional.	21
	Grado superior	
	Diplomado/Licenciado/Graduado/Posgrado/Doctorado	30
Municipio de residencia	Murcia capital	29
	Abarán	1
	Santomera	1
	Alcantarilla	1
	Alguazas	1
	Beniaján	1
	Cartagena	4
	Cieza	1
	El Palmar	1
	Archena	1
	Yecla	1
	Fortuna	1
	Mula	1
	Molina de Segura	4
	Lorca	1
	Almería	1
San Pedro del Pinatar	1	

Fuente: Elaboración propia.

2.2 Análisis de la información

Tras grabación se realizó un proceso de transcripción, categorización y análisis de contenido. Para mejorar la calidad de la investigación y de la información producida, se continuó con triangulación.

El análisis de contenido de los grupos focales se realizó mediante el programa ATLAS.ti 8 (232), en tres fases claramente diferenciadas: codificación inicial; exploración, división e integración de categorías iniciales en nuevas categorías; descripción y presentación de los resultados.

En primer lugar, se procedió a descomponer el texto en unidades de significado, y posteriormente se codificó siguiendo la estrategia de la “Grounded Theory” (Teoría de Códigos Emergentes) (233). Se agruparon los diferentes códigos en categorías siguiendo el criterio de analogía, en función de los criterios analíticos preestablecidos por el objetivo del estudio y los elementos que emergieron de los discursos. Se pueden observar las categorías iniciales y emergentes en la **Tabla V.3**. Las etapas del análisis fueron consecutivas y recursivas, volviendo a los textos una vez creadas las categorías y las interpretaciones con el objetivo de validar los hallazgos.

Tabla V.3. Categorías y subcategorías resultantes del análisis de datos

Categorías	Subcategorías
Conocimiento sobre ACP	Conceptos previos Asignaturas médicas Práctica clínica
Conocimiento sobre habilidades de comunicación	Conceptos previos Formación (asignaturas médicas) Aprendizaje Repercusión en ACP y MP
Actitudes y orientación docente hacia ACP	Orientación docente Cambios con la formación Autopercepción del alumno Factores que influyen
Motivación y expectativas hacia ACP	Beneficios de ACP Contras de ACP Aspectos de mejora
Aplicabilidad futura de ACP	Práctica de ACP y razones Factores que mejoran ACP

3. Resultados

3.1 Conocimiento sobre ACP

Se observa similitud en las nociones previas del conocimiento sobre ACP en varios entrevistados. La definen como una atención médica no sólo centrada en la enfermedad, sino entendiendo el contexto psicosocial único del paciente, incorporando la comprensión de las inquietudes, ideas, expectativas, necesidades, preferencias y sentimientos de los pacientes. Otros estudiantes ven la ACP como la forma de empatizar con cada tipo de paciente, así como la transmisión de confianza hacia el paciente (**Tabla V.4**).

Otros entrevistados engloban en el concepto de ACP también aspectos de la organización de la red sanitaria, como lo relacionado con el sector servicios que puede ofrecer el sistema sanitario a la comunidad (**Tabla V.4**).

Tabla V.4. Conocimiento sobre ACP: conceptos previos

Citas
<i>“tenemos en cuenta la enfermedad, pues también otros factores como puede ser la familia, el ambiente social en el que esté, la vivienda, su trabajo y ya más respecto a la atención recibida, pues expectativas que pueda tener, tratar de cumplir las expectativas que tenga o dudas (GF5, M7)”</i>
<i>“yo creo que como que tenemos que prestar atención a cada persona, independientemente que todos estos pacientes, tenemos que conocer a cada paciente y de alguna manera pues ponernos en su lugar, tenemos que empatizar (GF8, M1)”</i>
<i>“Para mí la atención centrada en el paciente no solo engloba esa relación de médico-paciente teniendo en cuenta el contexto socioeconómico o cultural en el que se encuentra el paciente sino que también de alguna manera está implicada la logística o la forma en que se organiza una red sanitaria... (GF5, M5)”</i>
<i>“veo que la atención a la persona es no sólo al paciente sino el objetivo de muchas profesiones no sólo la medicina, que se tienen que centrar básicamente en eso, en que su objetivo sea pues la estabilidad, el bienestar, todo el sector servicios más que nada, que se centra en eso... (GF8, M6)”</i>

Las asignaturas en las que los alumnos reciben la enseñanza sobre ACP son Psicología, Psiquiatría, Patología General, Ética, Endocrinología, Hematología, Oncología y el rotatorio de medicina de Familia, aunque el contenido es muy escaso (**Tabla V.5**).

Tabla V.5. Conocimiento sobre ACP: asignaturas médicas

Citas
<i>“Patología general al principio era un poco de la relación con el paciente (GF5, M3)”</i>
<i>“ Pero el resto de asignaturas, cuando no hablan de diagnóstico, no sé qué, nunca dicen “buena historia clínica”, siempre están “pruebas, no sé qué, tal”... (GF5,M3)”</i>
<i>“Pero en Psicología por ejemplo yo creo que en lo de atención centrada en el paciente tenemos básicamente un tema realmente, que es el de la entrevista clínica y es un tema en concreto de la entrevista clínica... (GF5 ,M1)”</i>
<i>“Yo donde más lo he visto es en psiquiatría y en oncología (GF11, M2)”</i>
<i>“En medicina de familia, también la hemos visto... (GF11, M1)”</i>
<i>“En Bioética se hablaba un poco más. En Psicología (GF4,M1)”</i>

En las consultas de nuestro tiempo, los alumnos, en general observan variabilidad en el tipo de atención que los médicos proporcionan a sus pacientes. Concluyen que los motivos por los que no todos los profesionales realizan ACP corresponden a los a) fallos de la organización del sistema sanitario (pocos minutos por paciente, falta de incentivos a los médicos...); b) la deshumanización por el avance de la tecnología; c) la mecanización de la profesión; d) la despersonalización de la medicina; e) la falta de formación académica (y por consiguiente, contenido práctico escaso de las asignaturas); f) la orientación y voluntad propia de cada médico; g) la especialidad médica; h) el entorno en el que se desarrolla la relación médico-paciente (hospitalario o un centro de salud) y h) la educación de la población (**Tabla V.6**).

Tabla V.6. Conocimiento sobre ACP: práctica clínica

Citas
<i>“Yo es que creo que los modelos teóricos que hay de atención al paciente no se pueden aplicar en la realidad, pero no por falta de tiempo o por cómo se organiza la sanidad sino porque yo creo que ahí hay un componente importante de la voluntad de cada médico, porque sí es cierto que hay médicos que no te miran a la cara cuando has salido de la consulta, hay otros que se vuelcan contigo muchísimo y hay otros que echan horas extras (GF5, M5)”</i>
<i>“El modelo económico sanitario en general, que también hay aspectos a cambiar y a cuidar, por ejemplo en una consulta cuando no tiene lista de espera no se recompensa porque los médicos estén trabajando mucho o es que no hay muchos pacientes, directamente si no hay lista de espera se recorta el personal (GF5,M7)”</i>

“muchas veces el médico está centrado, como tiene tantos pacientes o tiene tantas cosas, se le olvida y eso y cosificamos a los pacientes un poco (GF5,M1)”

“en ciertas áreas solo, por ejemplo en atención primaria, como parece que está hablando más el resto de los compañeros, sí que hay un montón de pacientes para un médico en una mañana solo, que al final hay de media como siete minutos u ocho por consulta y eso claramente la infraestructura no está bien calculada en ese momento y eso conlleva a que no haya una atención centrada en el paciente sino directamente en la enfermedad, a resolverlo, a instaurar el tratamiento lo más rápido posible y ya está (GF5,M2)”

“a lo mejor el concienciar a la gente de cuándo tiene que acudir a un médico (GF5, M1)”

“Sí, todo lo que han dicho mis compañeros coincido con ellos en básicamente todo, el hecho de que se mecanice la profesión, de que cuando te llegue un paciente ni lo mires y estés escribiendo en el ordenador y te lo tomes como dice Él, como toco esto o le mando esto y parece que lo soluciono, pero la escucha activa es muy importante (GF8, M3)”

“Una de las soluciones es la educación, porque igual que nosotros estamos aquí, yo por ejemplo antes no sabía este problema y tengo familiares que están en el hospital igual de eso y a mí nunca se les ha ocurrido comentarme “cuando tú tengas un problema grave de verdad ve al médico e intenta informarte por ti mismo, no intentes saturar el sistema (GF5, M3)”

“yo si creo que la especialidad cambia, en oncología tienes un ámbito con la muerte que te abre al paciente (GF11, M2)”

“Yo creo que donde mejor se ve, son en unas prácticas. Si un médico, si tu tutor te enseña eso durante x tiempo, tú al final acabarás haciendo eso. Entonces, ¿qué pasa? Lo importante es lo que tú ves en la práctica clínica (GF11,M2)”

“ Pues yo no sé, a ver, sobre lo que ha dicho él de generalizar y tal. No es lo mismo también que, o sea, estamos centrándonos ahora mismo en médicos del hospital y tal, pero los médicos de familia por ejemplo, ese trato es bastante más distinto al trato del médico en el hospital, cardiólogo o lo que sea, y el trato del médico de familia es bastante más cercano, más humanitario (GF10, M3)”

3.2 Actitudes y orientación docente hacia ACP

En general, los alumnos observan una tendencia hacia la atención centrada en la enfermedad en la formación académica y otros, incluso la ven como “informativa” con el objetivo de hacer una medicina defensiva (**Tabla V.7**).

Tabla V.7. Actitudes hacia ACP: Orientación docente I

Citas
<i>“la experiencia que tengo de tanto médicos de cabecera como especialistas, de haber ido, la mayoría ni se saben tu nombre, creo, y además tampoco es que muestren tanto interés en saber, yo qué sé, en saber en qué afecta algún proceso en tu vida (GF5, M4)”</i>
<i>“Centrada por lo general paternalista, centrada en la enfermedad y en lo que es un diagnóstico (GF11, M2)”</i>
<i>“En el trato, hombre, sí que es verdad que ahora los médicos vamos con mucho cuidado en decir las cosas, en arriesgarse a decir algo y no equivocarse porque claro, ahora con Internet y con los medios de comunicación, con los abogados que se tiran hacia los médicos. Todo eso yo pienso que ahora los médicos lo toman como mucho más y también la cercanía, que ahora tenéis que estar más distante al paciente (GF2, M4)”</i>
<i>“Yo creo que actitud paternalista y cada vez más informativo, en plan me lavo las manos, me cubro en salud... (GF11, M3)”</i>

Algunos entrevistados justifican la escasa ACP en la orientación docente a causa de la falta de formación en los propios profesores, incluso algunos opinan que la transmisión de la ACP depende de la orientación del docente encargado de la enseñanza (**Tabla V.8**).

Tabla V.8. Actitudes hacia ACP: Orientación docente II

Citas
<i>“A lo mejor algo pero, vamos, yo pienso que como ellos tampoco..., ellos lo aprendieron en la práctica y tampoco lo aprendieron, digamos que ahí cada uno utilizó su personalidad, entonces de hecho por eso hay médicos que a lo mejor sí que son más buenos y empatizan más y por eso hay otros que no te miran ni a la cara, porque es así, entonces ellos tampoco lo recibieron y cada uno pues yo creo que tampoco, la verdad es que no le dan importancia (GF5, M4)”</i>
<i>“Hay una parte de la asignatura que es generalidades que la verdad tuvimos un profesor excelente era más de atención centrada en el paciente y la verdad que nos lo transmitía... (GF2, M9)”</i>

“creo que ellos han aprendido a salto de mata, a ellos no les enseñaron nada de lo mínimo que nos están enseñando a nosotros. Ellos la relación con el paciente yo creo que la tuvieron directamente tratando con pacientes y algunos se han molestado en aprender algo más... (GF11,M1)”

Otros alumnos ven deficiencias en la organización del plan de estudios y, en consecuencia, en el enfoque y contenido de las asignaturas, así como también en la aplicabilidad del conocimiento (**Tabla V.9**).

Tabla V.9. Actitudes hacia ACP: Orientación docente III

Citas
<i>“el plan de estudios de Medicina se enfoca mucho en aprenderse muchos nombres de síndromes muy extraños... (GF5, M5)”</i>
<i>“Yo creo que Ética tendría que estar en sexto, para que sea lo último que te llevas de la carrera, saber cómo hay que tratar a los pacientes, que es un gran problema que hay en el plan de estudios... (GF5, M5)”</i>
<i>“dar cosas de Psicología del paciente cuando no has visto un paciente en tu vida (GF5, M3)”</i>
<i>“de acuerdo en que la formación no es suficiente, pero ya no porque no sepamos los conceptos sino porque no están bien dados (GF5, M4)”</i>
<i>“en todas las asignaturas clínicas, lo que yo he visto hasta ahora es que si en la asignatura no está metido en el programa algún contenido sobre la relación médico-enfermo o cualquier otra cosa de este asunto pues que no se trata a no ser que el médico, como decía mi compañera, a no ser que el profesor sí nos lo quiera decir (GF5, M5)”</i>
<i>“Es que el plan de estudios tiene 360 créditos, ¿en cuántas asignaturas se ve? En Ética, que tiene tres, me parece, y en Psicología que tiene seis, y en esas dos asignaturas no siempre se da de lo que estamos hablando. ¿Entonces al final qué se reduce, a tres créditos o cuatro créditos de 360? Luego vamos a tratar con personas, por muchas enfermedades que tengamos que aprender, luego vamos a tratar con personas (GF11, M1)”</i>

Los estudiantes expresan un punto de vista no satisfactorio en su formación respecto a la ACP. Consideran primordial la implantación de un cambio del formato en la estructuración de las asignaturas para que estén más centradas en lo práctico. Señalan que gran parte del contenido teórico es inútil, y que necesitan clases más dinámicas (**Tabla V.10**).

Tabla V.10. Actitudes hacia ACP: autopercepción del alumno y orientación docente IV

Citas
<i>“Pero en ese sentido a lo mejor lo que hace falta en los temarios de esas asignaturas es reducir muchísimo el contenido abstracto, si se puede decir, o teórico, y ser mucho más prácticos, tanto en clase como en contacto directo con pacientes. O sea, yo en Psicología eché de menos el contacto con pacientes, no tuve ninguno (GF5, M5)”</i>
<i>“O sea, yo creo que precisamente es hasta que tú estás en contacto físico real con esa persona es cuando de verdad te planteas, por así decirlo toda la teoría estudiada y eso encajaría más en las prácticas clínicas, por ejemplo, en patología general, pero no porque la materia de esa asignatura se vincule con esa relación sino porque de verdad tú te pones en situación real de que te toca tratar o hablar o preguntar a una persona de verdad (GF4, M5)”</i>

Los alumnos exponen que claramente cuando avanzan de curso hay una disminución de la orientación de la ACP en comparación con los primeros cursos y están más focalizados en atención centrada en la enfermedad, a pesar de tener más seguridad en la relación médico-paciente. Otros en cambio están convencidos que el tener más experiencia con el paciente les facilitará tener una atención más centrada en la persona (**Tabla V.11**).

Tabla V.11. Actitudes hacia ACP: cambios con la formación

Citas
<i>“creo que sí, por eso...para empezar tenemos más clínica y más rodaje también en el hospital y lo que es con la dinámica hospitalaria, entonces yo creo que eso te acerca mucho más al paciente porque también tiene una visión cuando tú llegas a tercero, aunque tienes clínica pero tienes una visión sesgada (GF11, M2)”</i>
<i>“los primeros años, al ser básicos, no se pueden centrar en el paciente porque son muy de laboratorio, muy microbiológicos...muy de ciencia básica (GF11,M2)”</i>
<i>“yo creo que también es lógico que nosotros hayamos aumentado lo que es el acercamiento al paciente, lo que es enfocado al paciente, que es lógico porque también nos vamos acercando más a la clínica (GF11, M3)”</i>

Los estudiantes perciben que presentan una orientación hacia la ACP pero, son conscientes de su declinación hacia la atención centrada en la enfermedad conforme aumentan de curso. Los entrevistados explican las posibles razones de este enfoque centrado en la enfermedad conforma avanza su formación, como podría ser: a) la predisposición (motivación) de cada uno; b)

las habilidades de comunicación intrínsecas; c) el plan de estudios (contenido de la asignatura y poca importancia en el tema de ACP); d) cómo se ha realizado la tutorización en las asignaturas (si por ejemplo el profesor se había preocupado por la orientación de los alumnos hacia la ACP); e) la falta de tiempo (el propio sistema sanitario); f) la preferencia de especialidad médica; g) la profesión de los padres; h) la educación recibida en casa; i) las experiencias por problemas de salud propios o de familiares; j) los medios de comunicación, e incluso, k) la etnia (Tabla V.12).

Tabla V.12. Actitudes hacia ACP: factores que influyen

Citas
<i>“...por la propia personalidad que tengan, supongo, pues sean más cercanos o menos, y hay otros que es que son piedras andantes (GF5, M5)”</i>
<i>“ A lo mejor algo pero, vamos, yo pienso que como ellos tampoco..., ellos lo aprendieron en la práctica y tampoco lo aprendieron, digamos que ahí cada uno utilizó su personalidad, entonces de hecho por eso hay médicos que a lo mejor sí que son más buenos y empatizan más y por eso hay otros que no te miran ni a la cara, porque es así, entonces ellos tampoco lo recibieron y cada uno pues yo creo que tampoco, la verdad es que no le dan importancia (GF5,M4)”</i>
<i>“en todas las asignaturas clínicas, lo que yo he visto hasta ahora es que si en la asignatura no está metido en el programa algún contenido sobre la relación médico-enfermo o cualquier otra cosa de este asunto pues que no se trata a no ser que el médico, como decía mi compañera, a no ser que el profesor sí nos lo quiera decir (GF5, M5)”</i>
<i>“Yo creo que en afirmaciones y cosas así habría que tener un poco de cuidado, o sea, bueno, yo pienso que realmente hay mucha, quizá la gran parte de la teoría que se nos da que sí la necesitamos porque si bien es cierto que nos podrían dar más formación para relacionarnos con el enfermo y para hacer una medicina centrada en el enfermo (GF5, M7)”</i>
<i>“...Pero por eso te digo que luego a la hora que te vas especializando pues hay especialidades que necesitan un mayor trato con el paciente, lógicamente, si tú estás en atención primaria pues que no te miren ahí a la cara y que no te tal es un paciente, pero si tú a lo mejor en una operación a ti te interesa a lo mejor que te operen bien (GF5, M4)”</i>
<i>“El médico, las prácticas que te toquen...los compañeros con los que estés...un poco las asignaturas y tú por supuesto como persona... (GF11, M8)”</i>
<i>“Hombre, yo creo que una cosa es tú el concepto que puedas tener que evidentemente siempre tiene que ser lo más favorecedor de cara al paciente, pero un poco como crítica, no tener siempre la misma opinión. Entonces yo</i>

<i>creo que una vez que tú te vas involucrando más en el ambiente sanitario, no el del hospital y del sistema como que se te obliga en muchas veces a obviar esa parte, porque como médico lo que quieres es que esa persona se cure y dar un tratamiento eficaz, pero claro, muchas veces no es que se te olvide o que no le quieras prestar atención, es que por cuestión de tiempo muchas veces es imposible (GF2,M2)”</i>
<i>“yo conozco compañeros que van a hacer especialidades que no tienen tratamiento con el paciente y te lo dicen ellos “prefiero hacer esto porque prefiero no verle la cara (GF 11, M8)”</i>
<i>“Yo no, tranquila. Yo por ejemplo es verdad, el hecho de que la familia tenga una tradición médica si puede influir lo que es el hecho de la presión...Puede haber un concepto de presión. (GF11, M2)”</i>
<i>“yo creo que es por el sistema más, o sea por el tiempo, no porque no se pueda porque si tú tienes en una semana no sé qué cantidad de pacientes tú no puedes hacer eso si quieres tener una vida privada aparte tuya, porque yo por ejemplo a mí me gustaría tener mi vida privada, de disfrutarla con mi familia (GF11, M8)”</i>
<i>“Los medios de comunicación influyen muchísimo. La publicidad sí, la publicidad suele ser por marketing, no por promocionar la salud. (GF11, M1)”</i>
<i>“Otra cosa que yo creo es que también, o sea creo que no se debería crear por así decirlo una asignatura, sino que realmente lo que nos hace que nos demos cuenta de todo esto...es más importante que se eduque a la gente en que tenga unos valores clínicos buenos para que sean capaces, de que ellos mismos juzguen eso como estamos haciendo ahora nosotros, que crear una asignatura tal cual (GF11,M8)”</i>
<i>“ Un oriental yo creo que sí, porque también depende porque a lo médico de un pueblo chino, lo digo porque a lo mejor que en China sí que es un país muy desarrollado pero habrá regiones que tú las veas en comparación con España y sean pues suburbios, por ejemplo, entonces un médico en ese sitio, en ese contexto a lo mejor sí que puede ser más paternalista, más por el grado de evolución que tenga esa sociedad, una sociedad más avanzada tiende a que los médicos pues tengan que tener más contacto y más... o sea, tener más en cuenta la opinión de la persona (GF2,M2)”</i>
<i>“Con cosas, si te llega un enfermo con una enfermedad que tú lo has tenido que experimentar con algún familiar, en algunos de tus amigos, yo pienso que ahí sin quererlo te vuelcas mucho más (GF2, M4)”</i>

3.3 Conocimiento y actitudes hacia habilidades de comunicación

Las habilidades de comunicación las definen como las técnicas para que el receptor de la comunicación, el paciente, entienda lo que le quiere transmitir el emisor, el médico, incluyendo comunicación verbal y no verbal. Dicho de otra forma, la capacidad de adaptarse al lenguaje, la edad, el contexto social del

paciente, el nivel cultural, los aspectos psicológicos del paciente, la adaptación a los conflictos que pudieran surgir en la consulta, a la capacidad de empatizar, de ser asertivo y, a la capacidad de crear un clima de confianza que facilite la comunicación. También lo definen como una escucha activa y atenta en el marco comunicativo (**Tabla V.13**).

Tabla V.13. Habilidades de comunicación: Conceptos previos

Citas
<i>“Sí, yo creo que las habilidades tú tienes que saber transmitir el mensaje de acuerdo a cómo sea la persona a la que se lo tienes que decir tienes que ir moderando, viendo las circunstancias y no sé, la forma en decirlo, y también es muy importante saber si lo que estás diciendo la otra persona lo entiende o tienes que cambiar la forma en la que lo transmites, a lo mejor el otro objetivo es que la otra persona lo entienda, para que él también tenga la capacidad de tomar decisión, la decisión (GF4,M8)”</i>
<i>“Que si por ejemplo te llega un paciente como estáis comentando que es una persona muy demandante, que tiene una actitud violenta, pues tienes que estar curtido un poco también en saber, preparado con situaciones, de no saltar para contestar mal, mantener las formas... (GF11,M2)”</i>
<i>“Lenguaje verbal y no verbal, las dos cosas. No sé cómo le dices al paciente las cosas en cuanto al tacto y también al lenguaje no tan técnico (GF2,M6)”</i>
<i>“Y la verdad que respecto a eso lo que siempre nos suelen decir es lo de la... eso, que adaptemos el mensaje a las capacidades de la persona y tal, pero tampoco sabría decir así, o sea, lo de escuchar atentamente para darte cuenta de cómo es la persona (GF8,M8)”</i>

En las asignaturas que los estudiantes reconocen algún aprendizaje en estas habilidades son Patología General, Psicología, Ética, Educación Médica y el rotatorio de Medicina de Familia, coincidiendo con las asignaturas en que refieren aprender también ACP. Destacan el número escaso de asignaturas que enseñan sobre estos aspectos, así como una deficiencia clara a nivel práctico, tipo taller. Piensan que hay abundante contenido teórico, y lo describen como “aburrido” y manifiestan una mala organización del plan de estudios (**Tabla V.14**).

Tabla V.14. Habilidades de comunicación: asignaturas

Citas
<i>“Pero yo pienso que aunque sí que puede ser que con un es decir y tal en dos semanas realmente, que es Patología General, se puede aprender a comunicarse, que debería de haber alguna asignatura en sí en la que se te planteen situaciones y tú tengas que actuar en base a la situación que se te</i>

<i>plantea, con tus conocimientos teóricos, pero basados en la práctica, que es realmente lo que vas a necesitar en el futuro. (GF5, M1)”</i>
<i>“Por ejemplo yo en Psicología, bueno en Psicología en el momento en el que se dé y en el momento en que se habla por ejemplo de la relación médico-paciente, de la entrevista, de cómo se tiene que tratar a los pacientes, sí que aumentaría mucho las prácticas, bueno, no las prácticas sino aumentaría mucho por ejemplo los juegos de rol que hemos hecho (GF5, M7)”</i>
<i>“Pero si es que ahí ya estamos planteando otro problema que es de organización del plan de estudios, porque si esta carrera tiene un problema importante, y nadie se ha dado cuenta todavía de los que organizan el plan de estudios, es que tiene una sobrecarga teórica alucinante y en muchos casos innecesaria, porque hay cosas que con 10 minutos de prácticas en un hospital, como tú bien dices, se aprenden para toda la vida (GF5,M5)”</i>
<i>“Y la pena es eso, que yo creo que nos faltan a lo mejor asignaturas que potencien más esas habilidades de comunicación (GF11, M3)”</i>
<i>“Sí, yo creo que nos falta un poco de... Yo creo que nos falta mucha formación a la hora de manejar ciertas situaciones especiales (GF10, M5)”</i>

También consideran necesario que los profesores se esfuercen por motivar en el aprendizaje sobre habilidades de comunicación, que en muchas ocasiones esta motivación está ausente, así como que sería imprescindible que sean más didácticos en este tema **(Tabla V.15)**.

Otros ven imprescindible incidir en formación de situaciones especiales, como por ejemplo la comunicación de malas noticias, al ser un aspecto importante en la praxis médica **(Tabla V.15)**.

Tabla V.15. Habilidades de comunicación: Aprendizaje I

Citas
<i>“ Sí, sólo lo que son, los nombres, si esto se llama así, si esto se llama de otra manera, si te pueden aparecer pacientes de una manera o de otra, que hagan una cosa u otra, o mandes de hablar con ellos, pero a la hora de darnos facilidades para aprender, para adquirir habilidades de comunicación o cosas así yo lo único que he oído en clase ha sido, se aparece un curso de habilidades de comunicación de estos que os mandan por correo cogerlo porque es muy bueno, y yo pues hasta ahí pues vale. Supongo que si le dais tanta importancia pues debería enseñarnos en algún... yo qué sé, yo sacrificaría una hora de teoría (GF4, M4)”</i>
<i>“Sí, pero porque tú realmente sabes mucho la teoría, en plan yo puedo saber lo que son las habilidades de comunicación, tal, no sé qué, pero luego eso tienes que llevarlo a la práctica... (GF5, M4)”</i>
<i>“Es que eso depende de los médicos que te toquen (GF5, M3)”</i>

“ Más práctica o simplemente enfocar las asignaturas que hablen de eso de otra forma o tener, como ha dicho mi compañera, una asignatura específica para ello, una asignatura que de verdad nos demuestre, que nos ponga en situaciones reales (GF5,M4)”

“Sí, yo creo que nos falta un poco de... Yo creo que nos falta mucha formación a la hora de manejar ciertas situaciones especiales (GF10, M5)”

Hay alumnos que exponen que el aprendizaje básicamente es de forma autodidacta porque claramente sienten la necesidad de formarse en habilidades de comunicación, aunque otros alumnos manifiestan que no todos sienten esa predisposición de aprender. Además, algunos comentan la necesidad de talleres prácticos que sean obligatorios como una forma de incentivar la motivación del estudiante (**Tabla V.16**).

Tabla V.16. Habilidades de comunicación: Aprendizaje II

Citas

“Pues lo mismo con las habilidades con el paciente, tú me das una teoría, yo me la estudio y luego eso vamos a aplicarlo un día entero a hacer juegos de estos de rol para ver cómo se desenvuelve cada uno y que eso cuente como materia de asignatura, sería muchísimo más útil (GF5, M5)”

“En la universidad, cómo que te ofrecen lo básico y si tú quieres aprender más...te tienes que buscar la vida haciendo cursos, por tu cuenta... (GF11, M6)”

Otros estudiantes creen que hay personas que tienen habilidades innatas para comunicarse, con mayor confianza en ellos mismos, lo cual les facilitará su relación con el paciente. Aunque están de acuerdo que son habilidades que pueden ser perfectamente aprendidas por los profesionales, sobre todo con la experiencia (**Tabla V.17**).

Tabla V.17. Habilidades de comunicación: Aprendizaje III

Citas

“ O sea, yo creo que dejamos todos en manos de la manera de ser de la persona, si la persona por lo que sea tiene mucha seguridad, es muy extrovertida, tiene mucha capacidad de observación quizás esa relación con el paciente innatamente se le va a dar mucho mejor que una persona mucho más tímida (GF4,M 5)”

“O sea, yo creo que dejamos todos en manos de la manera de ser de la persona, si la persona por lo que sea tiene mucha seguridad, es muy extrovertida, tiene mucha capacidad de observación quizás esa relación con

el paciente innatamente se le va a dar mucho mejor que una persona mucho más tímida (GF5, M5)”

Con la adquisición de habilidades de comunicación los entrevistados opinan que se podría obtener mayor satisfacción del médico y del paciente, el intercambio de información sería más fluido, ayudaría a establecer un diagnóstico más preciso, mejoraría la gestión del tiempo de la consulta, así como que se conseguiría una mayor adherencia y eficacia del tratamiento (**Tabla V.18**).

Tabla V.18. Habilidades de comunicación: Repercusión en la ACP y RMP

Citas

“Nada, que eso, que creo que da confianza en el paciente porque si él piensa que tú lo has entendido eso le transmite confianza y lo mismo le va a hacer adaptarse mejor al tratamiento y a lo mejor no ver su enfermedad como algo que no entiende o algo tan amenazante (GF2, M5)”

“y también incluso en general en la consulta de cómo economizar el tiempo, de cómo repartir el tiempo y ser más efectivo, si sabes comunicar mejor con el paciente y sabes medio conocerle un poco para saber a qué viene el paciente o saber qué expectativas tiene y saber qué quiere que le digas más o menos, pues yo creo que de esa manera por ejemplo también se puede mejorar la efectividad, eficacia (GF5, M7)”

“Y que sean más efectivos, cuanta más información sepas tú sacar de ese paciente y más te dé él luego va a ser mejor para tú establecer el diagnóstico, lo que he comentado antes, que si tú lo principal, vamos, que yo pienso es obtener mucha información, porque cuanta más información sabes que es mejor venir aquí... (GF10, M8)”

“ Yo creo que también repercute el hecho de una buena comunicación sobre el propio médico (GF5, M3)”

3.4 Expectativas y motivación hacia la ACP

Respecto a las expectativas con el modelo ACP los estudiantes opinan que se obtienen una serie de beneficios como son la satisfacción del paciente y del propio médico, uno de los aspectos clave para una relación médico-paciente adecuada y satisfactoria. También piensan que los médicos llegarán a un diagnóstico más acertado, ya que con este tipo de atención ahondan más en los antecedentes y en el contexto biopsicosocial del paciente **(Tabla V.19)**.

Además, los estudiantes ven que repercutirá en el tratamiento aplicado al paciente, como es en el aspecto de la adherencia al tratamiento, incluso en el pronóstico de su dolencia tras la terapia aplicada **(Tabla V.19)**.

Otros estudiantes lo ven como una oportunidad de educar a la población, al poder compartir información con el paciente. También piensan que, si se realiza una comunicación efectiva, pueden ir adquiriendo cierta relación de confianza y, en consecuencia, una posible 'alianza con el paciente' con el que poder compartir información bidireccional **(Tabla V.19)**.

Los entrevistados piensan que disminuirá también la prescripción de pruebas complementarias y la posible derivación a un segundo nivel de atención, con la consecuente disminución del gasto sanitario **(Tabla V.19)**.

Tabla V.19. Expectativas de la ACP: Beneficios

Citas
<i>"Y la satisfacción propia, y la satisfacción propia como médico que a mí me parece el mayor éxito que puedas tener como médico (GF11, M1)"</i>
<i>"...una mayor satisfacción del paciente con el sistema sanitario, y un feedback positivo hacia los médicos que ejercen esa profesión y hacia la aplicación de este modelo de atención (GF4, M5)"</i>
<i>"Yo pienso que el beneficio que podrían tener también sería llegar a un diagnóstico más correcto, más acertado, porque, por ejemplo, si viene un paciente que te dice, yo qué sé, que tiene trastorno del sueño, que no duerme por la noche y tal, si tú enfocas la atención en preguntarle sobre su vida y tal, a lo mejor de eso sacas que el paciente realmente lo que tiene es una depresión (GF5, M1)"</i>
<i>"Claro, luego puedes tener más adherencia al tratamiento depende como el médico a ti te haya... (GF11, M9)"</i>

<p><i>“... para todo, yo creo que para todo y también para el pronóstico, porque como él bien ha dicho, si..., o sea, no sólo influye el tratamiento sino un poco el efecto placebo, la actitud del paciente (GF2, M9)”</i></p>
<p><i>“Y yo creo que también información, o sea que mejoraría la información y la educación de los pacientes y en general del público que demanda un servicio, porque si tú empleas una atención centrada en el paciente, al final el paciente va a estar más informado e igual que él está más informado pues seguramente a otra persona se lo diga (GF5,M1)”</i></p>
<p><i>“Entonces también le das tú, no sé cómo decirlo, un voto de confianza y le estás confiando ante él también cierta responsabilidad ante el tratamiento (GF4, M5)”</i></p>
<p><i>“Y yo creo que también información, o sea que mejoraría la información y educación de los pacientes y en general del público que demanda un servicio, porque si tú empleas una atención centrada en el paciente, al final el paciente va a estar más informado e igual que él está más informado pues seguramente a otra persona se lo diga (GF5,M1)”</i></p>
<p><i>“Muy bien se ha dicho que si tú..., si el paciente siente que le estás atendiendo yo creo que va a tener mucha más confianza en ti a la hora de contarte todo... (GF2, M8)”</i></p>
<p><i>“Disminuiría el gasto sanitario también, si tú haces que una persona se cure antes, a lo mejor evitar recidivas o que a lo mejor consume más del sistema sanitario (GF4, M7)”</i></p>

Respecto a los aspectos negativos que manifiestan los entrevistados está el riesgo de centrarse en únicamente la persona y en las circunstancias que la rodean, olvidándose de lo puramente científico. Hasta incluso cabe la posibilidad de llegar a invadir la intimidad de la persona **(Tabla V.20)**.

Otros también ven que la ACP no sería adecuada en determinados contextos, como el hospitalario, en el cual el médico debe adoptar cierto rol paternalista para abordarlo **(Tabla V.20)**.

Los estudiantes ven que las circunstancias personales de cada médico en el día a día con la dificultad de delimitar lo personal de lo profesional pueden llegar a afectar a la relación médico-paciente y, por lo tanto, no poder realizar una ACP íntegra **(TablaV. 20)**.

Tabla V.20. Expectativas de ACP: Aspectos negativos

Citas
<i>“A ver si de tanto centrarte en la persona te vas a olvidar que la tienes que tratar, le das piruletas o cosas así. Yo creo que tiene que ser algo complementario, o sea, tiene que ser con... (GF2, M2)”</i>
<i>“... aunque el médico asuma un pequeño rol paternalista en cuanto a la decisión de si es mejor tomar un antibiótico que otro, eso un paciente no te lo va a contestar porque no lo sabe, a no ser que sea médico (GF5, M5)”</i>
<i>“Bueno y que, como has dicho, es que somos personas al fin y al cabo, aunque seamos médicos, es decir que vamos a lo mejor a tener un día mejor que otro y a lo mejor eso también va a influir (GF5, M4)”</i>
<i>“Que a lo mejor sabes también de consulta y por tu parte humana y médica como que te interesas por ese paciente, que a lo mejor tú sales del hospital y le vas dando vueltas a lo largo de todo el día, pensando todo el rato en el paciente que acabas de ver (GF2, M3)”</i>

3.5 Aplicabilidad futura de la ACP

En general, los estudiantes esperan poder practicar una ACP, yendo más allá de los conocimientos científicos. En cambio, otros estudiantes piensan que hay profesionales con más predisposición a la parte simplemente científica, con dificultad de implicarse en las relaciones personales (**Tabla V.21**).

Unos entrevistados piensan que los conocimientos científicos son la base para tener mejores resultados en salud. Por otro lado, otros piensan que lo más importante es la adquisición de habilidades y, en segundo lugar, tener conocimientos médicos. Sin embargo, otros creen que la clave está en conseguir un equilibrio entre conocimientos científicos y habilidades comunicativas (**Tabla V.21**).

Tabla V.21. Aplicabilidad futura de ACP

Citas
<i>“Ser algo más que alguien que pone un tratamiento (GF5, M3)”</i>
<i>“Algunos sí, pero porque lo que hemos dicho antes, a lo mejor les gusta más la parte científica de esto o la parte más técnica, entonces sí que son felices así a su manera pero a lo mejor eso, no les gusta implicarse emocionalmente, les gusta Medicina por la parte científica y a su manera sí que están bien pero no llegan a pensar tanto en el paciente (GF2, M5)”</i>
<i>“yo creo que conocimientos es fundamental pero un poco de todo, que lo complementas (GF11, M8)”</i>
<i>“ No es mucha la diferencia que hay entre los dos, pero primero habilidades y después conocimientos (GF2,M9)”</i>
<i>“yo creo que en el equilibrio está todo, yo creo que una persona que tenga como bien dices, unos conocimientos base, que tendrá todo el mundo, pero no puedes no tener sustentación científica, sino seríamos curanderos (GF11, M2)”</i>

4. Discusión

Este estudio ofrece una amplia perspectiva de factores que influyen en las actitudes hacia la ACP entre los estudiantes de medicina.

Los estudiantes opinan que hoy en día existe un número muy reducido de asignaturas que enseñen ACP y habilidades de comunicación, así como una falta de prácticas o talleres que sirvan para desarrollar estas habilidades y/o una orientación hacia la ACP.

En la literatura se refleja en gran medida la escasez en la enseñanza en habilidades de comunicación. La mayoría de médicos consideran que la comunicación es una habilidad innata, propia del profesional, que no se puede aprender y, por lo tanto, no requiere enseñanza (234). En nuestro grupo focal algunos de los estudiantes lo consideran una habilidad innata que les facilitaría mucho la RMP pero, en cambio otros apoyan la idea de que se debería fomentar más su aprendizaje. Además, destacan una falta de formación y de motivación por parte de los profesores para enseñar sobre ello.

Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos (234). Mucho ha cambiado desde entonces, en 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) ya dio un giro a lo que se venía enseñando hasta ese momento, publicando un informe especial sobre comunicación médico-paciente, en el cual concluyó que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes (235). Los informes más recientes, elaborados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de US, exigen que las escuelas de medicina, para ser acreditadas, tienen que enseñar las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación tanto en sus programas de pregrado como de posgrado (236). Pero, los factores responsables de este giro en la enseñanza fueron el crecimiento de la evidencia de la eficacia de la comunicación en medicina y el apoyo que han otorgado dichos resultados en la práctica (209) y la aparición de métodos que facilitan la observación de las entrevistas médicas. Así, actualmente la mayoría de las

escuelas de medicina en US y Europa incluyen dentro de la formación de pregrado un entrenamiento formal de las habilidades de comunicación de sus estudiantes (209,235), a cargo de profesores que son, muchas veces, médicos de familia. Poco se ha publicado en el mundo de habla hispana sobre la enseñanza de la comunicación médico-paciente durante los estudios de pregrado. En España, por ejemplo, la dimensión comunicacional de la profesión médica no ha sido implantada por las universidades como un área integral del currículo (237).

Algunos entrevistados reconocen que algunos compañeros no tienen predisposición de aprender sobre estos temas. La bibliografía refleja que hay que tener en cuenta que las actitudes negativas hacia el aprendizaje de las habilidades de comunicación son comunes, ya que los estudiantes no reconocen la capacitación de habilidades de comunicación como una parte importante de la educación académica y de la práctica médica, o no percibe la necesidad de mejorar sus propias habilidades (238).

Los beneficios que exponen los estudiantes en la adquisición de habilidades de comunicación y en la práctica de una orientación hacia ACP son el aumento de la satisfacción del médico y del paciente, la precisión en el diagnóstico y la mejora de la adherencia al tratamiento, la disminución de prescripción de pruebas complementarias y una menor derivación a un segundo nivel. Todo esto conllevará un menor gasto sanitario. El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. El médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y por otra parte (239), disminuyen las demandas en su contra. El nivel de satisfacción de ambos aumenta, permitiendo posiblemente reducir en el médico el síndrome de burn-out (240). Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos (241).

Aunque los alumnos expresan que poseen una orientación hacia la ACP, manifiestan que conforme avanza su formación académica su orientación va enfocándose hacia una atención más centrada en la enfermedad. Las posibles

razones son la predisposición o motivación de cada alumno, las habilidades de comunicación intrínsecas, el plan de estudios como el contenido de la asignatura, el enfoque del profesor en la enseñanza o tutorización de la asignatura, la falta de tiempo derivada de la mala gestión del sistema sanitario, la especialidad médica, la profesión de los padres, la educación recibida en casa, las experiencias por problemas de salud propios o de familiares, los medios de comunicación, e incluso, la etnia y el sexo.

A pesar de la importancia señalada por los profesionales de que los estudiantes desarrollen actitudes centradas en el paciente y se comuniquen de manera efectiva (208,235), durante más de medio siglo, la literatura ha mostrado una tendencia a la baja o disminución de las actitudes centradas en el paciente a medida que progresan en el Grado (126). Por lo que los educadores médicos se enfrentan a un desafío continuo para preservar los valores centrados en el paciente de los estudiantes a medida que avanzan a través de un currículo oculto en la formación académica médica en el que se promovía el desinterés por la ACP (230).

En un estudio de grupos focales (189) se observó que los estudiantes podían perder su orientación al paciente, a pesar de tener actitudes y habilidades positivas, cuando eran testigos de modelos de roles negativos, carecían de autoeficacia y apoyo social, y se enfrentaban a barreras como las impuestas por presiones de tiempo y fatiga, especialmente durante las prácticas clínicas. Otros estudios coinciden en el impacto de barreras como el cansancio y la falta de tiempo, así como la falta de modelos de conducta centrados en el paciente y la falta de tutoría (29, 47).

También se encontró en la literatura que los planes de estudio basados en problemas proporcionan contextos preferibles para adquirir competencias orientadas al paciente y una actitud positiva hacia la comunicación médico-paciente (243). Entre las variables personales, las alumnas, en particular aquellas con experiencia laboral en salud, expresaban más interés en la atención orientada al paciente y en el aprendizaje de habilidades de comunicación (188).

Además, las experiencias tempranas en sus familias y con los médicos impactaron su elección para escoger medicina. Las influencias familiares y comunitarias en las decisiones de carrera son reconocidas en la literatura (243).

En cuanto a los contras de practicar ACP los estudiantes consideran a las circunstancias personales de cada profesional así como las motivaciones de éste junto con la capacidad de cada uno para delimitar lo profesional de lo personal las razones que pueden llegar a influir en la práctica de ACP.

Los estudiantes de hoy tienen diferentes prioridades de trabajo y motivaciones personales, las cuales afectan el aprendizaje (244). Muchos comienzan la escuela de medicina con un deseo genuino de ayudar a otros, pero también con intenciones claras de no sacrificar sus vidas personales por sus carreras profesionales (192).

Además, las emociones de los médicos, las historias personales y los antecedentes personales, el autocuidado y la autoconciencia parecían desempeñar funciones cruciales en la RMP (189).

Para finalizar, los aspectos principales que consideran los entrevistados a mejorar tienen que ver con la organización del plan de estudios en cuanto a contenido y cantidad de enseñanza en ACP, además señalar una falta de motivación en cuanto a enseñanza de ACP, así como en su tutorización.

Por ello, las escuelas de medicina han tratado de abordar esto mediante el diseño de nuevos currículos para mejorar las actitudes centradas en el paciente y las habilidades de comunicación (204).

Como una forma de satisfacer muchas de las necesidades descubiertas, el establecimiento de una relación entre el estudiante y el profesor era clave para aprender ACP y motivarles. Esta relación servía para facilitar la transmisión directa de habilidades, actitudes y conocimientos, para brindar apoyo social a la conducta centrada en el paciente de un estudiante, para apoyar al estudiante como persona y evitar que se sintiera abrumado y se retirara y para hacer frente a la vulnerabilidad del profesor (189). No sólo mejoraría relaciones y tutorías

entre estudiantes y tutores, sino también conseguiría mejorar las relaciones entre estudiantes y pacientes (243).

De hecho, la educación médica debería crear más oportunidades para que los estudiantes conozcan a los pacientes y practiquen el enfoque en el paciente, como a través de tareas de portafolio que requieren que los estudiantes se enfoquen en pacientes específicos y que pasen más tiempo en la práctica general (243).

4.1. Limitaciones y fortalezas

Se usaron grupos focales que podrían haber sido completados con entrevistas en profundidad, que brindarían una visión amplia, pero discretamente limitamos la comprensión de los diversos factores mencionados y de cómo estos factores interactuaban. Sin embargo, lo más sorprendente fue la consistencia en las respuestas de los estudiantes. Como resultado, la mayoría de los temas informados por los estudiantes se repitieron independientemente en cada uno de los grupos focales. Además, los resultados del estudio están respaldados por otros estudios cualitativos, lo que demuestra que reflejan con precisión las experiencias de los estudiantes de medicina y sus profesores, y muestran una excelente validez externa.

4.2. Conclusiones e investigación futura

Como conclusión final, identificamos una serie de factores relacionados con la falta de orientación hacia ACP, entre los que destacan los fallos en la educación médica. Por lo cual es necesario más investigación en las estrategias de aprendizaje para el desarrollo de habilidades centradas en el paciente

Cuando consideramos la investigación futura, uno de los problemas más difíciles de resolver se refiere a si las intervenciones propuestas en la educación médica tienen un efecto y, de ser así, durante cuánto tiempo después de la graduación.

El papel de los métodos de enseñanza en la formación de actitudes hacia ACP de los estudiantes debe explorarse más a fondo, incluso si esto no es fácil de poner en práctica. Los diseños longitudinales y cualitativos, como grupos

focales, observaciones o entrevistas, pueden llegar a identificar otras variables que afectan a las actitudes y a la motivación de los estudiantes.

**VI. CAPÍTULO 3. Cuestionario a los
estudiantes de medicina de Murcia sobre
los factores relacionados con su orientación
hacia la atención centrada en la persona**

1. Introducción

La educación de los estudiantes de medicina está históricamente arraigada al diagnóstico y al tratamiento de las enfermedades. El contenido didáctico se enfoca principalmente en anatomía, patología, farmacología y contenidos relacionados. Por lo tanto, aunque la mayoría de los graduados de la escuela de medicina están preparados para diagnosticar y tratar enfermedades, se pone poco énfasis en comprender cómo es el estilo de vida, las creencias y los comportamientos de un paciente lo cual afecta a la capacidad para cuidar y para hacer frente a una enfermedad crónica (245). Los avances en la atención médica han disminuido la mortalidad y alargado la esperanza de vida para muchas personas diagnosticadas con afecciones crónicas de salud. Tales avances médicos han cambiado la naturaleza del trabajo de muchos médicos hacia la prevención y el control de las enfermedades crónicas (246).

El extenso impacto de la enfermedad crónica en la vida, en la actividad diaria y en las relaciones interpersonales justifica la necesidad de una atención integral. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben estar familiarizados y practicar la atención centrada en el paciente para atender las necesidades generales de los pacientes (57).

El IOM define la ACP como "el brindar atención respetuosa y que responda a las personas las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, y garantizar que los valores de los pacientes guíen todas las decisiones clínicas" (247). Los médicos que operan bajo este modelo de atención educan a los pacientes sobre su enfermedad y posibles tratamientos, además de desarrollar una comprensión de todo el paciente, incluidos los valores culturales, preferencias personales, y sus situaciones familiares y sociales. Los médicos deben usar una comunicación clara para establecer una RMP en la que se puedan encontrar puntos en común con respecto a los tratamientos y sus opciones (248). La ACP se ha correlacionado con las percepciones positivas de los pacientes. Además, estas percepciones se asociaron con resultados de salud positivos, como una mejor recuperación del malestar, una mejor salud emocional y menos evaluaciones diagnósticas y derivaciones (81). Sin embargo, se ha prestado poca atención a las características del médico asociadas con la

prestación de este tipo de atención. Históricamente, los médicos han prestado poca atención a la influencia de sus propias características demográficas en su práctica médica (249). La literatura médica también refleja la presunción de que los clínicos son operadores neutrales y no se ven afectados por las variables personales (249). Por ello, aunque muchos estudios se han centrado en la importancia del papel que desempeñan la etnia, el estatus socioeconómico y el sexo del paciente en la relación médico-paciente (249–253), muy pocos estudios se han centrado en la influencia de la etnia, el estatus socioeconómico y el sexo del médico sobre las actitudes hacia la atención centrada en el paciente. Los estudios que se han centrado en las características sociodemográficas de los médicos sugieren que las visitas concordantes con la misma etnia mejoran la satisfacción de los pacientes afroamericanos (251,254) y que las médicas femeninas muestran más empatía que sus homólogos masculinos (255). Sin embargo, no está claro si estos hallazgos están relacionados con las actitudes del médico hacia la ACP y de qué manera. Además, muy poca investigación ha documentado el impacto del estatus socioeconómico del médico en la RMP, aunque se ha sugerido que los médicos de fondos económicos inferiores pueden estar mejor equipados para atender a pacientes que provienen de antecedentes similares (249).

Los educadores médicos han reconocido la importancia de la ACP y su impacto en la RMP al instituir una variedad de planes de estudio para enseñar sus principios a los estudiantes de medicina (133, 256). Estos planes de estudio pueden ser más efectivos al comprender las características individuales de los estudiantes que están asociadas con las actitudes sobre la ACP (249).

Los pacientes en la era moderna se están volviendo cada vez más autónomos (257), una entidad que rara vez se considera en el pasado, pero la medicina moderna no puede avanzar sin incorporar esta necesidad ética (258). Los pacientes cuestionan las decisiones de los médicos y esperan respuestas satisfactorias. Esto enfatiza la importancia de las buenas habilidades de comunicación en la construcción de una buena RMP. Los estudios han demostrado que las buenas comunicaciones pueden lograrse mediante un entrenamiento estructurado, que contradice las creencias pasadas de que la

buena comunicación es una cualidad intrínseca de un médico y no puede ser contratada (259). Es muy lógico evaluar las actitudes de los futuros médicos con respecto a la RMP, que es la base misma de la medicina moderna. Un creciente cuerpo de investigación demostró que los estudiantes de Medicina en torno a los trabajos de diversos países muestran una diferencia en sus actitudes hacia la RMP. Los investigadores han utilizado una escala válida y fiable llamada PPOS (129) para medir esta actitud en países como Nepal (177) , Corea (260) y Grecia (126). Los estudiantes de medicina en Brasil tienen creencias altamente positivas sobre la ACP (puntuación de PPOS de $4,66 \pm 0,44$ SD) (243, 261) seguidos de cerca por estudiantes de medicina estadounidenses (puntuación de PPOS, $4,57 \pm 0,48$ SD) (129). Según lo indicado por un estudio en Nepal (puntuación PPOS de $3,71 \pm 0,48$ SD), los estudiantes de medicina en Asia tienen una tendencia hacia la atención centrada en el médico (129, 177) , que se asocia con una disminución de la satisfacción del paciente (123) .La escasez de conocimientos sobre la dinámica de la RMP en las facultades de medicina españolas justifican este estudio con los siguientes objetivos: (1) evaluar la orientación de los estudiantes de medicina de Murcia hacia la ACP (2) analizar las asociaciones de las características de la muestra de estudiantes con la ACP y evaluado con la PPOS.

2. Material y método

2.1. Descripción de la muestra

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal desde febrero de 2019 hasta mayo de 2019 en la facultad de Medicina de Murcia. Se incluyeron todos los estudiantes de pregrado de los seis cursos de Medicina durante el curso académico 2018-2019. Se excluyeron estudiantes de otras profesiones de salud y estudiantes de posgrado.

Las facultades de Medicina españolas (como en la mayoría de los países europeos) imparten un programa formativo de 6 años. Los primeros tres años se consideran preclínicos, mientras que los otros tres se consideran más clínicos, lo cual proporciona a los estudiantes la posibilidad de interactuar más con los pacientes.

2.2. Instrumentos

El estudio fue presentado mediante carta personalizada firmada por el decano de la facultad, que solicitó a los alumnos su colaboración.

Mediante la creación de un cuestionario informatizado autoadministrado, se invitó a participar de forma anónima y voluntaria a la muestra de estudiantes de todos los cursos de la facultad de Medicina de Murcia. Antes de la realización del cuestionario, se adjuntó un mensaje de bienvenida sobre el objetivo del estudio. La participación en la encuesta fue voluntaria (después de que firmaran el consentimiento informado).

Los datos se recopilaron de forma anónima para garantizar la confidencialidad de los participantes. La recogida del cuestionario se realizó en un primer intento durante febrero de 2019 y en un segundo y último intento desde marzo a mayo de 2019 (asignándose un periodo de 12 semanas para reclutamiento y recolección de datos). Para optimizar la tasa de respuesta se realizaron varias estrategias como recordatorios virtuales cada semana además del empleo de tiempo de clase, personándose el investigador en el comienzo de cada clase con permiso del profesor, para recordar la participación. También los profesores hicieron anuncios en clase, dejando un periodo de 10-15 min en

algunas clases para su realización. También para incentivar la participación, se procedió a realizar un sorteo de dos cajas de regalo de estancias entre los alumnos que contestaron el cuestionario, con previa identificación con del DNI, NIE o pasaporte al comienzo de la encuesta. El proceso fue realizado a través del aula virtual con la herramienta proporcionada por la universidad de Murcia (encuestas.um.es), a través del cual se mandó por correo electrónico un enlace adjunto de acceso a la encuesta. Un anuncio final e invitación fueron enviado a todos los estudiantes 1 semana antes del cierre de la encuesta.

Previamente, en noviembre de 2016 se realizaron 11 grupos focales, cada uno compuesto por un total de 8 a 10 estudiantes, con un total de 93 alumnos de la facultad de Medicina de Murcia (83 estudiantes de 3º curso y 10 de 6º curso), utilizando un guion de preguntas abiertas sobre la ACP mediante entrevistas semiestructuradas.

Tras la transcripción de estas entrevistas, se seleccionaron unas unidades de análisis para la posterior confección de 11 ítems de nuestro cuestionario que evaluaron la ACP. Además, se incluyó la PPOS a la encuesta creada para completar el estudio de la orientación de la ACP entre los estudiantes.

La PPOS es un instrumento que se desarrolló en América en 1.999 por Krupat et al. (123) para evaluar las actitudes de los médicos, estudiantes de Medicina y pacientes respecto a si los médicos y los pacientes deben tener el mismo poder y control en la atención médica (123, 125, 262). La escala ha sido traducida a varios idiomas y validada en varias culturas (123, 126, 263, 264). Es una escala compuesta por 18 ítems (123), con una buena fiabilidad y validez (123), dividida en dos dominios de 9 elementos cada uno: el dominio cuidar y el dominio compartir. La escala mide dos aspectos de la ACP: cuidar y compartir. El dominio compartir mide el grado en el que el encuestado cree que el paciente debería recibir información y participar en la toma de decisiones (ítems: 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15, 18; ver Apéndice I (206)) (123, 126). El dominio cuidar evalúa si las expectativas, los sentimientos y el estilo de vida del paciente son tomados en consideración durante la consulta médica (ítems: 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 17; ver Apéndice I (206)). La puntuación se basa en un Likert de 6 puntos, escala que va desde muy de acuerdo [1] a fuertemente en desacuerdo [6] (puntuación

amablemente suministrado por el Dr. Edward Krupat) (123, 206, 262), con puntuaciones más altas que indican una mayor ACP. Las puntuaciones medias (puntuación total de PPOS) fueron calculadas y podría variar desde un valor de 1 (centrado en el médico o paternalista) a 6 (centrado en el paciente o igualitario) (123,262). Además de un puntaje total, el PPOS mide las actitudes hacia la relación médico-paciente a lo largo de sus dos dimensiones, compartir y cuidar. Cada dimensión también se calificó por separado para obtener puntuaciones promedio de cuidar y compartir (mínimo 1, máximo 6, con puntuaciones más altas que indican una mayor actitud positiva hacia el cuidado y el compartir)

Previamente en la literatura se observó cómo sobre la PPOS se había realizado una traducción bilingüe, así como las pruebas primarias esenciales de validez y fiabilidad. (Ver PPOS traducida al castellano por el centro de excelencia para la investigación de desigualdades en salud de la universidad de Miami en **Anexo 7** (206)).

Recientemente, hallamos que en febrero de 2021 se ha realizado una traducción bilingüe en España con la consiguiente adaptación transcultural(122). Excluyendo los ítems 9, 13 y 17, el α de Cronbach aumentó de 0,72 a 0,77 en PPOS general, de 0,66 a 0,72 en dominio compartir y de 0,48 a 0,56 en dominio cuidar; y por tanto, estos elementos se excluyeron de los análisis posteriores(122). La consistencia interna de la puntuación general de PPOS utilizada en nuestra investigación, del dominio compartir y del dominio cuidar era α de Cronbach de 0,67, 0,63 y 0,50 respectivamente, similares a los valores informados por Perestelo-Pérez et al.(122).

Por último, en el cuestionario también se incluyeron variables sociodemográficas tras realizar una RS diseñada en un protocolo a través de la lista de comprobación PRISMA, habiendo definido unos criterios de inclusión que contenían RS, estudios descriptivos, estudios de intervención y estudios de validación que reunieran 3 condiciones: realizados en estudiantes de Medicina, que midieran ACP y utilicen algún cuestionario y/o escala validada.

Tras la realización de los GF y de la RS se procedió a realizar una primera encuesta de opinión que nos sirvió como pilotaje cognitivo para la creación de

un posterior cuestionario definitivo. Fue enviada a alumnos de sexto en diciembre de 2018 a través de la herramienta encuestas proporcionada por el aula virtual de la universidad de Murcia, obteniéndose una tasa de respuesta de 21 alumnos de un total de 200 alumnos de sexto del curso académico 2017-2018 (**Anexo 8**), observándose que la PPOS y el resto de ítems eran útiles y comprensibles para medir la orientación hacia ACP entre estudiantes de Medicina.

Por tanto, se creó un cuestionario que incluyó la PPOS, 11 ítems a partir de la transcripción de las entrevistas de los grupos focales y variables sociodemográficas seleccionadas a partir de las diferentes herramientas encontradas en la RS, además de confirmar que la mejor escala validada hasta el momento para medir ACP fuera la PPOS (cuestionario en **Anexo 9**).

Las variables seleccionadas fueron sexo, edad, curso académico, país de nacimiento, municipio de residencia habitual, religión, estado civil, tipo de colegio que ha cursado estudios primarios y bachillerado, número de idiomas que habla, nota de selectividad, nivel de estudios de padres, profesión de padres (médicos, otros...), nivel socioeconómico familiar, ingresos hospitalarios propios o de familiares, motivación para elegir medicina, participación en actividades fuera de la facultad de medicina, participación de los estudiantes en equipos de investigación y actividades extracurriculares, experiencias con minorías raciales o pacientes de bajos ingresos y especialidades preferidas (**Anexo 9**).

2.3. Análisis de datos

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS versión 24). Las características de la muestra se analizaron descriptivamente, utilizando valores absolutos y porcentajes por categoría para variables categóricas y medias y desviaciones estándar para variables continuas.

Se utilizó el test de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución. La significación estadística se determinó mediante pruebas T de Student y pruebas de chi-cuadrado de Pearson. La significación estadística se determinó con pruebas paramétricas T de Student en los valores que seguían una distribución normal y U de Mann-Whitney cuando no era normal alguna de

las variables o bien no habíamos verificado normalidad. Los valores de p menores de 0.05 se consideraron significativos.

Las medias de la puntuación de la PPOS total, y de los dominios cuidar y dominio compartir para cada variable y sus subgrupos fueron calculados. Análisis de varianza (ANOVA) se utilizó para examinar el efecto de las variables del cuestionario y su interacción con las medias de las puntuaciones de la PPOS (PPOS total, dominios compartir y dominio cuidar) cuando había tres o más medias que comparar. Los ANOVA se ejecutaron primero en variables individuales. En distribuciones normales se utilizó prueba F de Snedecor y en no normales prueba de Kruskal-Wallis.

El análisis multivariante se realizó después de observar las variables significativas. Los modelos de regresión (múltiple, logística) trataron de explicar los valores de la variable objeto de estudio (variable dependiente), en función de la presencia de otras variables, denominadas predictoras (variables independientes). En regresión múltiple las variables predichas han de ser cuantitativas, y en regresión logística han de ser dicotómicas. En todos los casos las variables predictoras han de ser cuantitativas o/y ordinales; y una forma de variable ordinal contemplada es la denominada variable dicotómica. En ningún caso esas variables predichas podrán ser cualitativas (las variables predictoras cualitativas fueron convenientemente transformadas en otras (variables dummy) de carácter dicotómico.

En los cálculos de regresión múltiple se consideraron tres variables dependientes, por separado: Promedio de PPOS, promedio de dominio Compartir y promedio de dominio Cuidar. En cada caso se realizaron cálculos que explicaron los valores de éstas en función de cuatro posibilidades: 1. Variables sociodemográficas que hubieran sido significativas en comparaciones previas (edad, edad y religión); 2. Variables académicas significativas (opción 1: curso y especialidad recompuesta en tres variables dummies y opción 2: curso y especialidad en dos niveles); 3. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria y prestigio social). Se consideraron las siguientes condiciones de aplicación: condición de Lewis Beck, verificación que el modelo explicativo propuesto lo es (prueba Durbin-Watson), verificación que no existen problemas

de multicolinealidad (prueba de Tolerancia) y verificación de la condición de normalidad de las variables residuales (prueba de Shapiro-Wilk). Los resultados informaron de la cantidad de variabilidad predicha que cada modelo presentaba (estadístico R^2 corregido) y de aquellas variables predictoras con significaciones inferiores a 0,05 (prueba T de Student). En función de esta prueba, en cada caso se presentó una fórmula de predicción que englobara variable dependiente en función de las variables predictoras significativas, incluyendo en ella los valores de los coeficientes no estandarizados (valores B).

Para la regresión logística, y dado que las variables predichas han de ser dicotómicas, se recategorizaron las variables objeto de estudio (Promedio de PPOS, Promedio de Cuidar y Promedio de Compartir) en variables dicotómicas, considerando como punto de corte la media o la mediana de cada variable (dependiendo de normalidad-Prueba de Shapiro Wilk). Los cálculos explicaron los valores de estas variables en función de: Variables sociodemográficas significativas (edad, sexo y religión); variables académicas significativas (curso y especialidad) (se desestimó la posibilidad de incluir la variable especialidad reacondicionada como tres variables dummy dado los bajos valores de tolerancia de cada una de ellas) y variable motivación significativa (prestigio social y humanitaria). Se siguió la estrategia del método “introducir”.

Como condición de aplicación se tuvo en cuenta la bondad del ajuste (Prueba de Hosmer y Lemeshow). Se informó de la cantidad de variabilidad de la variable predicha que cada modelo representaba (estadístico R^2 de Nagelkerke) y de aquellas variables predictoras con significaciones inferiores a 0,05 (prueba de Wald). En función esta prueba, se presentó la fórmula de predicción (igual que en regresión múltiple). Del mismo modo se analizaron los valores de odds ratio (OR) y los valores de sensibilidad y especificidad.

3. Resultados

3.1. Análisis descriptivo

Complementaron el cuestionario un total de 384 alumnos entre los 1.300 a los cuales fue enviada para su realización. 25 fueron eliminados debido a la contestación repetida de la encuesta, de modo que al final fueron 359 cuestionarios complementados (con una tasa de respuesta en torno al 30%).

El **sexo** de los estudiantes que contestaron fue mayoritariamente femenino. El 66,3 % fueron mujeres y la mitad menos eran hombres con un 33,7% de participación.

112 alumnos de sexto **curso** (31,2%) fueron los que más contestaron, seguidos de los de tercer curso con 85 (23,7%) encuestas cumplimentadas, y una participación muy igualitaria entre los alumnos de 4º y 5º curso con 51 (14,2%) y 53 (14,8%) alumnos respectivamente. Los que menos contestaron fueron los alumnos de 1º curso con un total de 21 alumnos y los alumnos de 2º curso con un número de 37 (10,3%) cuestionarios realizados. Por tanto, el 60,2% de los alumnos habían tenido experiencias clínicas con los pacientes en las rotaciones clínicas perteneciendo un total de 216 alumnos a los cursos clínicos, en comparación con los 143 alumnos de los cursos preclínicos.

Los que más participaron en la encuesta tenían **edades** comprendidas entre 20 y 24 años y la media de edad fue 22,97 (DE \pm 4,75), siendo 23,40 (DE \pm 5,22) en el hombre y 22,75 (DE \pm 4,50) en la mujer. No se encontraron diferencias significativas en la variable edad en función del sexo (P = 0,397).

El 67,13% de los alumnos vivían en ciudad (Murcia, Cartagena, Lorca y alrededores) y 118 (32,86%) vivían en áreas rurales. Analíticamente, el resto de las características de la muestra se plasman en la **Tabla VI.1 y 2**.

Tabla VI.1. Características de la muestra de estudiantes (n=359) según curso preclínico o clínico

Característica		Preclínico, n (%)	Clínico, n (%)	Muestra total, n (%)
		143 (39,8)	216 (60,2)	359 (100)
Edad	Hasta 22	122 (85,3)	29 (13,4)	151 (42,06)
	≥ 22	21 (14,7)	187 (86,6)	208 (57,93)
Curso actual	1	21 (14,7)	0 (0,0)	21 (5,8)
	2	37 (25,9)	0 (0,0)	37 (10,3)
	3	85 (59,4)	0 (0,0)	85 (23,7)
	4	0 (0,0)	51 (23,6)	51 (14,2)
	5	0 (0,0)	53 (24,5)	53 (14,8)
	6	0 (0,0)	112 (51,9)	112 (31,2)
Sexo	Hombre	52 (36,4)	69 (31,9)	121 (33,7)
	Mujer	91 (63,6)	147 (68,1)	238 (66,3)
Nacionalidad	España	139 (97,2)	207 (95,8)	346 (96,4)
	UE	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,3)
	No UE	4 (2,8)	8 (3,7)	12 (3,3)
Religión	Cristianismo	75 (52,4)	105 (48,6)	180 (50,1)
	Islam	2 (1,4)	1 (0,5)	3 (0,8)
	Budismo	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,3)
	Otra	0 (0,0)	2 (0,9)	2 (0,6)
	Ateo o agnóstico	66 (46,2)	107 (49,5)	173 (48,2)
Estado civil	Soltero	93 (65)	108 (50)	201 (56)
	En pareja	46 (32,2)	98 (45,4)	144 (40,1)
	Casado	3 (2,1)	7 (3,2)	10 (2,8)
	Separado	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,3)
	Divorciado	1 (0,7)	2 (0,9)	3 (0,8)
Colegio estudios primarios	Público	91 (63,6)	125 (57,9)	216 (60,2)
	Privado	6 (4,2)	13 (6)	19 (5,3)
	Concertado	46 (32,2)	78 (36,1)	124 (34,5)
Colegio bachillerato	Público	106 (74,1)	155 (71,8)	261 (72,7)
	Privado	25 (17,5)	36 (16,7)	61 (17)
	Concertado	12 (8,4)	25 (11,6)	37 (10,3)
Nº idiomas que habla	1	11 (7,7)	18 (8,3)	29 (8,1)
	2	66 (46,2)	100 (46,3)	166 (46,2)
	3	55 (38,5)	79 (36,6)	134 (37,3)
	4	10 (7)	16 (7,4)	26 (7,2)
	5	1 (0,7)	3 (1,4)	4 (1,1)

Nota de selectividad	Hasta 12,945	44 (30,8)	29 (13,4)	73 (20,33)
	≥ 12,945	97 (67,8)	187 (86,6)	284 (79,10)
Estudios del padre	SP/PI	13 (9,1)	7 (3,2)	20 (5,6)
	GE/P	35 (24,5)	40 (18,5)	75 (20,9)
	FP/GM	13 (9,1)	18 (8,3)	31 (8,6)
	Bachillerato	5 (3,5)	16 (7,4)	21 (5,8)
	FP/GS	9 (6,3)	22 (10,2)	31 (8,6)
	D/L/G	55 (38,5)	93 (43,1)	148 (41,2)
	P/D	13 (9,1)	20 (9,3)	33 (9,2)
Estudios de la madre	SP/PI	10 (7)	2 (0,9)	12 (3,3)
	GE/P	35 (24,5)	36 (16,7)	71 (19,8)
	FP/GM	17 (11,9)	32 (14,8)	49 (13,6)
	Bachillerato	11 (7,7)	12 (5,6)	23 (6,4)
	FP/GS	9 (6,3)	24 (11,1)	33 (9,2)
	D/L/G	54 (37,8)	96 (44,4)	150 (41,8)
	P/D	7 (4,9)	14 (6,5)	21 (5,8)
Profesión de los padres	Médicos	7 (4,9)	25 (11,6)	32 (8,9)
	Otras carreras de salud	15 (10,5)	25 (11,6)	40 (11,1)
	Otras	121 (84,6)	166 (76,9)	287 (79,9)
Ingresos económicos	<1.000 €	13 (9,1)	7 (3,2)	20 (5,6)
	≥1.000 y <2.000 €	43 (30,1)	51 (23,6)	94 (26,2)
	≥2.000 y <3.000 €	56 (39,2)	70 (32,4)	126 (35,1)
	3.000 €	31 (21,7)	88 (40,7)	119 (33,1)
Especialidad elegida	L/MQ/Q	63 (46,3)	76 (35,7)	139 (39,8)
	Clínicas	73 (53,7)	137 (64,3)	210 (60,2)

Fuente: Elaboración propia

Abreviaturas: UE: Unión Europea, SE/PI: Sin educación/Primaria incompleta, GE/P: Graduado escolar / Primarios, FP/GM: Formación profesional / Grado medio, FP/GS: Formación profesional / Grado superior, D/L/G: Diplomado / Licenciado / Graduado, P/D: Postgrado/ Doctorado, L/MQ/Q: Laboratorio/Médico-quirúrgicas/Quirúrgicas.

Tabla VI.2. Características de la muestra según sexo (n=359)

Característica		Hombre, n (%)	Mujer, n (%)	Muestra total, n (%)
		121 (33,7)	238 (66,3)	359 (100)
Edad	Hasta 22	51 (42,1)	100 (42)	151 (42,1)
	≥ 22	70 (57,9)	138 (58)	208 (57,9)
Curso	1	7 (5,8)	14 (5,9)	21 (5,8)
	2	14 (11,6)	23 (9,7)	37 (10,3)
	3	31 (25,6)	54 (22,7)	85 (23,7)
	4	17 (14)	34 (14,3)	51 (14,2)
	5	17 (14)	36 (15,1)	53 (14,8)
	6	35 (28,9)	77 (32,4)	112 (31,2)
	preclínico	52 (43)	91 (38,2)	143 (39,8)
	clínico	69 (57)	147 (61,8)	216 (60,2)
Nacionalidad	España	119 (98,3)	227 (95,4)	346 (96,4)
	UE	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,3)
	No UE	2 (1,7)	10 (4,2)	12 (3,3)
Religión	Cristianismo	55 (45,5)	125 (52,5)	180 (50,1)
	Islam	0 (0,0)	3 (1,3)	3 (0,8)
	Budismo	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,3)
	Otra	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (0,6)
	Ateo o agnóstico	64 (52,9)	109 (45,8)	173 (48,2)
Estado civil	Soltero	63 (52,1)	138 (58)	201 (56)
	En pareja	53 (43,8)	91 (38,2)	144 (40,1)
	Casado	5 (4,1)	5 (2,1)	10 (2,8)
	Separado	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,3)
	Divorciado	0 (0,0)	3 (0,8)	3 (0,8)
Colegio estudios primarios	Público	71 (58,7)	145 (60,9)	216 (60,2)
	Privado	8 (6,6)	11 (4,6)	19 (5,3)
	Concertado	42 (34,7)	82 (34,5)	124 (34,5)
Colegio bachillerato	Público	91 (75,2)	170 (71,4)	261 (72,7)
	Privado	22 (18,2)	39 (16,4)	61 (17)
	Concertado	8 (6,6)	29 (12,2)	37 (10,3)
Nº idiomas que habla	1	13 (10,7)	16 (6,7)	29 (8,1)
	2	58 (47,9)	108 (45,4)	166 (46,2)
	3	39 (32,2)	95 (39,9)	134 (37,3)
	4	11 (9,1)	15 (6,3)	26 (7,2)
	5	0 (0,0)	4 (1,7)	4 (1,1)
Nota de selectividad	Hasta 12,945	62 (52,1)	107 (48,2)	169 (49,6)

	≥ 12,945	57 (47,9)	115 (51,8)	172 (50,4)
Estudios del padre	SP/PI	9 (7,4)	11 (4,6)	20 (5,6)
	GE/P	27 (22,3)	48 (20,2)	75 (20,9)
	FP/GM	8 (6,6)	23 (9,7)	31 (8,6)
	Bachillerato	5 (4,1)	16 (6,7)	21 (5,8)
	FP/GS	6 (5)	25 (10,5)	31 (8,6)
	D/L/G	56 (46,3)	92 (38,7)	148 (41,2)
	P/D	10 (8,3)	23 (9,7)	33 (9,2)
Estudios de la madre	SP/PI	5 (4,1)	7 (2,9)	12 (3,3)
	GE/P	29 (24)	42 (17,6)	71 (19,8)
	FP/GM	17 (14)	32 (13,4)	49 (13,6)
	Bachillerato	6 (5)	17 (7,1)	23 (6,4)
	FP/GS	13 (10,7)	20 (8,4)	33 (9,2)
	D/L/G	44 (36,4)	106 (44,5)	150 (41,8)
	P/D	7 (5,8)	14 (5,9)	21 (5,8)
Profesión de los padres	Médicos	12 (9,9)	20 (8,4)	32 (8,9)
	Otras carreras de salud	12 (9,9)	28 (11,8)	40 (11,1)
	Otras	97 (80,2)	190 (79,8)	287 (79,9)
Ingresos económicos	<1.000 €	6 (5,0)	14 (5,9)	20 (5,6)
	≥1.000 y <2.000 €	31 (25,6)	63 (26,5)	94 (26,2)
	≥2.000 y <3.000 €	39 (32,2)	87 (36,6)	126 (35,1)
	≥3.000 €	45 (37,2)	74 (31,1)	119 (33,1)
Especialidad elegida	L/MQ/Q	49 (42,6)	90 (38,5)	139 (39,8)
	Clínicas	66 (57,4)	144 (61,5)	210 (60,2)

Fuente: Elaboración propia.

Abreviaturas: UE: Unión Europea, SE/PI: Sin educación/Primaria incompleta, GE/P: Graduado escolar / Primarios, FP/GM: Formación profesional / Grado medio, FP/GS: Formación profesional / Grado superior, D/L/G: Diplomado / Licenciado / Graduado, P/D: Postgrado/ Doctorado, L/MQ/Q: Laboratorio/Médico-quirúrgicas/Quirúrgicas.

Respecto a la **especialidad** de preferencia para elegir en un futuro, los estudiantes se decantaban en mayor número por especialidades médicas correspondiendo a 210 alumnos (58.5%), 77 alumnos (21,4%) elegirían quirúrgicas, 51 (14,2%) prefería especialidades médico-quirúrgicas y sólo 11 alumnos especialidades de laboratorio (3,1%). El 2,8% (10 alumnos) no habían tomado aún una decisión. Las especialidades favoritas fueron pediatría y áreas específicas con un 12,5% (45 alumnos), seguidas por cirugía general y del

aparato digestivo con 10,3% (37 alumnos), cardiología con un 7% (25 alumnos), MFyC elegida por 23 alumnos (6,4%), psiquiatría por 22 alumnos (6,1%), medicina interna y neurología por 19 alumnos cada una (5,3% en cada una), muy de cerca obstétrica y ginecología con 17 alumnos (4,7%) y neurocirugía con 15 alumnos (4,2%), entre otras. Las especialidades menos elegidas fueron microbiología y parasitología, cirugía cardiovascular y anatomía patológica con un alumno cada una (0,3% en cada una).

La **nota de selectividad** media en la muestra de estudiantes fue 12,62 (DE \pm 1,28), con una puntuación media de 12,48 (DE \pm 1,44) los hombres y 12,69 (DE \pm 1,17) las mujeres. No se observaron diferencias significativas en la nota de selectividad en función del sexo ($P = 0,191$). En cambio, si había diferencias significativas en la nota de selectividad informada por estudiantes de cursos preclínicos en comparación con clínicos ($P = 0,000$), siendo la nota mayor en estudiantes que pertenecían a cursos preclínicos ($12,68 \pm 1,43$ versus $12,57 \pm 1,16$).

Otros parámetros que se midieron como haber tenido algún ingreso hospitalario propio o de algún familiar, la motivación para elegir medicina, la participación en otras actividades o la experiencia en determinados grupos sociales también fueron explorados para ver su relación con la ACP entre los alumnos y se plasman en las **Figuras VI. 1, 2 y 3**.

Figura VI.1. Diagrama de barras con características de la muestra (ingreso hospitalario, motivación para elegir medicina y participación de actividades en su tiempo libre)

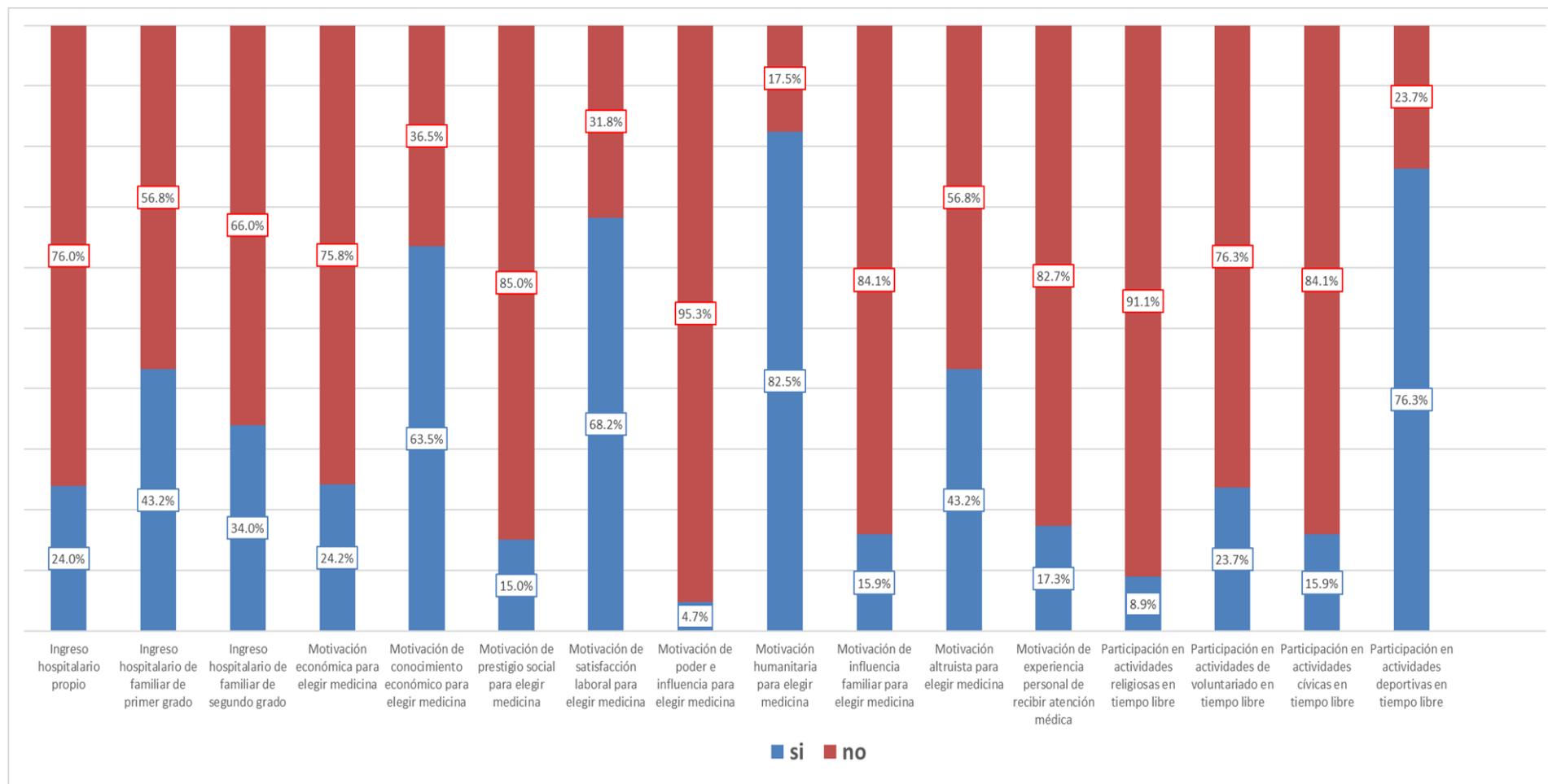


Figura VI.2. Diagrama de sectores sobre la participación en equipos de investigación y actividades extracurriculares

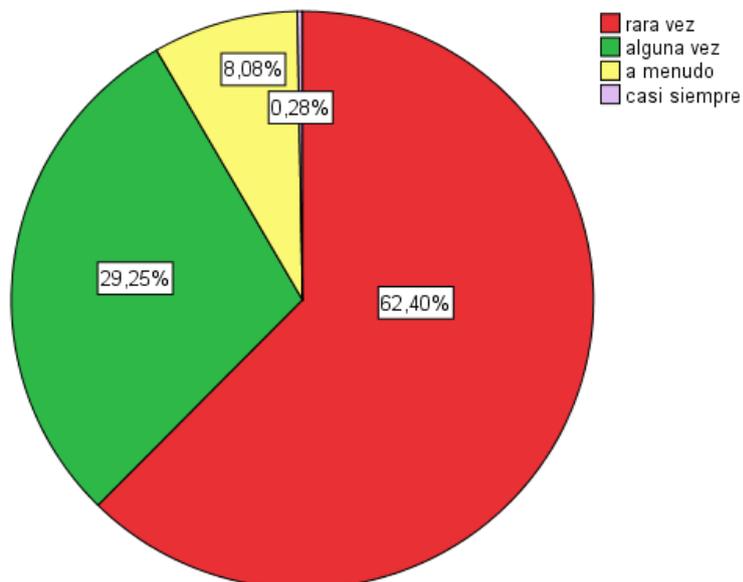
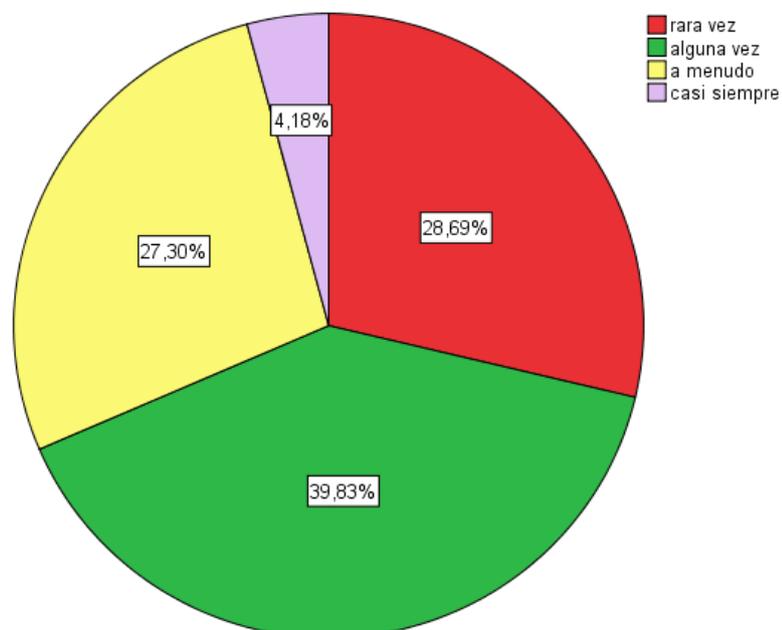


Figura VI.3. Diagrama de sectores sobre la experiencia en pacientes con bajos ingresos o minorías raciales



En general, los alumnos no tuvieron una extendida experiencia en **ingreso hospitalario** propio ni tampoco de familiares, siendo los ingresos de

familiares de primer grado los más numerosos en un 43,2% de la muestra **(Figura VI.1)**.

La motivación humanitaria para elegir medicina fue la que más alumnos eligieron correspondiendo a 296 alumnos de la muestra (82,5%). En cambio, la motivación de prestigio social e influencia fue la menos elegida por sólo 17 (4,7 %) **(Figura VI.1)**.

Cuando nos referimos a **participación en actividades** en su tiempo libre la mayoría se decantaron por el deporte en el que reconocieron 274 alumnos (76,3%) y las que menos participaron fueron actividades religiosas en un 8,9% (32 alumnos) **(Figura VI.1)**. La participación en equipos de investigación y actividades extracurriculares fue escasa porque el 63,40% respondieron que raras veces lo hacían, tal como se muestra en **Figura VI.2**.

Algunas veces (39,83%) tuvieron experiencia en pacientes de bajos ingresos o con minorías raciales **(Figura VI.3)**.

La puntuación media de cada ítem de la PPOS en la muestra de estudiantes (n=359) indicaba actitudes orientadas hacia la ACP, ya que las puntuaciones medias eran mayores de 3, excepto el ítem 18 con 2.49 (DE 1,30) **(Tabla VI.3)**. También se observó orientación hacia ACP en la puntuación general promedio de la PPOS que fue de 4,41 (DE 0,40), del dominio compartir que fue de 4,01 (DE 0,53) y del dominio cuidar que fue de 4,82 (DE 0,45) **(Tabla VI.4)**. En el resto de ítems del cuestionario también se vio una orientación hacia la ACP, excepto en el ítem 19 ($2,66 \pm 1,30$) y en el ítem 23 ($1,81 \pm 1,02$) **(Tabla VI.5)**.

Tabla VI.3. Puntuaciones medias de los ítems de la PPOS en todos los estudiantes (n=359)

Ítem de la PPOS	Media \pm DE
1. El médico es quién debería decidir qué se habla durante la consulta	4,18 \pm 1,15
2. Aunque hoy en día la atención sanitaria es menos personal, es un pequeño precio que hay que pagar por todos los avances médicos.	4,53 \pm 1,25
3. La parte más importante de una consulta médica estándar es el examen médico.	3,70 \pm 1,44
4. Es mejor que los pacientes no reciban una explicación completa de su estado de salud.	5,43 \pm 0,80
5. Los pacientes deberían confiar en la profesionalidad de sus médicos y no intentar averiguar sobre sus enfermedades por ellos mismos.	3,55 \pm 1,60
6. Cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre las antecedentes de su paciente entran demasiado en asuntos personales, invadiendo la intimidad del paciente.	5,42 \pm 0,75
7. No es tan importante cómo se relacione el médico con el paciente, siempre y cuando éste sea buen profesional y acierte en el diagnóstico y tratamiento.	5,48 \pm 0,75
1. Muchos pacientes continúan haciendo preguntas aun cuando no están aprendiendo nada nuevo.	3,90 \pm 1,28
9. Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, igual en poder y posición.	4,70 \pm 1,27
10. Los pacientes generalmente quieren consuelo más que información sobre su salud.	3,60 \pm 1,17
11.El médico no tendrá mucho éxito si su herramienta fundamental es comportarse de forma abierta y cálida.	5,31 \pm 1,04
12.Los pacientes no demuestran respeto ni confianza en su médico cuando no están de acuerdo con él.	3,64 \pm 1,49
13. Un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto y es contradictorio al estilo de vida o a los valores del paciente.	5,04 \pm 1,04
14. La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta del médico lo más rápido posible.	4,27 \pm 1,33
15. El paciente debe ser siempre consciente de que el médico es el que está al mando de todo.	4,60 \pm 1,18
16. Para tratar la enfermedad de la persona no es tan importante conocer la cultura ni los antecedentes del paciente.	5,65 \pm 0,67
17. El médico utiliza el humor como un ingrediente importante para el tratamiento del paciente.	4,01 \pm 1,35
18. Normalmente confunde más que ayuda cuando los pacientes buscan información por su cuenta.	2,49 \pm 1,30

Fuente: Elaboración propia

Tabla VI.4. Puntuación media del dominio compartir, del dominio cuidar y de la PPOS en general en toda la muestra (n=359)

Componentes de la PPOS	Media \pm DE
PPOS en general	4,41 \pm 0,40
Dominio cuidar	4,82 \pm 0,45
Dominio compartir	4,01 \pm 0,53

Fuente: Elaboración propia

Tabla VI.5. Puntuación media del resto de ítems del cuestionario en todos los estudiantes (n=359)

Ítem del cuestionario	Media \pmDE
19.Los médicos son conscientes de la necesidad de formación y de actualización continua de conocimientos sobre la comunicación y el trato con los pacientes.	2,66 \pm 1,30
20.La satisfacción que siente el propio médico con su trabajo no se transmite en su relación con los pacientes.	4,67 \pm 1,34
21.Los médicos que dedican más tiempo a la consulta se sienten con el mismo prestigio o igual de valorados que los grandes investigadores.	3,31 \pm 1,56
22.El médico que dedica más tiempo a sus pacientes tiene riesgo de sufrir “desgaste profesional” o síndrome del quemado profesional (“burnout”).	3,39 \pm 1,55
23.La falta de tiempo en la consulta lleva a los médicos a sólo centrarse en lo clínico, aunque el médico tenga voluntad de ir más allá de la enfermedad.	1,81 \pm 1,02
24.Los profesores de la Facultad de Medicina dominan los aspectos de la comunicación con el paciente y los saben transmitir adecuadamente a su alumnado.	3,71 \pm 1,55
25.El plan de estudios de Medicina está organizado para que los estudiantes se formen en otras competencias, que no sean sólo la clínica.	3,38 \pm 1,62
26.La educación en valores, aprendida desde la infancia, no es necesaria para continuarla en la Facultad.	5,38 \pm 1,01
27.Las asignaturas de Medicina se complementan adecuadamente con la enseñanza práctica.	4,16 \pm 1,33
28.El contacto temprano con el paciente en los estudios médicos es menos importante que los conocimientos teóricos.	5,17 \pm 1,05
29.El concepto de médico que tienen los estudiantes cuando entran en la facultad se ajusta a la realidad.	4,47 \pm 1,21

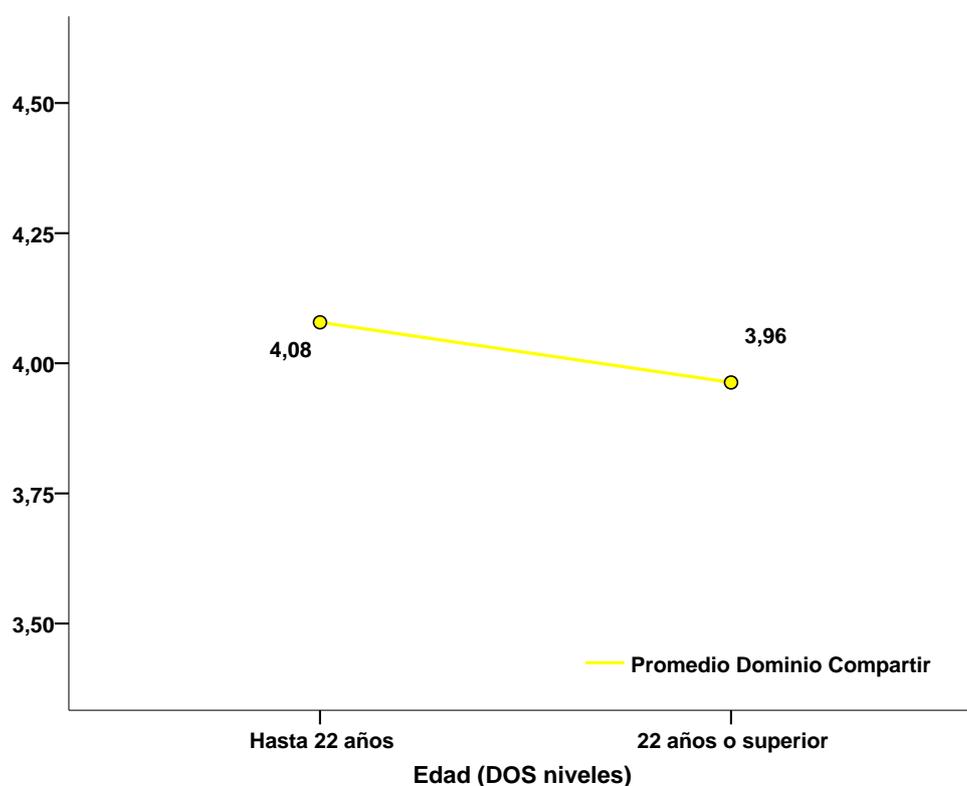
Fuente: Elaboración propia

3.2 Análisis bivalente

3.2.1. Variables sociodemográficas

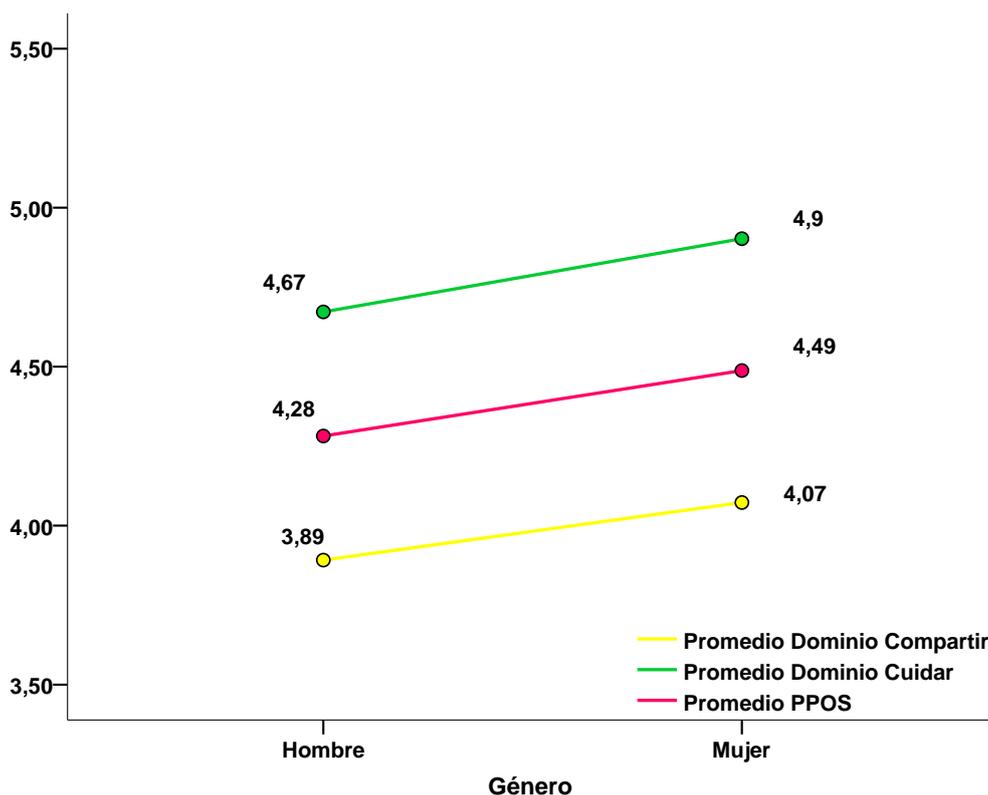
Respecto a la **edad** sólo se observaron diferencias significativas en el dominio compartir ($P=0,044$) con una puntuación más orientada hacia la ACP en los que tenían menos de 22 años en comparación con los alumnos con 22 años o más ($4,07\pm 0,55$ vs $3,96\pm 0,51$) (**Figura VI.4 y Tabla VI.6**).

Figura VI.4. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según edad.



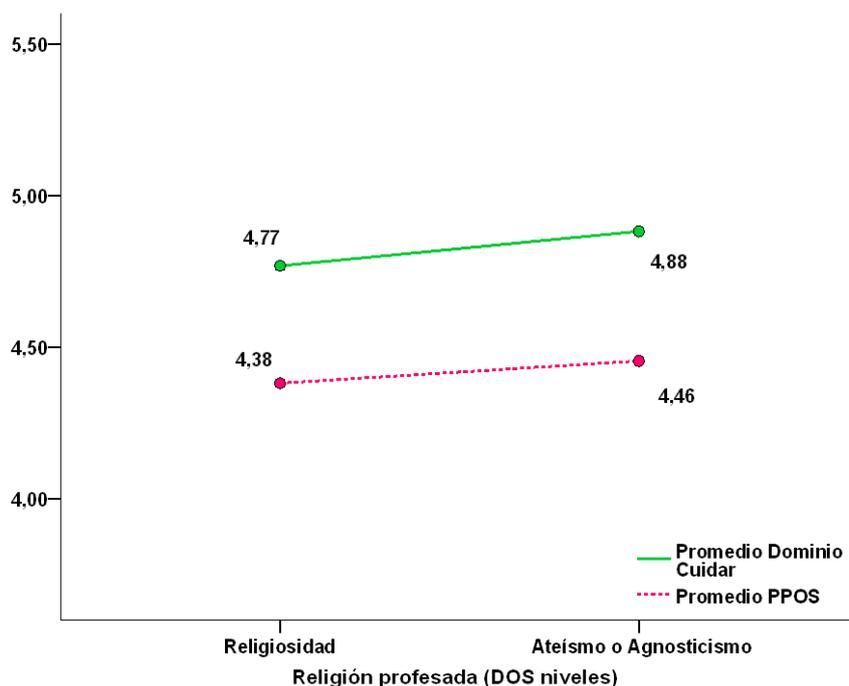
La diferencia en las puntuaciones del dominio cuidar, el dominio compartir y puntuaciones totales de la PPOS diferían entre ambos **sexos**. Las alumnas reflejaban actitudes más orientadas hacia la ACP con puntuaciones totales y en ambos dominios de la PPOS más altas en comparación (dominio cuidar $4,90 \pm 0,42$, dominio compartir $4,07 \pm 0,54$ y PPOS total $4,48 \pm 0,40$) con los alumnos varones (dominio cuidar $4,67 \pm 0,47$, dominio compartir $3,89 \pm 0,51$ y PPOS total $4,28 \pm 0,39$) (**Figura VI.5 y Tabla VI.6**). Además, con respecto al sexo había diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la PPOS, en la puntuación de la escala cuidar y en la puntuación de la escala compartir ($P = 0,00$, $P = 0,002$, $P = 0,000$, respectivamente).

Figura VI.5. Distribución de la puntuación media total, del dominio cuidar y del dominio compartir de la PPOS según sexo



El hecho de ser español o tener otra **nacionalidad** no demostró diferencias significativas ni en PPOS total ni en sus dominios (**Tabla VI.6**), en cambio, los alumnos que profesan la religión cristiana tenían menos ACP en comparación con ser ateo o agnóstico, siendo significativo ($P = 0,018$) en el dominio cuidar y tendencia a la significación ($P = 0,089$) en la PPOS general (**Tabla VI.6 y Figura VI.6**).

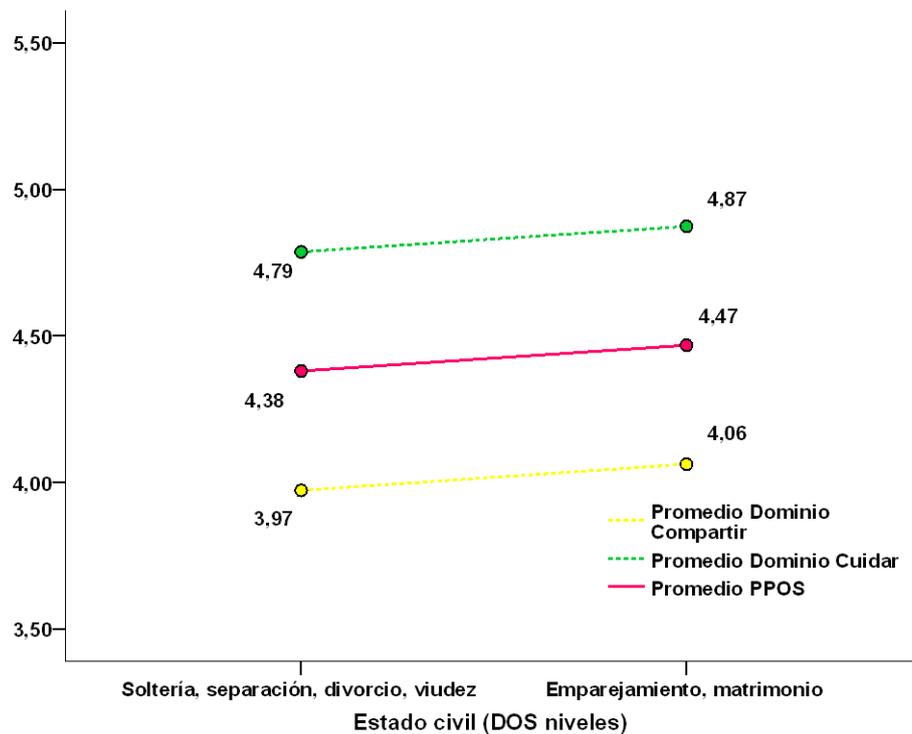
Figura VI.6. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y del dominio cuidar según ser cristiano o ateo/agnóstico



NOTAS:
 $P < 0,05$ (Promedio dominio cuidar)
 $P = 0,089$ (Promedio PPOS)

El **estado civil** recodificado en tener estabilidad emocional (estar en pareja o casado) reflejó una orientación hacia la ACP en comparación con no tener estabilidad emocional (ser soltero, viudo, separado o divorciado), siendo estadísticamente significativo en la PPOS general ($P = 0,043$) y con tendencia a la significación en los dominios compartir y cuidar ($P = 0,079$ y $P = 0,060$, respectivamente) (**Tabla VI.6 y Figura VI.7**).

Figura VI.7. Distribución de puntuación media de PPOS general, dominio compartir y dominio cuidar en función si tenían o no estabilidad emocional.



NOTAS:

$P < 0,05$ (Promedio PPOS)

$P = 0,079$ (Promedio dominio compartir)

$P = 0,060$ (Promedio dominio cuidar)

Tabla VI.6. Características de la muestra para la puntuación media (\pm DE) total y por dominios de la PPOS*

Característica		PPOS total	Dominio compartir	Dominio cuidar
Edad	<22	4,44 \pm 0,42	4,07	4,81 \pm 0,45
	\geq 22	4,39 \pm 0,39	0,55	4,83 \pm 0,45
	<i>P valor</i>	0,251	0,044**	0,596
Sexo	Hombre	4,28 \pm 0,39	3,89 \pm 0,51	4,67 \pm 0,47
	Mujer	4,48 \pm 0,40	4,07 \pm 0,54	4,90 \pm 0,42
	<i>p valor</i>	0,000**	0,002**	0,000**
Nacionalidad	España	4,41 \pm 0,41	4,00 \pm 0,54	4,77 \pm 0,45
	Extranjero	4,38 \pm 0,38	3,97 \pm 0,49	4,78 \pm 0,47
	<i>p valor</i>	0,734	0,799	0,715
Religión	Cristianismo	4,38 \pm 0,42	3,99 \pm 0,54	4,77 \pm 0,46
	Ateo/agnóstico	4,45 \pm 0,39	4,02 \pm 0,52	4,88 \pm 0,43
	<i>p valor</i>	0,089***	0,561	0,018**
Estado civil	Pareja/casado	4,46 \pm 0,40	4,06 \pm 0,52	4,87 \pm 0,45
	Soltero/separado/ divorciado/viudo	4,38 \pm 0,40	3,97 \pm 0,54	4,77 \pm 0,44
	<i>p valor</i>	0,043**	0,060***	0,079***

NOTAS:

*n=359

**P < 0,05

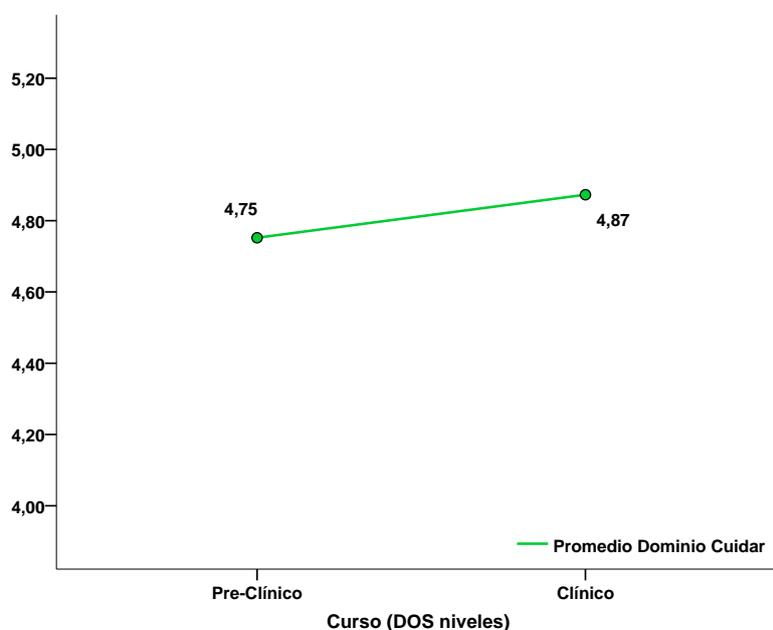
***P < 0,1

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Variables académicas

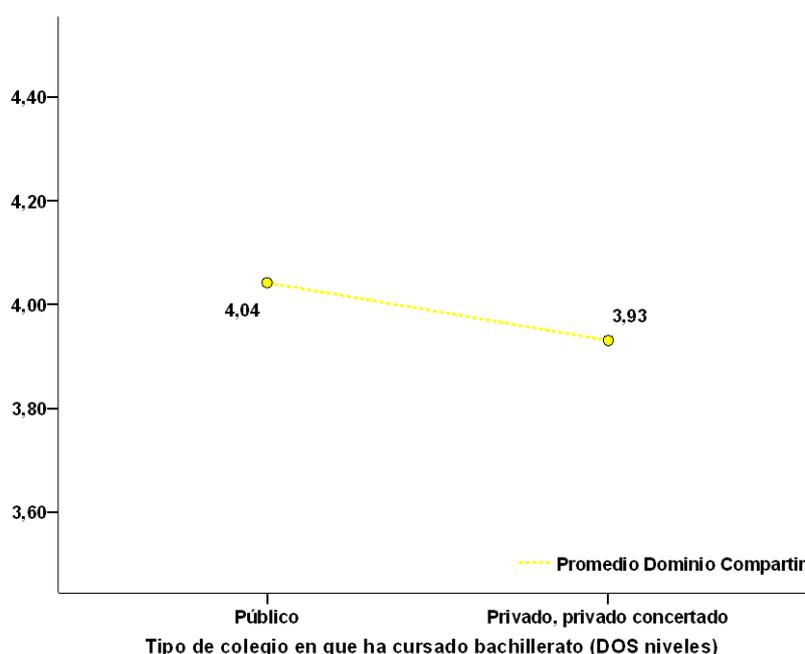
Cuando analizamos los resultados de los datos académicos de los estudiantes en comparación con las puntuaciones medias de la PPOS y de ambos dominios observamos que no había diferencias significativas en relación a estar cursando año académico preclínico o clínico ni tampoco entre alumnos de 3º y 6º de Medicina. Sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en el dominio cuidar ($P = 0,023$) con orientación hacia ACP en años clínicos en comparación con años preclínicos (**Figura VI.8 y Tabla VI.7**).

Figura VI.8. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en función de pertenecer a curso preclínico o clínico



Respecto al **tipo de colegio** (público o privado/concertado) que habían cursado estudios primarios y bachillerato no se encontraron diferencias significativas, salvo una tendencia a la significación en el dominio compartir con una orientación hacia ACP los que habían acudido a colegios públicos durante bachillerato ($P= 0,081$) (**Figura VI.9 y Tabla VI.7**).

Figura VI.9. Distribución de puntuación media de dominio compartir en función de haber cursado bachillerato en colegio público o privado/concertado



NOTAS:

$P= 0,081$ (Promedio Dominio Compartir)

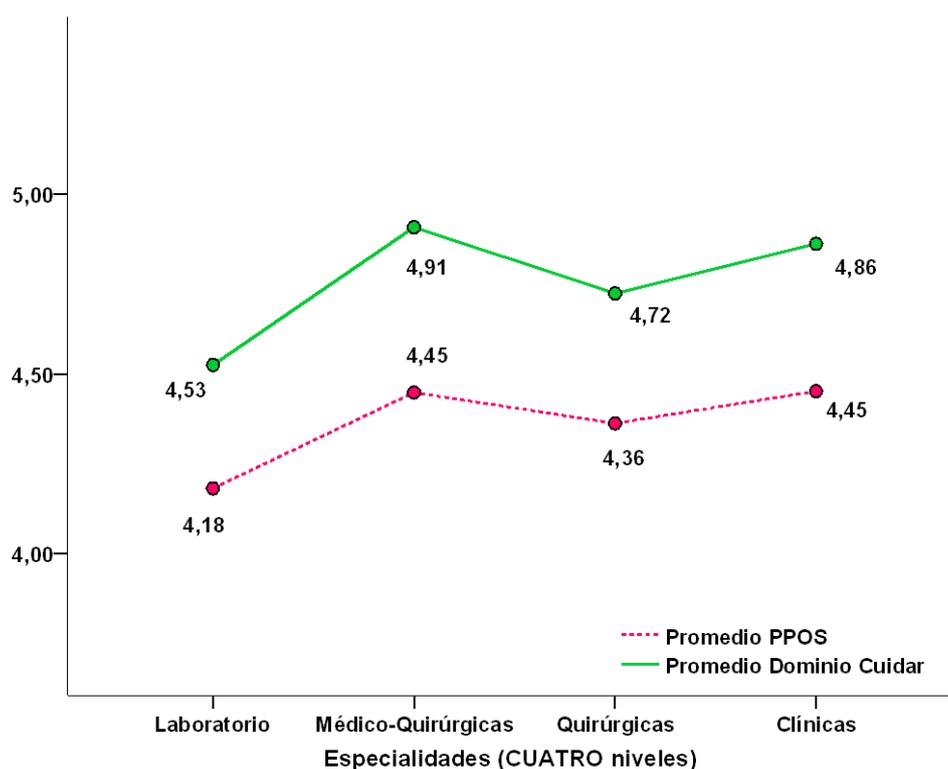
Tampoco se observaron diferencias significativas entre los alumnos que hablaban 2 **idiomas** y los que hablaban 3 o más idiomas y entre los que tenían una nota media de selectividad menos de 12,945 y los que habían sacado 12,945 o más (**Tabla VI.7**).

En cuanto a la **especialidad preferida** por los estudiantes existían diferencias sólo en el dominio cuidar entre los que preferían laboratorio en lugar de médico-quirúrgicas ($P = 0,042$) con más orientación hacia la ACP entre los que les gustaban las médico-quirúrgicas, en el dominio cuidar entre los que se decantaban por las médico-quirúrgicas en comparación con las quirúrgicas ($P = 0,023$), y también en el dominio cuidar en las clínicas en comparación con las quirúrgicas ($P = 0,003$). Existía una tendencia a significación en la PPOS general

en los alumnos que se interesaban por las clínicas en comparación con las de laboratorio ($P = 0,064$) con una inclinación hacia la ACP (**Figura VI.10**).

Se observaron sólo diferencias significativas en el dominio cuidar cuando se compararon las especialidades clínicas con todas las demás (laboratorio, médico-quirúrgicas, quirúrgicas) ($P = 0,038$) viéndose más ACP entre los alumnos que prefirieron las clínicas. En cambio, cuando se comparó los alumnos que eligieron MF y C con todas las demás no se observaron diferencias (**Figura VI.11 y Tabla VI.7**).

Figura VI.10. Distribución de la puntuación media total de la PPOS y del dominio cuidar según preferían especialidades de laboratorio, médico-quirúrgicas, quirúrgicas o clínicas



NOTAS:
 $P = 0,064$ (Promedio PPOS)
 $P < 0,05$ (Promedio Dominio Cuidar)

Figura VI.11. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según prefieran especialidades médicas en comparación con el resto de especialidades

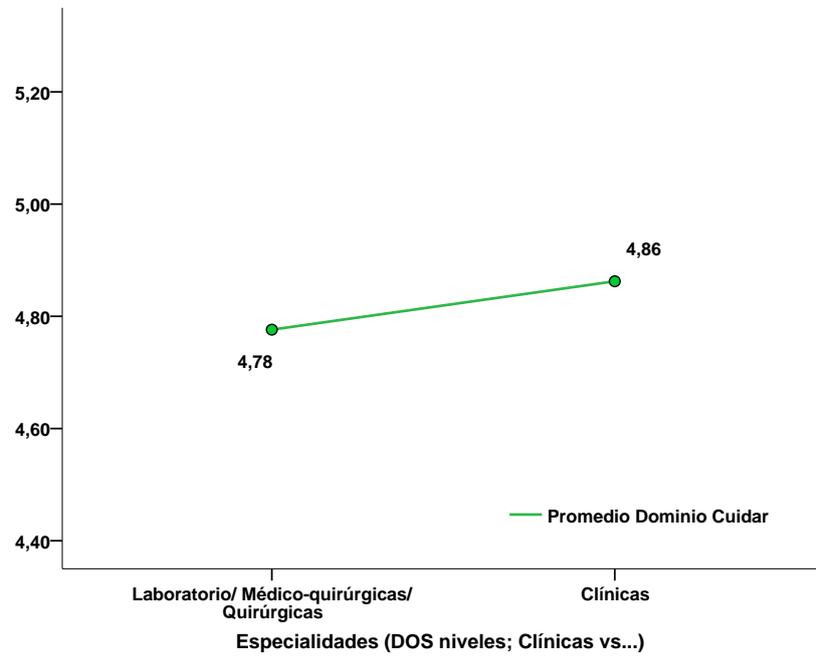


Tabla VI.7. Características académicas de la muestra para la puntuación media total de PPOS y de ambos dominios*

Característica		PPOS total	Dominio compartir	Dominio cuidar
Curso	Pre-Clínico	4,38±0,45	4,02±0,58	4,75±0,47
	Clínico	4,43±0,37	4,00±0,50	4,87±0,43
	<i>p valor</i>	0,255	0,775	0,023**
Año académico	3º	4,35±0,47	4,00±0,55	4,75±0,53
	6º	4,38±0,36	3,93±0,49	4,84±0,42
	<i>p valor</i>	0,590	0,782	0,298
Tipo colegio estudios primarios	Público	4,44±0,38	4,00±0,48	4,88±0,44
	Privado/concertado	4,38±0,44	3,95±0,60	4,81±0,46
	<i>p valor</i>	0,210	0,120	0,468
Tipo colegio bachillerato	Público	4,43±0,39	4,04±0,52	4,88±0,45
	Privado/Concertado	4,37±0,44	3,93±0,56	4,82±0,46
	<i>P valor</i>	0,248	0,081***	0,797
Idiomas que habla	≤ 2 idiomas	4,40±0,41	4,01±0,52	4,80±0,44
	≥ 3 idiomas	4,43±0,40	4,01±0,55	4,85±0,46
	<i>P valor</i>	0,516	0,976	0,219
Nota selectividad	< 12,945	4,41±0,40	4,00±0,54	4,83±0,45
	≥12,945	4,41±0,41	4,02±0,53	4,80±0,45
	<i>P valor</i>	0,936	0,559	0,402
Especialidad preferida	Laboratorio	4,18±0,50	3,83±0,59	4,52±0,58
	Médico-quirúrgicas	4,44±0,41	3,98±0,56	4,90±0,47
	Quirúrgicas	4,36±0,37	4,00±0,52	4,72±0,42
	Clínicas	4,45±0,40	4,04±0,53	4,86±0,43
	<i>P valor</i>	0,078***	0,605	0,006**
	L/MQ/Q	4,38±0,40	3,98±0,54	4,77±0,47
	Clínicas	4,45±0,40	4,04±0,53	4,86±0,43
	<i>p valor</i>	0,106	0,327	0,038**
	L/MQ/Q/C	4,42±0,41	4,02±0,53	4,83±0,45
	MFyC	4,36±0,36	3,97±0,55	4,77±0,32
<i>p valor</i>	0,492	0,697	0,336	

Notas:

*n=359

**P < 0,05

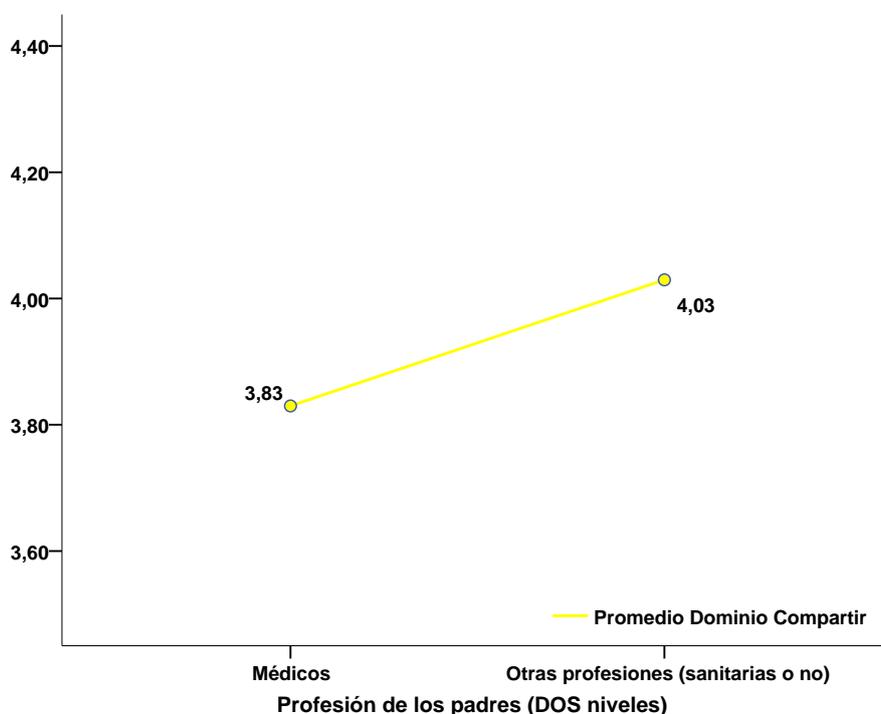
***P < 0,1

Abreviaturas: L/MQ/Q: Laboratorio / Médico-quirúrgicas / Quirúrgicas, L/MQ/Q/C: Laboratorio / Médico-quirúrgicas / Quirúrgicas / Clínicas

3.2.3 Variables parentales

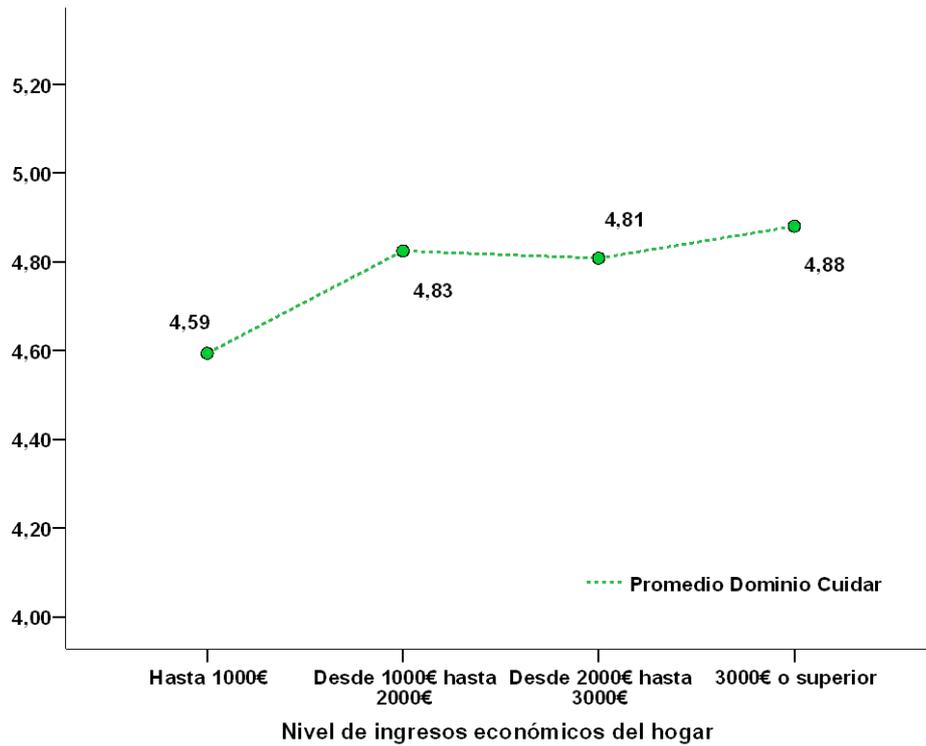
Observamos que en cuanto al **nivel de estudios de ambos padres** no hubo significación, en cambio cuando mirábamos la profesión de los padres, hubo diferencias significativas en el dominio compartir ($P=0,045$) en los que tenían padres que no fueran médicos con más orientación hacia ACP en comparación con los que tenían padres médicos (siendo madre o padre médicos o ambos) (**Figura VI.12 y Tabla VI.8**).

Figura VI.12. Distribución de la puntuación media del dominio compartir según tuvieran padres médicos o no



Respecto al **nivel de ingresos del hogar** no se encontraron diferencias, pero sí una tendencia a la significación en los alumnos que vivían en hogares con ingresos de 3.000 € o más en el dominio cuidar ($P= 0,054$) respecto al resto de hogares con ingresos inferiores (**Figura VI.13**).

Figura VI.13. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar según el nivel de ingresos económicos del hogar.



NOTAS:
 $P= 0,054$ (Promedio Dominio Cuidar)

Tabla VI.8. Características de los padres de los alumnos de la muestra para la puntuación media (\pm DE) total de PPOS y de ambos dominios*

Característica		PPOS total	Dominio compartir	Dominio cuidar
Nivel estudios del padre	SE/EPI	4,35 \pm 0,34	3,96 \pm 0,40	4,75 \pm 0,44
	EP/GE/FPGM/B/FPGS	4,45 \pm 0,37	4,06 \pm 0,51	4,83 \pm 0,42
	D/L/G/PG/DR	4,39 \pm 0,43	4,05 \pm 0,51	4,82 \pm 0,48
	<i>p valor</i>	0,388	0,246	0,656
Nivel estudios de la madre	SE/EPI	4,28 \pm 0,39	3,81 \pm 0,58	4,75 \pm 0,43
	EP/GE/FPGM/B/FPGS	4,41 \pm 0,37	4,03 \pm 0,48	4,79 \pm 0,43
	D/L/G/PG/DR	4,43 \pm 0,44	4,00 \pm 0,58	4,86 \pm 0,47
	<i>p valor</i>	0,459	0,385	0,261
Profesión de los padres	Médicos	4,34 \pm 0,39	3,82 \pm 0,46	4,86 \pm 0,48
	Otras profesiones	4,42 \pm 0,41	4,02 \pm 0,54	4,82 \pm 0,45
	<i>p valor</i>	0,316	0,045**	0,747
Nivel ingresos económicos del hogar	< 1.000 €	4,27 \pm 0,40	3,95 \pm 0,55	4,59 \pm 0,39
	\geq 1.000 y < 2.000 €	4,43 \pm 0,37	4,04 \pm 0,50	4,82 \pm 0,43
	\geq 2.000 € y < 3.000 €	4,42 \pm 0,43	4,04 \pm 0,58	4,80 \pm 0,47
	\geq 3.000 €	4,42 \pm 0,41	3,96 \pm 0,51	4,88 \pm 0,44
	<i>p valor</i>	0,449	0,580	0,054***

Notas: *n=359

**P < 0,05

***P < 0,1

Abreviaturas: SE/EPI: Sin educación/Educación primaria incompleta.

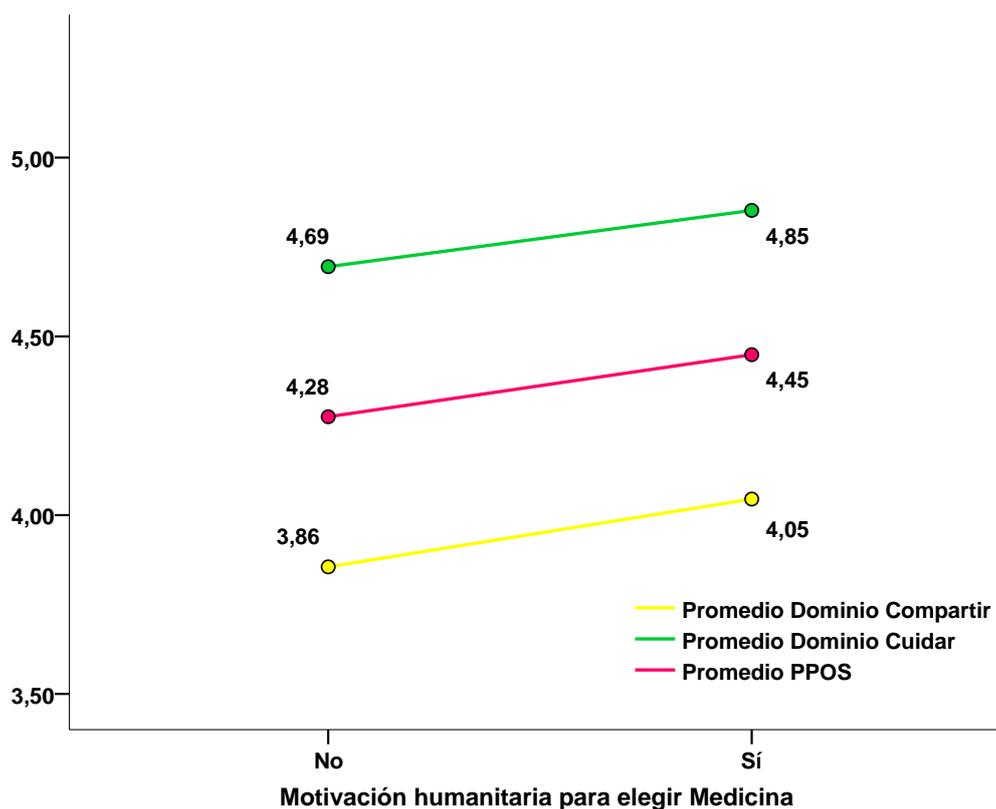
EP/GE/FPGM/B/FPGS: Estudios primarios/Graduado Escolar/Formación profesional Grado Medio/Bachillerato/Formación profesional Grado Superior.

D/L/G/PG/DR: Diplomado/Licenciado/Graduado/Postgrado/ Doctorado

3.2.4 Variable de ingreso hospitalario y variable de motivación para elegir medicina

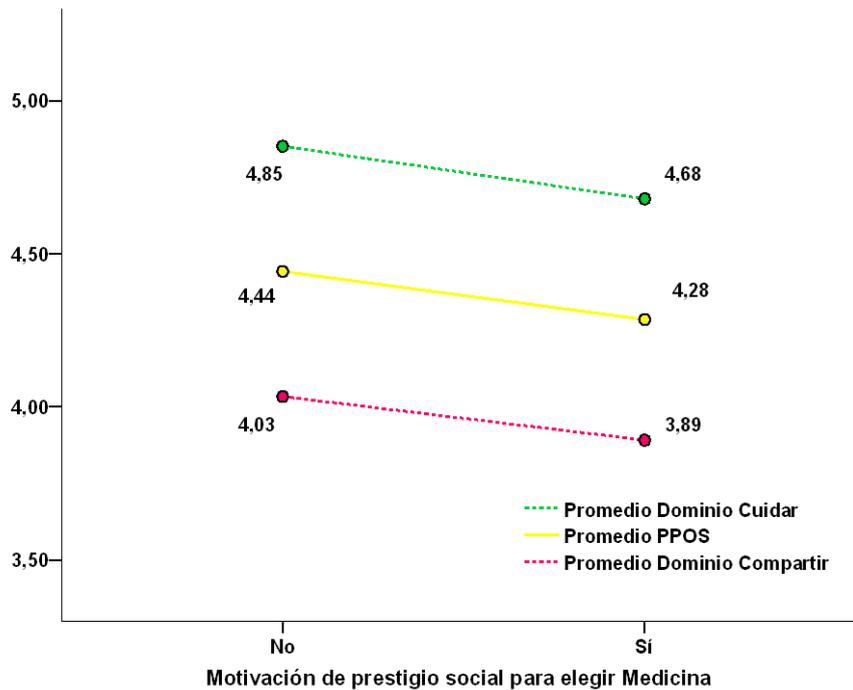
Cuando le preguntamos a los alumnos por su **motivación para elegir medicina** podrían decantarse hasta por nueve opciones: económica, conocimiento científico, prestigio social, satisfacción laboral, poder e influencia, humanitaria, influencia familiar, altruista y experiencia personal. Sólo encontramos diferencias significativas con puntuaciones hacia la ACP en los que eligieron la motivación humanitaria tanto en PPOS general, como en dominios compartir y cuidar ($P= 0,008$, $P= 0,11$ y $P=0,47$, respectivamente) (**Tabla VI.9 y Figura VI.14**).

Figura VI.14. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y de ambos dominios respecto a la motivación humanitaria para elegir Medicina



En los alumnos que no eligieron la opción prestigio social se observaron diferencias significativas en puntuación media de PPOS general ($P=0,009$) y tendencia a la significación en dominio compartir ($P=0,073$) y en dominio cuidar ($P = 0,077$) (**Figura VI.15**).

Figura VI.15. Distribución de la puntuación media de la PPOS general y de ambos dominios en la motivación de prestigio social para elegir Medicina



NOTAS:

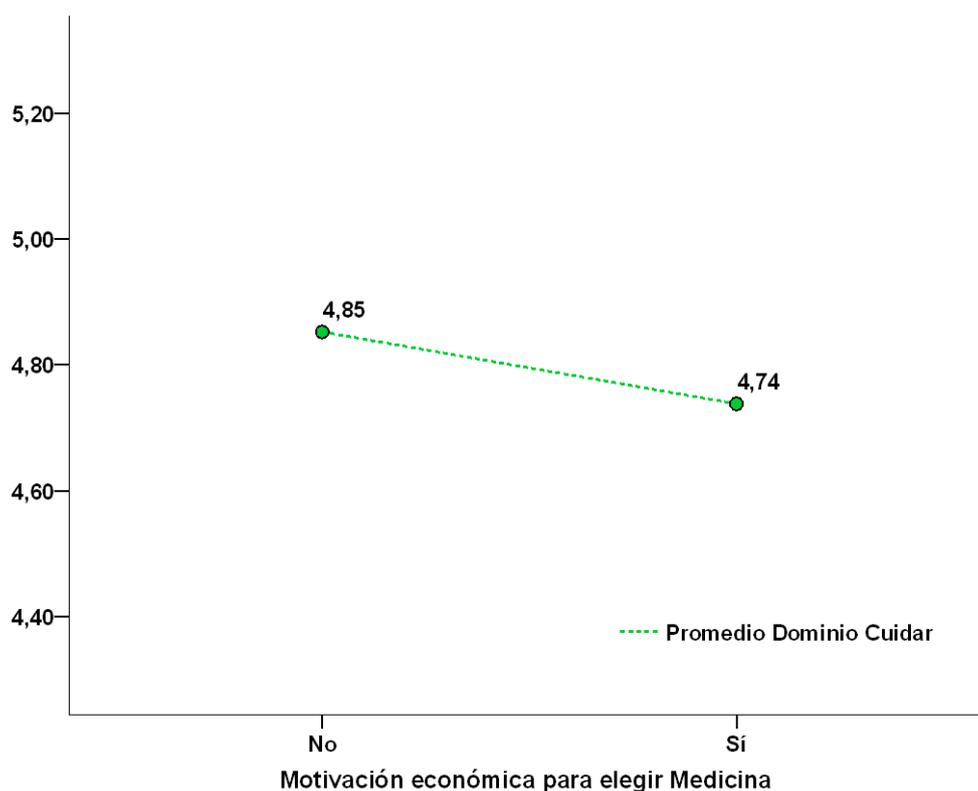
$P= 0,073$ (Promedio Dominio Compartir)

$P= 0,077$ (Promedio Dominio Cuidar)

$P < 0,05$ (Promedio PPOS)

También se observó orientación hacia la ACP cuando no eligieron como motivo para elegir medicina la opción económica (observándose sólo tendencia a la significación en dominio cuidar con $P = 0,051$) (**Figura VI.16**). También tendencia a la significación en el dominio cuidar ($P = 0,072$) en los que no decidieron motivo de poder e influencia para elegir medicina (**Figura VI.17**) y en el dominio compartir ($P=0,073$) en los que decían que no se influenciaron familiarmente para elección de la carrera médica (**Figura VI.18**) (esto es consistente con la significación comentada anteriormente respecto al dominio compartir en los alumnos que tenían padres que no fueran médicos). En el resto de motivos no se observó ningún tipo de significación (**Tabla VI.9**).

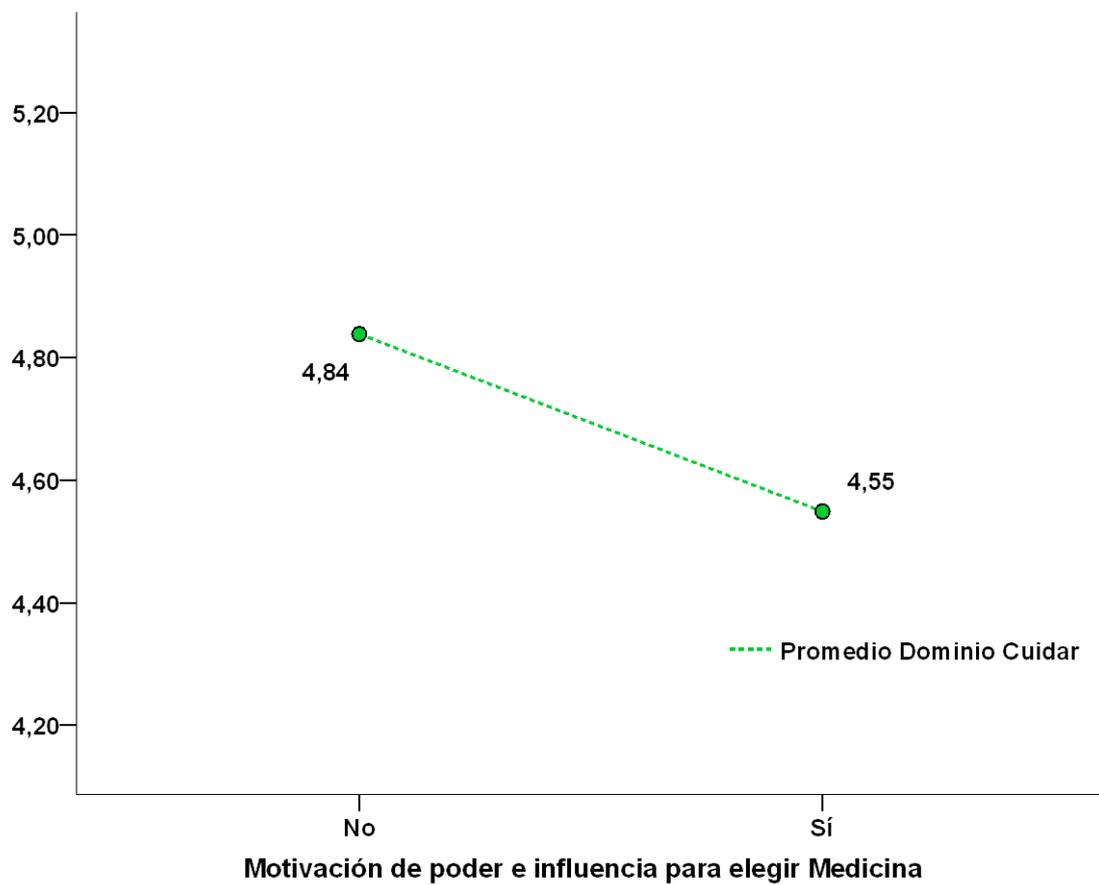
Figura VI.16. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en la variable motivación económica para elegir Medicina



NOTAS:

$P=0,051$ (Promedio Dominio Cuidar)

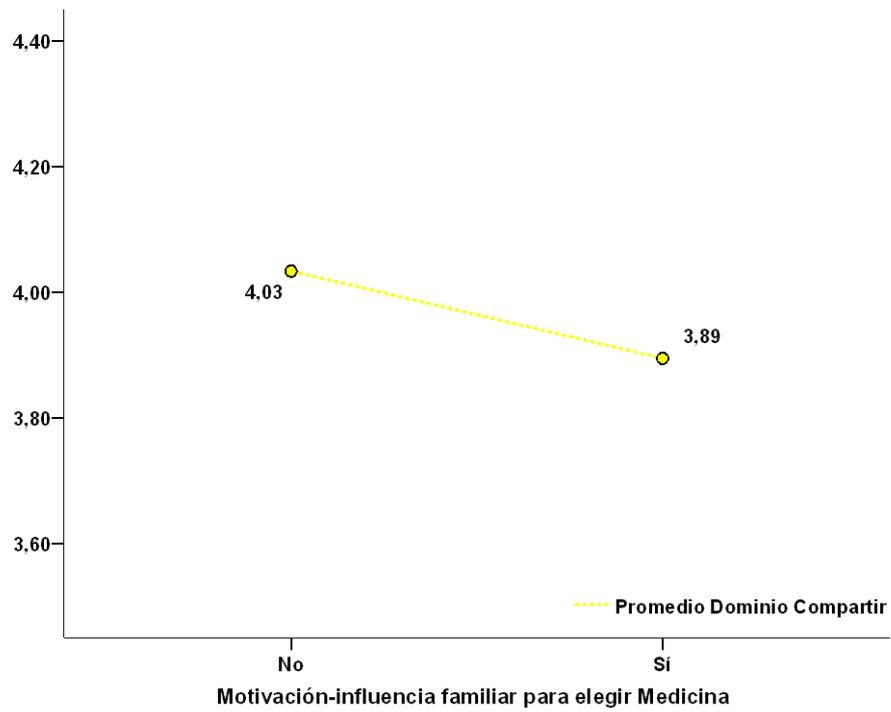
Figura VI.17. Distribución de la puntuación media del dominio cuidar en la variable motivación poder e influencia para elegir Medicina



NOTAS:

P=0,072 (Promedio Dominio Cuidar)

Figura VI.18. Distribución de la puntuación media del dominio compartir en la motivación de influencia familiar para elegir medicina.



NOTAS:

P= 0,073 (Promedio Dominio Compartir)

El hecho de haber tenido **experiencia en ingreso hospitalario** propio o de algún familiar de primer y segundo grado no reflejó diferencias significativas respecto a la orientación hacia ACP entre los alumnos. Tampoco se observó significación en los alumnos que decidieron hacer medicina el haber tenido experiencia personal médica (**Tabla VI.9**).

Tabla VI.9. Características de la muestra en relación con haber tenido algún ingreso hospitalario propio o de algún familiar y la motivación para elegir Medicina para la puntuación media (\pm DE) total y por dominios de la PPOS*

Característica		PPOS total	Dominio compartir	Dominio cuidar
Ingreso hospitalario propio	No	4,42 \pm 0,39	4,01 \pm 0,52	4,82 \pm 0,44
	Si	4,40 \pm 0,45	3,99 \pm 0,58	4,82 \pm 0,49
	<i>p</i>	0,810	0,681	0,841
Ingreso hospitalario primer grado	No	4,42 \pm 0,39	4,02 \pm 0,52	4,83 \pm 0,44
	Si	4,40 \pm 0,42	3,99 \pm 0,55	4,81 \pm 0,46
	<i>p</i>	0,675	0,686	0,953
Ingreso hospitalario segundo grado	No	4,40 \pm 0,40	4,00 \pm 0,54	4,81 \pm 0,45
	Si	4,43 \pm 0,41	4,03 \pm 0,53	4,84 \pm 0,45
	<i>p</i>	0,522	0,580	0,678
Motivación económica para elegir Medicina	No	4,43 \pm 0,40	4,01 \pm 0,54	4,85 \pm 0,44
	Si	4,37 \pm 0,40	4,01 \pm 0,52	4,73 \pm 0,47
	<i>p</i>	0,256	0,996	0,051
Motivación de conocimiento científico para elegir Medicina	No	4,40 \pm 0,44	4,00 \pm 0,54	4,82 \pm 0,50
	Si	4,42 \pm 0,38	4,02 \pm 0,53	4,82 \pm 0,42
	<i>p</i>	0,631	0,458	0,763
Motivación prestigio social para elegir Medicina	No	4,41 \pm 0,40	4,00 \pm 0,53	4,85 \pm 0,44
	Si	4,28 \pm 0,43	3,89 \pm 0,55	4,67 \pm 0,50
	<i>p</i>	0,009**	0,073***	0,077***
Motivación satisfacción laboral para elegir Medicina	No	4,45 \pm 0,40	4,04 \pm 0,53	4,85 \pm 0,47
	Si	4,40 \pm 0,41	3,99 \pm 0,54	4,81 \pm 0,44
	<i>p</i>	0,277	0,363	0,195
Motivación poder e influencia para elegir Medicina	No	4,42 \pm 0,40	4,00 \pm 0,53	4,83 \pm 0,44
	Si	4,27 \pm 0,41	4,00 \pm 0,55	4,54 \pm 0,55
	<i>p</i>	0,147	0,967	0,072***
Motivación humanitaria para elegir Medicina	No	4,27 \pm 0,47	3,85 \pm 0,58	4,69 \pm 0,56
	Si	4,44 \pm 0,38	4,04 \pm 0,52	4,85 \pm 0,42
	<i>p</i>	0,008**	0,011**	0,047**
Motivación influencia familiar para elegir Medicina	No	4,43 \pm 0,40	4,03 \pm 0,53	4,83 \pm 0,45
	Si	4,33 \pm 0,41	3,89 \pm 0,53	4,77 \pm 0,47
	<i>p</i>	0,103	0,073***	0,410

Motivación altruista para elegir Medicina	No	4,40±0,39	3,98±0,53	4,81±0,42
	Si	4,44±0,43	4,04±0,54	4,84±0,48
	<i>p</i>	0,371	0,372	0,427
Motivación experiencia personal para elegir Medicina	No	4,41±0,41	4,00±0,54	4,83±0,45
	Si	4,41±0,39	4,04±0,53	4,79±0,46
	<i>p</i>	0,988	0,636	0,568

NOTAS:

*n=359

**P < 0,05

***P < 0,1

3.3.5. Variable participación en actividades en su tiempo libre, participación en actividades de investigación y extracurriculares, experiencias en pacientes de bajos ingresos o minorías raciales

Respecto a la **participación de los alumnos en su tiempo libre en otras actividades** como actividades religiosas, de voluntariado, cívicas o deporte no resultó tener significación respecto a una orientación más hacia la ACP o más hacia ACM. Y tampoco vimos diferencias en los alumnos que participaban en actividades de investigación y extracurriculares (**Tabla VI.10**).

Además, los que habían tenido o no **experiencias en pacientes de bajos ingresos** y/o minorías raciales no fue significativo para ver si tenían más o menos ACP (**Tabla VI.10**).

Tabla VI.10. Participación en actividades de tiempo libre y en actividades de investigación para la puntuación media (\pm DE) de la PPOS general y de ambos dominios*

Característica		PPOS total	Dominio compartir	Dominio cuidar
Participación en actividades religiosas	No	4,42 \pm 0,40	4,01 \pm 0,53	4,82 \pm 0,45
	Si	4,37 \pm 0,44	3,96 \pm 0,57	4,78 \pm 0,49
	<i>p valor</i>	0,565	0,636	0,716
Participación en actividades de voluntariado	No	4,41 \pm 0,41	4,01 \pm 0,52	4,81 \pm 0,46
	Si	4,43 \pm 0,39	3,99 \pm 0,57	4,86 \pm 0,41
	<i>p valor</i>	0,736	0,759	0,403
Participación en actividades cívicas	No	4,42 \pm 0,40	4,01 \pm 0,54	4,82 \pm 0,44
	Si	4,39 \pm 0,43	3,96 \pm 0,50	4,81 \pm 0,50
	<i>P valor</i>	0,622	0,743	0,400
Participación en actividades deportivas	No	4,40 \pm 0,45	4,01 \pm 0,59	4,79 \pm 0,51
	Si	4,42 \pm 0,39	4,00 \pm 0,51	4,83 \pm 0,43
	<i>P valor</i>	0,745	0,898	0,767
Participación en actividades de investigación y extracurriculares	Rara vez/ Alguna vez	4,42 \pm 0,40	4,02 \pm 0,53	4,83 \pm 0,45
	A menudo/ Casi siempre	4,31 \pm 0,42	3,90 \pm 0,57	4,71 \pm 0,42
	<i>p valor</i>	0,134	0,268	0,144
Experiencia en pacientes de	Rara vez/ Alguna vez	4,41 \pm 0,41	4,00 \pm 0,53	4,82 \pm 0,44

bajos ingresos y/o minorías raciales	A menudo/ Casi siempre	4,42±0,40	4,03±0,54	4,81±0,47
	<i>p valor</i>	0,827	0,573	0,972

NOTAS:

*n=359

**P < 0,05

***P < 0,1

3.3 Análisis multivariante mediante regresión múltiple

Para completar el efecto del análisis bivariado (comparaciones de medias y ANOVAs) se propusieron los análisis de regresión múltiple de las variables objeto de estudio (Promedio de PPOS general, Promedio del dominio cuidar, Promedio del dominio compartir) actuando como variables dependientes y ciertas variables predictoras. Al efecto de este estudio se seleccionaron aquellas variables que resultaron de alguna manera significativas en los cálculos hasta ahora efectuados. En consecuencia, serán variables predictoras (**Tabla 11**):

Tabla VI.11. Variables predictoras por categorías

VARIABLES	Tipo de variable	Categorización
Sociodemográficas		
Sexo	Cualitativa	1-Hombre 2-Mujer
Edad (dos niveles)	Cuantitativa recategorizada en dos niveles	1-Hasta 22 años 2-22 años o superior
Religión profesada (dos niveles)	Cualitativa recategorizada en dos niveles	1-Religiosidad 2-Ateísmo o agnosticismo
Estado civil (dos niveles)	Cualitativa recategorizada en dos niveles	1-Soltería, separación, divorcio, viudez 2-Emparejamiento, matrimonio
Académicas actuales		
Curso (dos niveles)	Cualitativa recategorizada en dos niveles	1-Cursos pre-clínicos (1º, 2º, 3º) 2-Cursos clínicos (4º, 5º, 6º)
Especialidad	Cualitativa	1-Laboratorio 2-Médico-quirúrgicas 3-Quirúrgicas 4-Clínicas
Dummy Médico-quirúrgica	Ordinal de dos niveles	0-No presente 1-Presente
Dummy quirúrgica	Ordinal de dos niveles	0-No presente 1-Presente

Dummy clínica	Ordinal de dos niveles	0-No presente 1-Presente
Especialidad (dos niveles)	Cualitativa recategorizada en dos niveles	1-Clínica 2-Resto de especialidades
Motivación para elegir Medicina		
De prestigio	Cualitativa	0-No 1-Sí
Humanitaria	Cualitativa	0-No 1-Sí

En el caso de la categoría de variables denominada Variables académicas, no todas pueden participar del mismo modelo explicativo, pues informan simultáneamente de partes del mismo aspecto: la llamada Especialidad clínica (dos niveles) informa de lo mismo que la denominada Especialidad, que tiene cuatro niveles (los mismos que la de dos niveles pero organizadas de diferente manera), y daría problemas de interpretación de los resultados. De esta manera las variables predictoras que se insertarán en cada modelo de predicción realizado con las variables de la categoría Académicas serán Curso (dos niveles) y Dummy Médico-quirúrgica, Dummy quirúrgica, Dummy clínica en el 1º caso, y Curso (dos niveles) y Especialidad (dos niveles) en el 2º caso.

Las variables que tradicionalmente se incluyen como predictoras y predichas en los modelos de regresión múltiple son cuantitativas; caso de no ser así, se permite la presencia de variables cualitativas de dos niveles. En nuestro caso disponemos que alguna variable cualitativa con cuatro niveles, que será transformada en tres variables dicotómicas ordinales (dummy), con la codificación 0-No presente, 1-Presente, según en siguiente esquema (**Tabla VI.12**):

Tabla VI.12. Codificación de variables dummy, sobre la variable Especialidad

Variab les	Dummy, codificación		
Originales	Médico-quirúrgica	Quirúrgica	Clínica
Médico-quirúrgica	1	0	0
Quirúrgica	0	1	0
Clínica	0	0	1
Laboratorio	0	0	0

Estas tres variables dummy han de introducirse en conjunto en el modelo de análisis, pues asumen así agrupadas la representación de la variable Especialidad original.

3.3.1 Análisis de regresión con las variables sociodemográficas: promedio PPOS

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Promedio de PPOS en virtud de las Variables socio-demográficas, y habiéndose cumplido la condición expuesta por Lewis Beck en 1980 (265) de no incluir entre las variables predictoras aquellas que tuvieran un coeficiente de correlación superior a 0,8, queda expuesto en la **Tabla VI.13**:

Tabla VI.13. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de PPOS (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	3,873	28,75	<0,001	
Sexo	0,219	4,98	<0,001	0,991
Edad (dos niveles)	-0,057	-1,35	0,179	0,990
Religión profesada (dos niveles)	0,081	1,94	0,053	0,992
Estado civil (dos niveles)	0,105	2,48	0,013	0,985
D-W			1,79	
F (p)			8,44 (<0,001)	
R ² (corr.)			0,077	
N			359	

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F=8,44$, $p<0,001$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW=1,79$), y los elevados valores de Tolerancia ($T>0,984$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre una muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que el género ($t=4,98$, $p<0,001$) y el estado civil (dos niveles) ($t=2,48$, $p=0,013$) se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en mujeres que en hombres, y más en estudiantes emparejados o casados que solteros, separados, divorciados o viudos. Estas variables son capaces de explicar el 7,7% de la variabilidad del Promedio de PPOS, por medio

de la expresión de regresión:

$$\text{Promedio de PPOS} = 3,87 + 0,22 * (\text{código de sexo}) + 0,11 * (\text{código de estado civil})$$

Se verifica de igual manera la condición de normalidad (SW=0,994, p=0,171) de la variable Residual de Promedio de PPOS (diferencia entre valores observados y predichos) necesaria para la aplicación del modelo de predicción.

3.3.2 Análisis de regresión con las variables sociodemográficas: promedio dominio Compartir

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Dominio Compartir en virtud de las Variables socio-demográficas, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0.8, quedando reflejado en la **Tabla VI.14**:

Tabla VI.14. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de Dominio Compartir (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	3,675	20,31	<0,001	
Sexo	0,192	3,25	0,001	0,991
Edad (dos niveles)	-0,124	-2,19	0,029	0,990
Religión profesada (dos niveles)	0,036	0,64	0,519	0,992
Estado civil (dos niveles)	0,112	1,98	0,049	0,985
D-W		1,881		
F (p)		4,52 (<0,001)		
R ² (corr.)		0,038		
N		359		

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F=4,52$ $p < 0,001$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW=1,881$), y los elevados valores de Tolerancia ($T > 0,985$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que el sexo ($t=3,25$, $p .001$), la edad ($t=-2,19$, $p= 0,029$) y el estado civil (dos niveles) ($t=1,98$ $p=0,049$) se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en mujeres que en hombres, más en estudiantes menores de 22 años, y más en estudiantes emparejados o casados que solteros, separados, divorciados o viudos. Estas variables son capaces de

explicar sólo el 3,8% de la variabilidad del Promedio del Dominio Compartir, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{Compartir} = 3,675 + 0,192 (\text{sexo}) - 0,124 (\text{edad}) + 0,112 (\text{estado civil})$$

Por tanto, nos vemos en la obligación de seguir investigando porque aunque son variables explicadores pero el % de predicción es pequeño.

Si se verifica la condición de normalidad (SW=0,996, p=0,429) de la variable Residual Promedio de Dominio Compartir.

3.3.3 Análisis de regresión con las variables sociodemográficas: promedio dominio Cuidar

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Dominio Cuidar en virtud de las Variables socio-demográficas, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.15**:

Tabla VI.15. Modelo de predicción (en variables sociodemográficas) de Promedio de Dominio Cuidar (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,072	27,21	<0,001	
Sexo	0,247	5,03	<0,001	0,991
Edad (dos niveles)	0,011	0,231	0,818	0,990
Religión profesada (dos niveles)	0,126	2,715	0,007	0,992
Estado civil (dos niveles)	0,098	2,082	0,038	0,985
D-W		1,828		
F (p)		8,65 (<0,001)		
R ² (corr.)		0,079		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F=8,65$, $p < 0,001$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW=1,828$), y los elevados valores de Tolerancia ($T > 0,985$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que el sexo ($t=5,03$, $p < 0,001$), la religión ($t=2,71$, $p=0,07$) y el estado civil ($t=2,08$, $p=0,038$) se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en mujeres que en hombres, más en estudiantes ateos o agnósticos, y más en estudiantes emparejados o casados que solteros, separados, divorciados o viudos. Estas variables son capaces de

explicar el 7,9% de la variabilidad del Promedio del Dominio Cuidar, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{CUIDAR} = 4,072 + 0,247 (\text{sexo}) + 0,126 (\text{religión}) + 0,098 (\text{estado civil})$$

Si se verifica la condición de normalidad (SW=0,997, p=0,687) de la variable Residual Promedio de Dominio Cuidar.

3.3.4 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio PPOS con dummies

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente promedio PPOS en virtud de las variables académicas, cumple la condición teniendo las variables predictoras incluidas un coeficiente de correlación no superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.16**:

Tabla VI.16. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio de PPOS (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,116	29,21	<0,001	
Curso (dos niveles)	0,039	0,867	0,387	0,974
Dummy; Especialidad Clínica	0,267	2,120	0,035	0,125
Dummy; Especialidad Médico-Quirúrgica	0,263	1,943	0,053	0,207
Dummy; Especialidad Quirúrgica	0,185	1,408	0,160	0,160
D-W		1,711		
F (p)		1,905 (0,109)		
R ² (corr.)		0,010		
N		359		

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

No se verifica de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada (F=1,905, p=0,109), pero no existen problemas de autocorrelación (DW=1,711). Los valores de Tolerancia pequeños (T>0,125) informan de existencia de multicolinealidad y realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que sólo especialidad clínica se presenta como variable predictora efectiva: influyen más las puntuaciones registradas en estudiantes que eligieron especialidad clínica. Esta variable sólo es capaz de explicar el 1,1% de la variabilidad del Promedio de la PPOS, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{PPOS} = 4,116 + 0,267 (\text{clínica})$$

Tampoco se verifica la condición de normalidad (SW=0,809, $p < 0,001$) de la variable Residual Promedio de la PPOS.

Por ello, necesitaríamos más trabajo de investigación porque el % que predice la variable especialidad clínica es muy pequeño además que no se cumplen algunas condiciones como la normalidad junto con valores de tolerancia pequeños en torno a 1. Por tanto, ha quedado como explicadora esta dummy (t y p) pero tenemos problemas por valores mínimos de tolerancia y tenemos un problema con la capacidad del modelo de ser explicativo (F y p).

3.3.5 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio Dominio Compartir con Dummies

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente promedio Dominio Compartir en virtud de las variables académicas, cumple la condición teniendo las variables predictoras incluidas un coeficiente de correlación no superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.17**:

Tabla VI.17. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	3,866	20,69	<0,001	
Curso (dos niveles)	-0,022	-0,375	0,708	0,974
Dummy; Especialidad Clínica	0,206	1,231	0,219	0,125
Dummy; Especialidad Médico-Quirúrgica	0,153	0,854	0,394	0,207
Dummy; Especialidad Quirúrgica	0,161	0,926	0,355	0,160
D-W		1,852		
F (p)		0,496 (0,739)		
R ² (corr.)		-0,006		
N		359		

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

No se verifica de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F=0,496$, $p=0,739$), aunque no existen problemas de autocorrelación ($DW=1,852$). Los valores de Tolerancia son pequeños ($T>0,125$) lo que informan de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, no se constata ninguna de las variables predictoras efectivas. Tampoco se verifica la condición de normalidad ($SW=0,890$, $p<0,001$) de la variable Residual Promedio de Dominio Compartir.

3.3.6 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio Dominio cuidar con Dummies

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente promedio Dominio Compartir en virtud de las variables académicas, cumple la condición teniendo las variables predictoras incluidas un coeficiente de correlación no superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.18**:

Tabla VI.18. Modelo de predicción (en variables académicas y dummies) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,366	28,20	<0,001	
Curso (dos niveles)	0,101	2,031	0,043	0,974
Dummy; Especialidad Clínica	0,329	2,374	0,018	0,125
Dummy; Especialidad Médico-Quirúrgica	0,373	2,511	0,012	0,207
Dummy; Especialidad Quirúrgica	0,208	1,445	0,149	0,160
D-W		1,745		
F (p)		4,091 (0,003)		
R ² (corr.)		0,034		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Se comprueba que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F = 4,091$, $p = 0,003$) y además no existen problemas de autocorrelación ($DW = 1,745$), pero los valores de Tolerancia ($T > 0,125$) son pequeños lo que informan de presencia de multicolinealidad. Realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que el curso ($t = 2,03$, $p < 0,043$), la especialidad clínica ($t = 2,37$, $p = 0,18$) y la especialidad médico-quirúrgica ($t = 2,51$, $p = 0,012$) se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en cursos clínicos que en preclínicos, más en estudiantes que

eligieron especialidades clínicas, y más en estudiantes que eligieron médico-quirúrgicas. Estas variables son capaces de explicar sólo el 3,4% de la variabilidad del Promedio del Dominio Cuidar, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{CUIDAR} = 4.366 + 0,101 (\text{curso}) + 0,329 (\text{clínica}) + 0,373 (\text{médico-quirúrgica})$$

No se verifica la condición de normalidad (SW=0,814, $p < 0,001$) de la variable Residual Promedio de Dominio Cuidar.

Aunque se comprueba que las variables predictoras son efectivas, el % que son capaces de explicar es muy pequeño por lo que sería necesario mas investigación.

3.3.7 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio PPOS

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente promedio PPOS en virtud de las variables académicas, cumple la condición teniendo las variables predictoras incluidas un coeficiente de correlación no superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.19**:

Tabla VI.19. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio PPOS (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,238	43,00	<0,001	
Curso (dos niveles)	0,045	1,001	0,317	0,989
Especialidad Clínica (dos niveles)	0,067	1,504	0,133	0,989
D-W		2,115		
F (p)		1,813 (0,165)		
R ² (corr.)		0,005		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F=1,81$, $p=0,165$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW=2,115$), y los elevados valores de Tolerancia ($T>0,989$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que no existen variables predictoras efectivas.

No se verifica la condición de normalidad ($SW=0,972$, $p<0,001$) de la variable Residual Promedio de PPOS.

3.3.8 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio Dominio Compartir

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Dominio Compartir en virtud de las Variables académicas, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.20**:

Tabla VI.20. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	3,952	30,38	<0,001	
Curso (dos niveles)	-0,023	-0,388	0,698	0,989
Especialidad Clínica (dos niveles)	0,060	1,016	0,310	0,989
D-W		2,050		
F (p)		0,556 (0,574)		
R ² (corr.)		-0,003		
N		359		

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

No se verifica que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada (F=0,556, p= 0,574), aunque no existen problemas de autocorrelación (DW=2,050), y los elevados valores de Tolerancia (T>0,989) informan de ausencia de multicolinealidad. Realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, no se constata ninguna variable predictora efectiva.

Tampoco se verifica la condición de normalidad (SW=0,987, p=0,003) de la variable Residual Promedio de Dominio Compartir.

3.3.9 Análisis de regresión con las variables académicas: Promedio Dominio Cuidar

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Dominio Cuidar en virtud de las Variables socio-demográficas, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.21**:

Tabla VI.21. Modelo de predicción (en variables académicas) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,524	41,55	<0,001	
Curso (dos niveles)	0,113	2,277	0,023	0,989
Especialidad Clínica (dos niveles)	0,075	1,510	0,132	0,989
D-W		2,141		
F (p)		4,143 (0,017)		
R ² (corr.)		0,018		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)= Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F = 4,143$, $p < 0,017$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW = 2,141$), y los elevados valores de Tolerancia ($T > 0,989$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre una muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que el curso ($t = 2,277$, $p < 0,023$) se presentan como variable predictora efectiva: influyen más las puntuaciones registradas en alumnos que pertenecer a cursos clínicos que en los que cursan preclínicos. Esta variable es capaz de explicar sólo el 1,8% de la variabilidad del Promedio de dominio Cuidar, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{CUIDAR} = 4,524 + 0,113 (\text{curso})$$

Se verifica de igual manera la condición de normalidad (SW=0,972, $p < 0,001$) de la variable Residual de Promedio de Dominio cuidar.

3.3.10 Análisis regresión variable motivación para elegir Medicina: Promedio PPOS

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Promedio PPOS en virtud de las variables motivación prestigio social y motivación humanitaria para elegir medicina, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.22**:

Tabla VI.22. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio PPOS (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,298	83,95	<0,001	
Motivación prestigio social para elegir medicina	-0,15	-2,683	0,008	1,000
Motivación humanitaria para elegir medicina	0,175	3,149	0,002	1,000
D-W		2,141		
F (p)		8,473 (<0,001)		
R ² (corr.)		0,040		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F = 8,473$, $p < 0,001$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW = 2,141$), y los elevados valores de Tolerancia ($T = 1,000$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que la motivación de prestigio social y de motivación humanitaria para elegir medicina se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en los alumnos que no eligieron prestigio social ($t = -2,68$, $p = 0,008$) y en los alumnos que se decantaron por motivación

humanitaria para estudiar medicina ($t = 3,14$, $p = 0,02$) . Estas variables son capaces de explicar sólo el 4% de la variabilidad del Promedio de la PPOS, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{PPOS} = 4,298 - 0,159 (\text{motivación Prestigio}) + 0,175 (\text{motivación Humanitaria})$$

Por tanto, nos vemos en la obligación de seguir investigando porque aunque son variables explicadores pero el % de predicción es pequeño.

No se verifica la condición de normalidad ($SW = 0,732$, $p < 0,001$) de la variable Residual Promedio de la PPOS.

3.3.11 Análisis de regresión motivación para elegir Medicina: Promedio Dominio Compartir

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Promedio del Dominio Compartir en virtud de las variables motivación prestigio social y motivación humanitaria para elegir medicina, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.23**:

Tabla VI.23. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio Dominio Compartir (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	3,876	57,03	<0,001	
Motivación prestigio social para elegir medicina	-0,14	-1,835	0,067	1,000
Motivación humanitaria para elegir medicina	0,191	2,587	0,010	1,000
D-W		2,094		
F (p)		4,985 (0,007)		
R ² (corr.)		0,022		
N		359		

NOTA:

B=Coeficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coeficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo α =.05

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F = 4,985$, $p = 0,007$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW = 2,094$), y los elevados valores de Tolerancia ($T = 1,000$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que la motivación humanitaria para elegir medicina se presenta como variable predictora efectiva: influyen más las puntuaciones registradas en los alumnos que se decantaron por motivación humanitaria para estudiar medicina ($t = 2,58$, $p = 0,01$) . Esta variable sólo es capaz de explicar el 2,2 % de la

variabilidad del Promedio del Dominio Compartir, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{COMPARTIR} = 3,8764 + 0,159 (\text{motivación Humanitaria})$$

Por tanto, nos vemos en la obligación de seguir investigando porque aunque es variable explicadora el % de predicción es pequeño.

No se verifica la condición de normalidad (SW = 0,801, $p < 0,001$) de la variable Residual Promedio del Dominio Compartir.

3.3.12 Análisis de regresión motivación para elegir Medicina: Promedio dominio Cuidar

El resultado de la regresión explicativa de la v. dependiente Promedio del Dominio Cuidar en virtud de las variables motivación prestigio social y motivación humanitaria para elegir medicina, cumple la condición de que las variables predictoras incluidas no tienen un coeficiente de correlación superior a 0,8, quedando reflejado en la **Tabla VI.24**:

Tabla VI.24. Modelo de predicción (en variable motivación para elegir Medicina) de Promedio Dominio Cuidar (variable predicha)

Variables predictoras	B	t	p	Tolerancia
Constante	4,720	82,5	<0,001	
Motivación prestigio social para elegir medicina	-0,17	-2,621	0,009	1,000
Motivación humanitaria para elegir medicina	0,159	2,562	0,011	1,000
D-W		2,114		
F (p)		6,650 (0,001)		
R ² (corr.)		0,031		
N		359		

NOTA:

B=Coficiente de regresión no estandarizado,
t=Prueba de significación t (Student),
p=Significación,
T=Tolerancia (estadístico de colinealidad)
D-W=Estadístico de autocorrelación de Durbin-Watson
F (p)=Prueba F (Snedecor), y su significación
R² (corr.)=Coficiente de determinación ajustado
N=Tamaño muestral
Riesgo $\alpha=0,05$

Tras la verificación de que el modelo empleado es explicativo de la influencia de las variables independientes de la explicada ($F = 6,650$, $p = 0,001$), que no existen problemas de autocorrelación ($DW=2,114$), y los elevados valores de Tolerancia ($T = 1,000$) que informan de ausencia de multicolinealidad, realizado el análisis sobre la muestra de 359 estudiantes de medicina, se constata que la motivación de prestigio social y la motivación humanitaria para elegir medicina se presentan como variables predictoras efectivas: influyen más las puntuaciones registradas en los alumnos que no se decantaron por prestigio social ($t = -2,62$, $p = 0,009$) y en los alumnos que se decantaron por motivación

humanitaria para estudiar medicina ($t = 2,56$, $p = 0,01$) . Estas variables sólo son capaces de explicar el 3,1 % de la variabilidad del Promedio del Dominio Cuidar, por medio de la expresión de regresión:

$$\text{CUIDAR} = 4,470 - 0,173 (\text{motivación Prestigio}) + 0,159 (\text{motivación Humanitaria})$$

Por tanto, nos vemos en la obligación de seguir investigando porque aunque son variables explicadoras el % de predicción es pequeño.

No se verifica la condición de normalidad ($SW = 0,732$, $p < 0,001$) de la variable Residual Promedio del Dominio Cuidar.

3.4 Análisis multivariante mediante regresión logística

Interesados en la verificación de las relaciones entre las variables participantes en el estudio en virtud de regresiones logísticas, en que las variables dependientes fueran el Promedio de PPOS, el Promedio del Dominio CUIDAR y el Promedio del Dominio COMPARTIR, se recodifican estas por medio del estadístico de tendencia de posición central correspondiente.

Así, siendo el Promedio de PPOS una variable normal (SW=0,99, p=0,125) el punto de segmentación será la media (M=4,42), siendo el Promedio del dominio CUIDAR una variable no normal (SW=0,98, p <0,001) el punto de segmentación será la mediana (Med=4,78), y siendo el Promedio del dominio COMPARTIR una variable normal (SW=0,99, p=0,139) el punto de segmentación será la media (M=4,01).

La recodificación de estas tres variables proporciona tres variables dicotómicas, con los siguientes niveles (**Tabla VI.25**):

Tabla VI.25. Variables recodificadas (dicotómicas)

Variables	f	%
Promedio PPOS (Dos niveles, desde la media=4.42)		
Nivel bajo (hasta 4.42)	173	48.2
Nivel alto (4.42 o superior)	186	51.8
Promedio CUIDAR (Dos niveles, desde la mediana=4.78)		
Nivel bajo (hasta 4.78)	181	50.4
Nivel alto (4.78 o superior)	178	49.6
Promedio COMPARTIR (Dos niveles, desde la media=4.01)		
Nivel bajo (hasta 4.01)	186	51.8
Nivel alto (4.01 o superior)	173	48.2

NOTA: f=Frecuencia, %=Porcentaje

3.4.1 Considerando como variables independientes o predictoras a las variables sociodemográficas

Teniendo en cuenta a las variables sociodemográficas como predictoras (sexo con dos niveles, edad con dos niveles, religiosidad con dos niveles y estado civil con dos niveles) (**Tabla VI.26**), se consideran las siguientes codificaciones:

Tabla VI.26. Codificaciones de las variables predictoras (sociodemográficas)

Variables	f	Codificación
Estado civil (DOS niveles)		
Soltería, separación, divorcio, viudez	205	1
Emparejamiento, matrimonio	154	0
Edad (DOS niveles)		
Hasta 22 años	151	1
22 años o superior	208	0
Religión profesada (DOS niveles)		
Religiosidad	186	1
Ateísmo o Agnosticismo	173	0
Sexo		
Hombre	121	1
Mujer	238	0

NOTA: f=Frecuencia, n.

3.4.1.1 Considerando como variable dependiente el Promedio PPOS (Dos niveles, desde la media=4,42)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio PPOS, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,42, 1=nivel alto, 4,42 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que las variables que han resultado predictoras de manera significativa son el sexo (Wald=12,23, $p < 0,001$) y el estado civil ($w=6,17$, $p=0,013$) (**Tabla VI.27**):

Tabla VI.27. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de PPOS (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	0,68	8,22	0,004	1,98		
Sexo	-0,81	12,23	0,000	0,44	0,28	0,70
Edad (dos niveles)	0,18	0,64	0,422	1,19	0,77	1,84
Religión (dos niveles)	-0,18	0,69	0,405	0,83	0,54	1,28
Estado civil (dos niveles)	-0,55	6,17	0,013	0,58	0,37	0,90
R ² de Nagelkerke	0,066					
Sensibilidad	64,52					
Especificidad	51,45					

NOTA: B=Coeficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.

R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida

Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto es capaz de predecir correctamente el 6.6% de los casos, con una sensibilidad del 64,52% (proporción de casos con altas puntuaciones de Promedio de PPOS observados y predichos) y una especificidad del 51,45% (proporción de casos con bajas puntuaciones de Promedio de PPOS observados y pronosticados). Se observa que la OR para el Sexo es 0,44 (I. de C.:0,28-0,70), es decir, que se corresponden los valores más altos de Promedio de PPOS (nivel alto, 4,42 o superior) a las mujeres. Considerando el Estado civil, su OR es 0,58 (I. de C.:0,37-0,90), es decir que los

valores de Promedio PPOS más altos (nivel alto, 4,42 o superior) se corresponden a las personas emparejadas o matrimoniadas.

La fórmula de predicción del modelo es:

$$\text{Ln}(p) = 0,68 - 0,81 (\text{Sexo}) - 0,55 (\text{Estado civil})$$

3.4.1.2 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio Compartir (Dos niveles, desde la media = 4,01)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio Compartir, con dos niveles (0 = nivel bajo, hasta 4,01, 1 = nivel alto, 4,01 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que las variables que han resultado predictoras de manera significativa son el sexo (Wald = 8,504, p = 0,004) y el estado civil (w = 4,942, p = 0,026) (Tabla VI.28):

Tabla VI.28. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Compartir (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	0,30	1,757	0,185	1,361		
Sexo	-0,67	8,504	0,004	0,508	0,32	0,80
Edad (dos niveles)	0,34	2,388	0,122	1,404	0,91	2,16
Religión (dos niveles)	-0,039	0,033	0,857	0,962	0,62	1,47
Estado civil (dos niveles)	-0,490	4,942	0,026	0,613	0,39	0,94
R ² de Nagelkerke	0,053					
Sensibilidad	64,9					
Especificidad	53,8					

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.

R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida

Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto es capaz de predecir correctamente el 5,3% de los casos, con una sensibilidad del 64,9% y una especificidad del 53,8%. Se observa que la OR para el Sexo es 0,50 (I. de C.:0,32 - 0,80), es decir, que se corresponden los valores más altos de Promedio de dominio compartir (nivel alto, 4,01 o superior) a las mujeres. Considerando el Estado civil, su OR es 0,61 (I. de C.:0,37 - 0,90), es decir que los valores de Promedio de dominio compartir más altos (nivel alto, 4,01 o superior) se corresponden a las personas emparejadas o matrimoniadas.

La fórmula de predicción del modelo es:

$$\ln(p) = 0,30 - 0,67 (\text{Sexo}) - 0,49 (\text{Estado civil})$$

3.4.1.3 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio cuidar (Dos niveles, desde la mediana = 4,78)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio cuidar, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,78, 1=nivel alto, 4,78 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que las variables que han resultado predictoras de manera significativa son el sexo (Wald = 12,83, $p < 0,001$) y el estado civil (Wald 3,88, $p = 0,049$ (**Tabla VI.29**):

Tabla VI.29. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio cuidar (dos niveles), vs. variables sociodemográficas (sexo, edad, religión, estado civil), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	0,79	8,22	0,001	2,221		
Sexo	-0,83	12,83	<0,001	0,432	0,27	0,68
Edad (dos niveles)	-0,209	0,893	0,345	0,812	0,52	1,25
Religión (dos niveles)	-0,382	3,054	0,081	0,683	0,44	1,04
Estado civil (dos niveles)	-0,437	3,883	0,049	0,646	0,419	0,99
R ² de Nagelkerke	0,071					
Sensibilidad	64,1					
Especificidad	51,7					

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.

R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida

Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

Fuente: Elaboración propia

El modelo propuesto es capaz de predecir correctamente el 6,6% de los casos, con una sensibilidad del 64,1% y una especificidad del 51,7%. Se observa que la OR para el Sexo es 0,43 (I. de C.:0,27-0,68), es decir, que se corresponden los valores más altos de Promedio de dominio cuidar a las mujeres. Considerando el Estado civil, su OR es 0,64 (I. de C.:0,41-0,99), es decir que los valores de Promedio dominio cuidar más altos se corresponden a las personas emparejadas o matrimoniadas.

La fórmula de predicción del modelo es:

$$\text{Ln}(p) = 0,79 - 0,83 (\text{Sexo}) - 0,43 (\text{Estado civil})$$

3.4.2 Considerando como variables independientes o predictoras a las variables académicas

Teniendo en cuenta a las variables académicas como predictoras (curso con dos niveles y especialidad en dos niveles) (**Tabla VI.30**), se consideran las siguientes codificaciones:

Tabla VI.30. Codificaciones de las variables predictoras (académicas)

Variables	f	Codificación
Curso (DOS niveles)		
Pre-Clínico	136	1
Clínico	213	0
Especialidad (DOS niveles)		
Laboratorio/Médico-quirúrgicas/Quirúrgicas	139	1
Clínicas	210	0

NOTA: f=Frecuencia, n.

3.4.2.1 Considerando como variable dependiente el Promedio PPOS (Dos niveles, desde la media=4,42)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio PPOS, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,42, 1=nivel alto, 4,42 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que ninguna de las variables ha resultado predictora significativa (**Tabla VI.31**):

Tabla VI.31. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de PPOS (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	0,120	0,57	0,449	1,12		
Curso (dos niveles)	-0,015	0,005	0,945	0,945	0,639	1,51
Especialidad (dos niveles)	-0,098	0,20	0,655	0,655	0,58	1,39
<hr/>						
R ² de Nagelkerke	0,001					
Sensibilidad	0,0					
Especificidad	100,0					
<hr/>						
NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.						
R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida						
Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.						
Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.						
<hr/>						

El modelo propuesto con una sensibilidad del 0% y una especificidad del 100% no presenta ninguna variable que prediga de forma significativa la variable Promedio PPOS.

3.4.2.2 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio Compartir (Dos niveles, desde la media=4,01)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio Compartir, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,01, 1=nivel alto, 4,01 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que ninguna de las variables ha resultado predictora de manera significativa (**Tabla VI.32**):

Tabla VI.32. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Compartir (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	-0,129	0,66	0,415	0,879		
Curso (dos niveles)	0,042	0,03	0,849	1,043	0,67	1,60
Especialidad (dos niveles)	0,124	0,31	0,572	1,132	0,73	1,74
R ² de Nagelkerke		0,001				
Sensibilidad		82,8				
Especificidad		18,9				

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.
R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida
Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.
Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto con una sensibilidad del 82,8% y una especificidad del 18,9% no presenta ninguna variable que prediga de forma significativa la variable Promedio del dominio Compartir.

3.4.2.3 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio cuidar (Dos niveles, desde la mediana=4,78)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio cuidar, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,78, 1=nivel alto, 4,78 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que las variables curso (Wald=4,23, p=0,040) y especialidad (Wald=4,68, p=0,030) han resultado predictoras de manera significativa (**Tabla VI.33**):

Tabla VI.33. Modelo de regresión logística; vd=Promedio de dominio Cuidar (dos niveles), vs. Variables académicas (curso, especialidad), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	0,353	4,83	0,028	1,423		
Curso (dos niveles)	-0,461	4,23	0,040	0,631	0,407	0,97
Especialidad (dos niveles)	-0,483	4,68	0,030	0,617	0,399	0,95
R ² de Nagelkerke		0,038				
Sensibilidad		68,2				
Especificidad		46,8				

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo. R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida
Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.
Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto es capaz de predecir correctamente el 3,8% de los casos, con una sensibilidad del 68,2% y una especificidad del 48,8%. Se observa que la OR para el curso es 0,63 (I. de C.:0,40-0,97), es decir, que se corresponden los valores más altos del Promedio de dominio cuidar (nivel alto, 4,78 o superior) a los cursos clínicos. Teniendo en cuenta la especialidad, su OR es 0,617 (I. de C.:0,39-0,95), es decir que los valores de Promedio de dominio cuidar más altos (nivel alto, 4,78 o superior) se corresponden a los estudiantes que preferían especialidades clínicas:

La fórmula de predicción del modelo es:

$$\ln(p) = 0,35 - 0,46 (\text{Curso}) - 0,48 (\text{Especialidad})$$

3.4.3 Considerando como variables independiente o predictora a la variable motivación para elegir Medicina

Teniendo en cuenta a las variables motivación para elegir medicina como predictoras (motivación humanitaria con dos niveles y motivación de prestigio en dos niveles) (**Tabla VI.34**), se consideran las siguientes codificaciones:

Tabla VI.34. Codificaciones de las variables predictoras (académicas)

Variables	f	Codificación
Motivación humanitaria para elegir medicina		
No	63	1
Sí	296	0
Motivación de prestigio para elegir medicina		
No	305	1
Sí	54	0

NOTA: f=Frecuencia, n.

3.4.3.1 Considerando como variable dependiente el Promedio PPOS (Dos niveles, desde la media=4,42)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio PPOS, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,42, 1=nivel alto, 4,42 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que ninguna de las dos variables han resultado predictoras de manera significativa (Tabla VI.35):

Tabla VI.35. Modelo de regresión logística; vd=Promedio PPOS (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	-0,31	1,26	0,261	0,729		
Motivación humanitaria (dos niveles)	-0,36	1,70	0,191	0,693	0,40	0,12
Motivación prestigio social (dos niveles)	0,53	3,13	0,077	1,702	0,94	3,06
R ² de Nagelkerke	0,018					
Sensibilidad	35,3					
Especificidad	74,7					

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.
R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida
Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.
Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

3.4.3.2 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio Compartir (Dos niveles, desde la media=4,01)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio Compartir, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,01, 1=nivel alto, 4,01 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que la variable de motivación humanitaria para elegir medicina (Wald=5,34, p=0,021) ha resultado predictora de manera significativa (**Tabla VI.36**).

Tabla VI.36. Modelo de regresión logística; vd=Promedio dominio compartir (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	-0,27	0,924	0,336	0,336		
Motivación humanitaria (dos niveles)	-0,66	5,34	0,021	0,512	0,29	0,90
Motivación prestigio social (dos niveles)	0,36	1,47	0,224	0,224	0,79	2,60
R ² de Nagelkerke		0,026				
Sensibilidad		34,9				
Especificidad		75,1				

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.

R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida

Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto es capaz de predecir correctamente el 2,6% de los casos, con una sensibilidad del 34,9% y una especificidad del 75,1%. Se observa que la OR para motivación humanitaria para elegir medicina es 0,51 (I. de C.:0,29-0,90), es decir, que se corresponden los valores más altos del Promedio de dominio compartir (nivel alto, 4,01 o superior) a los estudiantes que eligieron motivación humanitaria para estudiar medicina.

La fórmula de predicción del modelo es: $\ln(p) = -0,27 - 0,66$ (Motivación

humanitaria para elegir medicina)

3.4.3.3 Considerando como variable dependiente el Promedio Dominio cuidar (Dos niveles, desde la mediana=4,78)

El análisis multivariante mediante regresión logística donde la variable dependiente es el Promedio dominio Cuidar, con dos niveles (0=nivel bajo, hasta 4,78, 1=nivel alto, 4,78 o superior), ejecutada por el método introducir muestra que ninguna variable de motivación para elegir medicina ha resultado predictora de manera significativa (**Tabla VI.37**):

Tabla VI.37. Modelo de regresión logística; vd=Promedio dominio cuidar (dos niveles), vs. Variables motivación para elegir medicina (humanitaria, prestigio), todas dicotómicas

Variables	B	Wald		Exp (B); OR		
		Valor	p	Valor	IC (95%)	
					Inf.	Sup.
Constante	-0,069	0,062	0,803	0,933		
Motivación humanitaria (dos niveles)	-0,488	2,98	0,084	0,614	0,35	1,06
Motivación prestigio social (dos niveles)	0,161	0,29	0,587	1,175	0,65	2,10
R ² de Nagelkerke	0,012					
Sensibilidad	33,7					
Especificidad	73,6					

NOTA: B=Coficiente β , Wald=Prueba de Wald, p=Significación, Exp (B); OR=Odds ratio, razón de probabilidades, IC (95%), IC (95%)=Intervalo de confianza del 95%, Inf.=Valor inferior del intervalo, Sup.=valor superior del intervalo.
R2 de Nagelkerke: Valor de R2 corregida
Sensibilidad: % de valores altos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.
Especificidad: % de valores bajos de la variable dependiente simultáneamente observados y predichos.

El modelo propuesto no es capaz de predecir la variable promedio del dominio cuidar ya que ninguna variable ha resultado predictora.

4. Discusión

Este es el primer estudio español que evalúa las actitudes hacia la ACP entre estudiantes de pregrado de una Facultad de Medicina. Su objetivo principal fue analizar la relación del año académico así como las características sociodemográficas, académicas y parentales que influían en la orientación hacia la ACP entre los alumnos de Medicina de Murcia y medida a través de la PPOS (123,262,266). La consistencia interna de la puntuación general de PPOS, del dominio compartir y del dominio cuidar era α de Cronbach de 0,67, 0,63 y 0,50 respectivamente, que eran similares a los valores informados por Krupat et al. (266) y Lee et al. (178). Con el fin de obtener una comprensión más completa de las puntuaciones de los estudiantes españoles, fue útil comparar nuestros datos con los hallazgos de otros investigadores en diversas partes del mundo que ha utilizado el mismo instrumento.

Ser **mujer** fue determinante en la diferencia estadísticamente significativa respecto al sexo masculino, teniendo más orientación hacia ACP las mujeres en ambos dominios como en la PPOS general. Además, ser mujer resultó ser una variable predictora explicativa de forma significativa tanto del promedio de la PPOS general tanto del promedio de ambos dominios.

Un estudio de 2019 chino (267) , dos estudios de US (123, 127) y otro de Nepal (177) mostraron que el sexo femenino se asoció más probablemente con puntuaciones PPOS más altas en comparación con el sexo masculino así . Por el contrario, un estudio de Pakistán (143) no identificó diferencias estadísticas entre sexos. En Arabia Saudí (143) tampoco se observaron tampoco diferencias significativas entre sexos, lo que podría explicarse porque la sociedad es conservadora y las interacciones entre sexos opuestos son limitadas (incluidos pacientes y médicos) (143).

Volviendo al estudio chino de Liu et al. de 2019 (267) , se observaron que las alumnas encuestadas en este estudio mostraron una mayor puntuación promedio que los estudiantes varones para las puntuaciones generales de PPOS y para ambos dominios. En un estudio sobre la empatía de los estudiantes de medicina se observó que las mujeres eran más empáticas y tenían mejores

orientaciones comunitarias que los hombres (132,188), además se demostró que existían diferencias por sexo con respecto al desarrollo de la empatía a lo largo de los estudios que cursaban en la facultad de Medicina (132). También comunicándose con los pacientes, las mujeres (más que los hombres) tienen una mayores habilidades de comunicación que implicaban conversaciones más positivas, mejor uso de conversaciones emocionales, y consultas activas con los pacientes, lo que podría significar que son más aceptadas por los pacientes (102). Además, estas características de las médicas podría explicar por qué hay menos demandas contra ellas en todo el mundo (268).

Previamente en la bibliografía en el estudio Haidet et al. (US) también se observaron puntuaciones más altas de PPOS entre las mujeres (129) y podía estar relacionado con diferencias en la comunicación en la RMP en ambos sexos (102). En el estudio de Hardeman et al. US (127) los hallazgos con respecto a las diferencias de sexo eran consistentes con un cuerpo de investigación que mostraba que las mujeres médicas tenían, en general, procesos de atención interpersonal de mayor calidad incluyendo consultas más largas, posiciones más positivas y amigables, más preguntas y un comportamiento no verbal más cálido que incluía sonreír y asentir más que los hombres médicos (102, 127, 269).

En el estudio de Ribeiro et al. (261) en Brasil, la brecha entre las puntuaciones de hombres y mujeres de la PPOS se redujo conforme avanzaban de curso en la Facultad. Las mujeres que tenían las puntuaciones PPOS más altas que los hombres desde el principio, con lo cual esto pudo explicar el menor cambio en las puntuaciones PPOS de las mujeres (261). Sin embargo, la ausencia de diferencias de sexo en los últimos años de formación médica se explicó como una tendencia a las mujeres para adaptarse a la cultura institucional centrada en el médico (147).

Por tanto, en general la tendencia general de las estudiantes a tener más ACP se reflejó en estudios anteriores (36,37) y estos puntajes más altos podrían deberse a diferencias en una temprana socialización que experimentaban las niñas, así como a una mayor importancia que dan a la empatía las estudiantes y médicas (188).

Respecto a la **nacionalidad** en nuestro estudio no se observaron diferencias significativas con respecto a tener nacionalidad de España pero habría que resaltar que había una muestra muy pequeña de alumnos extranjeros en comparación con los de España. Estudios previos realizados en Pakistán mostraron que los estudiantes de origen extranjero (143) y los de origen étnico europeo-americano (129) tuvieron puntuaciones PPOS más altas. Sin embargo, en Arabia Saudí no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre estudiantes sauditas y no (143).

En general, los estudiantes de medicina del estudio chino reciente realizado en 2019 (267) tendían a adoptar actitudes centradas en el paciente, que eran más altas que los de Malí (271) y que los de Pakistán (143), pero menor ACP que los estudiantes estadounidenses(129) y brasileños (126). Estos resultados podrían explicarse por diferencias en las condiciones socioeconómicas o por diferencias religiosas y culturales entre países. En China, los resultados indicaban que, aunque los estudiantes de medicina generalmente tenían actitudes hacia la ACP , tenían preferencias más altas por "Cuidar" que por compartir información con los pacientes y participar en la toma de decisiones con los pacientes (267). La diferencia en los dominios de "Cuidar" versus "Compartir" podía explicarse por diferentes valores culturales, ya que en las culturas asiáticas los pacientes preferían médicos que tienen más probabilidades de tomar decisiones "basadas en la familia" o "basadas en el médico" en el proceso de diagnóstico y tratamiento (267). Esto es similar a las culturas africanas que también vieron un mayor puntuación en el dominio cuidar en comparación con compartir (178,271). Esto difería de la cultura en los países occidentales, donde los pacientes preferían que los médicos compartieran las verdaderas "malas noticias", así como la gestión de los cuidados del final de la vida (267). En China, Ting et al. en 2016(272) encontró que los pacientes tenían más probabilidades de confiar en los médicos para controlar las consultas, la toma de decisiones y la distribución de información; también, Ting et al. (272)estableció que los pacientes no creían tener el conocimiento o capacidad para manejar problemas médicos(272–274) .Las puntuaciones más altas de cuidar podían deberse a que los estudiantes de medicina esperaban que la RMP podía basarse en el entendimiento mutuo y que los pacientes podían ser tratados

de una manera amistosa de acuerdo con la información de sus antecedentes psicosociales(272).

En el sur de Asia, en concreto Nepal, las normas sociales favorecían una relación hacia la ACM (177). La práctica médica tradicional tenía una relación de poder desigual: el médico en la posición superior y el paciente en el papel indefenso y, a menudo, desafortunado (275). Muchos pacientes eran analfabetos y carecen de acceso a fuentes de información médica. Otro factor que dificulta la comunicación médico-paciente es la lengua que hablaban (177). Como resultado de la historia y otros factores, la medicina moderna en el sur de Asia se enseña en inglés. Muchos estudiantes se educaban en inglés medio en las escuelas y no podían comunicarse bien, excepto en inglés. Los pacientes hablan otros idiomas además del inglés y muchos no entienden inglés(177). Un fenómeno similar ocurría en Singapur (275). Por tanto, la naturaleza basada en clases y castas de sociedades del sur de Asia (Nepal) y la naturaleza paternalista de la RMP podría ser responsable de la puntuaciones más bajas en el estudio de Shankar et al(177). en comparación con las informadas en la literatura (129).

Ser **cristiano o ateo/agnóstico** en nuestro estudio tuvo diferencias en el dominio cuidar, donde los alumnos que no creían o dudaban en Dios tenían más orientación hacia la ACP que los que eran cristianos. Este hallazgo importante coincidió con lo estudiado en Grecia, no visto mucho en la literatura publicado, y es que la relación con la religión parecía ser fuertemente asociado con actitudes negativas hacia centrarse en el paciente, especialmente en términos de participación pacientes como coadministradores en su propia salud e involucrarlos en el proceso de toma de decisiones (126).

Tener **pareja** o estar casado tuvo relación con tener más ACP en PPOS general con respecto a los que no tenían pareja. También el estar casado o tener pareja era una variable predictora que explicaba de forma significativa el promedio de la PPOS y de ambos dominios. No existían muchos estudios que contrasten diferencias significativas respecto a la ACP si tienes o no pareja, salvo en el estudio Chino de Wang et al.(276) que coincidía en que los estudiantes chinos emparejados reflejaron más ACP en sus actitudes.

No se encontraron diferencias respecto a la orientación hacia la ACP respecto si el alumno había realizado sus **estudios primarios y el bachillerato** en un colegio público o privado/concertado y tampoco por el número de **idiomas** que hablaba ni por la **nota de selectividad** que había sacado. En cambio, en un estudio realizado en Florida, pero aquí se evaluó la ACP relacionándola con la cultura con otro instrumento diferente a la PPOS (*Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory*)(138), si que observó las diferencias en la fluidez del lenguaje concluyendo que los estudiantes de medicina que informaron tener fluidez en al menos un idioma distinto del inglés, en comparación con los estudiantes de medicina que hablaban sólo inglés con fluidez, tuvieron significativamente más orientación hacia la ACP.

Los alumnos **menores de 22 años** reflejaban en sus respuestas actitudes hacia ACP en comparación con los que tenían 22 años o más, observándose diferencias significativas en el dominio compartir. Sin embargo, un estudio realizado en Canadá por Hammerich et al(277)., identificó una relación positiva entre edad del estudiante y puntuaciones medias de la PPOS, en contraposición con lo encontrado anteriormente por Haidet et al. en US(129) coincidiendo con lo encontrado en nuestro estudio, relacionando tener mayor edad con tener menos ACP.

En nuestro estudio los resultados principales no indicaron una clara declinación de la orientación hacia la ACP conforme avanzaban de **curso académico** y encontramos solo diferencias estadísticamente significativa en el dominio cuidar con orientación hacia ACP en años clínicos en comparación con años preclínicos. Este resultado es consistente con los obtenidos en otros países como Grecia (126) en los que las actitudes de los estudiantes de Medicina al final de sus estudios, en comparación con el comienzo de sus planes de estudios preclínicos, estaban más centradas en el médico en la dimensión compartir, aunque permanecían centrados en el paciente en el componente de cuidado de la RMP (126). El dominio de cuidar permaneció intacto porque posiblemente reflejaba uno de los motivos más fuertes para introducirse en la medicina: el factor orientado a la persona (126,278). Por otro lado, una posible explicación para el cambio de actitud de los estudiantes hacia actitudes centradas en el médico conforme avanzaban en su formación podría ser que fuera

particularmente difícil para estudiantes que todavía luchaban por desarrollar confianza en sí mismo compartir poder con sus pacientes, teniendo en cuenta que si accedían a los deseos del paciente y se producía un mal resultado, podrían ocurrir problemas legales (33). Además, estos resultados podrían sugerir que la parte de compartir de la relación podía ser más afectada por el modelado de roles y por la tutoría de los profesores clínicos (126).

Estudios previos también habían sugerido que al progresar en la facultad de medicina los estudiantes desarrollaban una idea más paternalista del papel del médico(181) y esto a menudo se había atribuido a el efecto del currículo oculto y a la forma inadecuado de enseñanza por parte de los tutores clínicos (256). Las actitudes hacia la ACP debían nutrirse en el entorno de la atención al paciente a través de enfoques de aprendizaje activos y un sólido modelo de roles mediante médicos que son respetados (217). Sin embargo, los educadores notaron que las intervenciones durante los años preclínicos a menudo se veían eclipsadas por las experiencias de los años clínicos que eran incorporados en un plan de estudios "oculto" ("hidden" curriculum) (230). No había cursos formales de habilidades comunicativas durante los años clínicos de formación (177). A pesar de los intentos de querer incorporar la práctica de la ACP en el currículo médico formal, parece que el modelo de roles tal como ocurría en las prácticas clínicas, el grado de apoyo que los estudiantes percibían de sus propios comportamientos centrados en el paciente, así como sus experiencias en el ámbito de la atención médica, podían contribuir en que sus actitudes fueran más centradas en el médico (256). Aunque los estudiantes en el último año de la facultad de Medicina tenían una mejor comprensión de la singularidad del paciente y de la necesidad de ajustar los planes de tratamiento a las necesidades, al estilo de vida y valores de cada paciente, realmente estaban menos dispuestos a informar e involucrar a sus pacientes en el proceso de toma de decisiones (126).

Estos datos están de acuerdo con estudios previos, que encontraron que la compasión, la percepción, la comprensión de los derechos fundamentales del paciente y la aceptación de la responsabilidad de los propios problemas del paciente eran mayores en los estudiantes graduados que en los de primer año (256) o incluso se mantenían en el mismo nivel, a pesar del miedo a la

disminución de la empatía durante el progreso a través de la escuela de medicina que ha a menudo se había discutido(131).

Lo mismo que en Murcia (España) en estudios realizados en Brasil el aumento encontrado en las puntuaciones de la PPOS conforme avanzaban de curso, aunque pequeño, sugería que los estudiantes en años posteriores estaban más centrados en el paciente que en años anteriores (261). Este hallazgo era diferente al observado por algunos investigadores(129,279) (Pfeiffer et al. 1998; Haidet et al. 2002), pero es de acuerdo con otros (181) (Monchy et al. 1988) y con estudios cualitativos realizados en Brasil (280). En este estudio de Brasil (261), las puntuaciones de PPOS aumentaron en los años clínicos, excepto en el décimo semestre(261). El primer aumento, detectado poco después de la primera interacción del estudiante con los pacientes, podía ser explicado por un retorno del idealismo que se perdió en los años preclínicos (281). Tampoco es sorprendente que las puntuaciones continuaron aumentando después de que los estudiantes se involucraron en práctica ambulatoria comunitaria, ya que la AP es el entorno clínico en el que la RMP es más personal y más utilizado como herramienta terapéutica (193).

Otros estudios actuales, como el realizado en Arabia Saudí que exploró las actitudes de los estudiantes de medicina de tercer año hacia la relación médico-paciente utilizando el PPOS (123), demostraron actitudes de los estudiantes que favorecían el centrarse en el paciente (282).

En US Haidet et al. mostraron que los estudiantes en sus primeros años de la escuela de medicina (años preclínicos) eran más propensos a desarrollar actitudes centradas en el paciente que aquellos en los últimos años de la escuela de medicina (años clínicos) (129). Por otro lado, un estudio de Pakistán realizado por Ahmad y sus socios encontró el resultado contrario, donde los estudiantes en los últimos años académicos (años clínicos) tenían más predisposición a ACP (143).

En el estudio de Liu et al.(267) en China los estudiantes del séptimo año obtuvieron puntuaciones más altas en el dominio cuidar que los estudiantes del quinto año; sin embargo, curiosamente, obtuvieron puntuaciones más bajas en

el dominio compartir que los estudiantes de la categoría del quinto año(267). Esto puede deberse a los estudiantes de medicina de séptimo año participaban en cursos de comunicación médico-paciente durante la investigación; sin embargo, los estudiantes del quinto año habían hecho previamente dichos cursos antes de que comenzara la investigación. Cuando realizaba un estudiante las prácticas tenía un impacto en el "Compartir" y en las dimensiones de cuidar (267). Mientras realizaban un curso de comunicación médico-paciente en la clínica práctica, los estudiantes de séptimo año tenían más probabilidades de tener empatía y ser capaces de utilizar las perspectivas de los pacientes para comprenderles y brindarles atención. También, estos estudiantes consideraban a los pacientes como un grupo que necesita ser atendido más que como un grupo con los mismos derechos que los médicos; por lo tanto, estos estudiantes tenían puntuaciones más altas en cuidar, pero puntuaciones más bajas en Compartir en comparación con los de quinto curso (267).

En cuanto a la **especialidad** que elegirían en un futuro hubo diferencias hacia más ACP en los dominios cuidar en los que eligieron especialidades clínicas en comparación con todas las demás, entre los que preferían médico-quirúrgicas en lugar de laboratorio, entre los que se decantaban por las médico-quirúrgicas en comparación con las quirúrgicas, y también en los que les gustaban las clínicas más que las quirúrgicas. También se observó en la regresión como los estudiantes que preferían especialidades clínicas en un futuro correspondía a valores más altos del dominio cuidar respecto a su orientación hacia la ACP.

Aunque en nuestros resultados no se objetivó que los alumnos que se decantaban por la MF y C tenían más ACP, esto sí que se vio en Brasil(128) en la que tuvieron más ACP los estudiantes se involucraron en la práctica ambulatoria comunitaria, ya que la AP es el entorno clínico en el que la RMP es más personal y esto es más utilizado como herramienta terapéutica(193,261). La disminución de la orientación hacia ACP en el décimo semestre se produjo poco después que los estudiantes comenzaran su formación en medicina especializada en el hospital(261). La confianza en la tecnología médica, un enfoque sobre los aspectos biomédicos de la enfermedad y un estrecho contacto con las opiniones de los médicos especialistas podrían explicar esto(261).

En el estudio de Tsimitsiou et al.(126) en Grecia no observó diferencias en cuanto a la elección de una u otra especialidad según los estudiantes tuvieran más o menos ACP. Una razón profunda de que podrían ser las condiciones específicas del sistema del país en virtud del cual los estudiantes de medicina deciden sobre su especialidad: largas listas de espera y la falta de exámenes que empujan a los estudiantes a seleccionar una cómoda especialidad, en lugar de la especialidad que les pueda interesar(126). Sin embargo, como también se han encontrado otros autores(283) existía una débil relación entre las actitudes y la elección de la especialidad en diferentes sistemas(193).

En el estudio de Batenburg et al.(147) en Países Bajos las especialidades elegidas como la AP y Psiquiatría tuvieron más tendencia hacia la ACP mientras que las quirúrgicas tenían actitudes más paternalistas.

En el estudio de Chan et al. en Malasia(284) se observó que los oncólogos tenían más ACP que los MF y C que estaban menos centrado en el paciente de lo esperado. Además, se encontró que los ginecólogos tenían más ACM que ACP (284). En general, los médicos de Malasia tuvieron ACP excepto los cirujanos. (284). Los que ejercían especialidades quirúrgicas probablemente estaban más centrados en el médico debido a la gravedad de las condiciones que normalmente manejaban en comparación con la oncología donde la atención en la mayoría casos es a largo plazo (versus AP) y las relaciones entre el médico y el paciente juegan un papel fundamental, al igual que el centrarse en el paciente (284). Se observó que la especialización médica del médico estaba asociada con su nivel de ACP, lo que sugería el potencial de examinar la especialidad médica como un factor del nivel de centrado en el paciente de los médicos. Las diferencias en las actitudes de los médicos se explicaba por las diferencias en la formación para especialidades individuales (149) así como la experiencia y socialización profesional (104). Sin embargo, también podría ser que los médicos con ciertos tipos de personalidad se sientan más atraídos por cursar ciertas especialidades médicas (284).

La **motivación** humanitaria para decidir estudiar medicina se relacionó con una orientación hacia la ACP en PPOS general y en ambos dominios y los alumnos que hacían medicina por el prestigio social se relacionó con menor

orientación hacia ACP en PPOS general. Con el análisis de regresión se puso de manifiesto solo en el dominio compartir cómo los estudiantes que elegían motivación humanitaria tenían mayor orientación hacia la ACP. Por lo contrario, en el estudio reciente polaco de Pers et al. (285) los estudiantes cuya motivación solo se centró únicamente en las razones económicas tenían actitudes más centradas en el paciente que los estudiantes con una combinación de razones económicas y humanísticas para estudiar medicina. Además, se encontró que los estudiantes que estaban considerando especializaciones basadas en el contacto humano (pediatría, medicina familiar, psiquiatría) informaron menos actitudes centradas en el paciente que sus colegas con diferentes opciones (285).

El humanismo, definido por Hauck et al. (286), se asoció positivamente con la satisfacción de los pacientes y un mayor éxito en los objetivos de prevención para los pacientes en el entorno clínico (252,286), observándose más humanismo en los alumnos que manifestaron más ACP (286).

Nuestro estudio reveló que los alumnos con **padres médicos** tenían menos ACP que los que tenían padres con otras profesiones, pero sólo en el dominio compartir. También cuando le preguntaron sobre el motivo de influencia familiar para elegir medicina hubo una tendencia a la significación en el dominio compartir. Esto no se vio reflejado en un estudio realizado en Canadá en 2019 que no observo diferencias significativas según la profesión de los padres(277) ni tampoco con lo aparecido en estudios previos como el de Haidet et al. en US (129).

En el estudio de Wang et al. (276) un hallazgo interesante fue que poseer experiencia personal de ser médico disminuyó la orientación hacia la ACP. Una explicación es que aquellos que habían trabajado como médicos habían obtenido una comprensión más completa del funcionamiento de los hospitales en comparación con los que no tenían esta experiencia. Por lo tanto, inconscientemente los propios médicos bajaron sus expectativas hacia una comunicación centrada en la persona, debido a su simpatía con el resto de médicos y teniendo en cuenta su gran carga de trabajo (276).

Además, en nuestro estudio **el nivel de estudios de madre y padre** no concluyó que influyera en que los alumnos tuvieran más o menos ACP, tampoco el nivel de **ingresos económicos** del hogar ni que el estudiante hubiera tenido experiencia en minorías raciales o pacientes de bajos ingresos.

Aunque fue medido con *Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)*, en un estudio de Florida se objetivó que los estudiantes que tuvieron experiencia con minorías raciales se decantaban más por la ACP.

Un estudio realizado en 2015 en US (127) sugirió que los estudiantes de familias con mayores ingresos económicos tendían a tener actitudes menos orientadas hacia la ACP en comparación con las de menores ingresos. Además las actitudes centradas en el paciente más positivas entre los estudiantes que pertenecían a estatus socioeconómicos más bajo podía ser por el resultado de la experiencia personal de los estudiantes (287). Los estudiantes de medicina en US provienen en general de familias con ingresos altos, mientras que los pacientes por el contrario a menudo proceden de estratos socioeconómicos mas bajos. La consecuencia desafortunada de esto es que los pacientes a veces luchan por ser entendidos con buenas intenciones, pero los médicos que provienen de estatus más altos a veces no pueden o no saben relacionarse con pacientes de otros orígenes (127, 287). La solución provisional sería entrenar mejor a todos los estudiantes para atender todo tipo de pacientes. Una verdadera solución a largo plazo sería que pudieran estudiar Medicina en América individuos de todos los niveles socioeconómicos (287). Esta no sería la primera vez que eliminar una desigualdad condujera a mejorar la atención médica. Como se mostró en una revisión de 2002 (129, 287), ya se producía una mejor atención a medida que el porcentaje de mujeres médicas aumentaba.

El tipo de entorno y el nivel socioeconómico no fueron considerados como factores influyentes (82) en otro estudio chino de 2017(276), coincidiendo con lo encontrado en nuestro estudio.

En algunos estudios de la bibliografía se documentaron los efectos positivos de que la raza de los médicos fuera la misma que la de sus pacientes

en relación con la ACP. En cambio en US en el estudio de Hardeman et al.(127) no se confirmó que la raza de los estudiantes fuera un predictor significativo de las actitudes hacia la ACP (250,251,253,254). Es posible que el impacto positivo de la raza en la RMP funcione a través de diferentes formas en la ACP. Por ejemplo, en la literatura se observa como las acciones y comportamientos de los médicos afroamericanos brindaban una atención satisfactoria para pacientes afroamericanos (250, 251, 254, 288).

Con las experiencias en tener **ingreso hospitalario** propio o de algún familiar no hubo diferencias que reflejaran tener o no más orientación hacia la ACP. Lee et al. (178) sugirió que la experiencia de un estudiante con los sistemas de atención médica, ya fuera como paciente o tener que cuidar a la familia se asoció con puntuaciones PPOS más altas, pero la exposición a un evento agudo no lo fue, atribuyendo las puntuaciones más altas a la madurez ganada a través de experiencias de vida. Sin embargo, Hammerich et al (277). no encontró relación entre las puntuaciones PPOS y si el alumno había recibido atención médica o no.

Un *punto fuerte* del estudio es que el instrumento (PPOS) que hemos utilizado ha sido usado ampliamente en todo el mundo con una buena validez y fiabilidad y de manera específica para evaluar las actitudes hacia la ACP entre estudiantes de Medicina.

4.1 Limitaciones

Entre las limitaciones hemos de mencionar un sesgo tras mantener los valores atípicos (“outliers”) en la variable edad (incluyendo mayores de 34 años) y en la nota de selectividad, queriendo seguir una línea ecológica en nuestros resultados.

Se trata de un estudio transversal, por tanto, no pudimos observar el progreso de las actitudes de los estudiantes a través de su paso por los diferentes cursos del Grado de Medicina.

El estudio se llevó a cabo sólo a los estudiantes de la Facultad de Medicina pública de Murcia, no pudiéndose extrapolar o generalizar los

resultados al resto de España ni al resto del mundo ya que los planes de estudios suelen variar entre las diferentes facultades de Medicina.

En el momento de realizar el estudio los estudiantes de primer curso habían estado mucho menos tiempo expuesto a la formación en comparación con los estudiantes de sexto curso. Hay un número muy diferente de estudiantes por curso académico.

Hay operaciones con grupos con n muy grande contra grupos con n muy pequeña (por ejemplo, en nacionalidad, participación en equipos de investigación...) y que el nivel de representatividad de cada individuo del grupo grande es muy inferior al nivel de representatividad de cada individuo del grupo pequeño.

Nuestro estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas entre algunas características demográficas (como la nacionalidad) de los estudiantes y las puntuaciones de la PPOS ($P > 0,05$). Esto podría atribuirse, en gran medida, al pequeño tamaño de la muestra del estudio actual y también a lo mencionado con anterioridad, respecto a comparación de n grandes respecto a n pequeñas.

Los resultados de significación que habían estado entre 0,05 e inferior a 0,1, es decir, lo que se llama tendencia a la significación. No nos permitía decir que no es significativo y tampoco nos permitía decir que sí lo era, con lo que precisa nuevos cálculos para decir si es significativo o no.

Los resultados se refieren a un número limitado de estudiantes, lo cual no puede ser generalizado a todos los alumnos.

Hablando de las regresiones, los modelos propuestos, es decir, la utilización de las variables que hemos utilizado es insuficiente para predecir las variables que queremos explicar. También algunas veces que los valores de tolerancia han sido demasiado pequeños o que la ANOVA no ha sido significativa.

El diseño del estudio autoinformado está sujeto a sobreestimación o subestimación de las actitudes percibidas.

Existen variables con valores perdidos como la nota de selectividad o la especialidad médica a elegir en un futuro, con la limitación de que no todos los alumnos de la muestra han respondido.

Se desconoce si la cultura y el idioma de nuestro país afecta a la comprensión e interpretación de las preguntas. No se realizó ninguna exploración sobre la adaptación y validación intercultural.

Otra limitación fue nuestra tasa de respuesta y el riesgo de sesgo de no respuesta, que puede proporcionar resultados diferentes a los de toda la población estudiantil objetivo. Desafortunadamente, no fue posible comparar a los respondedores con no respondedores para informar la representatividad de la muestra.

Las diferentes tasas de respuesta variables y el contenido curricular podría explicar las puntuaciones similares entre los diferentes años académicos.

A pesar de estandarizar la recopilación de la recogida de respuesta del cuestionario, hubo variaciones relacionadas respecto a la administración de la encuesta, como el tiempo de clase proporcionado, que podría haber contribuido a sesgos de no respuesta. De hecho, se observó que las tasas de respuesta en las facultades que brindaban tiempo de clase e incentivos tendían a ser más altas que las que no lo hacían (277). El grado en que estas diferencias influían en la puntuación PPOS fue desconocido.

Por último, se observó poca capacidad predictiva y explicativa de la PPOS (ya fuera porque no respondieran con honestidad, que respondieran lo políticamente correcto en lugar lo que sentían o que el propio instrumento esté desorientado en relación con las variables seleccionadas)

Además, se incorporaron nuevos ítems (aparte de los de la PPOS) a través de la transcripción de los GF que nos orientaron para ver la ACP entre los alumnos pero no se realizó ni fiabilidad ni validez ni correlación ni comparación de estos ítems, y sólo nos limitamos a plasmar sus resultados de forma descriptiva.

4.2 Conclusiones

En general, los estudiantes de medicina de Murcia tuvieron una orientación hacia la ACP. El sexo tuvo un gran impacto en las actitudes hacia la ACP entre los estudiantes, así como ocurría en otros países. En cambio, nuestra hipótesis que respalda la bibliografía de la disminución de su orientación hacia la ACP conforme los alumnos avanzaban de curso académico no fue confirmada. Incluso en el dominio cuidar se observó aumento de puntuación de la PPOS en los alumnos que cursaban años clínicos.

También llamó la atención las diferencias en el dominio cuidar respecto a la elección de la especialidad, siendo los que escogieron especialidades médicas en los que se observó más ACP. Esto fue lógicamente esperable por la importancia de la RMP en estas especialidades, no pudiéndose demostrar que los que eligieron MF y C tuvieran más ACP. Además, se observó claramente como los alumnos que se decantaban por la ACP tuvieron una motivación humanitaria como motivo para comenzar sus estudios médicos y no estuvieron influenciados familiarmente para elegir estudiar medicina.

4.3 Futuras líneas de investigación

A través de más investigaciones en el futuro, exploraremos de manera más integral la ACP de los estudiantes de medicina.

- El análisis solo incluyó comparaciones transversales que se centraron en los estudiantes de medicina en una ciudad. Sería útil que la investigación futura incorporase análisis o estudios de seguimiento sobre otros tipos de estudiantes del ámbito sanitario (por ejemplo, estudiantes de odontología).
- La investigación futura relacionada también podría incluir tamaños de muestra grandes para aumentar nuestra comprensión de este tema.
- Como propuesta de futuro, respecto a las regresiones, sería interesante realizar nuevos estudios incorporando otro tipo de variables de manera que pudiéramos aumentar el porcentaje de variabilidad explicada de las variables dependientes. Por tanto, sería necesario el estudio de la

incorporación de nuevas variables que pudieran explicar la causa de la orientación hacia la ACP.

- Según nuestra investigación, el PPOS parece ser una herramienta útil de evaluación para medir el impacto del plan de estudios en ACP entre estudiantes de medicina españoles. Los resultados con esta medida del PPOS pueden estimular aún más la evaluación de las actitudes de los estudiantes hacia la RMP en otras facultades de medicina españolas, y sería posible identificar la asociación entre ACP y el enfoque de diferentes planes de estudio.
- Es necesario enseñar las habilidades de comunicación y la provisión de atención al paciente debe ser críticamente examinado por profesores y estudiantes con el objetivo de cambiar actitudes en la RMP para ser actitudes más centradas en el paciente.
- Los planes de estudio de la facultad de medicina deben esforzarse por inculcar actitudes más centradas en el paciente entre los estudiantes de medicina preclínica, y esto también debe continuar a lo largo de las fases clínicas de educación médica. Debería incluirse una amplia variedad de intervenciones en los lugares de formación, como planes curriculares, extracurriculares e institucionales (basados en hospitales).
- Los aportes de los estudiantes de medicina son de importancia crítica y deben ser considerados seriamente durante el desarrollo del plan de estudios, ya que los estudiantes son los principales interesados y la fuerza laboral de los médicos del mañana (143).
- Las escuelas de medicina podrían considerar implementar planes de estudio que evalúen dónde se encuentra cada estudiante con respecto a su particular creencias en torno a la atención centrada en el paciente. Esto puede ser útil para desarrollar trabajos de curso y planes de estudio que puedan trabajar desde ese punto en lugar de asumir que todos los estudiantes están en el mismo punto. Evaluación tanto de las actitudes como de las habilidades hacia el enfoque en el paciente, adaptadas a las necesidades de los futuros médicos, podría informar significativamente los esfuerzos para eliminar las disparidades en la provisión de atención médica de alta calidad(126).

- Las investigaciones futuras deberían probar las intervenciones del plan de estudios que aumentan la conciencia y cambian las habilidades hacia actitudes hacia ACP, reforzar comportamientos y llenar vacíos de conocimiento, respetando las características individuales del alumno.
- El sexo tiene un impacto significativo en actitudes centradas en el paciente de los estudiantes de medicina, como se ha informado en otros países (267). La investigación de Liu et al. (267) indica que, si las escuelas de medicina quieren eliminar las diferencias entre las actitudes centradas en el paciente entre hombres y mujeres, se debe incidir en los cursos de comunicación médico-paciente en la práctica clínica. Las diferencias centradas en el paciente por sexo, categorías principales y otros factores deben incorporarse a la educación médica. Se sugirió que las escuelas de medicina chinas aprendieran del método de educación de grupos mixtos de Suecia, en el que los estudiantes varones participan activamente en escenarios de comunicación médico-paciente para que desarrollen la paciencia y se conviertan en accesibles (aunque todavía existen claras diferencias entre hombres y mujeres) (188). Más estudio y comprensión de la naturaleza y desarrollo de esta diferencia en las actitudes hacia la RMP en el sexo puede informar significativamente en los esfuerzos para eliminar disparidades por sexo en la prestación de servicios de alta calidad de atención médica (126).
- La inclusión de vínculos comunitarios en los planes de estudios médicos deben considerarse seriamente, ya que esto parece ayudar a los estudiantes a apreciar el valor de explorar las preocupaciones de los pacientes tanto en términos de mejorar la experiencia general de atención médica de los pacientes como así como promover un manejo clínico eficaz (193).

VII. CONCLUSIONES

Del capítulo 1:

1. Tras la RS realizada concluimos que entre los instrumentos validados encontrados el que mejor evalúa la orientación hacia ACP entre estudiantes de medicina ha sido la PPOS.
2. La PPOS, que engloba los dominios cuidar y compartir, ha sido ampliamente utilizada en todo el mundo, traducida a diferentes lenguas, entre ellas el castellano, y con una aceptable consistencia interna en comparación con el resto de instrumentos hallados.
3. Otros cuestionarios autocontestados validados destacados fueron el C3 instrument, también con muy buena consistencia interna, y aportando la dimensión del proceso de aprendizaje del alumno y una dimensión de comunicación y el DP Scale, validado y fiable, con la dimensión de paciente-problema y la dimensión médico-enfermedad.
4. El T-CSHCI-Provider form junto con SEPCQ mostraron alta consistencia interna, pero no aportaron nada nuevo a lo analizado con los anteriores con dimensiones poco útiles como el dominio de trabajo en equipo y colaboración, dominio de identidad profesional y dominio de preferencias interprofesionales, todas ellas con un nivel de fiabilidad aceptablemente bueno.
5. Con metodología cualitativa de reflexiones escritas y GF encontramos muchas menos herramientas y no aportaron aspectos fundamentales para medir la ACP.
6. La RS nos ha dejado claro que en las facultades de Medicina de España no existen herramientas que hayan analizado la orientación hacia la ACP entre estudiantes de Medicina, pudiendo seguir utilizando la PPOS como la mejor herramienta hasta la fecha que nos evalúe este aspecto.

Del capítulo 2:

1. A través de los grupos focales, entre los factores principales que informaron los estudiantes, pudiendo influir en su escasa orientación hacia la ACP, señalaron aspectos relacionados con el currículum médico como falta de asignaturas que enseñaran ACP y de formación en

habilidades de comunicación, así como escasas prácticas que facilitaran el desarrollo de estas habilidades.

2. En el análisis cualitativo se destacó que algunos profesores del grado carecían de formación, así como de motivación para enseñar ACP y herramientas para la comunicación médico-paciente pudiendo ser debido a la falta de capacidad del médico de delimitar lo profesional de lo personal, así como la mala gestión del sistema sanitario que repercute sobre la RMP.
3. Los entrevistados manifestaron estar más centrados en la enfermedad conforme avanzaban de curso académico señalando que las principales razones de este declive fueron las experiencias escasas en su formación médica así como sus influencias personales y/o familiares como la educación recibida o profesión de sus padres así como sus experiencias en problemas de salud propios o de familiares, lo que condicionaba la motivación de cada estudiante para profundizar en aspectos de la ACP.

Del capítulo 3:

1. Este es el primer estudio español que evalúa las actitudes hacia la ACP entre estudiantes de Medicina, tanto la evolución de su orientación según avanzaban de curso académico como la influencia de las características de la muestra sobre su inclinación hacia la ACP.
2. Ser mujer, tener pareja o estar casado y ser ateo o agnóstico fue determinante de forma significativa en cuanto tener más orientación hacia la ACP en comparación con ser hombre, estar soltero o sin pareja y creer en Dios.
3. En el dominio compartir en los menores de 22 años se observó una orientación significativa hacia la ACP. En cambio, conforme avanzaban de curso académico en el dominio cuidar tendían a tener una actitud más centrada en la persona en comparación con los que pertenecían a años preclínicos.

4. Se demostró que los que eligieron especialidad clínica en lugar de otro tipo tenían más orientación hacia la ACP. En cambio, no se observó que los que se decantaban por MF y C tuvieran más ACP.
5. La motivación humanitaria para estudiar medicina fue estadísticamente significativa en la orientación de los alumnos a practicar ACP. Por el contrario, los que no eligieron el prestigio social para ser médicos tuvieron más ACP.
6. Los estudiantes que no tuvieron padres médicos fueron influenciados positivamente para realizar ACP en el futuro.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med*. marzo de 2011;9(2):100-3.
2. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 11 de enero de 2004;2(6):576-82.
3. Wiering B, de Boer D, Delnoij D. Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: a scoping review. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2017;20(1):11-23.
4. W.D. Compton, G. Fanjiang, J.H. Grossman, P.P. Reid, Building a better delivery system, a new engineering/health care partnership, Institute of Medicine (US), National Academies Press (US), Washington (DC), 2005. En.
5. Illingworth R. What does «patient-centred» mean in relation to the consultation? *Clin Teach*. junio de 2010;7(2):116-20.
6. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract*. mayo de 1969;17(82):269-76.
7. D. Armstrong, The Doctor-Patient Relationship: 1930-80, in: P. Wright, A. Treacher (Eds.), *The Problem of Medical Knowledge*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1982, pp. 109-122. En.
8. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
9. Barr J, Ogden K, Rooney K. Committing to patient-centred medical education. *Clin Teach*. diciembre de 2014;11(7):503-6.
10. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of «patient-centeredness» in patient-physician communication research. *Soc Sci Med* 1982. noviembre de 2013;96:147-53.
11. Epstein, R. M.; Street, R. L. (2008): «Patient-Centered Care for the 21ST Century: Physicians' roles, Health Systems and Patients' preferences» en: Summer Forum «From Rhetoric to Reality: Achieving Patient-Centered Care», Philadelphia, ABIM Foundation. [Internet]. [citado 9 de julio de 2019]. Disponible en: <https://pcmh.ahrq.gov/citation/patient-centered-care-21st-century-physicians-roles-health-systems-and-patients-preferen>
12. Byrne and Long (phases of the consultation) - *General Practice Notebook* [Internet]. [citado 11 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=-979763133>
13. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of family medicine*. 3rd ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009. 460 p.

14. Tizón, J. (1988): Componente psicológicos de la práctica médica, Barcelona, Doyma. En.
15. C.o.Q.o.H.C.i.A.I.o. Medicine, Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, National Academy Press, Washington, DC, 2001. En.
16. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneve: World Health Organization; 2017.
17. Berwick D. What «Patient-Centered» Should Mean: Confessions Of An Extremist. Health Aff Proj Hope. 1 de junio de 2009;28:w555-65.
18. Duggan PS, Geller G, Cooper LA, Beach MC. The moral nature of patient-centeredness: is it «just the right thing to do»? Patient Educ Couns. agosto de 2006;62(2):271-6.
19. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. octubre de 2000;51(7):1087-110.
20. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness - A systematic review. Patient Educ Couns. julio de 2019;102(7):1228-36.
21. Genteis M, Edgman-Levitan S, Dalay J, Delbanco TL. Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care. J Healthc Qual JHQ. mayo de 2003;25(3):47.
22. Picker Institute Resources [Internet]. [citado 16 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.ipfcc.org/resources/picker-institute.html>
23. Davies PG. Patient centredness. J Epidemiol Community Health. enero de 2007;61(1):39.
24. Aragon SJ, McGuinn L, Bavin SA, Gesell SB. Does pediatric patient-centeredness affect family trust? J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. junio de 2010;32(3):23-31.
25. Audet A-M, Davis K, Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians: results from a national survey. Arch Intern Med. 10 de abril de 2006;166(7):754-9.
26. Guion WK, Mishoe S, Passmore GG, Witter P. Development of a concept map to convey understanding of patient and family-centered care. J Healthc Qual Off Publ Natl Assoc Healthc Qual. diciembre de 2010;32(6):27-32.
27. Govindarajan P, Larkin GL, Rhodes KV, Piazza G, Byczkowski TL, Edwards M, et al. Patient-centered integrated networks of emergency care: consensus-based recommendations and future research priorities. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. diciembre de 2010;17(12):1322-9.

28. Pedro J, Canavarro MC, Boivin J, Gameiro S. Positive experiences of patient-centred care are associated with intentions to comply with fertility treatment: findings from the validation of the Portuguese version of the PCQ-Infertility tool. *Hum Reprod Oxf Engl.* septiembre de 2013;28(9):2462-72.
29. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. *J R Coll Gen Pract.* mayo de 1972;22(118):297-309.
30. Rogers, A., Hassell, K., & Nicolaas, G. (1999). *Demanding patients?: analysing the use of primary care.* Milton Keynes: Open University Press. En.
31. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res.* diciembre de 2009;67(6):607-11.
32. Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract.* abril de 1979;29(201):201-5.
33. Stewart M. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* Radcliffe Publishing; 2003.
34. Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care.* marzo de 2014;28(2):134-41.
35. Armstrong D. The emancipation of biographical medicine. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol].* enero de 1979;13A(1):1-8.
36. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 18 de marzo de 1982;306(11):639-45.
37. Helman CG. Communication in primary care: the role of patient and practitioner explanatory models. *Soc Sci Med* 1982. 1985;20(9):923-31.
38. Croyle, R., & Barger, S. (1993). *Illness Cognition.* In S. Maes, H. Leventhal, & M. Johnston, *International review of health psychology.* New York: Wiley. En.
39. Balint, M. (1964). *The doctor, his patient and the illness.* London: Pitman Medical. En.
40. Smith RC, Hoppe RB. The patient's story: integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 15 de septiembre de 1991;115(6):470-7.
41. Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995a). *Patient-centred medicine: transforming the clinical method.* London: Sage. En.
42. Henbest RJ, Stewart MA. Patient-centredness in the consultation. 1: A method for measurement. *Fam Pract.* diciembre de 1989;6(4):249-53.

43. Bower P. Understanding patients: Implicit personality theory and the general practitioner. *Br J Med Psychol.* 1998;71(2):153-63.
44. Parsons, T. (1951). *The social system.* Glencoe, IL: Free press. En.
45. Friedson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge.* New York: Harper & Row. En.
46. Doyal, L. (1979). *The political economy of health.* London: Pluto Press. En.
47. Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations.* London: Tavistock. En.
48. Stimson, G., & Webb, B. (1975). *Going to see the doctor: the consultation process in general practice.* London: Routledge and Kegan Paul. En.
49. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* mayo de 1956;97(5):585-92.
50. NHS Executive (1996). *Patient partnership: building a collaborative strategy.* Leeds: NHS Executive. En.
51. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* marzo de 1989;27(3 Suppl):S110-127.
52. Byrne, P., & Long, B. (1976). *Doctors Talking to Patients.* London: HMSO. En.
53. Winefield H, Murrell T, Clifford J, Farmer E. The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychol Health.* 1 de septiembre de 1996;11(6):811-24.
54. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J, Frosch DL. Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *Ann Fam Med.* junio de 2014;12(3):270-5.
55. Dancet E a. F, D'Hooghe TM, Sermeus W, van Empel I, Strohmer H, Wyns C, et al. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. *Hum Reprod Oxf Engl.* junio de 2012;27(6):1702-11.
56. Grenness C, Hickson L, Laplante-Lévesque A, Davidson B. Patient-centred care: a review for rehabilitative audiologists. *Int J Audiol.* febrero de 2014;53 Suppl 1:S60-67.
57. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M-E. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the

- literature in family medicine. *Patient Educ Couns*. agosto de 2012;88(2):170-6.
58. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion on concepts. *Patient Educ Couns*. mayo de 2010;79(2):167-72.
 59. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev MARR*. agosto de 2013;70(4):351-79.
 60. Mead N, Bower P, Hann M. The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Soc Sci Med* 1982. julio de 2002;55(2):283-99.
 61. Hughes JC, Bamford C, May C. Types of centredness in health care: themes and concepts. *Med Health Care Philos*. diciembre de 2008;11(4):455-63.
 62. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J*. 2012;16(3):49-53.
 63. Gameiro S, Canavarro MC, Boivin J. Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Educ Couns*. diciembre de 2013;93(3):646-54.
 64. Tzelepis F, Rose SK, Sanson-Fisher RW, Clinton-McHarg T, Carey ML, Paul CL. Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care. *BMC Cancer*. 25 de enero de 2014;14:41.
 65. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess Winch Engl*. 1999;3(3):1-96.
 66. Rogers, C. (1967). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. London: Constable. En.
 67. Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. London: Guildford. En.
 68. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1982. 1990;30(3):325-39.
 69. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Satisfaction with the Outpatient Encounter. *J Gen Intern Med*. noviembre de 2004;19(11):1088-95.
 70. Lekas H-M, Siegel K, Leider J. Challenges facing providers caring for HIV/HCV-coinfected patients. *Qual Health Res*. enero de 2012;22(1):54-66.

71. Balint, E., Courtenay, M., Elder, A., Hull, S., & Julian, P. (1993). *The doctor, the patient and the group: Balint revisited*. London: Routledge. En.
72. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J Gen Intern Med*. octubre de 2005;20(10):953-7.
73. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 1982. octubre de 2005;61(7):1516-28.
74. Singer SJ, Burgers J, Friedberg M, Rosenthal MB, Leape L, Schneider E. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Med Care Res Rev MCRR*. febrero de 2011;68(1):112-27.
75. Dancet E a. F, Van Empel IWH, Rober P, Nelen WLDM, Kremer J a. M, D'Hooghe TM. Patient-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Hum Reprod Oxf Engl*. abril de 2011;26(4):827-33.
76. Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJHM. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract*. junio de 2012;29(3):264-71.
77. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. abril de 2008;6(2):116-23.
78. Hearld LR, Alexander JA. Patient-centered care and emergency department utilization: a path analysis of the mediating effects of care coordination and delays in care. *Med Care Res Rev MCRR*. octubre de 2012;69(5):560-80.
79. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. abril de 2011;9(2):155-64.
80. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Educ Couns*. enero de 2000;39(1):17-25.
81. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. septiembre de 2000;49(9):796-804.
82. 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*. 24 de febrero de 2001;322(7284):468-72.
83. Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns*. octubre de 2011;85(1):46-52.

84. 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* [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2020]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-cuestionarios-atencion-centrada-persona-atencion-S0212656719302276>
85. Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, Emmerick ICM, Chaves GC, Araújo SCF de, et al. Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. mayo de 2015 [citado 24 de noviembre de 2020];2015(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386822/>
86. Patient- and Family-Centered Care Initiatives in Acute Care Settings: A Review of the Clinical Evidence, Safety and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015 [citado 26 de noviembre de 2020]. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK350000/>
87. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *Am J Manag Care*. enero de 2011;17(1):41-8.
88. Street RL, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med*. junio de 2008;6(3):198-205.
89. Buller M, Buller D. Physician's Communication Style and Patient Satisfaction. *J Health Soc Behav*. 1 de enero de 1988;28:375-88.
90. Kiesler DJ, Auerbach SM. Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal circumplex. *Soc Sci Med* 1982. noviembre de 2003;57(9):1707-22.
91. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. octubre de 2001;45(1):23-34.
92. Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. *Arch Fam Med*. enero de 2000;9(1):57-64.
93. Hall JA. Affective and Nonverbal Aspects of the Medical Visit. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, Carroll JG, Frankel RM, editores. *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research* [Internet]. New York, NY: Springer; 1995 [citado 24 de noviembre de 2020]. p. 495-503. (Frontiers of Primary Care). Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4612-2488-4_43
94. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. marzo de 2003;18(3):170-4.
95. DiMatteo M, Hays R, Prince L. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and

- physician workload. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 1 de febrero de 1986;5:581-94.
96. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery.* 1 de julio de 2002;132(1):5-9.
97. Makoul G, Curry RH, Tang PC. The use of electronic medical records: communication patterns in outpatient encounters. *J Am Med Inform Assoc JAMIA.* diciembre de 2001;8(6):610-5.
98. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* octubre de 2002;52 Suppl:S9-12.
99. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. *J Gen Intern Med.* mayo de 2006;21(5):524-30.
100. Werner A, Holderried F, Schäffeler N, Weyrich P, Riessen R, Zipfel S, et al. Communication training for advanced medical students improves information recall of medical laypersons in simulated informed consent talks--a randomized controlled trial. *BMC Med Educ.* 1 de febrero de 2013;13:15.
101. Skye EP, Wagenschutz H, Steiger JA, Kumagai AK. Use of interactive theater and role play to develop medical students' skills in breaking bad news. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* diciembre de 2014;29(4):704-8.
102. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 14 de agosto de 2002;288(6):756-64.
103. 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.* octubre de 2013;18(4):242-8.
104. Batenburg V. Medical students' attitudes : attitude development in a medical school [info:eu-repo/semantics/doctoralthesis]. 2001.
105. Rezler AG, Ten Haken JT. Affect and research in medical education. *Med Educ.* septiembre de 1984;18(5):331-8.
106. Matthias MS, Salyers MP, Frankel RM. Re-thinking shared decision-making: Context matters. *Patient Educ Couns.* 1 de mayo de 2013;91(2):176-9.
107. Emanuel E, Emanuel L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA J Am Med Assoc.* 16 de septiembre de 1992;267:2221-6.
108. G B. Ethics and medical decision-making. *Prim Care.* 1 de diciembre de 1980;7(4):615-24.
109. Compliance, concordance, adherence - Aronson - 2007 - *British Journal of Clinical Pharmacology* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 26 de

- noviembre de 2020]. Disponible en:
<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2125.2007.02893.x>
110. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* [Internet]. 6 de noviembre de 2017 [citado 26 de noviembre de 2020];359. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j4891>
111. Supporting Shared Decision Making When Clinical Evidence Is Low - Clarence H. Braddock, 2013 [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558712460280>
112. Not All Patients Want to Participate in Decision Making - Levinson - 2005 - *Journal of General Internal Medicine - Wiley Online Library* [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x>
113. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. 2012;
114. Crawford Shearer NB. Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. *Geriatr Nurs N Y N*. 2009;30(2 Suppl):4-10.
115. Jovell A, Rubio M, Fernandez Maldonado L, Blancafort S. Nuevo Rol del paciente en el sistema sanitario. *Atencion Primaria - ATEN PRIM*. 1 de septiembre de 2006;38:234-7.
116. Casado X. la Declaración de Barcelona,2003 de las Asociaciones de Pacientes, que se resume como el Decálogo de los Pacientes. [Internet]. *DSO medicinal*. 2006 [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://deseomedicinal.blogspot.com/2006/04/la-declaracion-de-barcelona2003-de-las.html>
117. BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2002-22188 [Internet]. [citado 27 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
118. Rathert C, Williams ES, McCaughey D, Ishqaidef G. Patient perceptions of patient-centred care: empirical test of a theoretical model. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. abril de 2015;18(2):199-209.
119. Euro Health Consumer Index 2012 [Internet]. *Health Consumer Powerhouse*. [citado 31 de enero de 2021]. Disponible en: <https://old.healthpowerhouse.com/publications/euro-health-consumer-index-2012/>
120. López A. El paciente español. Del centro del sistema, al centro de la polémica. *Medical Economics*. Edición española. 12 Oct 2012. Número 177. :40.

121. Garcia-Perez S, Sanchez-Piedra CA, Sarria-Santamera A. Atención centrada en el paciente: España, todavía queda por hacer. *Aten Primaria*. 1 de junio de 2013;45(6):333-4.
122. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, González-González AI, Bermejo-Caja CJ, Ramos-García V, Koatz D, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 30 de octubre de 2020;
123. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. septiembre de 1999;29(3):347-56.
124. Manchaiah V, Gomersall PA, Tomé D, Ahmadi T, Krishna R. Audiologists' preferences for patient-centredness: a cross-sectional questionnaire study of cross-cultural differences and similarities among professionals in Portugal, India and Iran. *BMJ Open*. 14 de octubre de 2014;4(10):e005915.
125. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health*. 1 de septiembre de 2000;15(5):707-19.
126. Tsimtsiou Z, Kerasidou O, Efstathiou N, Papaharitou S, Hatzimouratidis K, Hatzichristou D. Medical students' attitudes toward patient-centred care: a longitudinal survey. *Med Educ*. 1 de febrero de 2007;41(2):146-53.
127. Hardeman RR, Burgess D, Phelan S, Yeazel M, Nelson D, van Ryn M. Medical student socio-demographic characteristics and attitudes toward patient centered care: Do race, socioeconomic status and gender matter? A report from the Medical Student CHANGES study. *Patient Educ Couns*. marzo de 2015;98(3):350-5.
128. Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach*. 1 de enero de 2007;29(6):e204-8.
129. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ*. 1 de junio de 2002;36(6):568-74.
130. Beach MC, Rosner M, Cooper LA, Duggan PS, Shatzer J. Can Patient-Centered Attitudes Reduce Racial and Ethnic Disparities in Care?: *Acad Med*. febrero de 2007;82(2):193-8.
131. Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ*. septiembre de 2004;38(9):916-8.
132. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*. septiembre de 2004;38(9):934-41.

133. Kaufman DM, Laidlaw TA, Langille D, Sargeant J, MacLeod H. Differences in medical students' attitudes and self-efficacy regarding patient-doctor communication. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* febrero de 2001;76(2):188.
134. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [actualizado marzo 2011; consultado mayo 2017]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org. En.
135. Stewart LA, Clarke M, Rovers M, Riley RD, Simmonds M, Stewart G, et al. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses of individual participant data: the PRISMA-IPD Statement. *JAMA.* 28 de abril de 2015;313(16):1657-65.
136. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Med.* 21 de julio de 2009;6(7):e1000097.
137. Batenburg V, Smal JA, Lodder A, de Melker RA. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? *Med Educ.* julio de 1999;33(7):489-92.
138. Mirsu-Paun A. Validation of a provider self-report inventory for measuring patient-centered cultural sensitivity in health care. [Internet]. [US]: ProQuest Information & Learning; 2009. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2009-99020-198&lang=es&site=ehost-live>
139. Lumma-Sellenthin A. Learning professional skills and attitudes : Medical students' attitudes towards communication skills and group learning [Doctoral thesis, comprehensive summary, info:eu-repo/semantics/doctoralThesis, text]. Linköpings universitet, Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Linköping; 2013.
140. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical Students' Attitudes toward Patient-centered Care and Standardized Patients' Perceptions of Humanism: A Link between Attitudes and Outcomes. *Acad Med.* octubre de 2001;76(Supplement):S42-4.
141. Verdonk P, Harting AJ, Lagro-Janssen TLM. Does equal education generate equal attitudes? Gender differences in medical students' attitudes toward the ideal physician. *Teach Learn Med.* 2007;19(1):9-13.
142. Hudson JN, Lethbridge A, Vella S, Caputi P. Decline in medical students' attitudes to interprofessional learning and patient-centredness. *Med Educ.* 1 de mayo de 2016;50(5):550-9.
143. Ahmad W, Krupat E, Asma Y, Fatima N-E-, Attique R, Mahmood U, et al. Attitudes of medical students in Lahore, Pakistan towards the doctor-patient relationship. *PeerJ.* 30 de junio de 2015;3:e1050.

144. Rasha A-B, Benjamin B, Saad A-S, Samuel JS. Cross-cultural comparison of the patient-centeredness of the hidden curriculum between a Saudi Arabian and 9 US medical schools. *Med Educ Online*. diciembre de 2009;14(1):4655.
145. Archer E, Bezuidenhout J, Kidd M, Van Heerden BB. Making use of an existing questionnaire to measure patient-centred attitudes in undergraduate medical students: A case study. *Afr J Health Prof Educ*. 16 de septiembre de 2014;6(2):150-.
146. Balentine CJ, Ayanbule F, Haidet P, Rogers J, Thompson B, Chang T, et al. The patient–physician relationship in surgical students. *Am J Surg*. noviembre de 2010;200(5):624-7.
147. Batenburg V. Do professional attitudes change during medical education? *Adv Health Sci Educ*. 1997;1(2):153-64.
148. Ciechanowski PS, Worley LL, Russo JE, Katon WJ. Using relationship styles based on attachment theory to improve understanding of specialty choice in medicine. *BMC Med Educ [Internet]*. diciembre de 2006 [citado 15 de febrero de 2019];6(1). Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-6-3>
149. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R, Batenburg V. Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Educ Couns*. noviembre de 2001;45(2):119-26.
150. Hall JA, Roter DL, Blanch DC, Frankel RM. Nonverbal Sensitivity in Medical Students: Implications for Clinical Interactions. *J Gen Intern Med*. noviembre de 2009;24(11):1217-22.
151. Hauer KE, Boscardin C, Gesundheit N, Nevins A, Srinivasan M, Fernandez A. Impact of student ethnicity and patient-centredness on communication skills performance: Student ethnicity, patient-centredness and communication skills. *Med Educ*. 15 de junio de 2010;44(7):653-61.
152. Haidet P, Kelly PA, Bentley S, Blatt B, Chou CL, Fortin AH, et al. Not the same everywhere: Patient-centered learning environments at nine medical schools. *J Gen Intern Med*. mayo de 2006;21(5):405-9.
153. Kiessling C, Fabry G, Rudolf Fischer M, Steiner C, Langewitz W. Deutsche Übersetzung und Konstruktvalidierung des „Patient-Provider-Orientation Scale“ (PPOS-D12). *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol*. 19 de abril de 2013;64(03/04):122-7.
154. Knapp P, Raynor DK, Thistlethwaite JE, Jones MB. A questionnaire to measure health practitioners' attitudes to partnership in medicine taking: LATCon II: Partnership in medicine taking. *Health Expect*. 18 de mayo de 2009;12(2):175-86.
155. Mirsu-Paun A, Tucker CM, Hardt NS, Mirsu-Paun A, Tucker CM, Hardt NS. Medical students' self-evaluations of their patient-centered cultural sensitivity:

- implications for cultural sensitivity/competence training. *J Natl Med Assoc.* enero de 2012;104(1-2):38-45.
156. Moore M. What do Nepalese medical students and doctors think about patient-centred communication? *Patient Educ Couns.* julio de 2009;76(1):38-43.
157. Mudiyanse R, Pallegama R, Jayalath T, Dharmaratne S, Krupat E. Translation and validation of patient-practitioner orientation scale in Sri Lanka. *Educ Health.* 2015;28(1):35.
158. Norris J, Carpenter JG, Eaton J, Guo J-W, Lassche M, Pett MA, et al. The Development and Validation of the Interprofessional Attitudes Scale: Assessing the Interprofessional Attitudes of Students in the Health Professions. *Acad Med.* octubre de 2015;90(10):1394-400.
159. Wilcox MV, Orlando MS, Rand CS, Record J, Christmas C, Ziegelstein RC, et al. Medical students' perceptions of the patient-centredness of the learning environment. *Perspect Med Educ.* febrero de 2017;6(1):44-50.
160. Yasein NA, Shakhathreh FM, Mahafza A, Badran E, Shroukh WA, Farah MS. Evaluation of the Medical Teaching Program from the Students Perspective at Faculty of Medicine: Jordan University. *Int Med J.* agosto de 2015;22(4):335-9.
161. Zachariae R, O'Connor M, Lassesen B, Olesen M, Kjær LB, Thygesen M, et al. The self-efficacy in patient-centeredness questionnaire – a new measure of medical student and physician confidence in exhibiting patient-centered behaviors. *BMC Med Educ* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 15 de febrero de 2019];15(1). Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0427-x>
162. Zaudke JK, Paolo A, Kleoppel J, Phillips C, Shrader S. The Impact of an Interprofessional Practice Experience on Readiness for Interprofessional Learning. *Fam Med.* mayo de 2016;48(5):371-6.
163. Hoffmann TC, Bennett S, Tomsett C, Del Mar C. Brief Training of Student Clinicians in Shared Decision Making: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* junio de 2014;29(6):844-9.
164. Lumma-Sellenthin A. Talking with patients and peers: medical students' difficulties with learning communication skills. *Med Teach.* junio de 2009;31(6):528-34.
165. Bosma H, Diederiks J, Scherpbier A, Van Eijk J. A gender-specific evaluation of a care-oriented curricular change in a Dutch medical school. *Med Teach.* enero de 2010;32(1):e18-23.
166. Brewer ML, Stewart-Wynne EG. An Australian hospital-based student training ward delivering safe, client-centred care while developing students' interprofessional practice capabilities. *J Interprof Care.* noviembre de 2013;27(6):482-8.

167. De Valck C, Bensing J, Bruynooghe R. Medical students' attitudes toward breaking bad news: An empirical test of the World Health Organization model. *Psychooncology*. septiembre de 2001;10(5):398-409.
168. Diederiks JPM, Bosma H, van Eijk JTM, van Santen M, Scherpbier A, van der Vleuten C. Chronic patients in undergraduate education: didactic value as perceived by students. *Med Educ*. agosto de 2006;40(8):787-91.
169. Gaufberg E, Hirsh D, Krupat E, Ogur B, Pelletier S, Reiff D, et al. Into the future: patient-centredness endures in longitudinal integrated clerkship graduates. *Med Educ*. junio de 2014;48(6):572-82.
170. Henschen BL, Bierman JA, Wayne DB, Ryan ER, Thomas JX, Curry RH, et al. Four-Year Educational and Patient Care Outcomes of a Team-Based Primary Care Longitudinal Clerkship: *Acad Med*. noviembre de 2015;90:S43-9.
171. Hirsh D, Gaufberg E, Ogur B, Cohen P, Krupat E, Cox M, et al. Educational Outcomes of the Harvard Medical School–Cambridge Integrated Clerkship: A Way Forward for Medical Education. *Acad Med*. mayo de 2012;87(5):643-50.
172. Hong BS, Kim TH, Seo JS, Kim TW, Moon SW. Comparison of Patient-centeredness Changes between Medical School Graduates and Medical Students after Psychiatric Clerkship. *Korean J Med Educ*. 30 de junio de 2009;21(2):133-42.
173. Hur Y, Cho AR, Choi CJ. Medical students' and patients' perceptions of patient-centred attitude. *Korean J Med Educ*. marzo de 2017;29(1):33-9.
174. Hur Y, Kim S, Park JH, Cho A-R, Choi CJ. Changes in medical students' patient-centeredness attitudes by implementation of clinical performance examination. *Korean J Med Educ*. 1 de junio de 2014;26(2):99-106.
175. Joekes K, Noble LM, Kubacki AM, Potts HW, Lloyd M. Does the inclusion of «professional development» teaching improve medical students' communication skills? *BMC Med Educ* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 15 de febrero de 2019];11(1). Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-11-41>
176. McNair R, Griffiths L, Reid K, Sloan H. Medical students developing confidence and patient centredness in diverse clinical settings: a longitudinal survey study. *BMC Med Educ* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 15 de febrero de 2019];16(1). Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0689-y>
177. Shankar PR, Dubey AK, Subish P, Deshpande VY. Attitudes of first-year medical students towards the doctor patient relationship. *JNMA J Nepal Med Assoc*. marzo de 2006;45(161):196-203.
178. Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D. Attitudes towards the doctor-patient relationship: A prospective study in an Asian medical school. *Med Educ*. noviembre de 2008;42(11):1092-9.

179. Bell SK, Krupat E, Fazio SB, Roberts DH, Schwartzstein RM. Longitudinal Pedagogy: A Successful Response to the Fragmentation of the Third-Year Medical Student Clerkship Experience: *Acad Med.* mayo de 2008;83(5):467-75.
180. Bombeke K, Van Roosbroeck S, De Winter B, Debaene L, Schol S, Van Hal G, et al. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Educ Couns.* septiembre de 2011;84(3):310-8.
181. Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Med Educ.* mayo de 1988;22(3):231-9.
182. Maheux B, Beaudoin C, Lebel P, Delorme P, Philibert L. Influence of premedical preparation in the humanities and social sciences on attitudes toward patient care: a study of Quebec medical students and recent graduates. *Acad Med.* octubre de 1992;67(10):S25-7.
183. Maudsley G, Williams EMI, Taylor DCM. Junior medical students' notions of a 'good doctor' and related expectations: a mixed methods study. *Med Educ.* mayo de 2007;41(5):476-86.
184. Noble LM, Kubacki A, Martin J, Lloyd M. The effect of professional skills training on patient-centredness and confidence in communicating with patients. *Med Educ.* mayo de 2007;41(5):432-40.
185. Schmitz CC, Radosevich DM, Jardine P, MacDonald CJ, Trumpower D, Archibald D. The Interprofessional Collaborative Competency Attainment Survey (ICCAS): A replication validation study. *J Interprof Care.* enero de 2017;31(1):28-34.
186. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, Hirsh D, Ogur B, Schwartzstein R. Can Changes in the Principal Clinical Year Prevent the Erosion of Students' Patient-Centered Beliefs? *Acad Med.* mayo de 2009;84(5):582-6.
187. Meirovich A, Ber R, Moore M, Rotschild A. Student-centered tutoring as a model for patient-centeredness and empathy. *Adv Med Educ Pract.* 27 de julio de 2016;7:423-8.
188. Wahlqvist M, Gunnarsson RK, Dahlgren G, Nordgren S. Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Med Teach.* 1 de enero de 2010;32(4):e191-8.
189. Bombeke K, Symons L, Debaene L, Winter BD, Schol S, Royen PV. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ.* 2010;44(7):662-73.
190. Barr J, Bull R, Rooney K. Developing a patient focussed professional identity: an exploratory investigation of medical students' encounters with

- patient partnership in learning. *Adv Health Sci Educ.* mayo de 2015;20(2):325-38.
191. Gallentine A, Salinas-Miranda AA, Bradley-Klug K, Shaffer-Hudkins E, Hinojosa S, Monroe A. Student perceptions of a patient- centered medical training curriculum. *Int J Med Educ.* 2014;5:95-102.
 192. Gillies RA, Warren PR, Messias E, Salazar WH, Wagner PJ, Huff TA. Why a medical career and what makes a good doctor? Beliefs of incoming United States medical students. *Educ Health Change Learn Pract.* diciembre de 2009;22(3):1-13.
 193. Howe A. Patient-centred medicine through student-centred teaching: a student perspective on the key impacts of community- based learning in undergraduate medical education. *Med Educ.* julio de 2001;35(7):666-72.
 194. Oswald A, Czupryn J, Wiseman J, Snell L. Patient-centred education: what do students think? *Med Educ.* febrero de 2014;48(2):170-80.
 195. Puvanendran R, Fakhrudin Vasanwala F, Kamei RK, Kheng Hock L, Lie DA. What do medical students learn when they follow patients from hospital to community? A longitudinal qualitative study. *Med Educ Online.* enero de 2012;17(1):18899.
 196. Scavenius M, Schmidt S, Klazinga N. Genesis of the professional?patient relationship in early practical experience: qualitative and quantitative study. *Med Educ.* octubre de 2006;40(10):1037-44.
 197. Shapiro J, Rakhra P, Wong A. The stories they tell: How third year medical students portray patients, family members, physicians, and themselves in difficult encounters. *Med Teach.* 2 de octubre de 2016;38(10):1033-40.
 198. Shevell AH, Thomas A, Fuks A. Teaching professionalism to first year medical students using video clips. *Med Teach.* 3 de octubre de 2015;37(10):935-42.
 199. Thistlethwaite JE, Jordan JJ. Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. *Med Educ.* septiembre de 1999;33(9):678-85.
 200. Towle A, Godolphin W. Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teach.* marzo de 2013;35(3):219-25.
 201. Batenburg V. Medical students' attitudes : attitude development in a medical school [info:eu-repo/semantics/doctoralthesis]. 2001.
 202. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(3):347-56.

203. Blanch-Hartigan D, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Gender bias in patients' perceptions of patient-centered behaviors. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2010;80(3):315-20.
204. Bombeke K, Symons L, Vermeire E, Debaene L, Schol S, De Winter B, et al. Patient-centredness from education to practice: The 'lived' impact of communication skills training. *Med Teach*. mayo de 2012;34(5):e338-48.
205. Batenburg V. [The ideal physician: medical students' image of the profession]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 10 de junio de 1995;139(23):1177-81.
206. Krupat E, Pelletier SR, Chernicky DW. The third year in the first person: Medical students report on their principal clinical year. *Acad Med*. enero de 2011;86(1):90-7.
207. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2002;48(1):51-61.
208. General Medical Council. *Tomorrow's Doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education*, London: GMC 2009;19–29. :108.
209. Aspegren K. BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*. 1999;21(6):563-70.
210. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 3 de septiembre de 2003;290(9):1157-65.
211. Smith SR, Cookson J, McKendree J, Harden RM. Patient-centred learning-back to the future. *Med Teach*. febrero de 2007;29(1):33-7.
212. Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 de febrero de 2002;20(3):765-9.
213. Fernández-Olano C, Montoya-Fernández J, Salinas-Sánchez AS. Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Med Teach*. 2008;30(3):322-4.
214. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ*. mayo de 2004;38(5):522-34.
215. Hook KM, Pfeiffer CA. Impact of a new curriculum on medical students' interpersonal and interviewing skills. *Med Educ*. febrero de 2007;41(2):154-9.
216. Hojat M. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *J Health Hum Serv Adm*. 2009;31(4):412-50.

217. Branch WT. The ethics of caring and medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* febrero de 2000;75(2):127-32.
218. Eron LD. D. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. *J Med Educ.* octubre de 1958;33(10 Part 2):25-33.
219. Diseker RA, Michielutte R. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *J Med Educ.* diciembre de 1981;56(12):1004-10.
220. Griffith CH, Wilson JF. The loss of student idealism in the 3rd-year clinical clerkships. *Eval Health Prof.* marzo de 2001;24(1):61-71.
221. Griffith CH, Wilson JF. The loss of idealism throughout internship. *Eval Health Prof.* diciembre de 2003;26(4):415-26.
222. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. *J Med Educ.* noviembre de 1974;49(11):1023-30.
223. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. *Med Educ.* enero de 1989;23(1):19-23.
224. Papadakis MA, Osborn EH, Cooke M, Healy K. A strategy for the detection and evaluation of unprofessional behavior in medical students. University of California, San Francisco School of Medicine Clinical Clerkships Operation Committee. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* septiembre de 1999;74(9):980-90.
225. Deming WE. *Out of the Crisis.* Cambridge, MA: MIT Press; 1986. En.
226. Relman AS. Education to defend professional values in the new corporate age. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* diciembre de 1998;73(12):1229-33.
227. Carey RG. Measuring health care quality. How do you know your care has improved? *Eval Health Prof.* marzo de 2000;23(1):43-57.
228. Retchin SM. Three strategies used by academic health centers to expand primary care capacity. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* enero de 2000;75(1):15-22.
229. Albanese M. The decline and fall of humanism in medical education. *Med Educ.* agosto de 2000;34(8):596-7.
230. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* abril de 1998;73(4):403-7.
231. Bisquerra R. *Metodología de la Investigación Educativa.* 2004. Madrid. En.
232. Scientific Software Development GmbH, Berlin. (2017). *Scientific Software Development's ATLAS.ti: The knowledge workbench : ATLAS.ti 8 windows-Manual.* Berlin [Germany: Scientific Software Development]. En.

233. Noble H, Mitchell G. What is grounded theory? *Evid Based Nurs.* 1 de abril de 2016;19(2):34-5.
234. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The Consultation. An Approach to Learning and Teaching.* Oxford University Press, 89 A.D.
235. Association of American Medical Colleges. *Medical School Objectives Project: Report III -Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine.* Washington DC:Association of American Medical Colleges;1999. En.
236. AAMC Liaison Committee on Medical Education *Functions And Structure of a Medical School Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D. Degree.* [consultado 11/10/2011]. Disponible en: <http://www.lcme.org/functions2008jun.pdf>. En.
237. Clèries X, Nadal J de, Branda L. Formar en comunicació a los estudiantes de medicina: A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educ Médica.* marzo de 2006;9(1):02-5.
238. Rees CE, Knight LV, Wilkinson CE. Doctors being up there and we being down here: A metaphorical analysis of talk about student/doctor-patient relationships. *Soc Sci Med.* agosto de 2007;65(4):725-37.
239. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA.* 5 de septiembre de 2007;298(9):993-1001.
240. Epstein RM. [Communication, burnout and clinical results: more questions than answers]. *Aten Primaria.* 30 de abril de 2001;27(7):511-3.
241. Griffin SJ, Kinmonth A-L, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on Health-Related Outcomes of Interventions to Alter the Interaction Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials. *Ann Fam Med.* noviembre de 2004;2(6):595-608.
242. Williams C, Cantillon P, Cochrane M. The doctor-patient relationship: from undergraduate assumptions to pre-registration reality. *Med Educ.* agosto de 2001;35(8):743-7.
243. Krupat E, Pelletier S, Alexander EK, Hirsh D, Ogur B, Schwartzstein R. Can changes in the principal clinical year prevent the erosion of students' patient-centered beliefs? *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mayo de 2009;84(5):582-6.
244. Park SE, Howell TH. Implementation of a patient-centered approach to clinical dental education: a five-year reflection. *J Dent Educ.* mayo de 2015;79(5):523-9.
245. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. *Ann Fam Med.* marzo de 2011;9(2):100-3.

246. Boulton C, Counsell SR, Leipzig RM, Berenson RA. The Urgency Of Preparing Primary Care Physicians To Care For Older People With Chronic Illnesses. *Health Aff (Millwood)*. 1 de mayo de 2010;29(5):811-8.
247. Leavitt M. Medscape's response to the Institute of Medicine Report: Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *MedGenMed Medscape Gen Med*. 5 de marzo de 2001;3(2):2.
248. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Aff (Millwood)*. 7 de enero de 2010;29(7):1310-8.
249. Berger JT. The influence of physicians' demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on physician practice: implications for education and research. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. enero de 2008;83(1):100-5.
250. Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *Am J Public Health*. octubre de 2003;93(10):1713-9.
251. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med*. 2 de diciembre de 2003;139(11):907-15.
252. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. octubre de 2001;76(10 Suppl):S42-44.
253. Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am J Public Health*. diciembre de 2004;94(12):2084-90.
254. Laveist TA, Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? *J Health Soc Behav*. septiembre de 2002;43(3):296-306.
255. Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*. diciembre de 1995;33(12):1176-87.
256. Haidet P, Kelly PA, Chou C, Communication, Curriculum, and Culture Study Group. Characterizing the patient-centeredness of hidden curricula in medical schools: development and validation of a new measure. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. enero de 2005;80(1):44-50.
257. Shankar PR, Piryani RM. Medical education and medical educators in South Asia--a set of challenges. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP*. enero de 2009;19(1):52-6.

258. Tor PC. New challenges facing the doctor-patient relationship in the next millennium. *Singapore Med J.* diciembre de 2001;42(12):572-5.
259. Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmayr BE, et al. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Educ Couns.* enero de 2000;39(1):27-36.
260. Choi CJ, Kim JM, Park YG, Choi CJ, Kim JM, Park YG. Patient-Centered Attitudes and Communication Skills in Medical Students after Clerkship. *Korean J Med Educ.* 31 de agosto de 2004;16(2):169-77.
261. Ribeiro MMF, Krupat E, Amaral CFS. Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Med Teach.* 1 de enero de 2007;29(6):e204-8.
262. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship. *J Gen Intern Med.* agosto de 2003;18(8):609-16.
263. Kim J, Lee K, Hwang W, Kang J. [How to get students actively involved in course development: an experience in developing and implementing a mentoring program for medical students]. *Korean J Med Educ.* junio de 2013;25(2):157-65.
264. Dockens AL, Bellon-Harn ML, Manchaiah V. Preferences to Patient-Centeredness in Pre-Service Speech and Hearing Sciences Students: A Cross-Sectional Study. *J Audiol Otol.* septiembre de 2016;20(2):73-9.
265. Lewis-Beck, M.S. (1980). *Applied regression. An introduction.* Sage. London. En.
266. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns.* 1 de enero de 2000;39(1):49-59.
267. Liu W, Hao Y, Zhao X, Peng T, Song W, Xue Y, et al. Gender differences on medical students' attitudes toward patient-centred care: a cross-sectional survey conducted in Heilongjiang, China. *PeerJ.* 2019;7:e7896.
268. Sandhu H, Adams A, Singleton L, Clark-Carter D, Kidd J. The impact of gender dyads on doctor-patient communication: a systematic review. *Patient Educ Couns.* septiembre de 2009;76(3):348-55.
269. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* septiembre de 1994;13(5):384-92.
270. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a

- longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ.* 25 de enero de 2018;18(1):20.
271. Hurley EA, Doumbia S, Kennedy CE, Winch PJ, Roter DL, Murray SM, et al. Patient-centred attitudes among medical students in Mali, West Africa: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 23 de enero de 2018 [citado 12 de julio de 2019];8(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5786142/>
272. Ting X, Yong B, Yin L, Mi T. Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Educ Couns.* marzo de 2016;99(3):364-9.
273. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA.* 19 de mayo de 2004;291(19):2359-66.
274. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 1982. octubre de 2005;61(7):1516-28.
275. Lim LS. Medical Paternalism Serves the Patient Best. :5.
276. Wang J, Zou R, Fu H, Qian H, Yan Y, Wang F. Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient-Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China. *BMJ Open.* 1 de septiembre de 2017;7(9):e016902.
277. Hammerich K, Stuber K, Hogg-Johnson S, Abbas A, Harris M, Lauridsen HH, et al. Assessing attitudes of patient-centred care among students in international chiropractic educational programs: a cross-sectional survey. *Chiropr Man Ther.* 12 de septiembre de 2019;27(1):46.
278. Vaglum P, Wiers-Jenssen J, Ekeberg O. Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Med Educ.* abril de 1999;33(4):236-42.
279. Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A, Willms J. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. *Med Educ.* mayo de 1998;32(3):283-8.
280. Ferreira RA, L.A P, Goulart EMA, Valadão MMA. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Médica Bras.* 1 de septiembre de 2000;46.
281. Becker HS, Geer B, Hughes EC. *Boys in white: student culture in medical school.* New Brunswick (N.J.); London: Transaction Books; 1961.
282. Fothan AM, Eshaq AM, Bakather AM. Medical Students' Perceptions of the Doctor-Patient Relationship: A Cross-Sectional Study from Saudi Arabia. *Cureus.* 1 de julio de 2019;11(7):e5053.

283. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors Related to the Choice of Family Medicine: A Reassessment and Literature Review. *J Am Board Fam Med.* 1 de noviembre de 2003;16(6):502-12.
284. Chan CMH, Ahmad W a. W. Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *Int J Clin Pract.* enero de 2012;66(1):16-20.
285. Pers M, Górski S, Stalmach-Przygoda A, Balcerzak Ł, Szopa M, Karabinowska A, et al. Clinical communication course and other factors affecting patient-centered attitudes among medical students. 2019 [citado 15 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://journals.pan.pl/dlibra/publication/128457>
286. Hauck FR, Zyzanski SJ, Alemagno SA, Medalie JH. Patient perceptions of humanism in physicians: effects on positive health behaviors. *Fam Med.* diciembre de 1990;22(6):447-52.
287. Nahvi FA. The privilege gap in medicine. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* julio de 2013;88(7):907.
288. Cooper LA, Brown C, Vu HT, Palenchar DR, Gonzales JJ, Ford DE, et al. Primary care patients' opinions regarding the importance of various aspects of care for depression. *Gen Hosp Psychiatry.* junio de 2000;22(3):163-73.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Tipos de estudios incluidos en la revisión sistemática.

Diseño	n	%	Observaciones
Validación de cuestionario	10	13%	10 estudios con metodología mixta: 2 estudios de cohortes y validación, 6 estudios descriptivos transversales y de validación y 2 longitudinales y de validación
Descriptivo transversal	28	39%	
Longitudinal	18	25%	
Cohortes	8	11%	
Casos y controles	2	3%	
Ensayo clínico	1	1%	
Revisión sistemática	0	-	
Metodología cualitativa	20	28%	14 estudios con metodología cualitativa, una tesis, 1 estudio longitudinal y cualitativo, otro de cohortes y cualitativo, 2 descriptivos transversales y cualitativos y tesis con metodología longitudinal y cualitativa
Idioma	n	%	Observaciones
Inglés	47	65%	
Holandés	7	10%	
Flamenco	5	7%	
Coreano	3	4%	
Sueco	3	4%	
Árabe	2	3%	
Alemán	1	1%	
Griego	1	1%	
Portugués	1	1%	
Danés	1	1%	
Cingalés	1	1%	

Lugar	n	%	Observaciones
EE.UU.	24	33%	
Países Bajos	7	10%	
Reino Unido	7	10%	
Australia	5	7%	
Bélgica	5	7%	
Canadá	4	6%	
Corea del Sur	3	4%	
Suecia	3	4%	
Singapur	2	3%	
Nepal	2	3%	
Jordania	1	1%	
Grecia	1	1%	
Brasil	1	1%	
Sri Lanka	1	1%	
Alemania	1	1%	
Sudáfrica	1	1%	
Israel	1	1%	
Dinamarca	1	1%	
Pakistán	1	1%	
Arabia Saudí	1	1%	
Curso	n	%	Observaciones
Todos	8	11%	- Tanto en estudios descriptivos como en metodología cualitativa
Clínicos (4 ^o -6 ^o)	26	36%	- Los de 4 ^o curso fueron los más evaluados en 22 estudios
Preclínicos (1 ^o -3 ^o)	48	67%	- Siendo los cursos de 1 ^o y 3 ^o los más evaluados (39 estudios con alumnos de 3 ^o y 29 estudios con 1 ^o curso)

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Principales características de los estudios que incluyen cuestionarios autocontestados validados.

Autor (año)	Idioma	n	Curso	Escala o cuestionario	Dominios medidos	Otras variables no incluidas en medición de ACP
Mirsu-Paum (2010)	Inglés	217	3º, 4º	T-CSHCI-Provider form: 141 ítems; CCSAQ: 19 ítems; DCE-DQ: 8 ítems;	Atención centrada en el paciente; Capacidades interpersonales; Falta de respeto y no empoderamiento; Competencia; Conocimiento cultural y sensibilidad.	
Lumma-Sellenthin (2012)	Sueco	351	1º, 3º	CSAS: 26 ítems;	Escala de actitud positiva (PAS) y escala de actitud negativa (NAS)	Tasa de respuesta, método de aprendizaje, enseñanza de las habilidades de comunicación, sexo, edad, experiencia personal en cuidado de salud, trabajo de los padres en carreras de salud.
				PPOS:18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar.	
				MAI: 20 ítems;	Conocimiento de lo cognitivo	
Krupat (1999)	Inglés	153	1º	PPOS: 20 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar.	Interés en actividad comunitaria, interés en atención primaria, temas claramente biomédicos y otros claramente psicosociales (trabajo de los pacientes y situación social). Sexo, edad
Haidet (2001)	Inglés	293	3º	PPOS:18 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar.	Sexo y mes del tercer año en el que tienen lugar las prácticas de medicina familiar. Instrument developed by Hauck et al. rating the student physician's humanism (8 ítems): el doctor parece tener especial interés, está preocupado, tengo confianza en las decisiones del médico, el médico respeta mis creencias...

Verdonk (2007)	Holandés	507	1º, 6º	IPQ: 18 ítems	Dominio cuidar y dominio curar.	Sexo, edad y año de estudio.
Hudson (2016)	Inglés	279	1º	RIPLS: 26 ítems	Trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional, labores y responsabilidades, ACP	
Hock Lee (2008)	Inglés	226	3º	PPOS: 18 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar.	Edad, sexo, seguimiento regular por un doctor del estudiante o de un familiar cercano, ingreso hospitalario, elección de especialidad
Ahmad (2015)	Inglés	1181	1º a 5º	PPOS: 18 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar	Colegio privado o público, Sexo, año académico, país nacimiento, padres médicos, lugar de residencia, estado civil, rotación clínica
Al-Bawardy (2009)	Árabe	261	6º	C3 instrument: 29 ítems;	C3: Modelo de rol, experiencias de los pacientes (pacientes como objetos, conocimiento del parentesco, malas noticias), apoyo de los estudiantes en su orientación hacia ACP	
				PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y cuidar	
Archer (2014)	Inglés	1127	1º a 6º	PPOS: 18 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar.	
Balentinnet (2010)	Inglés	236	1º, 3º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar.	Sexo, especialidad quirúrgica, encuesta completada. PRUS: Dominio estrés a la incertidumbre (tengo miedo que me responsabilicen de los límites de mi conocimiento, de realizar mala praxis cuando no sé el diagnóstico de un paciente.) y dominio reticencia a relevar la incertidumbre (lo más malo de decir a los pacientes y sus familias
				PRUS: 22 ítems;	Dominio que determina estrés hacia la incertidumbre y dominio de reticencia a relevar incertidumbre	

						es yo no lo sé, cuando los médicos no saben el diagnóstico...)
Batenburg (1997)	Holandés	476	1º,2º,4º y 6º	DP scale: 48 ítems; SC-Scale: 10 ítems;	Atención centrada en el médico-enfermedad y atención centrada en el paciente-enfermedad	Sexo, año académico. SC-Scale (estoy más interesado en aspectos somáticos que en aspectos psicosociales de la enfermedad)
Batenburg (1999)	Holandés	120	6º	DP-Scale: 48 ítems	Atención centrada en el médico-enfermedad y atención centrada en el paciente-problema	
Beach (2007)	Inglés	177	6º	Cuestionario autocontestado de la Universidad de John Hopkins: 9 ítems	Dominio biopsicosocial, paciente como persona, compartir poder y responsabilidad, alianza terapéutica y el médico como persona.	Edad, sexo, etnia y especialidad futura
Bell (2008)	Inglés	18	3º	PPOS: 18 ítems	Dominio compartir y dominio cuidar	
Bombeke (2011)	Flamenco	85	1º a 6º	DP-Scale: 48 ítems;	Centradas en el médico/orientadas en la enfermedad)	Edad, sexo, año académico, especialidad elegida, padres médicos y motivación por estudiar medicina. Social Context Scale: (estoy más interesado en aspectos somáticos que en aspectos psicosociales de la enfermedad) Género, año académico. (Batenburg et al., 1997) JSPE (el entendimiento de los médicos de los sentimientos de los pacientes y de las familias de sus pacientes no influencia el tratamiento médico o quirúrgico)
				SC-Scale: 10 ítems;	Orientación biomédica vs orientación actitud psicosocial)	
				LATCon: 12 ítems;	Concordancia	
				JSPE: 20 ítems;	Empatía	
				CSAS: 26 ítems;	Actitudes positivas a herramientas de comunicación (PAS) y negativas a herramientas de comunicación (NAS)	

Bosma (2010)	Holandés	112 238 149	3º (tres años)	IPQ: 18 ítems;	Psicosocial versus biomédico	
Brewer (2013)	Inglés	31	Todos los cursos	CIPAT;	Comunicación, profesionalismo, colaboración y ACP	
				ISVS: 24 ítems;	Capacidad de autopercepción para trabajar con otros, valor en el trabajo con otros, y comodidad en el trabajo con otros.	
Ciechanowski (2006)	Inglés	106	4º	RQ: 8 ítems;	Cuatro tipos de relación con el paciente: seguro, autosuficiente, cauteloso y búsqueda de apoyo	Edad, sexo, estado conyugal, situación de la vida y etnia.
				FISC: 16 ítems;	ACP, recompensas de la carrera, factores intelectuales.	
Monchy (1988)	Inglés	214	2º, 6º	DP scale: 48 ítems	Atención centrada en el médico-enfermedad y atención centrada en el paciente-problema	
Valck (2001)	Inglés	88	1º, 2º, 3º	Attitudes towards bad news Questionnaire: 6 ítems;	Modelo de divulgación, modelo de no divulgación y modelo de individualización de la divulgación.	
Valck (2001)	inglés	88	3º	IPQ: 18 ítems;	Dimensión orientación cura versus cuidado, dimensión instrumental (biomédico versus biopsicosocial) y dimensión afectiva (cuidado)	
Diederiks (2006)	Holandés	89	3º	IPQ: 18 ítems	Dimensión orientación cura versus cuidado, dimensión instrumental (biomédico versus biopsicosocial) y dimensión afectiva (cuidado)	

				IPP versus APQ 10 ítems	Dimensión el paciente bien adaptado versus paciente no adaptado y dimensión el paciente con antecedentes versus paciente sin antecedentes	
Gaufberg (2014)	Inglés	27	3º	CIC Survey: 18 ítems;	Lo que perciben los estudiantes de la preparación de su práctica (preparación para la práctica, conciencia de sí mismo y práctica reflexiva, habilidades relacionales y contexto y defensa) y descripciones de las prácticas	<p>CIC survey: preparación para la práctica (¿hace prácticas en el entorno hospitalario o ambulatorio?, tiene conocimiento para ser un competente facultativo, integra ciencia básica y ciencia clínica práctica, practica medicina basada en la evidencia, conciencia de sí mismo y práctica reflexiva (médico autorreflexivo, aborda dilemas éticos) ,habilidades relacionales (ser realmente cuidadoso al tratar con pacientes, involucrar a los pacientes en la toma de decisiones, relacionarse bien con pacientes de diversas poblaciones, comprender el papel de familia en el paciente a su cuidado) y contexto y defensa (ser el defensor del paciente, entender como funciona el cuidado de la salud, ver como el contexto social afecta al paciente y a sus problemas)y descripciones de las prácticas (fomento de la confianza, humanismo, satisfacción, buena preparación...)</p>
				PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar	

Haidet (2002)	Inglés	510	1º, 2º, 3º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar	Sexo, etnia, especialidad elegida: atención primaria o no, colegio mayor: científico o no, actividades extracurriculares, grado del colegio, familia en la profesión médica
Haidet (2002)	Inglés	823	3º, 4º	C ₃ instrument: 29 ítems;	Modelo del rol, experiencias de los estudiantes (pacientes como objetos, aprendizaje de las relaciones...) y apoyo al comportamiento de los estudiantes hacia ACP	Edad, sexo, etnia, educación de los padres, actividad extracurricular y especialidad médica de interés.
Hall (2009)	Inglés	275	3º	DANVA: 24 diapositivas; PONS: 20 escenarios afectivos; PPOS: 18 ítems; Clarity Scale: 11 ítems; OSCE; Four habits coding scheme: 23 ítems; RIAS; Analogue patient ratings;	Four habits coding scheme: invertir en el principio de la visita con comportamientos que muestran interés y se enfocan en las preocupaciones del paciente, obtención de la perspectiva del paciente, demostración de empatía e invertir en el final de la visita con comportamientos que envuelven al paciente en las decisiones	RIAS: preguntas abiertas y cerradas psicosociales y de estilos de vida, asesoramiento psicosocial y de estilos de vida, preguntar, permitir, reasegurar y entender la opinión del paciente, animar a decir de las cosas de otra manera, empatía, legitimación, preocupación, reafirmar, optimismo, relación y autorrevelación.
Hardeman (2015)	Inglés	3191	1º	HBAS: 15 ítems;	Importancia de evaluar las perspectivas y opiniones de los pacientes (opinión), importancia de determinar las creencias de los pacientes para la toma de historia y el tratamiento (creencia), importancia de evaluar los contextos psicosociales y culturales de los pacientes (contexto),	Sexo, etnia, estatus socioeconómico (ingresos de la familia), edad

					importancia de conocer la perspectiva del paciente para una buena atención (calidad)	
Hauer (2010)	Inglés	329	4º	SPES:12 ítems;	Demográficas y atención centrada en la persona (perspectiva del paciente y actitud impersonal)	Sexo, etnia, lenguaje primero de la infancia, colegio, puntuación de la prueba de admisión en el colegio
Henschen (2015)	Inglés	137	1º a 6º	ECMH;	Percepción de la experiencia de la atención primaria, clasificación de la calidad y seguridad de la cultura del paciente, satisfacción del estudiante con experiencia de la atención primaria, recomendación de los primeros estudiantes)	Sexo, calificaciones de pregrado, puntaje en la prueba de admisión a la universidad médica y rendimiento académico de la facultad de medicina
				PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y cuidar.	
				C ₃ instrument: 29 ítems;	Modelo del rol, experiencias de los estudiantes (pacientes como objetos, aprendizaje de las relaciones...) y apoyo al comportamiento de los estudiantes hacia ACP	
Hirsh (2012)	Inglés	27	1º, 2º, 3º	CIC; PPOS: 18 ítems; C ₃ instrument: 29 ítems;	Lo que perciben los estudiantes de la preparación de su práctica (preparación para la práctica, conciencia de sí mismo y práctica reflexiva, habilidades relacionales y contexto y defensa) y descripciones de las prácticas	

Hoffmann (2013)	Inglés	107	3º	OPTION scale: 12 ítems; ACEPP tool: 5 ítems de comunicación; PPOS: 18 ítems;	OPTION scale (el comportamiento no fue observado, un mínimo intenta exhibir el comportamiento, el comportamiento es demostrado, el comportamiento se ejecuta a un alto nivel) ACEPP tool: Shepherd et al.2011. Evidencia: presentación de evidencia relacionada con las opciones Subescala IB: Evidencia: Discusión de otros aspectos de la evidencia Subescala II: Consideración de las preferencias del paciente Subescala III: Consideración de las circunstancias del paciente	OPTION scale: Elwyn et al., 2005. Al médico le llama la atención un problema identificado que requiere un proceso de toma de decisiones, el médico afirma que hay más de una forma de lidiar con el problema identificado ('equilibrio'), el clínico explica los pros y los contras de las opciones para el paciente ,el clínico explora las expectativas del paciente,el médico verifica que el paciente haya entendido la información, el clínico ofrece al paciente oportunidades explícitas para hacer preguntas durante el proceso de toma de decisiones...
Hong (2009)	Coreano	94	Todos los cursos	MMPI;	Cuatro escalas de validez: hipocondríaco, [depresión, histeria] antisocial, características masculino-femenino, paranoia, (Esquizofrenia), (psicosis)	Sexo, edad, estado civil, religión
				MBTI;	extroversión/introversión; juicio, sentido/ Intuición; razón / sentimiento; juzgar/percepción.	
				PPOS: 18 ítems;		
				AP scale: 36 ítems;		
A Howe (2001)	Inglés	43		Técnica de grupo nominal y cuestionario autocontestado validado a partir del	Cuestionario de grupo nominal: enseñanza basada en la comunidad, mi enseñanza ha sido ayudada por, mi enseñanza sería ayudado por	

				grupo nominal: 15 ítems		
Hur (2017)	Coreano	198	4º	PPOS: 18 ítems;	Dominio cuidar y compartir	
Hur (2014)	Coreano	236	4º	PPOS: 18 ítems;	Dominio cuidar y compartir	
Joekes (2011)	Inglés	82	1º y 2º	DP Scale: 17 ítems; Confidence in communicating: 4 ítems; Interview rating scale: 16 ítems;		Sexo, edad, etnia y estado de matriculación. Confidence in communicating: siento confianza en la comunicación con los pacientes, siento que sé cómo escuchar a los pacientes, siento que sé que decir a los pacientes, siento que puedo entender lo que es estar enfermo.
Kiessling (2014)	Alemán	259	1º, 2º	PPOS D12: 18 ítems;	Dominio compartir y cuidar	
Knapp (2009)	Inglés	183	3º, 4º	LATCon scale: 20 ítems	Dominio concordancia	
Krupat (2009)	Inglés	32	3º	PPOS; C3 instrument;		
Maheux (1992)	Inglés	1387	1º, 3º	Quebec survey	Enfoque hacia la atención centrada en la persona, aspectos psicosociales en el cuidado del paciente, educación del paciente, consejo en la salud del paciente, naturaleza multidisciplinar del cuidado del paciente.	Niveles de preparación premédica en los social y el comportamiento hacia la ciencia y su nivel de formación médica.
Maudsley (2007)	Inglés	1999	3º, 5º	Pequeños cuestionarios que exploran nociones de ser un buen médico, sus nociones de su éxito del primer año y	Cuestionario que responde pregunta que es para ti ser un buen médico (compasión, atención centrada en el paciente; ejemplar, responsable, profesional; experimentado, conocimiento experto; amigable,	

				cuestionario que explora motivación para elegir medicina.	incluido en un equipo; que piensa, principiante flexible; decisivo, competente en el diagnóstico; bien balanceado; eficiente, organizado)	
McNair (2016)	Inglés	275	2º, 3º	Communication-based Medical Education Questionnaire: 31 ítems; HMS-CIC; C3;	ACP, Confianza, Modelo de Rol y experiencia en el aprendizaje clínico	
Meirovich (2016)	Inglés	55	1º, 2º, 3º	JSPE-S: 18 ítems;		Preguntas abiertas, preguntas cerradas, construyendo una relación, puntuación de la conversación positiva, puntuación de la conversación negativa, conversación psicosocial, comunicación centrada en el paciente y comunicación centrada en el médico)
				PPOS: 18 ítems;		
				RIAS;		
Mirsu-Paun (2012)	Inglés	217	3º, 4º	T-CSHCI-Provider form: 141 ítems;	En T-CSHCI: Atención centrada en el paciente; capacidades interpersonales; falta de respeto y no empoderamiento; competencia;	
				DCE-DQ; 8 ítems;	Conocimiento y sensibilidad cultural	
Moore (2009)	Inglés	63	4º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar	
Mudiyanse (2017)	Cingalés	543	1º, 3º, 5º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar)	
Noble (2007)	Inglés	255	1º, 2º	DP scale: 48 ítems;	Atención centrada en el médico-enfermedad y atención centrada en el paciente-problema.	Confianza en la comunicación: Percepciones de los estudiantes de su habilidad (siento que sé como

				Cuestionario de la confianza en la comunicación con pacientes: 11 ítems	Percepciones de los estudiantes de su habilidad, nerviosismo de los estudiantes.	escuchar a los pacientes, siento que sé que decir a los pacientes, siento que puedo entender lo que es estar enfermo) nerviosismo de los estudiantes (me siento bastante nervioso con un niño, un paciente terminal, un paciente del sexo contrario, un paciente con enfermedad estigmatizante, un paciente que es un médico...)
Norris (2015)	Inglés	701	Todos los cursos	IPAS: 27 ítems	Trabajo en equipo, roles y responsabilidades, ACP, inclinaciones interprofesionales, diversidad y ética y atención centrada en la comunidad.	Sexo, etnia, edad, tipo de escuela de salud, ¿cuánto de a menudo interactúas con los pacientes en tus actividades clínicas?
Freitas Ribero (2016)	Portugués	800	1º, 3º, 5º, 6º	PPOS: 18 ítems; Cuestionario socio-demográfico.	Dominio cuidar y compartir	Edad, sexo, año académico, ingresos familiares, especialidad médica de interés, educación de los padres, antecedentes médicos de los padres y participación actividades investigación y extracurriculares
Schmitz (2016)	Inglés	189	6º	ICCAS: 20 ítems;	Comunicación, colaboración, roles y responsabilidades, atención centrada en el paciente/familia, manejo del conflicto/resolución y funcionamiento del equipo.	
Shankar (2006)	Inglés	165	1º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar	
Tsimitsiou (2007)	Griego	483	4º, 6º	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar.	Sexo, origen, estatus socioeconómico de la familia, estatus del estudiante, relación con la religión

Wahlqvist (2010)	Sueco	600	Todos los cursos	PPOS: 18 ítems;	Dominio compartir y dominio cuidar.	Sexo, edad, período actual de la carrera y experiencia de trabajo del estudiante.
Wilcox (2017)	Inglés	156	1º,2º,3º, 4º	C3 Instrument: 24 ítems	Modelo de rol (curso de la facultad, tutores clínicos) experiencias de los estudiantes (pacientes como objetos, relaciones de aprendizaje, malas noticias) apoyo	
Yasein (2015)	Árabe	424	4º,5º, 6º	Cuestionario que evalúa su formación médica: 43 ítems	Evaluación del programa educativo, de los métodos de enseñanza, evaluación de las herramientas de enseñanza, evaluación de las actitudes de enseñanza, evaluación de los métodos de evaluación del estudiante.	
Zachariae (2015)	Inglés	291	4º, 5º	SEPCQ: 27 ítems de 5 puntos	Explorando la perspectiva del paciente, compartiendo información y poder y tratando con desafíos comunicativos.	Edad, sexo, curso y años de experiencia
Zaudke (2016)	Inglés	252	3º	RIPLS: 26 ítems	Trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional, labores y responsabilidades, ACP	

Abreviaturas: T-CSHCI-Provider form: Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory; CCSAQ: Cultural Competence Self-Assessment Questionnaire; DCE-DQ: Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire; CSAS: Communication Skills Attitude Scale; PPOS: Patient-Practitioner Orientation Scale; MAI: Metacognitive Awareness Inventory; RIPLS: Readiness for Interprofessional Learning Scale; C3 instrument: Communication, curriculum and Culture Survey; PRUS: Physician Reaction to Uncertainty Scale; DP-scale: Doctor-Patient Scale; SC-scale: Social Context Scale; LATCon: Leeds Attitude Concordance Scale; JSPE: Jefferson Scale of Physician Empathy; IPQ: Ideal Physician Questionnaire; SEPCQ: Self-efficacy in patient-centeredness; ICCAS: Interprofessional Collaboration Competency Attainment Survey; IPAS: Interprofessional Attitudes Scale; RIAS: Roter Interaction analysis system; HMS-CIC: Harvard Medical School-Cambridge Integrated Clerkship; CIC: Cambridge Integrated Clerkship Survey; CIPAT: Curtin's Interprofessional Capability Assessment Tool; ISVS: The Interprofessional Socialization and Valuing Scale; RQ: Relationship Questionnaire; FISC: Questionnaire assessing factors Influencing Specialty Choice; IPP versus APQ: Ideal Patient Programme versus the actual patient questionnaire; HBAS: Health Beliefs attitudes survey; SPES: Standardized patient examination survey; ECMH: Education-Centered Medical Home survey; OPTION: Observing Patient Involvement scale; ACEPP: Assessing Communication about evidence and Patient Preferences tool; MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MBTI: Meyers-Briggs type indicator; AP: Authoritarian Personality scale; ACP: Atención centrada en la persona; OSCE: objective structured clinical examination; DANVA: Prueba de expresiones faciales del análisis de diagnóstico de Precisión No Real; PONS: Cara y forma corporal del Perfil de Sensibilidad no verbal;

Anexo 3. Características de los cuestionarios autocontestados validados

Cuestionario	Nº ítems	Idioma	Dominios medidos	Ítems del instrumento
<p>Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)</p>	<p>18 ítems. Escala de Likert (1: centrada en el médico 6: centrada en el paciente)</p>	<p>Inglés</p>	<p>Dominio compartir y dominio cuidar.</p>	<p>Dominio compartir: El médico es quién debería decidir qué se habla durante la consulta; aunque hoy en día la atención sanitaria es menos personal, es un pequeño precio que hay que pagar por todos los avances médicos; la parte más importante de una consulta médica estándar es el examen médico; es mejor que los pacientes no reciban una explicación completa de su estado de salud; los pacientes deberían confiar en la profesionalidad de sus médicos y no intentar averiguar sobre sus enfermedades por ellos mismos; cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre las antecedentes de su paciente entran demasiado en asuntos personales, invadiendo la intimidad del paciente; no es tan importante cómo se relacione el médico con el paciente, siempre y cuando éste sea buen profesional y acierte en el diagnóstico y tratamiento; muchos pacientes continúan haciendo preguntas aún cuando no están aprendiendo nada nuevo y los pacientes deberían ser tratados en igual poder y posición que el médico.</p> <p>Dominio cuidar: Los pacientes generalmente quieren consuelo más que información sobre su salud; el médico no tendrá mucho éxito si su herramienta fundamental es comportarse de forma abierta y cálida; los pacientes no demuestran respeto ni confianza en su médico cuando no están de acuerdo con él; un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto y es contradictorio al estilo de vida o a los valores del paciente; la mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta del médico lo más rápido posible; el paciente debe ser siempre consciente de que el médico es el que está al mando de todo; para tratar la enfermedad de la persona no es tan importante conocer la cultura ni los antecedentes del paciente; el médico utiliza el humor como un ingrediente importante para el tratamiento del paciente y normalmente confunde más que ayuda cuando los pacientes buscan información por su cuenta.</p>

<p>Doctor-Patient Scale (DP Scale)</p>	<p>48 ítems (Escala de Likert, 1 actitud centrada en médico y enfermedad y 5 actitud centrada en el paciente)</p>	<p>Inglés y holandés</p>	<p>Atención centrada en el médico-enfermedad y atención centrada en el paciente-enfermedad)</p>	<p>Dominio atención centrada en el médico: considera la tarea de médico en términos médicos, necesidad de un diagnóstico de enfermedad física, gran dependencia de los protocolos y procedimientos de rutina, interés científico dirigido a investigación biológica, la opinión del doctor es decisiva en materia del manejo médico, considera que el paciente no es igual al médico salvo excepciones, tiene habitualmente un enfoque un enfoque activo y de hablar al paciente, es reacio a dar información al paciente, no le será fácil permitir al paciente decidir, tiene o ve pocas posibilidades para colaborar con el paciente, ve la ideal atención sanitaria como con más alto nivel tecnológico, más eficiente y mejores estadísticas de curación, la competencia clínica es basada en conocimiento y herramientas, muy poco en actitud, en la decisión del manejo dada al doctor debería tener la última palabra, las profesiones paramédicas y de apoyo sólo pueden tener una influencia limitada en el manejo, sólo una minoría de pacientes es capaz de entender problemas de salud complejos, las emociones del médico nunca deberían desempeñar un papel en el trato con el paciente, la información de la salud en los medios de comunicación a veces causa más alarma y debería ser restringida.</p> <p>Dominio atención centrada en el paciente: escuchar al paciente es más eficiente que hablarle, la enfermedad no clasificable es un importante dominio para cada médico, el paciente tendrá la última palabra en el tratamiento que se elegirá, al paciente se le debe permitir el acceso por teléfono al médico en todo momento, el médico no podrá cumplir con las responsabilidades del cuidado al paciente si el paciente no coopera, considera su tarea como médico en términos humanos, busca el problema del paciente, prefiere enfoque individualmente, interés científico dirigido a experimentos, aspectos conductuales de la medicina y pensamiento especulativo, considera la opinión del médico como parte de un equipo (paciente, familia, otros profesionales), considera al paciente básicamente igual, salvo excepciones, tiene habitualmente un enfoque de escucha para el</p>
---	---	--------------------------	---	--

				paciente, quiere que el paciente esté completamente informado, dejará que el paciente decida después de haber estado completamente informado, considera la colaboración con científicos del comportamiento y los trabajadores sociales importante, ve la atención médica ideal como más personalizado, más cuidado y menos amenazante para el paciente.
Communication, Curriculum and Culture Survey (C3 instrument)	29 ítems (en role modelling de 1 a 7 1: nunca 7: siempre, y en resto de dominos de 1-5 1: muy a menudo 5: nunca, altos números indican más ACP)	Árabe	Rol modeling, experiencias de los pacientes (pacientes como objetos, conocimiento del parentesco, malas noticias para pacientes y estudiantes), soporte/apoyo para el comportamiento de los pacientes hacia ACP	<p>DIMENSION ROL MODELLING: 1-3. Indique con qué frecuencia observó que comunican su preocupación e interés por los pacientes como personas únicas</p> <p>4-6. Indique con qué frecuencia observó que animan la participación de los pacientes en su propio cuidado.</p> <p>7-9. Indique la frecuencia con que observó tomar en serio las preocupaciones de los pacientes sobre sus estados o cuidado</p> <p>10-12. Indique con qué frecuencia observó desarrollar una buena relación con los pacientes.</p> <p>13-15. Indique con qué frecuencia observó explorar los aspectos emocionales de las enfermedades de los pacientes.</p> <p>DIMENSIÓN "PACIENTES COMO OBJETOS":</p> <ol style="list-style-type: none"> Oye por casualidad que un médico habla sobre el historial de un paciente con otro. Durante el transcurso de la conversación, el paciente se le llama como un diagnóstico (por ejemplo, "Tuve una gran pancreatitis en mi cupo el otro día"). Cuando describe la información del historial social sobre un paciente (por ejemplo, una profesión, pasatiempos) durante la rotación en planta, observa que el resto del equipo no presta atención. Durante las rotaciones, el médico es llamado a su despacho y le dice la secretaria que tiene un regalo de un paciente, quiere saber cuándo volverá el médico. Le contesta que: , "Dígale al paciente que espere. Llegaré allí cuando llegue " .

				<p>4. Escucha a los alumnos contar historias sobre pacientes. Estas historias tienden a retratar a los pacientes como diagnósticos más que como seres humanos.</p> <p>5. El equipo está en planta viendo un paciente en su habitación cuando llega uno de los médicos para este paciente. Procedemos a hablar sobre el caso del paciente como si el paciente no estuviera allí.</p> <p>DIMENSIÓN DE "RELACIONES DE APRENDIZAJE" (todos estos elementos tienen puntuación inversa):</p> <p>1. Los estudiantes contar historias sobre pacientes. Estas historias tienden a retratar cómo la relación con el paciente afectó al estudiante (s) personalmente.</p> <p>2. Durante su tercer o cuarto año de escuela de medicina, un médico o residente lo observa mientras entrevista a un paciente y le dice comentarios sobre su manera de estar al lado de la cama.</p> <p>3. Durante su tercer o cuarto año de escuela de medicina, se le pide que entreviste a un paciente (ya sea "real" o "imaginario") y se le dan comentarios sobre cómo has escuchado al paciente (ya sea del paciente o un observador).</p> <p>4. Recibes consejos de los estudiantes en las clases que tienes por delante sobre lo que necesitas hacer para tener éxito. Este consejo enfatiza la importancia de las buenas habilidades de comunicación con los pacientes.</p> <p>DIMENSIÓN "MALAS NOTICIAS PARA PACIENTES Y ESTUDIANTES": (1: muy animado, 5: desanimado)</p> <p>1. Durante una rotación en el ambulatorio, debe transmitir malas noticias a un paciente sin ninguna enseñanza o exposición sobre cómo dar las malas noticias de una manera atenta.</p> <p>2. Usted y su equipo de deben comunicar malas noticias a un paciente. En algún momento después de que se transmiten las malas noticias, te encuentras teniendo que responder</p>
--	--	--	--	---

				<p>muchas de las preguntas del paciente sin ninguna enseñanza sobre cómo hablar con los pacientes después de que se les hayan dado malas noticias.</p> <p>DIMENSION SOPORTE/APOYO PARA EL COMPORTAMIENTO DE LOS PACIENTES HACIA ACP (1: desanimar 5: animar)</p> <p>1 En general, cuando hice un esfuerzo para desarrollar una relación con los pacientes, mis instructores me.....</p> <p>2. En general, cuando hice un esfuerzo para conocer a los pacientes como personas únicas, mis instructores me.....</p> <p>3. En general, cuando hice un esfuerzo para validar las preocupaciones de los pacientes sobre su estado o cuidado, mis instructores me....</p>
Ideal Physician Questionnaire	18 ítems, escala de Likert (7 orientada al cuidado y 1 orientada al tratamiento)	Holandés	Dominios cuidar y curar.	<p>Jerárquico (democrático), Distante (comprometido) , Centrado en la enfermedad (centrado en la persona) , Reticente (abierto) , Solitario (miembro del equipo) , Científico (cuidador) , Formal (considerado) Objetivo (empático) , Analizando (integrando) , Especialista (médico general) , Somático (psicosocial) , Intervencionista (contemplativo) , Técnico (confesor), Sentido común (compasivo) Lógico (intuitivo), Racional (emocional), conductor (seguidor),seguro (inseguro).</p>
Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI-Provider form)	T-CSHCI-141 ítems; escala de Likert (1:total desacuerdo 4: acuerdo total)	Inglés	Atención centrada en la persona; capacidades interpersonales; falta de respeto y no empoderamiento; competencia; conocimiento y sensibilidad cultural.	<p>Atención centrada en la persona:</p> <p>Muestra entendimiento de los sentimientos del paciente, respuesta a las solicitudes del paciente, hace recomendaciones razonables que ayudan, evalúa los problemas de los pacientes tan pronto como ellos vienen, está disponible para los pacientes, informa a los pacientes, toma tiempo con los pacientes mientras los examina, está preparado para examinar rápidamente a los pacientes, prescribe tratamientos y medicinas que funcionan, hace sentir a los pacientes que sus visitas a la consulta son productivas e informativas, hace sentir a los pacientes relajados, está preocupado por la situación de los pacientes, hace que los pacientes se sientan como en casa, enseña a los pacientes</p>

				<p>familiaridad con su salud, sabe cómo hacer que los pacientes se sientan cómodos, prepara los pacientes para los siguientes casos, explica los medicamentos prescritos, remite a los pacientes después de que lo soliciten, utiliza procesos de exploración estándar, se interesa más en los pacientes que en ganar dinero, remite a los pacientes para test diagnósticos que ellos piensan que necesitan, explica todo lo que hace a los pacientes, pone nuevos guantes delante de los pacientes.</p> <p style="text-align: center;">Dominio habilidades interpersonales: El médico es amigable, educado, compasivo, agradable, complaciente, relajado...</p> <p style="text-align: center;">Dominio falta de respeto y no empoderamiento: Hablar con "aire" a los pacientes, intima a los pacientes, mira abajo en algunos pacientes, diagnosticar erróneamente los problemas de los pacientes como psicológicos, traer estudiantes de medicina en la consulta sin permiso de los pacientes, hacer que los pacientes esperen mucho, cuestionar que digan los pacientes la verdad...</p> <p>Competencia: conocer el campo de la medicina, bien educado, saber qué hacer con los pacientes, ser confiado con sus habilidades, es correcto porque los pacientes están enfermos, tienen mucha enseñanza, es consciente de los límites en enfermedades que el/ella puedan tratar, diagnostica y trata correctamente las enfermedades, es honesto y directo con los pacientes</p> <p>Conocimiento/sensibilidad cultural: es educado en el trabajo con los pacientes de diferentes culturas y estatus sociales, entiende la cultura americana africana, trabaja haciendo la clínica más integrada racialmente, es respetuoso con las creencias religiosas de los pacientes, entiende las dificultades relacionadas con las diferencias</p>
--	--	--	--	---

				económicas y culturales, entiende que la gente de diferentes culturas cree en diferentes prácticas médicas.
Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire (DCE-DQ)	8 ítems	Inglés		Sexo, etnia, ser americano o no, idiomas que habla, curso académico, clase de sensibilidad cultural, experiencia con minorías raciales, experiencia con pacientes con bajos ingresos.
Communication Skills Attitude Scale (CSAS)	26 ítems; escala de Likert (1: desacuerdo y 5: acuerdo)	Sueco	Escala de actitud positiva (PAS) y escala de actitud negativa (NAS)	CSAS: PAS (desarrollar mis habilidades de comunicación es tan importante como desarrollar mi conocimiento de la medicina, el aprendizaje de habilidades de comunicación me ha ayudado o me ayudará respecto a los pacientes) y NAS (nadie va a bajar su nivel en medicina por tener pobres herramientas de comunicación, no necesito buenas habilidades de comunicación para ser médico)
Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	26 ítems (escala de Likert, 1: total desacuerdo y 5: total Acuerdo)	Inglés	Trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional, labores y responsabilidades, atención centrada en el paciente	Aprender con otros profesionales del cuidado de la salud a convertirme en un miembro más efectivo del equipo médico, los pacientes se beneficiarían si los profesionales en salud trabajaran juntos para resolver los problemas de los pacientes, compartir el aprendizaje con otros profesionales incrementaría mi habilidad para entender los problemas clínicos, aprendizaje con profesionales de la salud antes del título mejoraría las relaciones después del título, las herramientas de comunicación deberían ser aprendidas con otros profesionales de la salud, el aprendizaje compartido me ayudaría a entender mis propias limitaciones, no quiero perder mi tiempo de aprendizaje con otros profesionales de la salud, no es necesario para los profesionales de la salud aprender juntos, las herramientas de resolución de problemas clínicos pueden sólo ser aprendidas con profesionales de mi propia disciplina, el aprendizaje compartido con otros profesionales me ayudaría a comunicar mejor con pacientes y otros profesionales de la salud, desearía tener la oportunidad de trabajar en un pequeño grupo

				<p>de proyectos con otros profesionales de la salud, el aprendizaje compartido me ayudaría a clarificar la naturaleza de los problemas de los pacientes, el aprendizaje compartido antes del título me ayudaría a convertirme en un mejor trabajador de equipo, la función de las enfermeras y los psicólogos es principalmente aportar respaldo para los médicos, no estoy seguro que papel profesional tendré, tengo que adquirir mucho más conocimiento y herramientas que otros profesionales de la salud, hay una pequeña coincidencia entre el rol del médico y de otros profesionales de la salud, estaría incómodo si otro profesional de la salud supiera más de un tema que yo, es importante entender el lado del problema del paciente, establecer confianza con los pacientes es importante para mí, es importante intentar comunicar compasión a los pacientes, pensar en el paciente como una persona es importante en conseguir el tratamiento correcto, en mi profesión se necesitan herramientas para interactuar y cooperar con los pacientes.</p>
Leeds Attitude Concordance Scale (LATCon)	31 ítems, Escala Likert	Flamenco	Concordancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prescripción debe tener en cuenta las expectativas de tratamiento de los pacientes. 2. Los médicos y los pacientes deben acordar un plan de tratamiento que tenga en cuenta ambos puntos de vista 3. Participación del paciente en el proceso de prescripción siempre conduce a mejores resultados 4.El mejor uso de los tratamientos es cuando es lo que el paciente quiere y es capaz de lograr 5. Los médicos deberían tratar de ayudar a los pacientes dando información para la en la elección en lo posible sobre beneficios y riesgos de tratamientos alternativos 6. Durante la consulta, tanto el médico como el paciente debe expresar sus puntos de vista sobre posibles tratamientos 7. Los médicos deberían darles a los pacientes la oportunidad de hablar lo que piensan sobre su enfermedad 8. Los médicos deben aclarar cuándo los beneficios de la medicina son inciertos

				<p>9. Los médicos deberían ser más sensibles a cómo los pacientes reaccionan a la información que brindan</p> <p>10. Siempre es importante que los médicos escuchen a los pacientes la comprensión personal de su condición</p> <p>11. A veces es apropiado que el médico haga decisiones de tratamiento sin la opinión de los pacientes</p> <p>12. El médico y el paciente deben encontrar un terreno común sobre cuál es el problema y acordar conjuntamente qué hacer</p> <p>13. Los médicos deberían animar a los pacientes a expresar sus preocupaciones sobre la toma de medicamentos</p> <p>14. Tener en cuenta las opiniones de los pacientes sobre los medicamentos no siempre es necesario para una prescripción adecuada</p> <p>15. El médico es el experto y el papel de los pacientes es hacer lo que dice el doctor</p> <p>16. La consulta entre el médico y el paciente debe ser visto como una negociación entre iguales</p> <p>17. Se toma una buena decisión de tratamiento cuando tanto el médico y paciente acuerdan el tratamiento</p> <p>18. Durante la consulta médico-paciente, la decisión de los pacientes es lo más importante</p> <p>19. Los pacientes deberían poder asumir tanto responsabilidad como lo desean para su propio tratamiento</p> <p>20. No siempre es necesario que los médicos tengan en cuenta las prioridades de los pacientes</p> <p>21. El médico debe asumir la mayor parte de la responsabilidad de decisiones de tratamiento en la consulta</p> <p>22. Al recetar, no siempre es necesario para el médico y paciente para encontrar un terreno común</p> <p>23. Aunque la interacción médico-paciente es bidireccional, las decisiones más importantes las toma el médico</p>
--	--	--	--	---

				<p>24. A cambio de un aumento de opinión en las consultas los pacientes deberían tener que aceptar un aumento responsabilidad por las decisiones tomadas</p> <p>25. La colaboración en la toma de medicamentos significaría que el doctor cede a las demandas de los pacientes por inapropiadas</p> <p>26. El mayor tiempo dedicado a las consultas superan cualquier beneficio logrado en la colaboración en decisiones de tratamiento</p> <p>27. Las creencias de los pacientes sobre los medicamentos a menudo son erróneas</p> <p>28. Una alta prioridad en la consulta entre el doctor y los pacientes es establecer un acuerdo sobre la necesidad de medicina</p> <p>29. Es fácil para los médicos despreciar las creencias de los pacientes cuando están equivocados desde el punto de vista médico</p> <p>30. Los pacientes deberían poder elegir si desean o no tener un medicamento prescrito</p> <p>31. Consultas que ignoran el punto de vista de los pacientes es más probable que conduzcan a que el paciente no tome la medicina</p>
Physician Reaction to Uncertainty Scale (PRUS)	24 ítems escala de likert	Inglés	Capacidad de autopercepción para trabajar con otros, Valor en el trabajo con otros, y Comodidad en el trabajo con otros	<p>Me siento cómodo al aceptar la responsabilidad que me fue delegada dentro de un equipo ,me siento capaz de actuar como un miembro totalmente colaborativo del equipo, obtuve una mejor comprensión de mi propio enfoque de la atención dentro de un equipo interprofesional, me siento cómodo al ser responsable de las responsabilidades que he asumido , Me siento cómodo participando en la toma de decisiones compartidas con clientes ,me gusta escuchar a otros miembros del equipo , Obtuve una mejor comprensión de la participación del cliente en la toma de decisiones alrededor de su cuidado, Me siento cómodo aclarando los malentendidos con otros miembros del equipo sobre el papel de alguien en mi profesión, Valoro más la comunicación abierta y sincera con los miembros del equipo , He ganado expectativas más realistas de otros profesionales en un equipo, He ganado expectativas más realistas de otros profesionales en un equipo, Obtuve una mayor conciencia de los roles de otros profesionales en un equipo , Me veo</p>

				<p>como que prefiero trabajar en un equipo interprofesional , Obtuve una apreciación de los beneficios del trabajo en equipo interprofesional ,He ganado una mayor apreciación de la importancia de un enfoque de equipo , Me siento cómodo al iniciar discusiones sobre compartir la responsabilidad del cuidado del paciente , He ganado una apreciación de la importancia de tener al cliente y a la familia como miembros de un equipo, Creo que la práctica interprofesional me dará el deseo de permanecer en mi profesión, Creo que la práctica interprofesional no es una pérdida de tiempo, me siento cómodo debatiendo problemas en un equipo ,me siento cómodo siendo el líder en una situación de equipo, Me siento seguro de asumir diferentes roles en un equipo (es decir, líder, participante), Me gusta compartir e intercambiar ideas en una discusión de equipo ,Me siento cómodo hablando en el equipo cuando otros no están manteniendo el mejor interés del cliente en mente, Creo que la práctica interprofesional es difícil de implementar</p>
<p>Curtin´s interprofessional capability assessment Tool</p>	<p>10 ítems, escala de Likert</p>	<p>Inglés</p>	<p>Comunicación, profesionalismo, colaboración y ACP</p>	<p>Dominio colaboración práctica (Constantemente establece relaciones de trabajo efectivas y colaborativas y evalúa las capacidades de colaboración con poco apoyo, demuestra una buena comprensión de los procesos del equipo trabaja activamente con los miembros del equipo y contribuye a sus conocimientos. resuelve conflictos con poco apoyo, deriva a pacientes de otras especialidades adecuadamente) dominio profesionalismo (El estudiante ahora es más proactivo en la obtención de todos los requisitos información relevante que necesita para planificar pacientes todos los días, busca a otros estudiantes para practicar el cambio / obtener los resultados de la evaluación del tratamiento, permitir la enseñanza de otros estudiantes) dominio atención centrada en la persona (capaz de inyectar un sentido de esperanza y constantemente capaz de avanzar hacia la práctica de empatía para pacientes y miembros del equipo, mejorar la independencia del paciente compartiendo 'poder' con los pacientes y para equipar</p>

				a través de la información de lo desconocido)
Cuestionario autocontestado validado en un centro de Educación Clínica de la Universidad (CEC) de John Hopkins	9 ítems, escala de Likert	Inglés	Dominio biopsicosocial, paciente como persona, dominio compartir poder y responsabilidad, alianza terapéutica, médico como persona.	Los médicos necesitan saber “de dónde vienen sus pacientes” para tratar sus problemas médicos, los antecedentes y cultura de un paciente, aunque vale la pena señalarlos, no son cuestiones críticas para explorar en el tratamiento de la enfermedad (dominio biopsicosocial ambos ítems), tengo un interés en pacientes como personas, además de su enfermedad (dominio el paciente como persona), los pacientes saben usualmente que es malo para ellos, a los pacientes se les debería dar oportunidad entre tratamientos médicos, a los pacientes se les debería dar información sobre sus condiciones médicas (compartir poder y responsabilidad), los pacientes no pueden obtener una buena atención de un médico que no los respeta en todo, una parte importante de mi papel como futuro médico es proporcionar es aceptación emocional y empatía con los pacientes (alianza terapéutica) y los médicos no deberían permitir a los pacientes que vean sus emociones (el médico como persona).
The interprofessional socialization and valuing Scale (ISVS)	24 ítems Escala de likert	Inglés	Capacidad de autopercepción para trabajar con otros, Valor en el trabajo con otros, y Comodidad en el trabajo con otros	Me siento cómodo al aceptar la responsabilidad que me fue delegada dentro de un equipo, me siento capaz de actuar como un miembro totalmente colaborativo del equipo, obtuve una mejor comprensión de mi propio enfoque de la atención dentro de un equipo interprofesional, me siento cómodo al ser responsable de las responsabilidades que he asumido, Me siento cómodo participando en la toma de decisiones compartidas con los pacientes, me gusta escuchar a otros miembros del equipo Obtuve una mejor comprensión de la participación del cliente en la toma de decisiones alrededor de su cuidado, Me siento cómodo aclarando los malentendidos con otros miembros del equipo sobre el papel de alguien en mi profesión, Valoro más la comunicación abierta y sincera con los miembros del equipo, He ganado expectativas más

				<p>realistas de otros profesionales en un equipo, He ganado expectativas más realistas de otros profesionales en un equipo, Obtuve una mayor conciencia de los roles de otros profesionales en un equipo, Me veo como que prefiero trabajar en un equipo interprofesional , Obtuve una apreciación de los beneficios del trabajo en equipo interprofesional ,He ganado una mayor apreciación de la importancia de un enfoque de equipo , Me siento cómodo al iniciar discusiones sobre compartir la responsabilidad del cuidado del paciente , He ganado una apreciación de la importancia de tener al cliente y a la familia como miembros de un equipo, Creo que la práctica interprofesional me dará el deseo de permanecer en mi profesión, Creo que la práctica interprofesional no es una pérdida de tiempo, me siento cómodo debatiendo problemas en un equipo ,me siento cómodo siendo el líder en una situación de equipo, Me siento seguro de asumir diferentes roles en un equipo (es decir, líder, participante), Me gusta compartir e intercambiar ideas en una discusión de equipo ,Me siento cómodo hablando en el equipo cuando otros no están manteniendo el mejor interés del cliente en mente, Creo que la práctica interprofesional es difícil de implementar</p>
Relationship questionnaire (RQ)	8 ítems	Inglés	Cuatro tipos de relación con el paciente: seguro, autosuficiente, cauteloso y búsqueda de apoyo	<p>Seguro - "Es fácil para mí acercarme emocionalmente a los demás", "Me siento cómodo dependiendo de otras personas"; Autosuficiente "Es muy importante para mí sentirme autosuficiente", " Prefiero que otras personas no dependan de mí"; Cauteloso - "Me siento un poco incómodo de estar cerca de los demás", "Me preocupa que me lastime si me permito ser demasiado cerca de los demás ", y la búsqueda de apoyo -" Quiero ser completamente emocionalmente íntimo con los demás ", " encuentro que otros son reacios a acercarse tanto como me gustaría "</p>
Questionnaire assessing factors influencing	16 ítems	Inglés	Atención centrada en el paciente, recompensas de la	<p>Centrado en el paciente (interacción con los pacientes, trabajar con pacientes, cuidado de pacientes, establecer relación a largo plazo, profundidad en relaciones con los pacientes, holismo , continuidad y prevención, diversidad de la población del paciente) recompensas de</p>

specialty choice (FISC)			carrera, factores intelectuales.	la carrera (recompensas financieras, oportunidades de trabajo, estilo de vida cómodo, independencia, prestigio), aspectos intelectuales (variedad especializada, contenido intelectual o desafío, mantenimiento de opciones abiertas)
Attitudes towards bad news questionnaire	6 ítems Escala de Likert.	Inglés	El primer factor refleja la divulgación completa modelo, el segundo factor refleja la no divulgación modelo, y el tercer factor refleja la individualización modelo de divulgación	Divulgación completa (los pacientes tienen derecho a tener toda su información y el médico tiene la obligación de dársela, todos los pacientes quieren saber sus malas noticias sobre ellos), no divulgación (los pacientes no quieren escuchar malas noticias sobre ellos, los pacientes necesitan estar protegidos de las malas noticias) y modelo de divulgación individual (los pacientes son diferentes en su preferencia de información y hay que tener tiempo para asimilar las malas noticias).
Health beliefs attitudes survey (HBAS)	15 ítems (escala de likert de 6 puntos)	Inglés	Importancia de evaluar las perspectivas y opiniones de los pacientes (opinión), importancia de determinar las creencias de los pacientes para la toma de historia y el tratamiento (creencia), importancia de evaluar los contextos psicosociales y culturales de los	Opinión: los médicos deben preguntar a los pacientes sus opiniones sobre sus enfermedades, los pacientes pueden perder la confianza en el médico si el médico les pregunta su opinión enfermedad o problema, comprender las opiniones de los pacientes sobre sus enfermedades ayuda a los médicos a proporcionar una mejor atención, los médicos pueden aprender de las perspectivas de sus pacientes sobre sus enfermedades, los médicos deben hacer declaraciones empáticas sobre las enfermedades de sus pacientes. Creencia: Es importante conocer los puntos de vista de los pacientes con fines de diagnóstico, comprender las opiniones de los pacientes sobre sus enfermedades ayuda a los médicos a alcanzar un diagnóstico correcto, los médicos deben consultar con los pacientes lo que creen que es la causa de su enfermedad, los médicos deben preguntar a sus pacientes por qué creen que ha ocurrido su enfermedad. Contexto: Los médicos deben aprender sobre la perspectiva cultural de sus pacientes, los médicos deben preguntar sobre cómo una

			pacientes (contexto), importancia de conocer la perspectiva del paciente para brindar una buena atención médica (Calidad)	<p>enfermedad está afectando la vida de un paciente, los médicos deben preguntar a los pacientes sus sentimientos acerca de sus enfermedades.</p> <p>Calidad: Los médicos pueden brindar una excelente atención sin conocer las opiniones de los pacientes sobre sus enfermedades o problemas, los médicos pueden brindar una excelente atención médica sin conocer la comprensión de los pacientes de su enfermedad, los médicos no necesitan preguntar sobre la vida personal o las relaciones de los pacientes para proporcionar un buen cuidado de su salud</p>
Standardize patient examination survey	12 ítems Escala de Likert	Inglés	Demográficas y atención centrada en la persona (perspectiva biopsicosocial, paciente como persona, doctor como persona, compartir poder y responsabilidad y alianza terapéutica, perspective del paciente y actitud impersonal)	<p>Perspectiva biopsicosocial, paciente como persona, doctor como persona, compartir poder y responsabilidad y alianza terapéutica: Los médicos necesitan "saber de dónde vienen sus pacientes" en para tratar sus problemas médicos (Perspectiva biopsicosocial); Los antecedentes y la cultura de un paciente, aunque vale la pena señalar, no son problemas críticos para explorar en el tratamiento de enfermedades (Perspectiva biopsicosocial); Tengo un interés genuino en los pacientes como personas, aparte de su enfermedad. (El paciente como persona); Los pacientes generalmente saben lo que está mal con ellos. (Compartir el poder y la responsabilidad); Los pacientes siempre deben tener opción entre tratamientos médicos. (Compartir el poder y la responsabilidad); Los pacientes siempre deben recibir información sobre su historial médico condiciones (Compartir el poder y la responsabilidad); Los pacientes no pueden obtener una buena atención de un médico que no lo hace del todo respetarlos. (Alianza terapéutica); Una parte importante de mi papel como futuro médico es proporcionar aceptación emocional y empatía con los pacientes. (Alianza terapéutica empatía); Los médicos no deben permitir que los pacientes vean sus emociones. (El doctor como persona Empatía)</p> <p>Paciente perspectiva: Los médicos necesitan 'saber de dónde vienen sus pacientes' para tratar sus problemas médicos; Tengo un interés genuino en los pacientes como personas, además de su enfermedad y los pacientes generalmente saben lo que está mal con ellos</p>

				<p>Los pacientes no pueden obtener una buena atención de un médico que no los respeta del todo, una parte importante de mi papel como futuro médico es proporcionar aceptación emocional y empatía con los pacientes</p> <p>Actitud impersonal: Los antecedentes y la cultura de un paciente, aunque vale la pena señalar, no son cuestiones críticas para explorar en el tratamiento de la enfermedad</p> <p>Los médicos no deberían permitir que los pacientes vean sus emociones</p>
<p>Cuestionario basado en “Communication based medical education”</p>	<p>31 ítems; Escala Likert 5 puntos</p>	<p>Inglés</p>	<p>ACP, Confianza, Modelo de Rol y experiencia en el aprendizaje clínico</p>	<p>ACP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los pacientes deben ser tratados como si fueran socios del médico, iguales en poder y estatus 2. Cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre los antecedentes de un paciente, están extrayendo demasiado en asuntos personales 3. La calidad de los médicos en el momento del diagnóstico y el tratamiento es tan importante como la forma en que se relacionan con pacientes 4. Al exponer el historial de un paciente con otro médico, es apropiado referirse al paciente como su diagnóstico 5. Un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto con el estilo de vida o los valores de un paciente 6. Estar involucrado en ver a los mismos pacientes durante largos períodos de tiempo, mejora la atención del paciente 7. El médico tiene un papel importante en la defensa de las necesidades del paciente 8. El médico es quien debe decidir qué se habla durante una visita 9. Los médicos deberían jugar un papel más importante en el manejo de la enfermedad que en la prevención de enfermedades <p>Confianza</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar con dilemas éticos 2. Ver pacientes de forma independiente 3. Relativo a una población de pacientes diversa

				<p>4. Ser un practicante autorreflexivo 5. Explicar información médica a los pacientes 6. Contribuir a la atención del paciente 7. Describiendo la historia natural de la enfermedad a lo largo del tiempo</p> <p>Modelo del rol</p> <p>1. A menudo observé que mis supervisores comunican preocupación e interés por los pacientes como personas únicas 2. Cómo me enseñaron a tratar a pacientes es diferente a lo que presencié en mis experiencias clínicas 3. Mis supervisores estaban más preocupados por desarrollar una buena relación con los pacientes, que cumplir plazos estrictos de tiempo de consultas de pacientes 4. A menudo observé que mis supervisores estimulan la participación de los pacientes en su propio cuidado 5. A menudo recibí retroalimentación sobre cuánto bien me comuniqué o escuché el paciente y sus necesidades emocionales 6. Mis supervisores me alentaron cuando hice un esfuerzo para conocer a los pacientes como persona individual</p> <p>Aprendizaje en la experiencia clínica</p> <p>1. Mis supervisores clínicos fueron maestros calificados 2. Tenía una idea clara de lo que se esperaba de mí en el entorno clínico 3. Recibí comentarios claros de mis supervisores clínicos 4. Mis supervisores clínicos fueron clínicos capacitados 5. Hubo un tiempo regular protegido para la enseñanza del escenario clínico 6. No hubo ningún intento de planificar mis necesidades individuales de aprendizaje en el entorno clínico</p>
--	--	--	--	---

				<p>7. Tuve muchas oportunidades de ver pacientes de forma independiente</p> <p>8. Tuve la oportunidad de hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo</p> <p>9. Preferiría tener más experiencia clínica basada en la comunidad</p>
Interprofessional attitudes Scale (IPAS)	27 ítems	Inglés	Trabajo en equipo, roles y responsabilidades, atención centrada en la persona, inclinaciones interprofesionales, diversidad y ética y atención centrada en la comunidad.	<p>Trabajo en equipo, roles y responsabilidades: El aprendizaje compartido antes de la graduación me ayudará a ser un mejor trabajador en equipo. El aprendizaje compartido me ayudará a pensar positivamente sobre otros profesionales. Aprender con otros estudiantes me ayudará a ser un miembro más efectivo de un equipo de atención médica. El aprendizaje compartido con otros estudiantes de ciencias de la salud aumentará mi capacidad para entender problemas clínicos. Los pacientes se beneficiarían en última instancia si los estudiantes de ciencias de la salud trabajaran juntos para resolver problemas del paciente. El aprendizaje compartido con otros estudiantes de ciencias de la salud me ayudará a comunicarme mejor con pacientes y otros profesionales. Agradecería la oportunidad de trabajar en proyectos de grupos pequeños con otros estudiantes de ciencias de la salud. No es necesario que los estudiantes de ciencias de la salud aprendan juntos. El aprendizaje compartido me ayudará a entender mis propias limitaciones.</p> <p>Atención centrada en la persona: Establecer confianza con mis pacientes es importante para mí. Es importante para mí comunicar compasión a mis pacientes. Pensar en el paciente como persona es importante para que el tratamiento sea correcto. En mi profesión, uno necesita habilidades para interactuar y cooperar con los pacientes. Es importante para mí entender el lado del problema que tiene el paciente.</p> <p>Preferencias interprofesionales: Los profesionales de la salud / estudiantes de otras disciplinas tienen prejuicios o hacen suposiciones</p>

				<p>sobre mí debido a la disciplina que estoy estudiando. Tengo prejuicios o hago suposiciones sobre profesionales de la salud / estudiantes de otras disciplinas. Prejuicios y suposiciones sobre profesionales de la salud de otras disciplinas en la forma de entrega de la atención médica.</p> <p style="text-align: center;">Diversidad y ética:</p> <p>Es importante que los profesionales de la salud respeten las culturas, los valores únicos, roles / responsabilidades y experiencia de otras profesiones de la salud. Es importante que los profesionales de la salud entiendan lo que se necesita para comunicarse a través de las culturas. Es importante que los profesionales de la salud respeten la dignidad y privacidad de pacientes mientras se mantiene la confidencialidad en la entrega de la atención en equipo. Es importante para los profesionales de la salud brindar un tratamiento excelente a los pacientes independientemente de su origen (por ejemplo, raza, etnia, género, orientación sexual, religión, clase, origen nacional, estado migratorio o capacidad)</p> <p>Atención centrada en la comunidad: Es importante que los profesionales de la salud trabajen con los administradores de salud pública y los responsables de las políticas para mejorar la entrega de la atención de la salud. Es importante que los profesionales de la salud trabajen en proyectos para promover comunidad y salud pública. Es importante que los profesionales de la salud trabajen con los legisladores para desarrollar leyes, regulaciones y políticas que mejoran la atención médica. Es importante que los profesionales de la salud trabajen con no médicos para brindar una atención médica más efectiva. Es importante que los profesionales de la salud se centren en las poblaciones.</p> <p>Es importante que los profesionales de la salud se centren en las poblaciones y comunidades, además de pacientes individuales, para brindar atención médica efectiva.</p>
--	--	--	--	--

				Es importante que los profesionales de la salud defiendan la salud de los pacientes y comunidades.
Interprofessional collaboration competency attainment survey (ICCAS)	20 ítems	Inglés	comunicación, colaboración, roles y responsabilidades, atención centrada en el paciente/familia, manejo del conflicto/resolución y funcionamiento del equipo.	<p>Comunicación: Promueva la comunicación efectiva entre los miembros interprofesionales (IP). Escuchar activamente las ideas de los miembros del equipo, preocupaciones. Exprese mis ideas y preocupaciones sin criticar. Proporcione comentarios constructivos a los miembros del equipo. Exprese mis ideas de manera clara y precisa.</p> <p>Colaboración: Buscar miembros del equipo de IP para abordar problemas. Trabajar estrechamente con los miembros del equipo de IP para mejorar la atención. Aprenda de los miembros del equipo de IP para mejorar la atención.</p> <p>Roles y responsabilidades: Identificar y describir mis habilidades y contribuciones al equipo. Ser responsable de mis contribuciones al equipo. Comprenda las capacidades y contribuciones de los miembros del equipo de IP. Reconozca cómo las habilidades y el conocimiento de los demás complementan o mío</p> <p>Atención centrada en el paciente: Utilice un enfoque de equipo IP con el paciente para evaluar la salud Utilice un enfoque de equipo IP con el paciente para brindar atención integral a la persona. Incluya al paciente / la familia en la toma de decisiones. Manejo de conflictos, funcionamiento del equipo Escuche activamente la perspectiva de los miembros del equipo de IP. Tenga en cuenta las ideas de los miembros del equipo de IP.</p> <p>Abordar el conflicto del equipo de manera respetuosa Desarrolle un plan de cuidado efectivo con los miembros del equipo de IP.</p>

				Negociar responsabilidades dentro de ámbitos de práctica superpuestos
C3 instrument modificado	24 ítems	Inglés	Modelo de rol (curso de la facultad, tutores clínicos) experiencias de los estudiantes (pacientes como objetos, relaciones de aprendizaje, malas noticias) apoyo	<p>Modelo de rol: Curso de la facultad: -Comunique inquietud e interés a los pacientes como personas únicas -Fomentar la participación de los pacientes en su cuidado propio -Tome en serio las preocupaciones de los pacientes sobre sus condiciones o cuidado -Desarrollar una buena relación con los pacientes * Explore los aspectos emocionales de las enfermedades de los pacientes</p> <p>Tutores clínicos * Comunicar preocupación e interés en pacientes como personas únicas -Fomentar la participación de los pacientes en su cuidado propio -Tome en serio las preocupaciones de los pacientes sobre sus condiciones o cuidado * Desarrollar una buena relación con los pacientes -Explore los aspectos emocionales de los pacientes enfermedades</p> <p>Experiencias de los estudiantes Los pacientes como objetos: * El tutor se refería al paciente como un diagnóstico * Se presta poca atención a la historia social -El paciente espera más tiempo del necesario * Los estudiantes oyeron por casualidad retratar a los pacientes como diagnósticos en lugar de seres humanos únicos</p>

				<p>* Se discute el caso delante del paciente como si el paciente no estuviera allí</p> <p>Aprendizaje de relaciones:</p> <p>-Las historias de los estudiantes muestran que cómo un paciente se encuentra afectó al estudiante (s) personalmente</p> <p>* Se le proporciona a los estudiantes el feedback del comportamiento del paciente</p> <p>* El alumno recibió retroalimentación sobre las habilidades de escuchar</p> <p>-El consejo dado a los estudiantes enfatiza el importancia de las buenas habilidades de comunicación con pacientes</p> <p>Malas noticias</p> <p>-El alumno pregunto sobre dar malas noticias sin cualquier enseñanza o discusión sobre un cuidado</p> <p>-El alumno pidió responder las preguntas del paciente sobre las malas noticias sin ninguna enseñanza</p> <p>Apoyo</p> <p>- * El estudiante se sintió animado cuando se hizo un esfuerzo para desarrollar una buena relación con los pacientes</p> <p>* El estudiante se sintió animado cuando hizo esfuerzo para conocer a los pacientes como personas únicas</p> <p>* El estudiante se sintió animado cuando hizo un esfuerzo para legitimar las preocupaciones de los pacientes</p>
Self-efficacy in patient-centeredness (SEPCQ)	27 ítems Escala de Likert de 5 puntos	Danés	Explorando la perspectiva del paciente, compartiendo información y poder y tratando con	<p>Ítems de SEPCQ: Estoy seguro que soy capaz de...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer que el paciente sienta que estoy genuinamente interesado en saber lo que piensa sobre su situación 2. Haga que el paciente sienta que tengo tiempo para escuchar 3. Reconozca los pensamientos y sentimientos del paciente 4. Sea atento y receptivo 5. Tenga en cuenta cuándo el paciente está asustado o preocupado

			<p>desafíos comunicativos</p>	<p>6. Trate al paciente de manera cuidadosa</p> <p>7. Haz que el paciente me experimente como empático</p> <p>8. Haz que el paciente sienta que él / ella puede hablar conmigo sobre cuestiones confidenciales y personales</p> <p>9. Mostrar un interés genuino en el paciente y su situación</p> <p>10. Centrarse en la compasión, la atención y el tratamiento sintomático, cuando no hay tratamiento curativo</p> <p>11. Registrar un historial médico completo</p> <p>12. Llegar a un acuerdo con el paciente sobre el plan de tratamiento para ser implementado</p> <p>13. Asesorar y apoyar al paciente para tomar decisiones sobre su tratamiento</p> <p>14. Asegúrese de que el paciente tome sus decisiones sobre una base informada</p> <p>15. Explicar el plan de diagnóstico y tratamiento al paciente para que él / ella entienda</p> <p>16. Explique las cosas para que el paciente se sienta bien informado</p> <p>17. Informe al paciente acerca de los efectos secundarios esperados, por lo que el paciente los entiende</p> <p>18. Explique cómo funciona el tratamiento o si se espera que funcione</p> <p>19. Explique cómo es probable que el tratamiento afecte al paciente condición, para que el paciente entienda</p> <p>20. Explica los procedimientos de tratamiento, para que el paciente los entienda</p> <p>21. Aceptar cuando ya no hay tratamiento curativo para el paciente</p> <p>22. Sé consciente de cuándo mis propios sentimientos afectan mi comunicación con el paciente</p> <p>23. Hacer frente a mis propias reacciones emocionales cuando la situación es difícil para mi</p> <p>24. Para mantener la relación con el paciente cuando está enojado</p> <p>25. Para mantenerse enfocado en lo que es mejor para el paciente si hay un profesional desacuerdo sobre el diagnóstico y tratamiento</p>
--	--	--	-------------------------------	---

				26. Evitar dejarme influir por las ideas preconcebidas sobre el paciente 27. Separar mi punto de vista personal de mi enfoque en la situación profesional
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Características de las herramientas con metodología cualitativa.

Autor (año)	Instrumento de evaluación	Idioma	Escala o cuestionario	Nº ítems	N y curso	Dominios en el cuestionario	Ítems del instrumento
Bombeke et al. (2010)	11 grupos focales	Flamenco	Grupos focales de aprendizaje y enseñanza de ACP	120 cuestionarios	44 4º, 6º, 7º, 8º y 9º	Experiencias con la ACP, actitudes hacia ACP, evolución de la ACP, educación y ACP (sólo para profesores)	<p>Definición de ACP, Pregunta de introducción (¿cuál fue tu motivación para elegir medicina?, ¿Cómo ha evolucionado a través de los años?), Experiencias en ACP (Experiencias personales con ACP, recuerda una relación médico-paciente que tienes metido en tu mente, sea una buena o mala forma ¿Cómo fue la relación?, ¿Qué ACP hubo en esta consulta? ¿Fue bien? ¿Qué no fue bien?), Actitudes hacia ACP (¿Cuáles son los pros y contras de la ACP?, ¿Cómo te ves respecto a ACP como doctor?, ¿Qué podría dificultar la ACP?, ¿Qué podría estimular tener más ACP?, Evolución de la ACP (recuerda cuando hiciste las primeras consultas con los pacientes durante la carrera ¿Qué ha cambiado en la</p>

							<p>forma que interaccionar con los pacientes?, ¿Cuál podría ser la razón?, ¿Qué factores piensas que influyen aquí?, ¿La educación médica juega algún papel en esto?), Otras variables: Año académico, antes/después de las prácticas, universidad, participantes, sexo, edad, si han recibido formación en habilidades de comunicación.</p>
Barr et al. (2014)	<i>Patient partner Program (P3):</i> Cuestionario autocontestado, Grupos focales, Entrevista semiestructurada	Inglés	<i>Patient partner Program (P3):</i> Cuestionario autocontestado, Grupos focales, Entrevista semiestructurada	2 grupos focales de 7 estudiantes cada uno	Cuestionario autocontestado (67 estudiantes de 5º y 6º) y Grupos focales (14 estudiantes de 6º)	Grupos focales: Qué significa aprender a ser un doctor, cultura y supervivencia, construcción con sentido	Grupos focales: Qué significa aprender a ser un doctor (Las percepciones de los participantes habían cambiado a lo largo del curso, reportaron tener pocas expectativas realistas al principio de sus dos primeros años de carrera, en los últimos años había falta de capacidad para pensar en el futuro, los estudiantes se dieron cuenta tarde del papel profesional del médico, el aprendizaje relevante tal como lo percibían los estudiantes,

							<p>importancia del rol clínico para la identidad profesional)</p> <p>, cultura y supervivencia (los estudiantes experimentaron su título de médico como una exposición constante de cinco a seis años a la cultura dominante de la enseñanza dura tradicional, los estudiantes expresaron la necesidad de una sensación de supervivencia para estar al tanto de las expectativas, reconocieron que el aprendizaje se llevó a cabo en entornos a veces difíciles, aprendizaje intransigente orientado a objetivos que se requieren para convertirse en médico, el entorno hospitalario que se caracteriza por la rápida rotación clínica y la variedad es consistente con las percepciones de los estudiantes sobre lo que el ambiente de aprendizaje relevante debería ser), construcción con sentido (La presentación de lo desconocido parece</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							manejable después de los encuentros P3, el avance en el 'desarrollo' de su yo estudiante-médico durante el programa P3 fue evidente para algunos estudiantes, aprendizaje evidente sobre la gestión y problemas del paciente, el valor del aprendizaje a través de la exploración de historias fue reconocido, lo que significa ser un médico estaba expuesto con comentarios sobre la autenticidad percibida de los pacientes y las opiniones de los estudiantes sobre qué impedía su desarrollo)
Bombeke et al. (2012)	11 grupos focales	Flamenco	11 grupos focales con 4-9 participantes en cada grupo	15 entrevistas 29 cuestionarios	67 participantes (39 estudiantes) 4º, 6º y 7º	Educación médica preclínica: la comunicación ideal como objetivo; transición de educación a práctica: shock real; años posgraduados: modelos ideales en el contexto de atención centrada en la persona.	Guiado por un guion de entrevista semiestructurada: especialmente interesado en las actitudes de los participantes, intenciones y comportamientos respecto a ACP, factores que apoyan o inhiben la comunicación de la ACP en los participantes y explorar lo profundo que surge de la formación en herramientas de comunicación.

							<p>Temas ordenados cronológicamente fueron: empleo actual, que tipo de estudiante es, experiencias con los pacientes durante la educación y prácticas hasta ahora, descripción de la ACP por los estudiantes, evolución personal considerando las cinco dimensiones de la ACP en el tiempo.</p> <p>Educación médica preclínica: la comunicación ideal como objetivo (debido a la falta de tiempo, a menudo hay una conversación entre el médico y el paciente en un solo sentido. El doctor tiene una idea y dispara una serie de preguntas No es la mejor de las técnicas, ya que me he dado cuenta de que de esta forma, un paciente solo brinda parte de la información útil;</p> <p>transición de educación a práctica: shock real (los educadores son una influencia social muy</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>importante, tuvieron la preparación pero una vez que empezaron formación clínica aprendieron más de los doctores que observaron, no por estar centrado en el paciente obtenían buenos resultados y muchos estudiantes querían asegurar notas suficientes para ser seleccionados (esto les traía mucho estrés), cada minuto con un paciente era importante, dejar que alguien hablara durante 10 minutos tenía un impacto en el próximo paciente y, finalmente, en el estudiante, para estar centrado en el paciente de acuerdo con formación en habilidades de comunicación debe tenerse más tiempo... en la práctica ves que no se puede hacer así porque el la presión del trabajo es demasiado grande; años posgraduados: modelos ideales en el contexto de atención centrada en la persona (los pacientes son</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							muy impredecibles. La técnica daba algo por lo que puedas recurrir, las clases de comunicación proporcionan la motivación para ir y trabajar con el enfoque centrado en el paciente, el humor era muy importante...
Gallentine et al. (2014)	Grupos focales	Inglés	Dos grupos focales para 'The Scholarly Excellence, Leadership Experience, Collaborative Training (SELECT) medical student training program'		15 estudiantes en grupos focales 1º curso	Afirmación de las experiencias del paciente, desestabilizar las experiencias del paciente, entendimiento de la experiencia familiar, entendimiento del apoyo del rol social, interacción con profesionales médicos, sugerencias para mejorar el programa SELECT.	<p>Afirmación de las experiencias del paciente: Impacto de la entrevista motivacional (La visita a domicilio fue una experiencia reafirmante ..., querer encontrar qué los motiva ... [ayudarlos] a definir la salud), Impacto de los ejercicios de comunicación (La forma en que dice las cosas puede afectar cómo percibe el paciente la relación [con usted] y puede cambiar totalmente su resultado de salud;</p> <p>desestabilizar las experiencias del paciente: (No se tuvo en cuenta el estatus socioeconómico de los pacientes...);</p>

							<p>entendimiento de la experiencia familiar (Era difícil equilibrar entre una madre y un paciente, ¿a quién le preguntas? expresaron cómo la asistencia sanitaria podía llevar mucho tiempo para los padres y cuánto de importante era la dinámica familiar en los resultados de salud positivos); apoyo del rol social (la calidad de vida del paciente estaba directamente relacionada sobre si un paciente podía participar y mantener la participación en actividades que involucraban a sus redes de apoyo...); interacción con profesionales médicos (Los estudiantes declararon que sentían que SELECT les dio las herramientas para colaborar con otros profesionales y cómo los equipos médicos se comunicaban para brindar una atención médica óptima. A otros estudiantes</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p>SELECT les permitía reconocer las diferencias entre buenos profesionales de la salud y aquellos que no tenían inteligencia emocional);</p> <p>sugerencias para mejorar el programa SELECT (talleres de formación de equipos con otros estudiantes de salud y otros sistemas de salud, aprendieron más detalles de los roles de otros miembros del equipo de atención médica, y aplicarlos en otros escenarios y situaciones diferentes, como el cuidado agudo y atención primaria)</p>
Gillies et al. (2009)	Grupos focales	Inglés	Grupos focales		190 1º año	<p>Demográficos (cuestionario de antecedentes), razones para conseguir ser médico, ¿qué hace un buen doctor?</p>	<p>Demográficos (edad, sexo, raza, nivel de ingresos familiar, educación de los padres, ciudad natal...), razones para conseguir ser médico (1. <i>Relaciones</i> "... la emoción de conocer gente "... obtienes satisfacción solo por trabajar con personas" 2. <i>Impacto humanitario</i>. 3. <i>Cumplimiento</i>.)</p>

							<p>4. Conocimiento. 5. Poder e influencia. 6. Estado. 7. Seguridad financiera. 8. Experiencias tempranas "Mis padres han sido una influencia bastante positiva..."</p> <p>¿Qué hace un buen doctor? (1. Buenas habilidades de personas "... tienes que ser capaz de relacionarte con los pacientes ..." Estar centrado en el paciente... 2. Se asocia con pacientes ... 3. Entusiasmo 4. Ir más allá de lo llamado del deber 5. Competencia 6. Liderazgo decisivo</p>
A Howe et al. (2001)	Técnica de grupo nominal y cuestionario autocontestado validado a partir del grupo nominal.	Inglés	Técnica de grupo nominal y cuestionario autocontestado o validado a partir del grupo nominal.	Cuestionario de 15 ítems (escala de likert, 1 a 4 puntos)	43 estudiantes	Cuestionario de grupo nominal: enseñanza basada en la comunidad, mi enseñanza ha sido ayudada por..., mi enseñanza sería ayudada por...	<p>Grupo nominal: <i>Pregunta 1: ¿Cómo funciona la práctica de la medicina en la comunidad diferenciándose de su experiencia previa?</i> <i>Pregunta 2: ¿Qué factores de la enseñanza basada en la comunidad te están ayudando a aprender?</i></p>

							<p><i>Pregunta 3: Expectativas versus experiencia con respecto a enseñanza basada en la comunidad</i></p> <p><i>Pregunta 4: Factores que mejorarían el aprendizaje</i></p> <p>Cuestionario de grupo nominal: <i>Práctica de medicina influenciada por una relación anterior con el paciente</i>. El entorno social tiene una influencia importante en la salud individual.</p> <p>AP se ocupa más de las personas que las enfermedades. Obtenga una visión más personal de la RMP. Mejor comprensión del uso de todo el equipo para el cuidado del paciente</p> <p><i>Enseñanza basada en la comunidad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -es más dirigido por estudiantes -es más estructurado -tiene oportunidades de aprendizaje más variadas -ofrece contactos de personal / agencia más variados
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p><i>Mi aprendizaje ha sido ayudado por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -la actitud positiva del personal hacia los estudiantes -el entusiasmo del tutor de GP para enseñar -observando diferente epidemiología haciendo cosas nuevas <p><i>Mi aprendizaje sería ayudado por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -más guías del tutor sobre "necesidad de saber" -más enseñanzas didácticas
Oswald et al. (2014)	Grupos focales	Inglés	Grupos focales con tarea de escritura reflexionando sobre la educación en ACP y reflexión del rol de los pacientes en su educación.		2º y 3º 356	<p>5 dominios principales: 1. Ver la condición en el contexto de la vida del paciente, 2 Pacientes que apoyan el aprendizaje del estudiante, 3. Reconocer las necesidades del paciente, 4. Ver al paciente como una parte competente del equipo, 5. Las complejidades de la práctica médica</p>	<p>1. Ver la condición en el contexto de la vida del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Vea / trate a los pacientes como un todo (b) Ver al paciente como una persona y no como una enfermedad (c) Escuche la historia del paciente (d) Ver el impacto en el paciente y su familia (e) Sea testigo del paciente (Resiliencia / habilidad para hacer frente)

							<p>2. Pacientes que apoyan el aprendizaje de los estudiantes</p> <p>(a) Presentar conocimiento de una manera diferente (es decir, sin jerga)</p> <p>(b) Apoyar conocimiento aprendido en clase</p> <p>(c) Proporcione retroalimentación</p> <p>(d) Desarrollar las habilidades prácticas de los estudiantes</p> <p>(d-i) Comprender cómo conducir un examen físico desde la perspectiva del paciente</p> <p>(d-iii) Desarrollo comunicación/ habilidades de escuchar</p> <p>3. Reconocer las necesidades de los pacientes</p> <p>(a) Reconocer la diversidad de enfermedad entre pacientes</p> <p>(b) Comprenda el paciente necesidades y preferencias</p> <p>(c) Desarrollando empatía /compasión</p> <p>4. Ver al paciente como una parte capaz del equipo</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>(a) Reconocer a los pacientes como expertos / expertos en su propia enfermedad</p> <p>(b) Vea a los pacientes como colaboradores en el diagnóstico y tratamiento</p> <p>(c) Vea a los pacientes como buenos profesores</p> <p>(d) Ver importancia de empoderando a los pacientes / proporcionándoles conocimiento</p> <p>5. Las complejidades de practicar medicina</p>
Puvanendran et al. (2012)	Narraciones escritas reflexivas	Inglés	Narraciones escritas reflexivas tras un año de prácticas de Medicina de Familia: knowledge Foundation Module (KFM), Continuing Clinics Module (CCM) and the	253 narraciones	44 3º	Manejo de la enfermedad crónica, atención centrada en el paciente, sistemas de salud, cuidado biomédico, servicios de la comunidad, conflicto de los roles del paciente.	<p>Manejo de enfermedades crónicas: El enfermero educador en diabetes pudo hablar sobre el estilo de vida y el manejo de la dieta con el paciente... Esto liberó tiempo para el doctor ...</p> <p>Atención centrada en el paciente: Ver otras partes de su vida me permitió ver más</p>

			Patient Centred Care module (PCCM)				<p>completamente como un ser humano en lugar de un paciente ...</p> <p>Sistemas de salud: El sistema de salud no ofrecía salud gratuita para cuidar a todos Todavía sentía que no podrá lidiar con su facturas médicas y consideraron rechazar el tratamiento...</p> <p>Conflicto del rol del estudiante: Le resultó fácil compartir sus problemas y se dio cuenta de lo incómodo que podía ser estar involucrado en los problemas personales de otra persona...</p>
Scavenius et al. (2006)	Narraciones de las experiencias	Holandés	Experiencia personal de su primera relación profesional con el paciente		503 1º	<p>El paciente como individuo (el significado individual: cuidado, dependencia, enfermedad/muerte), el paciente etiquetado (el paciente individual etiquetado como tipo de paciente),</p>	<p>El paciente como individuo: el significado del cuidado: Tal vez ni siquiera era [una cuestión de] más atención, sino atención en el momento adecuado y con las razones correctas.</p> <p>El paciente como individuo: el significado de la dependencia: El arte de ser un buen cuidador</p>

						reflexión de sí mismo del estudiante (actitud personal/profesional, normas/dilemas éticos), otros trabajadores de la salud (juicio moral de otros trabajadores de la salud, que hacen un buen o mal cuidado)	estaba probablemente basado en experiencia y empatía El paciente etiquetado: Darse cuenta de lo desesperada que es la vida para muchos pacientes psiquiátricos... Otros trabajadores de la salud: interacción médico-paciente Que debe tomarse su tiempo para explicar algo con calma a un paciente...
Shapiro et al. (2016)	Reflexiones escritas	Inglés	Reflexiones de los estudiantes tras las prácticas de medicina de familia		134 3º	Enfado/frustración, limitaciones clínicas, responsabilidades clínicas, dudas de la eficacia, empatía, miscelánea, experiencias negativas, juicio del paciente negativo, juicio de sí mismo negativo, experiencia positiva, medicina centrada en el paciente, construyendo una	Importancia de practicar medicina centrada en el paciente, incluso cuando la interacción del paciente fue frustrante: El paciente fue realmente más que solo sus síntomas y el proceso de la enfermedad Enfatizaron el valor de la empatía ; y la importancia de construir una relación con los pacientes, incluso en circunstancias difíciles . Era una paciente difícil porque colocó una pared. Sin embargo, las paredes se rompieron...solo se necesitaba tomar algo de

						relación con el paciente.	<p>tiempo. Tal vez en una cita futura, se haría conexión...</p> <p>Discutieron cómo cultural y lingüística las diferencias complican el encuentro del paciente:Desafortunadamente, con limitaciones en habilidades para hablar en español no se podía expresar por completo..."</p> <p>Juicio de sí mismo negativo:</p> <p>Sentir que con los intentos de recopilar información en el paciente, podía parecer intrusivo...</p>
Shevell et al., (2014)	Entrevistas semiestructuradas, preguntas abiertas y grupos focales	Inglés	Las preguntas fueron diseñadas para explorar los elementos de la profesión de médico representado en los videos, determinar si los videos clips funcionaron como un trampolín eficaz y		112 1º	<p>Dos temas: <u>utilidad de los videoclips como herramienta de enseñanza en educación médica</u> (autenticidad y credibilidad, que hace pensar, habilidades y enfoques, escenario, técnica, nivel de formación, enseñar, guiar/mentor, formación experimental,</p>	<p><u>Utilidad de los videoclips como herramienta de enseñanza en educación médica</u></p> <p>Capacidad de los videoclips para animar Reflexión: Muchos estudiantes informaron que después de ver el videoclip, pensaron en cómo deberían actuar en situaciones similares...</p> <p>Habilidades y enfoques: Muchos estudiantes</p>

			<p>determinar si a los estudiantes les gustaría usar este tipo de herramienta de enseñanza en el aprendizaje futuro.</p>			<p>efectividad, relevancia para la práctica) y <u>características del retrato del médico en los videoclips</u> (atención centrada en la persona, comunicación, relación médico-paciente, profesionalismo, comportamiento ético, práctica interprofesional y guía/mentor)</p>	<p>apreciaron que los videos mostraron aspectos de la entrevista del paciente, incluida la comunicación verbal y no verbal... Escenario: Un estudiante informó que mostrando los videos en un grupo pequeño número permitía a todos en el grupo compartir sus puntos de vista... Técnica: Forma emocionante de integrar y reforzar el material de la medicina "método más interesante que leyendo casos " Guiar: El escenario en un entorno de la vida real Experiencia del aprendizaje: Compartir narrativas personales de sus propias experiencias de la vida... Efectividad: "te hacían pensar ciertas cosas ... no se podía aprender de un libro de texto " Relevancia de la práctica</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							<p><u>Características del retrato del médico en los videoclips:</u></p> <p>Atención centrada en el paciente: Importancia de la defensa del paciente, la autonomía del paciente y la provisión de asistencia sanitaria colaborativa que refleje los valores, necesidades y preferencias individuales.</p> <p>.Comunicación: Interacción compartida, con contribuciones del profesional de la salud y el paciente.</p> <p>Relación médico-paciente: La relación positiva era crucial en la creación de una alianza terapéutica</p> <p>Profesionalismo: Se reflejó en los valores centrales, como la responsabilidad, respeto y empatía.</p>
Thistlethwaite et al., (1999)	Grupos focales	Inglés	Grupos focales		33 3º	Contexto del primer contacto clínico (la planta como ambiente de trabajo, tratando con pacientes reales, precariedad	<p>Contexto de primer contacto clínico: Los estudiantes vieron su capacitación como vulnerable, y desprotegida contra, circunstancias fortuitas</p>

						<p>en la posición del estudiante) , factores que influyen en el desarrollo de herramientas de comunicación comparado con la planta y el ambiente de la comunidad (contacto con pacientes, observación de otros, enseñanza estructurada y crítica), la importancia del enfoque de la atención centrada en el paciente (promover respeto por los pacientes, contribuir al éxito del manejo clínico, diferencia del cuidado entre práctica general y hospital)</p>	<p>y la (falta de) buena voluntad de los demás, ya sea pacientes o personal.</p> <p>Factores que influyen en el desarrollo de herramientas de comunicación:</p> <p><i>Contacto con los pacientes:</i> Pacientes con una variedad de problemas y de diferentes orígenes eran necesarios.</p> <p>La intimidad del entorno GP tendía a hacer que los estudiantes se sintieran más cómodos y, por lo tanto, más probabilidades de desarrollar y seguir líneas de cuestionamiento que no lo harían en la planta.</p> <p><i>Observación de otros:</i> mostrando respeto, preguntando por las preocupaciones del paciente y/o tratando al paciente como distinto de enfermedad.</p> <p><i>Enseñanza estructurada y crítica:</i></p> <p>En ausencia de un marco de enseñanza estructurado, los estudiantes percibieron que</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							<p>su entrenamiento carecía de propósito.</p> <p>Importancia del enfoque hacia la atención centrada en el paciente:</p> <p><i>Promoviendo respeto por los pacientes:</i> Los estudiantes proporcionaron los "criterios" de mostrar respeto.</p> <p><i>Contribuir a una gestión clínica exitosa:</i> El concepto de adoptar un enfoque centrado en el paciente en la atención clínica no era familiar para los estudiantes.</p> <p><i>Diferencia de cuidado entre práctica general y hospital:</i> El médico de familia era un tipo de consulta más personal, mientras que una sala de hospital era más "institucional".</p>
Towle et al. (2013)	Talleres de aprendizaje	Inglés	Talleres interprofesionales.		17		<p>Perspectiva bio-psicosocial.</p> <p>Comprender perspectiva del paciente (familia / cuidador): Describe la experiencia del paciente en el estilo de vida, empleo, relaciones y actividad.</p>

							<p>.El paciente como persona. Reconocimiento de las necesidades del paciente: Describe los efectos del estigma en pacientes y sus familias. Describe la experiencia del paciente y el desafío que se enfrentan en el sistema de asistencia sanitaria.</p> <p>Compartir poder y responsabilidad. El paciente (familia / cuidador) papel central en el cuidado interprofesional.</p> <p>Paciente como socio dentro del equipo: Reconocer la experiencia del paciente como contribuyente a la atención. Describa la atención centrada en el paciente en el contexto de identificar formas de empoderar.</p> <p>La alianza terapéutica. Trabajando juntos en colaboración en el mejor interés del paciente: Identificar enfoques para crear resultados positivos en las</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

							interacciones con pacientes. Describe cómo la compasión y el respeto influye en el relación paciente-clínico. El doctor [profesional de la salud] como persona.
Wahlquist et al. (2005)	Investigación cualitativa	Sueco	Grupos focales	7 subcategorías	24 5°	Invitación a abrirse (Inicialmente atento, actitud de escuchar, colección de hechos médicos) y Estrategia del instrumento (sacrificio de la construcción de la relación)	.. respecto a su lenguaje corporal, como si estuvieran escuchando atentamente ... postura comprometida ... escucharon desde el principio... preguntas abiertas ... escucharon a los pacientes y muchas veces les dijeron que terminarían lo que tenían que decir... (Preguntas abiertas, actitud de escuchar); con este tipo de actitud abierta, no se establecían límites... (estructura de entrevistas, una colección unilateral de hechos médico...); algún tipo de lista de verificación médica, no debía olvidar nada ... (Siguiendo una lista de comprobación médica);

							Experiencias de vida del paciente ... (Ausencia de las experiencias del paciente) no tan espontáneo, más seguido por reglas y normas ... (Falta de espontaneidad) ... cualquiera podría conocer a este paciente y hacer las mismas preguntas ... (reemplazo) pasan por alto completamente la ansiedad de los pacientes (sacrificio de la construcción de la relación médico-paciente)
Carother et al. (2011)	Grupos focales	Sueco	Grupos focales (tras escenarios clínicos) para examinar la validez de "Patient-centered care objective Structured Clinical Examination (OSCE, ECOE)	5 escenarios clínicos (6 grupos focales)	96 3°		<p>Resumen de las definiciones de atención centrada en la persona antes de los escenarios:</p> <p>Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un médico que escucha preocupaciones • No usa en exceso la jerga médica • Mantiene un buen contacto visual <p>Contesta preguntas de manera adecuada y escucha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que el paciente se sienta cómodo y sus preguntas sean respondidas

							<ul style="list-style-type: none"> • el médico escucha activamente las preocupaciones del paciente • escucha atentamente las necesidades antes de hacer un diagnóstico prematuramente • Cuidado que le permite al paciente participar en la toma de decisiones <p>Compasivo y no crítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La atención centrada en el paciente es una atención sin enjuiciamiento entregada de una manera solidaria y compasiva <p>El foco está en el paciente y no solo en la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfóquese en la persona, no solo en su problema o "enfermedades".
--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5. Resultados validación y/o fiabilidad de los cuestionarios autocontestados.

Cuestionario	Nº ítems	Dominios medidos	Consistencia interna	Test/pretest fiabilidad
Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)	18	Dominio compartir y dominio cuidar.	Alfa de Cronbach 0,73 y 0,75 para las dimensiones compartir y cuidar, respectivamente	
Doctor-Patient Scale (DP Scale)	48	Atención centrada médico-enfermedad y atención centrada paciente-problema	Alfa de Cronbach de 0,77	Correlación de Pearson 0,61
Communication, Curriculum and Culture Survey (C₃ instrument)	29	Modelo de rol, experiencias de los pacientes y apoyo para el comportamiento hacia la ACP	Alfa de Cronbach de 0,67 a 0,93	
Ideal Physician Questionnaire	18	Orientación cura versus cuidado, instrumental (biomédico versus biopsicosocial) y afectiva (cuidado)	Alfa de Cronbach de 0,77. Dimensión orientación cura versus cuidado 0,65, dimensión instrumental (biomédico versus biopsicosocial) 0,46 y dimensión afectiva (cuidado) 0,6.	
Tucker-Culturally Sensitive Health Care Inventory (T-CSHCI) Provider form	141	ACP, capacidades interpersonales, falta de respeto y no empoderamiento, conocimiento y sensibilidad cultural	Rango del coeficiente alfa de Cronbach de 0,77 a 0,94	Correlación de Pearson fue r's = 0,25-0,5 en la mayoría de subescalas de la T-CSHCI
Demographic and Clinical Experience Data Questionnaire (DCE-DQ)	8	Demográficas	Alfa de Cronbach de 0,63	
Communication Skills Attitude Scale (CSAS)	26	Escala de actitud positiva (PAS) y escala de actitud negativa (NAS)	PAS consistencia interna medida con alfa de Cronbach fue 0,87 y NAS fue 0,65	

Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	26	Trabajo en equipo y colaboración, identidad profesional, responsabilidades y ACP	El dominio de equipo y colaboración muestra alfa de Cronbach de 0,815 y la identidad profesional de 0,808.	
Leeds Attitude Concordance Scale (LATCon)	12	Dominio concordancia	Alfa de Cronbach de 0,77	
Physician Reaction to Uncertainty Scale (PRUS)	22	Dominio de estrés hacia la incertidumbre y dominio de reticencia a relevar la incertidumbre	Alfa de Cronbach para el dominio de estrés fue de 0,9 y para el dominio de reticencia fue de 0,75	
Curtin's interprofessional capability assessment Tool	24	Comunicación, profesionalismo, colaboración práctica y ACP	El coeficiente alfa de Cronbach varió de 0.79 a 0.89 para las tres escalas. El coeficiente alfa para la escala como un todo fue 0,90	
The interprofessional socialization and valuing Scale (ISVS)	24	Capacidad de autopercepción de trabajar con otros, valor en el trabajo con otros y comodidad en el trabajo con otros.	Alfa de Cronbach de 0,73	
Relationship questionnaire (RQ)	8	Cuatro tipos de relación: seguro, autosuficiente, cauteloso y búsqueda de apoyo	Alfa de Cronbach de 0,65	
Questionnaire assessing factors influencing specialty choice (FISC)	16	ACP, recompensas de la carrera, factores intelectuales	El coeficiente alfas para factor centrado en el paciente = 0,90; factor de recompensa de carrera = 0.69; y el factor de aspectos intelectuales = 0.57.	
Attitudes towards bad news questionnaire	6	El primer factor refleja la divulgación completa modelo, el segundo factor refleja la no divulgación modelo, y el tercer factor refleja la individualización modelo de divulgación	El alfa de Cronbach varía de 0.48 a 0.57	

Health beliefs attitudes survey (HBAS)	15	Dominio de opinión, creencia, contexto y calidad.	Alfa de Cronbach de 0,78. Por dominios alfa de Cronbach 0,76 en opinión, 0,66 en creencia, 0,63 en contexto, 0,61 en calidad.	
Standardize patient examination survey	12	Perspectiva del paciente y actitud impersonal	Perspectiva del paciente con alfa de Cronbach de 0,53 y actitud impersonal con alfa de Cronbach de 0,43.	
Cuestionario basado en “Communcation based medical education”	31	ACP, Confianza, modelo de rol y experiencia en el aprendizaje clínico	Alfa de Cronbach: ACP de 0,62 a 0,62 en ACP, confianza clínica de los estudiantes de 0,75 a 0,8. Alfa de Cronbach para el modelo rol y experiencias en el aprendizaje clínico de 0,72 a 0,76.	
Interprofessional attitudes Scale (IPAS)	27	Trabajo en equipo, roles y responsabilidades, ACP, inclinación profesional, ética y atención en comunidad	Alfa de Cronbach de 0,62 a 0,92	
Interprofessional collaboration competency attainment survey (ICCAS)	20	Comunicación, colaboración, roles y responsabilidades, atención centrada en el paciente/familia, manejo del conflicto y funcionamiento del equipo	Alfa de Cronbach de 0,96	
C₃ instrument modificado	24	Modelo de rol, experiencias estudiantes y apoyo a ACP	Alfa de Cronbach de 0,67 a 0,93	
Self-efficacy in patient-centeredness (SEPCQ)	27	Explorando perspectiva, compartiendo poder e información y tratando desafíos comunicativos	Alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,94	

Fuente: Elaboración propia

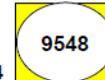
Anexo 6. Guion de la entrevista (Percepción de la ACP desde la perspectiva del estudiante de medicina)

Temas	Preguntas principales	Preguntas de seguimiento	Preguntas de exploración (sondeo)
Conocimiento sobre atención centrada en la persona (ACP)	<p>¿Qué entendéis por ACP?</p> <p>¿En qué asignatura pensáis que de alguna forma se ha abordado la ACP?</p>	<p>Actualmente, ¿cómo creéis que los médicos realizan ACP en la práctica clínica?</p> <p>¿Qué os pareció el contenido sobre ACP? (¿suficiente o no?), ¿cuál fue el contenido que os enseñaron?</p>	<p>Podrías explicarlo más detalladamente...</p> <p>Se os ocurre algo más al respecto...</p>
Conocimiento sobre habilidades de comunicación	<p>¿Qué habéis aprendido sobre habilidades de comunicación en vuestra formación académica?</p> <p>¿qué entendéis por habilidades de comunicación?</p> <p>¿Cómo pensáis que os están enseñando habilidades de comunicación?, ¿Y en qué asignatura/s?</p>	<p>¿Creéis que las habilidades de comunicación os ayudarían para vuestra relación médico-paciente (RMP) en un futuro como médicos? ¿Por qué?</p> <p>¿Tendríais algún interés en formaros por vuestra cuenta en habilidades de comunicación?</p> <p>¿Cómo creéis que influirían esas habilidades de comunicación en la atención centrada a la persona? Poner ejemplos, reflejando la influencia de las habilidades de comunicación sobre ACP</p>	<p>Podrías explicarlo más detalladamente...</p> <p>Se os ocurre algo más al respecto...</p>
Actitudes sobre ACP y orientación docente	<p>En vuestra trayectoria académica, ¿Cómo creéis que los docentes enfocan las asignaturas hacia la atención médica?</p> <p>¿Cuál pensáis que es vuestra orientación en la atención médica?</p> <p>¿Por qué creéis que tenéis esa actitud hacia la atención?</p>	<p>¿Cómo pensáis que influirá el avance de la formación académica en vuestras actitudes hacia el modelo de atención?</p> <p>Como estudiantes de 6º ¿Cómo pensáis que ha influido vuestro avance en la formación con respecto a cursos anteriores en vuestra actitud hacia un modelo de atención médica u otro?</p> <p>¿Qué factores de vuestro entorno familiar y social y de vuestras preferencias profesionales se os ocurren que podrían influir o cambiar vuestras actitudes hacia la ACP o las habilidades de</p>	<p>Podrías explicarlo con más detalle...</p> <p>Podrías poner algún ejemplo...</p>

		comunicación? (profesión de padres, medios de comunicación, moda, especialidad elegida...)	
Motivación y expectativas	<p>Según la definición de atención centrada en la persona ¿pensáis que la ACP podría mejorar vuestros resultados (adhesión a tratamiento, salud del paciente, RMP) como médicos?</p> <p>¿Cuáles son los beneficios que podría aportar el modelo de ACP?</p>	<p>¿Qué aspectos en vuestra formación podrían mejorar estos aspectos?</p> <p>¿Qué mejoraríais o eliminaríais respecto a ACP y habilidades de comunicación para la RMP en vuestra formación (hasta 3º y 6º)?</p> <p>¿Cuáles son los pros y contras de ACP?</p> <p>A los estudiantes de 6º, ¿Habéis echado de menos formación sobre ACP?</p>	<p>Podrías explicarlo con más detalle...</p> <p>Hay algún aspecto que deseéis comentar...</p> <p>Podrías poner algún ejemplo...</p>
Orientación y aplicabilidad futura de la ACP	<p>¿Qué esperáis como futuros médicos de la ACP?</p> <p>¿Creéis que la orientación hacia ACP tendrá mejores resultados en salud? ¿Por qué sí? ¿por qué no? Como futuros médicos ¿os formaríais en ACP? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?</p>	<p>¿Cuáles son las razones por las que pensáis que practicaréis ACP u otro modelo más paternalista en vuestra práctica futura? Podrías poner algún ejemplo...</p> <p>¿Cuáles son los factores que influirán en tener mejores resultados en salud? Enumerar en orden de importancia los factores que influirán en tener mejores resultados en salud (especialización, conocimientos...)</p>	<p>Podrías explicarlo con más detalle...</p> <p>Se os ocurre algo más que contar al respecto...</p>

Fuente: Elaboración propia

Anexo 7. PPOS traducida al español.



N I D A - C F S - 0 0 0 8		ASSESSMENT DATE: ___ / ___ / _____ (mm/dd/yyyy)
NODE:	0 7	PHASE: <input type="radio"/> Baseline <input type="radio"/> Post Randomization
SITE ID:	0 1 - 0 0	SEGMENT: [] [] SEQUENCE: 0 1
PARTICIPANT ID:	[] [] [] []	FORM COMPLETED BY: [] [] [] []
RELATION:	[] [] - [] []	FORM COMPLETION LANGUAGE: <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> Both
<input type="checkbox"/> FORM COMPLETION STATUS	1=Form completed as required 4=Not enough time at the visit 2=Participant refused 5=Participant did not attend visit 3=Responsible person did not complete 6=Other (specify: _____)	

The statements below refer to beliefs that people might have concerning doctors, patients and medical care. Read each item and then indicate how much you agree or disagree.
 Las declaraciones debajo se refieren a creencias que la gente puede tener con respecto a los médicos, a los pacientes, y al cuidado médico. Lea cada punto y después indique que tanto esta de acuerdo o en desacuerdo con cada uno.

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
1.	The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit. <i>El médico es el que debería decidir de que es lo que se habla durante una visita.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances. <i>Aunque hoy en día el cuidado médico es menos personal, esto es un precio pequeño que pagar por todos los adelantos (de la medicina).</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	The most important part of the standard medical visit is the physical exam. <i>La parte más importante de una visita médica regular (estándar, corriente) es el examen físico.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



61178

SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: / /

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
4.	It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition. <i>A menudo, es mejor para los pacientes si no reciben una explicación completa de su condición médica.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own. <i>Los pacientes deberían confiar en el conocimiento de sus médicos y no tratar de informarse acerca de sus condiciones por sus propios medios.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters. <i>Cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre los antecedentes del paciente, se están metiendo mucho en asuntos personales.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important. <i>Si los médicos son verdaderamente buenos en el diagnóstico y el tratamiento, la manera como se relacionan con el paciente no es tan importante.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new. <i>Muchos pacientes continúan haciendo preguntas aun cuando ne están aprendiendo nada nuevo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



61178

Healthy Families Program
PPO



9548

Page 3 of 4

SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: ___/___/___

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
9.	Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status. <i>Los pacientes deberían ser tratados como si fueran socios del médico, igual en posición (estado) y poder.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Patients generally want reassurance rather than information about their health. <i>En vez de información sobre su salud los pacientes generalmente quieren que los reaseguren.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success. <i>Si los instrumentos principales del médico son el ser abierto y cálido, el médico no tendrá mucho éxito.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust. <i>Cuando los pacientes están en desacuerdo con sus médico, esta es una señal que el médico no tiene el respeto ni la confianza del paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values. <i>Un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto con el estilo de vida o los valores del paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Most patients want to get in and get out of the doctor's office as quickly as possible. <i>La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la oficina del médico lo más rápido posible.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Version 1.05 08/09/2004



SITE: - PART ID: RELATION: - ASSESS DATE: ___ / ___ / ___

		Strongly Disagree <i>Muy en Desacuerdo</i>	Moderately Disagree <i>Moderadamente en desacuerdo</i>	Slightly Disagree <i>Un poco en desacuerdo</i>	Slightly Agree <i>Un poco de acuerdo</i>	Moderately Agree <i>Moderadamente de acuerdo</i>	Strongly Agree <i>Muy de acuerdo</i>
		1	2	3	4	5	6
15.	The patient must always be aware that the doctor is in charge. <i>El paciente debe estar siempre consciente de que el médico es el que esta a cargo.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness. <i>No es tan importante conocer la cultura y los antecedentes del paciente para tratar la enfermedad de la persona.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient. <i>El humor es un ingrediente importante en el tratamiento que provee el médico al paciente.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps. <i>Cuando los pacientes buscan información por su cuenta, esto usualmente confunde más que ayuda.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comments: Comentarios:

Anexo 8. Cuestionario pilotaje.



Este cuestionario pretende recoger tu opinión sobre el tema de Atención Centrada en la Persona, de forma individual y los datos serán tratados como anónimos, así que agradecemos tu sinceridad en las respuestas. Tu opinión es muy importante, por lo que te rogamos que le dediques unos minutos a cumplimentar este cuestionario.

**Muchas gracias por tu colaboración,
será de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación.**

INSTRUCCIONES:

- Para cada afirmación utiliza la escala de 1 (Muy de acuerdo) a 6 (Muy en desacuerdo).
- Por favor rellenar con una cruz la casilla que más de corresponda con tu valoración.

Valora las siguientes cuestiones, teniendo en cuenta la escala tipo Likert:		1	2	3	4	5	6	
1.El médico es quién debería decidir qué se habla durante la consulta.	De acuerdo							En desacuerdo
2.Aunque hoy en día la atención sanitaria es menos personal, es un pequeño precio que hay que pagar por todos los avances médicos.	De acuerdo							En desacuerdo
3.La parte más importante de una consulta médica estándar es el examen médico.	De acuerdo							En desacuerdo
4.Es mejor que los pacientes no reciban una explicación completa de su estado de salud.	De acuerdo							En desacuerdo
5.Los pacientes deberían confiar en la profesionalidad de sus médicos y no intentar averiguar sobre sus enfermedades por ellos mismos.	De acuerdo							En desacuerdo
6.Cuando los médicos hacen muchas preguntas sobre los antecedentes de su paciente entran demasiado en asuntos personales, invadiendo la intimidad del paciente.	De acuerdo							En desacuerdo
7.No es tan importante cómo se relacione el médico con el paciente, siempre y cuando éste sea buen profesional y acierte en el diagnóstico y tratamiento.	De acuerdo							En desacuerdo
8.Muchos pacientes continúan haciendo preguntas aún cuando no están aprendiendo nada nuevo.	De acuerdo							En desacuerdo

9.Los pacientes deberían ser tratados como si fueran compañeros del médico, igual en poder y posición.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
10.Los pacientes generalmente quieren consuelo más que información sobre su salud.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
11.El médico no tendrá mucho éxito si su herramienta fundamental es comportarse de forma abierta y cálida.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
12.Los pacientes no demuestran respeto ni confianza en su médico cuando no están de acuerdo con él.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
13.Un plan de tratamiento no puede tener éxito si está en conflicto y es contradictorio al estilo de vida o a los valores del paciente.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
14.La mayoría de los pacientes quieren entrar y salir de la consulta del médico lo más rápido posible.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
15.El paciente debe ser siempre consciente de que el médico es el que está al mando de todo.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
16.Para tratar la enfermedad de la persona no es tan importante conocer la cultura ni los antecedentes del paciente.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
17.El médico utiliza el humor como un ingrediente importante para el tratamiento del paciente.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
18.Normalmente confunde más que ayuda cuando los pacientes buscan información por su cuenta.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
19.Los médicos son conscientes de la necesidad de formación y de actualización continua de conocimientos sobre la comunicación y el trato con los pacientes.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
20.La satisfacción que siente el propio médico con su trabajo no se transmite en su relación con los pacientes.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
21.Los médicos que dedican más tiempo a la consulta se sienten con el mismo prestigio o igual de valorados que los grandes investigadores.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
22.El médico que dedica más tiempo a sus pacientes tiene riesgo de sufrir “desgaste profesional” o síndrome del quemado profesional (“burnout”).	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
23.La falta de tiempo en la consulta lleva a los médicos a sólo centrarse en lo clínico, aunque el médico tenga voluntad de ir más allá de la enfermedad.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								

24.Los profesores de la Facultad de Medicina dominan los aspectos de la comunicación con el paciente y los saben transmitir adecuadamente a su alumnado.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
25.El plan de estudios de Medicina está organizado para que los estudiantes se formen en otras competencias, que no sean sólo la clínica.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
26.La educación en valores, aprendida desde la infancia, no es necesaria para continuarla en la Facultad.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
27.Las asignaturas de Medicina se complementan adecuadamente con la enseñanza práctica.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
28.El contacto temprano con el paciente en los estudios médicos es menos importante que los conocimientos teóricos.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								
29.El concepto de médico que tienen los estudiantes cuando entran en la facultad se ajusta a la realidad.	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	En desacuerdo								

¿Podrías decirnos en qué afirmación o afirmaciones has tenido dificultad de comprensión y/o propones un texto alternativo? **(por favor no dejar sin contestar)**

31.Curso que estás realizando en Medicina _____

32.Sexo

- 1.Hombre
- 2.Mujer

33.País de nacimiento

- 1.Nacidos en España
- 2.Nacidos en un país de la Unión Europea.
- 4.Nacidos en un país fuera de la Unión Europea (especificar)

34.Municipio de residencia habitual (especificar)

35. Religión

1. Cristianismo
2. Judaísmo
3. Islam
4. Budismo
5. Otras (especificar)
6. Ateo o agnóstico

36. Estado civil

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado

37. Tipo de colegio que ha cursado estudios primarios

1. Público
2. Privado
3. Concertado

38. Tipo de colegio que ha cursado bachillerato

1. Público
2. Privado
3. Concertado

39. Número de idiomas que habla (número) , especificar: Español, inglés, francés, otros.

40. Nota de selectividad

41. Niveles estudios de padre

1. Sin educación/primaria incompleta
2. Graduado escolar/Primarios
3. Formación profesional. Grado medio
4. Bachillerato
5. Formación profesional. Grado superior
6. Diplomado/Licenciado/Graduado
7. Postgrado. Doctorado

42. Niveles estudios madre

1. Sin educación/primaria incompleta
2. Graduado escolar/Primarios
3. Formación profesional. Grado medio

4. Bachillerato
5. Formación profesional. Grado superior
6. Diplomado/Licenciado/Graduado
7. Postgrado. Doctorado

43. Profesión de los padres

1. Médico/s
2. Carreras de salud (especificar)
3. Otros (especificar)

44. Niveles de ingresos familiares mensuales

1. < 1.000 euros
2. >1000 y < 2000 euros
3. > 2.000 y < 3.000 euros
4. > 3.000 euros

45. Ingresos hospitalarios propios o de algún familiar de primer o segundo grado

1. Ninguna vez
2. > 1
3. > 2
4. > 3

46. Motivación para elegir medicina (se pueden elegir varios)

1. Económica
2. Conocimiento científico
3. Prestigio social
4. Satisfacción laboral
5. Poder e influencia
6. Humanitaria
7. Influencia familiar
8. Altruista
9. Experiencia personal de recibir atención médica

47. Participación en actividades fuera de la facultad de medicina (se pueden elegir varios)

1. Actividades religiosas
2. Actividades de voluntariado
- 2.Actividades cívicas
3. Deportes
4. Otras (especificar)

48. Participación de los estudiantes en equipos de investigación y actividades extracurriculares (actividades no reconocidas por el currículum de la facultad de Medicina pero llevadas a cabo en servicios médicos bajo supervisión de equipos médicos)

1. Rara vez
2. Alguna vez
3. A menudo
4. Casi siempre

49. Experiencias con minorías raciales o pacientes de bajos ingresos

1. Rara vez
2. Alguna vez
3. A menudo
4. Casi siempre

50. Especialidad elegida (especificar tres favoritas por orden)

1. _____ 2. _____ 3. _____

¿Podrías decirnos en que pregunta o preguntas has tenido dificultad de comprensión y/o propones un texto alternativo? **(por favor no dejar sin contestar)**

Anexo 9. Cuestionario final.



Este cuestionario pretende recoger tu opinión sobre el tema de Atención Centrada en la Persona, de forma individual y los datos serán tratados como anónimos, así que agradecemos tu sinceridad en las respuestas. Tu opinión es muy importante, por lo que te rogamos que le dediques unos minutos a cumplimentar este cuestionario.

**Muchas gracias por tu colaboración,
será de gran utilidad para el desarrollo de esta investigación.**

Fecha de nacimiento:

--	--	--

Últimos 4 dígitos de DNI, NIE o pasaporte:

--	--	--	--

INSTRUCCIONES:

- Para cada afirmación utiliza la escala de 1 (Muy de acuerdo) a 6 (Muy en desacuerdo).
- Por favor rellenar con una cruz la casilla que más de corresponda con tu valoración.

Valora las siguientes cuestiones, teniendo en cuenta la escala tipo Likert:	1	2	3	4	5	6
1. El médico es quién debería decidir qué se habla durante la consulta.	De acuerdo					En desacuerdo
2. Aunque hoy en día la atención sanitaria es menos personal, es un pequeño precio que hay que pagar por todos los avances médicos.	De acuerdo					En desacuerdo
3. La parte más importante de una consulta médica estándar es el examen médico.	De acuerdo					En desacuerdo
4. Es mejor que los pacientes no reciban una explicación completa de su estado de salud.	De acuerdo					En desacuerdo

- 4.4º
- 5.5º
- 6.6º

32.Sexo

- 1.Hombre
- 2.Mujer

33.País de nacimiento

- 1.Nacidos en España
- 2.Nacidos en un país de la Unión Europea
- 4.Nacidos en un país fuera de la Unión Europea (especificar)

34.Municipio de residencia habitual (especificar)

35.Religión

- 1.Cristianismo
- 2.Judaísmo
- 3.Islam
- 4.Budismo
- 5.Otras (especificar)
- 6.Ateo o agnóstico

36. Estado civil

- 1.Soltero
- 2.En pareja
- 3.Casado
- 4.Viudo
- 5.Separado
- 6.Divorciado

37. Tipo de colegio que ha cursado estudios primarios

- 1.Público
- 2.Privado
- 3.Concertado

38. Tipo de colegio que ha cursado bachillerato

- 1.Público
- 2.Privado
- 3.Concertado

39.Número de idiomas que habla (número) _____ especificar: Español, inglés, francés, otros.

40. Nota de selectividad

41. Nivel de estudios de padre

1. Sin educación/primaria incompleta
2. Graduado escolar/Primarios
3. Formación profesional. Grado medio
4. Bachillerato
5. Formación profesional. Grado superior
6. Diplomado/Licenciado/Graduado
7. Postgrado. Doctorado

42. Nivel de estudios de madre

1. Sin educación/primaria incompleta
2. Graduado escolar/Primarios
3. Formación profesional. Grado medio
4. Bachillerato
5. Formación profesional. Grado superior
6. Diplomado/Licenciado/Graduado
7. Postgrado. Doctorado

43. Profesión de los padres

1. Médico/s
2. Carreras de salud (especificar)
3. Otros (especificar)

44. Nivel de ingresos económicos del hogar mensual (ingresos monetarios percibidos regularmente por los miembros del hogar cualquiera que sea su origen)

1. <1.000 euros
2. >1.000 y < 2.000 euros
3. > 2.000 y < 3.000 euros

4. > 3.000 euros

45. Ingreso hospitalario propio o de algún familiar de primer o segundo grado. Califica la experiencia con un número de 1 (muy mala) a 5 (muy buena)

1. Propio . Especificar ____
2. Familiar de primer grado. Especificar ____
3. Familiar de segundo grado. Especificar ____
4. Ninguno

46. Motivación para elegir medicina (se pueden elegir varias)

1. Económica
2. Conocimiento científico
3. Prestigio social
4. Satisfacción laboral
5. Poder e influencia
6. Humanitaria
7. Influencia familiar
8. Altruista
9. Experiencia personal de recibir atención médica

47. Participación en actividades en el tiempo libre fuera de la facultad de medicina (se pueden elegir varias)

1. Actividades religiosas
2. Actividades de voluntariado
- 2.Actividades cívicas
3. Deportes
4. Otras (especificar)
5. Ninguna

48. Participación de los estudiantes en equipos de investigación y actividades extracurriculares (actividades no reconocidas por el curriculum de la facultad de medicina pero llevadas a cabo en servicios médicos bajo supervisión de equipos médicos)

1. Rara vez
2. Alguna vez
3. A menudo
4. Casi siempre

49. Experiencias con minorías raciales o pacientes de bajos ingresos económicos

1. Rara vez
2. Alguna vez
3. A menudo
4. Casi siempre

50. Preferencia para la elección futura de la especialidad médica (especificar tres favoritas por orden)

1. _____ 2. _____ 3. _____