

ORIGINAL

FACTORES RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN
SANITARIA POR LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA

Gabriel J Díaz Grávalos

Centro de Salud Cea (Ourense)

RESUMEN

Fundamento: Se ha demostrado que la educación sanitaria por parte de los médicos de atención primaria puede mejorar la salud de la población pero, en general, los facultativos no la utilizan con la intensidad recomendada. La finalidad de este estudio es determinar qué factores influyen en la realización de educación sanitaria por parte de los médicos de atención primaria de Galicia (España), cómo consideran su formación en esta materia, qué obstáculos encuentran para llevarla a cabo y cómo influye la presencia de hábitos no saludables en el médico en la realización de esta actividad.

Métodos: Se realizó un estudio transversal. Un cuestionario postal autoadministrado, previamente probado, se envió a una muestra aleatoria, estratificada por provincias, de 420 médicos de atención primaria del Servicio Galego de Saúde. Se realizó un análisis comparativo con los que no respondieron. El análisis principal de los datos se realizó mediante regresión logística.

Resultados: Se obtuvo un 73% (307) de contestaciones válidas, sin diferencias entre estratos. El 64% de los médicos consideraba deficiente su formación en educación sanitaria, siendo mejor entre médicos de familia y entre los que habían recibido cursos específicos en esta materia. El principal obstáculo referido fue la falta de tiempo. El 38,4% de los médicos declaraba realizar educación sanitaria, actividad asociada a sexo femenino (Odds Ratio 1,70), mejor formación en esa materia (Odds Ratio 2,20) y mayor capacidad autopercebida para realizarla (Odds Ratio 1,32). No se encontró asociación entre realización de educación sanitaria y presencia de hábitos no saludables.

Conclusiones: Ser mujer, sentirse eficaz al realizar educación sanitaria y considerarse bien formado en esta materia se asocian positivamente con la realización de esta actividad por parte de los médicos de atención primaria, de los que sólo una tercera parte afirma realizarla.

Palabras clave: Educación para la salud. Atención primaria.

ABSTRACT

Factors Related to the Health Education
Practice for Primary Care Physicians in
Galicia, Spain

Background: Health education on the part of primary care physicians has been shown to improve the health of the population, but, generally speaking, physicians are not pursuing this to the recommended degree. The end purpose of this study is that of ascertaining what factors have an influence on health education being carried out by primary care physicians in Galicia (Spain), how they perceive their training in this regard, what obstacles they encounter as regards to providing this education and how the existence of unhealthy habits on the part of the physician has a bearing on carrying out this activity.

Methods: A cross-sectional study has been conducted. A previously-tested, self-answer mail-out questionnaire was sent to a random sample stratified by provinces of 420 primary care physicians from the «Servicio Galego de Saúde» (Galician Health Care Service). A comparative analysis was made with those who failed to reply. The main analysis of the data was conducted by means of a multivariate (logic regression) analysis.

Results: Seventy-three percent (73%) of the replies were valid, without any differences among strata. Sixty-four percent (64%) of the physicians surveyed considered their training in health education to be insufficient, being better among family doctors and among those who had taken courses specifically devoted to this subject. The main obstacle reported was the lack of time. 38.4% of the physicians reported that they carry out health education, an activity related to the female gender (Odds Ratio 1.70), better training concerning this subject (Odds Ratio 2.20) and a better personally perceived ability to carry out the same (Odds Ratio 1.32). No relationship was found to exist between the carrying out of health education and the existence of unhealthy habits.

Conclusions: Being female, feeling efficient at providing health education and considering oneself to be well-trained regarding this subject being related positively to this activity being carried out by primary care physicians, solely one third of whom report doing so.

Keywords: Educating for health. Primary care.

Correspondencia:
Gabriel J Díaz Grávalos
Feria 9
32130 Cea (Ourense)
Correo electrónico: gdgravalos@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la mejora en la situación económica de nuestra sociedad ha permitido a los ciudadanos dedicar gran cantidad de recursos a la salud. Sin embargo, este esfuerzo se ha concentrado en la vertiente asistencial de la sanidad, en detrimento de las medidas preventivas.

Una buena parte de la mortalidad y la morbilidad que se presenta en Galicia depende de factores directamente relacionados con conductas poco saludables^{1,2} y, en buena medida, podría haberse prevenido modificando las prácticas de salud personales³. La modificación de estas conductas pasa, entre otros posibles abordajes, por la educación sanitaria, entendida como herramienta para conseguir mejores resultados sanitarios de un modo más eficiente, como sugieren diversos organismos internacionales, entre ellos la propia OMS⁴. Un reciente informe de esta organización⁵ incidía en la efectividad de las intervenciones basadas en la atención primaria, entre otros motivos por su capacidad para acceder a la mayor parte de la población y el hecho de que el consejo del médico haya demostrado eficacia en la modificación de estilos de vida⁶. A pesar de ser reconocida habitualmente como un componente importante de la atención primaria, la educación sanitaria (ES) no recibe en nuestro país una atención excesiva por parte de los facultativos implicados⁷, circunstancia en la que Galicia no es una excepción.

La realización de ES por parte de los médicos de cabecera depende de la interacción de diversos determinantes⁵⁻¹⁰ cuyo conocimiento podría conducir a mejorar la calidad de la asistencia prestada.

Con el propósito de determinar las variables asociadas a la práctica de educación sanitaria por parte de los médicos de atención primaria de Galicia, su opinión respecto a la formación recibida en esta materia, los obstáculos que encuentran para realizarla y la posible influencia de sus propios hábitos no

saludables en dicha práctica, se ha planteado el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal. La población de referencia fue la totalidad de los médicos de atención primaria (1.483) con contrato estable en el Servicio Galego de Saúde, los cuales desarrollaban su actividad como médicos de familia o médicos generales a fecha 10 de noviembre de 1999, y cuyos nombres y direcciones profesionales fueron obtenidos a través de la Subdirección General de Atención Primaria del Servicio Galego de Saúde (SERGAS). No se incluyó a aquellos que ejercían su actividad de manera exclusiva en un servicio de urgencias y tampoco a los estomatólogos, ginecólogos y pediatras. El tamaño muestral necesario se calculó para un diseño transversal, con un universo poblacional conocido (1.483). Se consideró una variabilidad de los parámetros de 0,5; una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$), lo que supuso 285 médicos. Se optó por seleccionar un total de 420 individuos al considerar una estimación del porcentaje de no respuestas del 30%. La selección se realizó mediante un procedimiento informático por medio de un muestreo aleatorio estratificado por provincias, proporcional al número de médicos que ejercían en cada provincia.

Cuestionario

Se diseñó un cuestionario para que fuera autocumplimentado por los participantes (Anexo 1). En él se recogían datos personales y laborales, aspectos relacionados con la formación, obstáculos encontrados para realizar ES, importancia atribuida a la misma y una serie de ítems que permitían definir dos variables sintéticas: «Realización de educación sanitaria» y «Capacidad autopercibida para realizar educación sanitaria» (Anexo 2). Se consideró que se realizaba ES si se

cumplían al menos 4 de las actividades indicadas, quedando constituida como una variable categórica dicotómica. La dificultad o facilidad percibida por el médico para cada actividad se valoró como 0 y 1 respectivamente, y así, la variable «Capacidad autopercebida» quedó constituida como una variable cuantitativa con rango entre 0 (mínima capacidad) y 5 (máxima capacidad). Las diferentes actividades se seleccionaron a partir de la literatura^{7,11,12}. Los obstáculos encontrados para realizar ES los señalaba el médico a partir de los indicados en el cuestionario (Anexo 1), obtenidos igualmente de la literatura^{7,13}. El número de factores de riesgo presentes en cada facultativo lo indicó el médico a partir de los reflejados en la pregunta 2 del cuestionario, y quedó constituida como una variable cuantitativa con rango entre 0 y 5. La importancia atribuida a la ES la determinó el facultativo puntuándola entre 1 (importancia nula) y 10 (máxima importancia) y quedó reflejada como una variable cuantitativa en una escala comprendida entre 1 y 10.

Se aceptó que existía una formación adecuada en esta materia cuando el propio médico admitía unos conocimientos adecuados sobre los fundamentos teóricos de la ES y las técnicas para desarrollarlos, quedando constituida como una variable categórica dicotómica.

Se realizó una prueba piloto entre 27 médicos no incluidos en la muestra para valorar la adecuación del cuestionario. El análisis de fiabilidad realizado mostró un valor del alfa de Cronbach que oscilaba entre 0,678 para la escala global y 0,883 para capacidad autopercebida. Dadas las características de las variables estudiadas no fue posible analizar la validez de criterio. Entre octubre de 1999 y abril de 2000, se realizaron envíos postales del cuestionario a las direcciones profesionales de los facultativos con intervalos de 4 a 8 semanas, hasta completar tres envíos a los que no contestaron. Se adjuntó sobre de respuesta franqueado. Con el fin de paliar el problema de las no respues-

tas los cuestionarios llevaban un número de control que permitía identificar al facultativo que contestaba. La información se analizó de forma agregada, sin ningún tipo de identificación del médico que respondía.

Análisis

El análisis estadístico se realizó con ayuda del programa informático SPSS 9.0. Las variables categóricas se representaron mediante estimación de proporciones y las cuantitativas mediante media y desviación estándar ($x \pm DE$), ambas con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC). Los resultados del análisis bivariante se expresaron mediante razón de prevalencias (RP) cuando se trataba de variables categóricas. Para algunas comparaciones se utilizó la prueba de χ^2 . En el caso de que una variable fuera cuantitativa se realizó una comparación de medias mediante la prueba t de Student, previa comprobación de la normalidad de los datos. Cuando dicho supuesto de normalidad no se cumplía se aplicó una prueba no paramétrica de Mann-Whitney. En caso de variables cuantitativas se compararon mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Para valorar la influencia de los diferentes factores considerados en la realización de ES, y puesto que esta variable quedó constituida como dicotómica con valores 0 y 1, se utilizó una técnica de regresión logística. Se incluyeron en el modelo aquellas variables que en el análisis bivariante alcanzaron significación estadística, así como las que sin alcanzarla presentaban valores cercanos a la misma: sexo, formación adecuada en ES, importancia atribuida a la ES, capacidad autopercebida para realizar ES, especialidad en Medicina de Familia vía MIR, uso de historia clínica, cursos de posgrado en ES y realización de consulta programada. La interpretación de los coeficientes estimados se realizó mediante la transformación en *odds* del modelo.

RESULTADOS

El porcentaje de respuesta fue del 74,3% (312). Tras descartar 5 cuestionarios por mala cumplimentación, se tabularon definitivamente 307 cuestionarios que suponen el 73,1% de la muestra teórica. No hubo diferencias significativas entre los diferentes estratos ($\chi^2=2,49$; $p=0,47$). La tabla 1 muestra las características de los médicos que respondieron.

A través de las Gerencias de Atención Primaria de cada Área sanitaria fue posible obtener datos (Anexo 1) de un total de 104 facultativos que no habían contestado el cuestionario (96,3% de los que no habían respondido) y se compararon con los que habían respondido, encontrando entre los que no contestaron mayor edad (media de la diferencia: 2,1 años; $IC_{95\%}$: 0,25-3,71; $p < 0,05$) como única diferencia significativa.

Tabla 1
Características de los facultativos (IC 95%)

Características personales y laborales	Total	Varón	Mujer
Número	307	190 (61,9%)	117 (38,1%)
Edad	43,7 7,0; (42,9-44,5)	46,2 7,2; (45,1-47,2)	39,7 4,1; (38,8-40,5)
Especialidad en medicina de familia	62 (20,2%); (15,9-25,2)	26 (13,7%); (9,3-19,6)	36 (30,1%); (22,1-39,3)
Años de ejercicio	15,7 7,9; (14,8-16,5)	18,4 8,0; (17,2-19,5)	11,2 5,2; (10,1-12,3)
Formación específica en ES *	148 (48,2%); (42,5-53,9)	81 (42,6%); (35,5-49,9)	67 (57,3%); (47,8-66,2)
Tiempo por paciente	6,1 3,1; (5,7-6,4)	5,4 3,3; (4,9-5,8)	7,1 3,1; (6,4-7,7)
Número de pacientes asignados	1083 360; (1042-1123)	1097 359; (1046-1148)	1058 360; (982-1133)
Porcentaje de mayores de 65 años	45,8 17,8; (40,1-51,5)	45,3 17; (38,1-52,6)	46,4 19; (37,2-55,8)
Número de pacientes / día	36 14,6; (34,6-37,9)	37,4 15,3; (35,2-39,5)	35,5 13,3; (32,7-38,3)
Años en el puesto de trabajo	9,3 6,9; (8,5-10)	11,0 7,5; (9,9-12,0)	6,3 4,3; (5,4-7,2)
Número de factores de riesgo personales	1,5 1,1; (1,37-1,83)	1,5 1,1; (1,3-1,6)	1,4 1,2; (1,1-1,6)

* ES: Educación sanitaria

El 35,8% ($IC_{95\%}$: 30,4-41,4) de los médicos encuestados afirmaba tener formación adecuada sobre los fundamentos teóricos de la ES y las técnicas para desarrollarlos. El análisis bivariante mostró que unos mejores conocimientos se asociaban a la realización de residencia en MF (RP 2,22; $IC_{95\%}$: 1,07 - 4,61) así como a la formación específica en ES (RP 1,87; $IC_{95\%}$: 1,13-3,08). Un 85% de los médicos deseaba recibir mayor formación en esta materia.

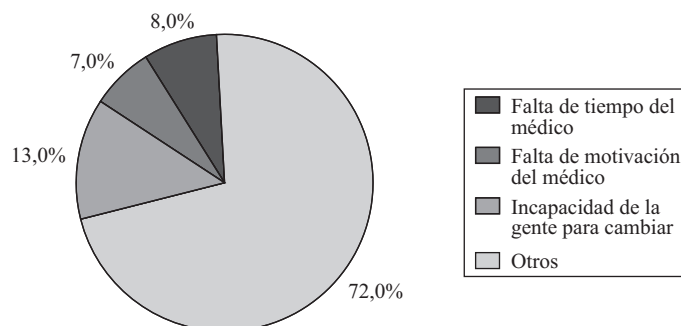
El principal obstáculo declarado para realizar ES fue, por este orden, la falta de tiempo (referido por el 72% de la muestra), la

falta de motivación por parte del facultativo y la falta de formación en esta actividad (figura 1).

Los facultativos atribuyeron a la ES una importancia media de 6,9 2,0 ($IC_{95\%}$: 6,65-7,11). La capacidad autopercibida para realizar ES obtuvo un valor de 2,4 1,3 ($IC_{95\%}$: 2,2-2,5) en una escala de 0 a 5. Se asociaba positivamente al sexo femenino (diferencia de medias (d) = 0,3; $IC_{95\%}$: 0,1-0,8; $p = 0,04$), a la mejor formación en ES ($d = 0,8$; $IC_{95\%}$: 0,34-1,10; $p < 0,001$) y a la residencia en MF ($d = 0,8$; $IC_{95\%}$: 0,36-1,10; $p = 0,001$), y de forma negativa a la edad ($r = -0,14$; $p = 0,01$).

Figura 1

Principal obstáculo para la realización de educación sanitaria según el médico de atención primaria



El 38,4% (IC_{95%}: 32,9-44,1) de los MAP gallegos declaraban realizar ES tal y como ha sido definida en este estudio. Los resultados del análisis de regresión logística permi-

ten concluir que se asocian tres variables a la realización de ES: sexo femenino, formación adecuada y capacidad autopercebida para realizarla (tabla 2).

Tabla 2

Variables explicativas de la realización de educación sanitaria (OR ajustados)

Variable	Categoría	OR *	IC 95%
Sexo	Varón (referencia)	1,00	
	Mujer	1,70	1,03-2,78
Formación adecuada en ES †	No (referencia)	1,00	
	Sí	2,21	1,34-3,64
Capacidad autopercebida para realizar ES		1,32	1,11-1,58

OR: Odds Ratio

† ES: Educación sanitaria

DISCUSIÓN

Aunque en la atención primaria gallega existen otras especialidades médicas (ginecología, pediatría, urgencias) se decidió circunscribir el estudio a los médicos de medicina general para conseguir una adecuada unificación de estilos de consulta. El porcentaje de respuestas obtenido puede considerarse alto, consiguiendo más del 20% de la población de referencia, lo que nos permite confiar que refleja las opiniones de los facultativos de Galicia. Por otra parte, la comparación de las características entre los mé-

dicos que respondieron y los que no lo hicieron sólo muestra una pequeña diferencia de edad a favor de estos últimos, lo que no parece que pueda sesgar los resultados del estudio.

Las limitaciones del instrumento de recogida de datos utilizado son inherentes a este tipo de estudios. Normalmente, un cuestionario produce una sobreestimación de las actividades educativas realizadas en la consulta, del mismo modo que existe tendencia por parte de los que contestan a responder lo que se considera la respuesta adecuada.

La definición de ES que se considere condiciona la comparación con otros estudios. Según la aceptada en Material y métodos, sólo el 38% de los médicos generales gallegos admite realizar ES, cifra que aunque parece escasa coincide con la encontrada por otros autores. En Gran Bretaña, Lawlor¹⁴ halló que los médicos generales sólo proporcionaban recomendaciones sobre estilos de vida a una minoría de pacientes. En Estados Unidos, Frank¹⁵ encontró que el 36% de los médicos aconsejaba habitualmente a los pacientes cuando presentaban hábitos no saludables. En España, Gervás¹⁶ determinó que la ES suponía el 10% de los contenidos de las consultas y Ogando¹⁷ halló ES en el 12% de consultas, ambos en atención primaria. Silagy¹⁸ encontró en Gran Bretaña que, en el mejor de los casos, sólo un 27% del conjunto de los pacientes había recibido consejo sobre aspectos concretos de su estilo de vida en el último año.

Por otra parte, la brevedad de las consultas encontrada en este estudio (tabla 1) confirmaría la idea de que la ES realizada es escasa en nuestro medio, ya que habitualmente la actividad educativa se centra en las consultas largas^{17,19}.

Existe asociación entre realización de ES y sexo del médico, formación en ES y capacidad autopercibida para realizarla. Respecto al primer punto, la práctica totalidad de la literatura coincide en ese mismo resultado, siendo las mujeres más activas en la realización de actividades preventivas en general y educativas en particular: Holund²⁰ en Dinamarca, Frank^{15,21} y Ewing²² en Estados Unidos y Maheux¹⁰ en Canadá encontraron este mismo resultado. Se acepta que la mujer realiza una consulta más centrada en el paciente frente a la consulta centrada en el problema que realiza el varón, y esto favorecería la realización de la actividad educativa; además, la consulta de la mujer es más larga que la del varón y eso favorece igualmente la ES^{17,19}.

La relación entre formación y ES ha sido demostrada igualmente por numerosos au-

tores, como Frank²³, Tziraki²⁴, Lazarus²⁵ y Rich²⁶ en Estados Unidos.

Respecto a la capacidad autopercibida por el médico para realizar ES, Ely²⁷ demostró que era el único factor independiente asociado con las actividades educativas. Los médicos que sienten que son efectivos en conseguir cambios en los comportamientos de los pacientes realizan más ES.

La asociación entre factores de riesgo propios y realización de ES, puesta de manifiesto en otros estudios^{23,28,29}, no se ha encontrado en éste, coincidiendo con lo hallado por Steptoe³⁰ en Estados Unidos. Es posible que la asociación entre factores de riesgo personales del médico e intervenciones educativas realizada de forma individual, factor a factor, hubiera permitido encontrar esta relación. Sin embargo, tal método implicaría preguntar directamente al facultativo por cada factor de riesgo, con el posible rechazo del encuestado, que es menos probable cuando se pregunta por conductas de riesgo de forma agrupada.

La escasez de tiempo se manifiesta como el principal obstáculo para realizar ES, como encontró Coulter³¹ en médicos generales británicos o en un estudio de la OMS³² sobre médicos de varios países europeos.

En este estudio la ES se manifiesta como un instrumento insuficientemente conocido entre los médicos; del mismo modo, en Cataluña, un estudio del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud presentaba a la ES como la actividad que ofrecía la menor satisfacción subjetiva en cuanto al grado de formación recibida³³.

Estos resultados muestran que, en un campo donde queda mucho por hacer, dos elementos se constituyen, desde el punto de vista práctico, en piezas fundamentales para incrementar la actividad educativa en las consultas: aumentar la formación en esta materia, tanto en el pregrado como en el posgrado, y conseguir un mayor tiempo de consulta por paciente. Es necesario no olvi-

dar que la ES por sí sola no será capaz de mejorar la salud de la población si no se tienen en cuenta otros condicionantes, como el acceso a los servicios sanitarios, las diferencias sociales o las políticas de salud^{34,35}.

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor JJ Gestal Otero, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela, por sus valiosas sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Servicio de Epidemiología del Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por cáncer en España 1997. Disponible en: URL:<http://193.146.50.130/cancer/mort97.txt>
- Dirección Xeral de Saúde Pública. Mortalidade en Galicia 1980-1997. Documentos técnicos de saúde pública. Serie B. N.º 22 [monografía en CD-ROM]. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade e Servicos Sociais; 2000.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- World Health Organization Europe. Regional Strategy For Attaining Health For All By The Year 2000. EUR/RC 3018. Rev 1. Copenhagen: WHO; 1981.
- WHO Working Group. Report of the WHO Working Group on Lifestyles and Behaviour Change. Copenhagen: WHO; 1999.
- Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997; 14:160-176.
- Salleras L, Bertrán JM, Prat A. Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling). *Med Clin (Barc)* 1994;102 (Supl 1):19-25.
- Green LW, Eriksen MP, Schor EL. Preventive practices by physicians: behavioral determinants and potential interventions. In: Battista RN, Lawrence RS, eds. Implementing preventive services. *Am J Prev Med* 1988; 4(4s): 101-107.
- Frank E, Kunovich-Frieze T. Physicians' prevention counseling behaviors: current status and future directions. *Prev Med* 1995;24:543-545.
- Maheux B, Pineault R, Lambert J, Béland F, Berthiaume M. Factors influencing physicians' preventive practices. *Am J Prev Med* 1989; 5: 201-206.
- Field Fass M, Vahldieck MA, Meyer DL. Teaching patient education skills: A curriculum for residents. Madison: Society of Teachers of Family Medicine; 1983.
- Guayta R. Educación sanitaria. *FMC* 1998;5:440-453.
- Guayta R, Abella X, Tresserras R, Taberner JL, Salleras L. El consejo médico en atención primaria. *JANO* 1995;49:1419-1424.
- Lawlor DA, Keen S, Neal RD. Can general practitioners influence the nation's health through a population approach to provision of lifestyle advice? *Br J Gen Pract* 2000;50:455-459.
- Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med* 1996; 5: 215-219.
- Gervás JJ, Hernández LM, Martí A, García-Sagredo P, Elvira P, Estévez A *et al.* La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 202-205.
- Ogando B, Giménez A, De Andrés ME, García LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria* 1995;15:290-296.
- Silagy C, Muir J, Coulter A, Thorogood M, Yudin P, Roe L. Lifestyle advice in general practice: rates recalled by patients. *BMJ* 1992;305:871-874.
- Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Health promotion in the general practice consultation: a minute makes a difference. *BMJ* 1992;304:227-230.
- Holund U, Thomassen A, Boysen G, Charles P, Eriksen EF, Overvad K *et al.* Importance of diet and sex in prevention of coronary artery disease, cancer, osteoporosis, and overweight or underweight: a study of attitudes and practices of Danish primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997;65(6 Suppl): 2004-2006.

21. Frank E, Lutz LJ. Characteristics of women US family physicians. *Arch Fam Med* 1999; 8: 313-318.
22. Ewing GB, Selassie AW, López CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. *Am J Prev Med* 1999;17:62-72.
23. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med* 2000;9:359-367.
24. Tziraki C, Graubard BI, Manley M, Kosary C, Moler JE, Edwards BK. Effect of training on adoption of cancer prevention nutrition-related activities by primary care practices: results of a randomized, controlled study. *J Gen Intern Med* 2000;15:155-162.
25. Lazarus K. Nutrition practices of family physicians after education by a physician nutrition specialist. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(6 Suppl):2007-2009.
26. Rich EC, Schlossberg L, Luxenberg M, Korn J. Influence of a preventive care educational intervention on physician knowledge, attitudes, beliefs, and practice. *Prev Med* 1989;18:847-855.
27. Ely JW, Goerdt CJ, Bergus GR, West CP, Dawson JD, Doebbeling BN. The effect of physician characteristics on compliance with adult preventive care guidelines. *Fam Med* 1998; 30: 34-39.
28. Lewis CE, Wells KB, Ware J. A model for predicting the counseling practices of physicians. *J Gen Intern Med* 1986;1: 14-19.
29. Bredfeldt RC, Brewer ML, Junker JA. Influences upon reported health promotion by family physicians. *Fam Pract Res J* 1990;9:85-94.
30. Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Fam Pract* 1999; 16:158-163.
31. Coulter A, Schofield T. Prevention in general practice: the views of doctors in the Oxford region. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 140-143.
32. WHO Collaborative Group. WHO phase III collaborative study on implementing and supporting early intervention strategies in primary health care. Report on strand I: General practitioners' current practices and perceptions of preventive medicine and early intervention for hazardous alcohol use. A 16 country study. Copenhagen: WHO; 1998.
33. Codina J. ¿En qué deberíamos ser competentes? *7 DM* 1994; núm 231: 45.
34. Segura A, Fernández E. Mortalidad y educación. *Med Clín (Barc)* 1998; 110:177-179.
35. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Aten Primaria* 2000; 25:560-562.

Anexo 1

Cuestionario utilizado

P.1. Respeto a la educación sanitaria:

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Ns/Nc</i>
a. Considera que su formación es adecuada			
b. Le gustaría recibir formación adicional			
c. Conoce las bases teóricas en que se fundamenta			
d. Conoce las técnicas para llevarla a cabo			

P.2. Los siguientes son factores de riesgo para diferentes problemas de salud. Indíquenos cuántos de ellos le afectan a Ud. personalmente:

Tabaquismo

Consumo excesivo de alcohol

Falta de ejercicio físico

Sobrepeso

No usar cinturón de seguridad

De 0 a 5: _____

P.3. Los siguientes han sido considerados obstáculos para la realización de educación sanitaria. Ordene de más importante (1.º) a menos importante (3.º) los tres que, en su opinión, más influyen para que no se realice educación sanitaria en atención primaria (sólo tres):

Consideración de que el estilo de vida es un asunto personal	
Sobrecarga asistencial (falta de tiempo)	
Consideración de que no es una función del médico	
Motivación inadecuada del médico en este tema	
Formación inadecuada del médico	
Incapacidad de la gente para cambiar de hábitos	

P.4.a. He aquí algunas actividades en educación sanitaria; respecto a cada una de ellas, ¿cómo considera Ud su realización?

	<i>Fácil</i>	<i>Difícil</i>	<i>Ns/Nc</i>
a. Recoger información sobre los hábitos de los pacientes			
b. Recoger información sobre las creencias de los pacientes respecto a sus hábitos			
c. Definir necesidades de cambio en base a los datos recogidos			
d. Diseñar un programa personal de cambio de hábitos para un paciente			
e. Seguir y evaluar los efectos del consejo sobre los hábitos de vida			

P.4.b. Respecto a las mismas actividades de la pregunta anterior, ¿las realiza Ud habitualmente?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Ns/Nc</i>
a. Recoger información sobre los hábitos de los pacientes			
b. Recoger información sobre las creencias de los pacientes respecto a sus hábitos			
c. Definir necesidades de cambio en base a los datos recogidos			
d. Diseñar un programa personal de cambio de hábitos para un paciente			
e. Seguir y evaluar los efectos del consejo sobre los hábitos de vida			

P.5. Valore desde 1 (Mínima) hasta 10 (Máxima) la importancia *real* (no teórica) que, en su opinión, tiene la educación sanitaria en la consulta del médico de atención primaria:

Anexo 2

Variables en el cuestionario

Características personales y laborales	
Edad *	Número de pacientes asignados *
Sexo *	Porcentaje de mayores de 65 años *
Especialidad y vía de obtención *	Número de pacientes / día
Años de ejercicio	Años en actual puesto de trabajo *
Formación específica en Educación Sanitaria	Duración media de la consulta diaria
Uso de historia clínica	Consulta programada
Situación administrativa *	
Formación adecuada en Educación Sanitaria	
Fundamentos teóricos de la Educación Sanitaria	
Técnicas para desarrollar Educación Sanitaria	
Obstáculos para desarrollar Educación Sanitaria (A partir de los indicados en el cuestionario)	
Importancia atribuida a la Educación Sanitaria (Valoración entre 1 y 10)	
Realización de Educación Sanitaria (Actividades desarrolladas entre las referidas)	—Recoger información sobre los hábitos de los pacientes —Recoger información sobre las creencias de los pacientes respecto a sus hábitos —Definir necesidades de cambio
Capacidad autopercebida para desarrollar Educación Sanitaria (Grado de dificultad en las actividades referidas)	—Diseñar un programa personal de cambio de hábitos para el paciente —Seguir y evaluar los efectos del consejo sobre los hábitos de vida

*: Variables obtenidas de los que no contestaron