

PARTE PRÁCTICA

CÓMO LEER UN ARTÍCULO DE PSICOLOGÍA SOCIAL

Los artículos de revista que los psicólogos sociales utilizan como vehículos de comunicación exigen una lectura apropiada para comprender qué logros se han producido, por qué se ha investigado y teorizado en una determinada dirección y no en otra, dónde se han producido avances...

Primero nos podemos encontrar con diversos tipos de artículos, entre los cuales podemos distinguir tres:

1. **Informes de estudios empíricos.** Son los más abundantes. Se trata de trabajos en los que se presentan las investigaciones originales realizadas.
2. **Artículos de revisión.** Tienen como objetivo la evaluación crítica de material ya publicado para determinar en qué medida la investigación realizada en la disciplina ha permitido progresar hacia la clarificación.
3. **Artículos teóricos.** No poseen estructura uniforme. Pueden versar sobre la formulación inicial de una nueva teoría, hasta el análisis de las limitaciones o los méritos de otras teorías. La característica común de estos artículos es que sólo recurren a resultados empíricos cuando éstos resultan necesarios para ilustrar algún problema.

En los artículos nos encontramos las preferencias de los autores por una u otra tendencia teórica, así como muchas líneas de investigación diferentes. Estos también varían en función de la audiencia a la que van dirigidos o de las normas de publicación de cada revista.

La estructura fundamental de los informes de investigación es:

- **Introducción.** El autor presenta el problema que se propone estudiar haciendo hincapié en los aspectos a los que va a dedicar una atención especial.
- **Método.** Debe contener toda la información necesaria para que el lector pueda repetir el estudio por sí mismo. Dentro de él:
 - **Diseño.** Sirve para fijar la estrategia de investigación. Método de recogida de datos, tipo de estudio empleado, tipo y número de variables, los valores de las variables y el papel de cada una de ellas.
 - **Participantes.** El número depende del diseño elegido. Debemos conocer la distribución de los sujetos en los diversos grupos.
 - **Operacionalización de las variables.** Paso de la definición conceptual de un fenómeno a una definición concreta que permite su medición. Es importante calibrar el ajuste entre la forma en que se mide o manipula la variable y el contenido del concepto que esa variable representa.
 - **Hipótesis.** Establecen las relaciones provisionales entre las variables del estudio, y permiten pasar del plano de la abstracción al de la contrastación empírica. No siempre están formuladas explícitamente.
 - **Procedimiento.** Establecimiento de una secuencia de fases por las que atraviesan los participantes y de actividades que deben realizar desde que comienzan a participar en el estudio hasta que lo abandonan.
- **Resultados.** Determinan si las hipótesis enunciadas se ajustan o no a la realidad, si la forma de abordar el problema es o no la correcta. En la mayoría de los casos los resultados son cuantitativos y se presentan en forma de tablas y figuras y es comentado por el autor.
- **Discusión y conclusiones.** Aquí se recogen los planteamientos de la introducción y se examinan las implicaciones de carácter más amplio de los resultados, especialmente en relación con lo planteado en la introducción. Debe quedar claro si la investigación realizada ha hecho avanzar sustancialmente en la comprensión del problema. También se señalan las limitaciones de los estudios que suelen ser los resultados no confirmatorios y los factores que no se han controlado.

**GUÍA GENERAL PARA LA ELABORACIÓN DE UN
INFORME DE PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA SOCIAL**

El contenido de los apartados que debemos incluir en un informe de prácticas es:

- **Título** de la práctica: debe dar una idea clara del tema de la investigación.
- **Autor**: debe incluirse el nombre y apellidos así como el centro asociado al que se pertenece.
- **Introducción**: presentación del tema que se va a estudiar, haciendo hincapié en la importancia de éste y relacionándolo con estudios anteriores. Los trabajos que se mencionen deben aparecer al final en Referencias. Al final se deben presentar las hipótesis que se pretende poner a prueba o los objetivos del estudio.
- **Método**: tres subapartados:
 - Muestra
 - Material
 - Procedimiento
- **Resultados**: análisis estadísticos que se han realizado con los datos recogidos y se expone los resultados de estos análisis. Se deben relacionar con las hipótesis u objetivos que se hayan especificado en la introducción.
- **Discusión**: interpretación y evaluación de los resultados de forma global, relacionándolos con el marco teórico y las hipótesis planteadas en la introducción, en qué coinciden y en qué no.
- **Referencias**: deben aparecer por orden alfabético, todos los estudios que se citen en el trabajo y todo lo que se haya leído para realizarlo.

ATRIBUCIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.
DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES Y PROFESIONALES
DE LA SALUD

1. **INTRODUCCIÓN. ATRIBUCIÓN Y SALUD.**

La atribución o identificación de las causas de la conducta es uno de los aspectos teóricos más estudiados dentro del ámbito de la cognición social.

Las teorías de la atribución consideran que las personas pueden percibir el mundo en términos de causas y efectos. La frecuencia con la que se realizan las atribuciones y las condiciones en las que hay mayor probabilidad de implicarse en un análisis en términos de causas y efectos es uno de los aspectos estudiados por los investigadores sobre esta cuestión.

Hay unos que opinan que lo más probable es que las personas no se detengan en análisis causales cuando están desarrollando actividades diarias, otros afirman que existe un pensamiento causal espontáneo fundamental para la vida cotidiana. Lo que sí está claro es que algunas situaciones son especialmente propicias para hacer atribuciones, como en las que las personas se enfrentan a resultados inesperados, los resultados negativos de un hecho y la motivación para controlar el ambiente.

El estudio de las atribuciones se enmarca en los modelos explicativos sociocognitivos. Estos modelos aportan las creencias sobre las causas de la salud, la enfermedad y el comportamiento de salud.

2. **NIVELES Y DOMINIOS EN ATRIBUCIÓN.**

Si adoptamos la estructura de los niveles y dominios de análisis de las explicaciones en Psicología Social, podemos encontrar los procesos atributivos en cada uno de ellos. Primero, si nos centramos en la persona en general y en este caso, inmersa en un proceso de amenaza para la salud o de enfermedad, implicado en procesos psicológicos intrapersonales con el objetivo de organizar su percepción, evaluación y comportamiento, encontramos atribuciones de la salud, de la sintomatología, de la enfermedad y de su comportamiento de salud/enfermedad. En segundo lugar, inmersos en las relaciones interpersonales y su dinámica en situaciones concretas, la persona es un actor entre otros. Nos encontramos con la atribución interpersonal que surge desde las relaciones más sociales hasta las más cerradas.

Las personas se convierten en actores y observadores al hacer atribuciones de su propia conducta y de la de otras personas. En tercer lugar, a nivel intergrupar se analizan fundamentalmente las diferencias que podemos encontrar en las atribuciones de las personas en función de su pertenencia al grupo. Por tanto, se observan los efectos de la categorización social en la atribución. Se considera en este nivel exclusivamente el comportamiento de una persona como miembro de un grupo, cuyas características determinan su identidad social.

Las atribuciones intergrupales se refieren a la manera en que los miembros de diferentes grupos hacen atribuciones del comportamiento de su propio grupo y de otros grupos. Se establece una analogía con este fenómeno a nivel intergrupar con la llamada atribución etnocéntrica, en la medida en que las personas tienden a atribuir los acontecimientos positivos al propio grupo, mientras que los acontecimientos negativos se atribuyen a otro grupo.

Por último, el nivel societal, centrado en una sociedad como tal, se ocupa de las creencias de aquellos que la componen. Las representaciones sociales pueden considerarse como ejemplo de atribución societal. La salud y la enfermedad han sido aspectos fundamentales en el estudio de las representaciones sociales.

En el siguiente trabajo nos centramos en la atribución interpersonal enmarcada en el contexto de la atención de la salud. Estudiamos los contenidos de las atribuciones del comportamiento de salud, que forman parte de los procesos sociocognitivos que es posible identificar en las relaciones entre pacientes o clientes y profesionales sanitarios.

ATRIBUCIÓN INTERPERSONAL en la RELACIÓN del ENFERMO con los PROFESIONALES SANITARIOS.

Es un hecho comprobado por las teorías clásicas de la atribución que el perceptor que intenta explicar la conducta propia o de otros, se desvía de la normativa marcada. Comete errores, entendidos como una desviación de los procesos normativos, y sesgos, cuando se advierten distorsiones sistemáticas de alguno de los procesos correctos.

El *error fundamental de la atribución* y el *efecto actor-observador* son dos fenómenos que han recibido una amplia atención por los investigadores en el campo de la atribución. Se detecta su presencia en las relaciones que se establecen en la asistencia sanitaria.

Tenemos que partir de la concepción de Heider respecto a que los cambios del ambiente, la mayoría de las veces, están ocasionados por los actos de las personas en combinación con otros factores. Se considera error fundamental de la atribución a la tendencia de los que realizan las atribuciones a subestimar el impacto de los factores situacionales y sobrestimar el papel de los factores disposicionales. Se puede entender en términos más o menos estrictos en función de la contribución atribuida a los determinantes disposicionales, dependiendo de que se otorgue una importancia mayor a las atribuciones disposicionales que a las situacionales o que se haga una atribución exclusiva de disposiciones del actor sin aceptar el papel de los determinantes situacionales de la conducta.

La tendencia a explicar el comportamiento de las personas en función de factores disposicionales es persistente incluso en los casos en los que podría deducirse una atribución claramente situacional, de manera que en situaciones en las que las personas están condicionadas por las circunstancias, se las sigue percibiendo como más responsables de su conducta que lo que son en realidad.

Cercano al error fundamental, el efecto actor-observador sugiere que tendemos a ver la conducta de las otras personas en función de causas internas relativamente estables, pero cuando se trata de explicar nuestra propia conducta nos centramos en factores externos a este fenómeno, pero fueron Nisbett y Ross los que señalaron su relación con el heurístico de disponibilidad. Estos autores piensan que el actor tiene menor tendencia a caer en el error fundamental cuando explica sus propias acciones, que la que tendría un observador de la misma conducta. Podemos hablar de las atribuciones de sí mismo y del otro, sin que tenga que darse necesariamente la situación teórica en la cual una persona actúa delante de otra que lo observa. Se puede decir que lo que se observa es una diferencia en la atribución entre sí mismo y el otro, cuanto es mayor la autoatribución a la situación que la heteroatribución a la situación.

Las causas del error fundamental de la atribución y del efecto actor-observado, se han asociado a aspectos informativos, perceptuales, motivacionales y sociales.

De las diferentes explicaciones deducimos ventajas y desventajas para la exactitud con que actor y observador hacen las atribuciones. Aparte de la dificultad de encontrar un criterio de exactitud para evaluar la actividad atributiva, ambos, actor y observador, tienen condiciones tanto a favor como en contra para realizarla. Pese a ser un fenómeno ampliamente comprobado por la evidencia empírica, adolece de algunas limitaciones y problemas.

En la relación del profesional de la salud con el paciente, se advierte la posibilidad de que se produzca un sesgo disposicional en los primeros cuando perciben la localización del problema de salud que presenta el paciente. A ello hay que añadir que pueden existir diferencias actor-observador en la percepción de los fenómenos relacionados con la salud.

El problema de atribución básico para los profesionales sanitarios en particular, es llegar a saber si el problema del paciente se localiza dentro del paciente (atribución interna), en el ambiente físico o social (atribución externa) o en el paciente en la situación.

Se advierte de la posibilidad de que estos profesionales tiendan a dar una respuesta disposicional.

Por otro lado, se han destacado algunas características del rol asistencial, como potenciales fuentes de la situación de la atención de la salud que contribuyen a que el profesional sanitaria asuma el papel de observador en la relación que establece con los pacientes.

El efecto actor-observador, se ha detectado en el análisis causal de problemas de salud.

También se ha planteado la posibilidad de encontrar este efecto en las explicaciones que los profesionales sanitarios y pacientes dan al cumplimiento terapéutico.

Al preguntarse sobre las causas de estos sesgos, además de las fuentes ya identificadas que pueden favorecer tendencias disposicionales en la asistencia sanitaria, se han dado explicaciones en relación con características concretas de la situación de enfermedad y otras en relación con las razones aludidas desde las teorías clásicas.

Si indagamos en las consecuencias que puede tener la persistencia de los sesgos atributivos en la relación del profesional de la salud con el paciente, encontramos sus efectos negativos. Fundamentalmente, se asocian estos sesgos a la falta de comprensión entre el profesional de la salud y el paciente. En el caso de efecto actor-observador, paciente y profesional perciben el hecho desde diferentes perspectivas y se centran en signos distintos, hasta el punto de que los elementos en los que se centra uno de ellos no los ve el otro.

Así, en la medida en que ocurran sesgos atributivos que puedan entorpecer el proceso de comunicación y comprensión entre el profesional de la salud y el paciente produce un desacuerdo cognitivo. La falta de comprensión dificulta, en general, la marcha de la asistencia sanitaria, provocando insatisfacción, incumplimiento de las medidas preventivas de salud... El conocimiento de estos procesos en el marco sanitario, es por tanto, fundamental.

ATRIBUCIÓN y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

El cumplimiento terapéutico es un problema que aún, en la actualidad se sigue considerando entre los más importantes en la atención de la salud. Las estimaciones indican que el 43% de los pacientes diagnosticados incumplen los tratamientos. Las cifras de incumplimiento varían en función de la conducta de cumplimiento y de las características del trastorno. Cuando se trata de tratamientos cortos con medicamentos las tasa de cumplimiento aumentan. Por el contrario, si las recomendaciones requieren cambios en el estilo de vida, en general, el cumplimiento disminuye cuando se trata de un proceso agudo al 20% y aumenta en las enfermedades crónicas hasta el 45%.

Las tasas de incumplimiento también varían en función del método de medida empleado. Las cifras de cumplimiento disminuyen según se emplean formas de medida más directas y aumentan, según se opte por medidas más indirectas.

El cumplimiento puede entenderse como una conducta o ausencia de ellas. Desde este punto de vista lo hizo Haynes en su definición, como la media en que el comportamiento de una persona coincide con las indicaciones del médico o del servicio de salud. Esta definición coloca al paciente en una posición pasiva.

Los riesgos del incumplimiento y sus consecuencias son siempre negativos. Aunque hay que tener en cuenta las condiciones orgánicas, los efectos van desde el aumento de la sintomatología y recurrencia de la enfermedad, hasta la muerte, pasando por el descenso del nivel general de salud de la población y el aumento del coste sanitario.

Si se analizan los trabajos que han relacionado la atribución con el cumplimiento terapéutico, se aprecia que la mayoría de ellos lo han hecho desde el nivel individual. Sin embargo, no encontramos apenas evidencia sobre la atribución interpersonal del cumplimiento terapéutico y por tanto, tampoco sobre la forma en que pudiera afectar al cumplimiento terapéutico. En un trabajo ya clásico en el que se pedía a los médicos que explicaran las causas de incumplimiento de los tratamientos, aludían a la personalidad del paciente, la actitud del médico, la incapacidad del paciente para entender las explicaciones, para esforzarse en seguir las indicaciones y el hecho de tener que afrontar una situación vital difícil. Tanto los médicos veteranos como los más jóvenes tendían a localizar la causalidad del incumplimiento más en los enfermos que en ellos mismos. Ello sugiere una tendencia disposicional en la atribución del cumplimiento terapéutico en los médicos entrevistados, aunque no se estudian directamente las atribuciones hechas por los pacientes para comparar ambas. En cuanto a las atribuciones de los pacientes de la adhesión a dietas antihipertensivas, Jeffery y colaboradores, centrándose en la relación de los sesgos atributivos con el autocontrol, obtienen un patrón defensivo en las atribuciones de los pacientes que no pierden peso en cuanto al incumplimiento de la dieta, describiendo la mayoría de los problemas en términos externos e incontrolables.

El trabajo que describimos ahora responde a la necesidad de estudiar las atribuciones interpersonales del cumplimiento y de profundizar en el estudio de la existencia de perspectivas distintas sobre esta conducta.

ESTUDIO de la ATRIBUCIÓN del CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO en TRATAMIENTOS ANTIHIPERTENSIVOS.

La hipertensión es un problema socio-sanitario muy importante si tenemos en cuenta su prevalencia y su carácter de factor de riesgo. Dependiendo de las cifras límites que definen la enfermedad, las estimaciones de prevalencia en España oscilan entre el 20%-30% durante los años 80 y 90 y el 30%-40% de la población adulta de nuestro país. En el mismo trabajo se estudia la magnitud del problema desde la perspectiva de la salud pública, puesto que supone un 28% de hipertensión arterial estadio 1 y un 17% de personas con presión normal-alta. Ello se traduce en la existencia de grupos de riesgo, si se atiende a su magnitud y a la proporción de complicaciones relacionadas con este trastorno.

Se estima que en general, que de los hipertensos detectados (50% del total de los hipertensos), sólo se trata al 53% y que sólo el 50% de estos pacientes cumple los tratamientos. En España el cumplimiento de los pacientes tratados farmacológicamente no suele superar el 50%.

El cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial incluye la asistencia a la consulta, el seguimiento de la medicación y de los consejos médicos respecto a la reducción del consumo de sal, la disminución de peso y la abstención de fumar y beber alcohol.

En este trabajo se plantea el objetivo de obtener las perspectivas que los enfermos y los profesionales sanitarios tienen del comportamiento terapéutico del paciente, dentro de una línea de investigación sobre la influencia de los procesos sociocognitivos en las conductas de salud y enfermedad. Para ello, nos planteamos obtener las explicaciones naturales del cumplimiento terapéutico de tratamientos antihipertensivos de pacientes hipertensos esenciales y profesionales sanitarios y observar los procesos atributivos que puedan emerger en la situación.

Optamos por las explicaciones naturales en vez de hacer una clasificación teórica recurriendo a las teorías de la atribución. Resulta útil intentar clasificar tales explicaciones naturales a partir de algún modelo teórico.

Esperamos diferencias entre las explicaciones de los profesionales sanitarios y las de los pacientes, y también que estas perspectivas distintas representen una percepción del grupo y que haya cierto acuerdo entre ellos.

En función del efecto actor-observador de la atribución y de los sesgos protectores del yo, los pacientes podrían mostrar una tendencia a atribuir su comportamiento de cumplimiento terapéutico a aspectos externos. Por otro lado y según el error fundamental de la atribución, los profesionales sanitarios podrían mantener atribuciones internas de la conducta de cumplimiento.

- **Muestra.**

Participaron 100 pacientes de hipertensión arterial esencial (50 hombres y 50 mujeres), en tratamiento farmacológico por lo menos durante los nueve meses anteriores, y que en el momento de la investigación estaban tratándose fundamentalmente en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital Clínico San Carlos, así como 100 profesionales sanitarios (47 médicos y 53 enfermeras) que tratan y atienden a pacientes hipertensos en diferentes centros hospitalarios y de salud de Madrid.

- **Variables.**

Las variables se obtuvieron en un trabajo piloto previo a partir de una serie de entrevistas de grupo con pacientes hipertensos esenciales, médicos y profesionales de enfermería que atendían a este tipo de enfermos.

Las explicaciones naturales son:

- Características del tratamiento y de la enfermedad.
- Explicaciones e información sobre la enfermedad, diagnóstico y tratamiento.
- Influencia de terceras personas.
- Nivel educacional, comprensión y memorización de la información recibida.

- Actitud ante la Medicina y los Profesionales de la Salud.
- Aspectos en relación con la dieta y los hábitos de salud.
- Relaciones entre el tratamiento y la vida diaria.
- Mentalización y concienciación de la enfermedad y de su tratamiento.
- Estado psicológico.
- Funcionamiento institucional y calidad de la comunicación y cooperación entre los profesionales sanitarios.
- Estrategias para motivar al enfermo utilizadas por los profesionales sanitarios.

• **Instrumentos.**

Se elaboró un nuevo instrumento “Cuestionario de Atribución del Cumplimiento Terapéutico” con dos formas.

Una dirigida a los pacientes o enfermos y una segunda para profesionales sanitarios.

La primera forma tiene un total de 36 reactivos monotípicos tipo Likert, de ellos 24 se refieren a atribuciones del cumplimiento terapéutico.

La segunda contiene un total de 35 reactivos sobre cumplimiento terapéutico.

Para responder se incluye una escala de 5 puntos, de los cuales 1 es “completamente en desacuerdo”, 2 “en desacuerdo”, 3 “indeciso”, 4 “de acuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. La comprensión última de los reactivos se comprobó pasando el cuestionario a un grupo de pacientes y a un grupo de expertos médicos. LA fiabilidad la comprobamos con un Coeficiente Alpha de Cronbach de .6295 para la forma dirigida a los pacientes y de .6752 para la de los profesionales.

• **Procedimiento.**

Recogimos la mayoría de la muestra de pacientes de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y parte de la de los profesionales sanitarios. Entrevistábamos a los pacientes una vez finalizada la consulta médica. En dichas entrevistas, además de otras tareas, los pacientes respondían el cuestionario. Los cuestionarios dirigidos a los médicos y enfermeras los repartimos por los centros sanitarios.

• **Resultados.**

Se realizaron Análisis factoriales de Componentes Principales para obtener la estructura factorial de los dos cuestionarios elaborados; análisis de varianza de un solo factor para indagar en las diferencias entre médicos y enfermeras en la atribución del cumplimiento terapéutico y; contrastes T para muestras emparejadas para comprobar la existencia de sesgos atributivos.

En primer lugar, analizamos los resultados relacionados con la atribución del cumplimiento terapéutico de los enfermos hipertensos. El análisis factorial sobre las puntuaciones directas de cada ítem desvela la existencia de 6 factores o dimensiones de cumplimiento terapéutico, que explican el 64% de la varianza total de los que se interpretan 5 en función de la regla empírica Scree Plot para matizar los resultados.

Rechazamos el sexto factor porque no aportaba significado. Se encuentra un primer factor de importante consideración al que siguen dos también de relevancia.

<u>Estructura factorial. Factores rotados</u>			
Interpretación	Atribución	Carga	%varianza total
Mentalización y miedo	Temor a la invalidez	.90025	18.9
	Miedo a los problemas cardiovasculares	.80569	
	Culpabilidad	.52877	
Relación entre el tratamiento y la vida diaria	Estado psicológico	.72826	13.16
	Salidas con los amigos	.67293	
	Excepciones al tratamiento	.49038	
Hábitos de salud	Hábitos de salud negativos	.71328	10.2
	Información adicional	.70328	
	Dieta y restricciones	.58005	

Organización asistencial	Tiempo de consulta Retrasos en las pruebas Masificación sanitaria	.76693 .75707 .51764	8.1
Controlabilidad	Percepción de la mejora Masificación sanitaria	.82391 .59307	6.8

El Cuestionario de Atribución del Cumplimiento Terapéutico para profesionales sanitarios lo sometimos también a un análisis factorial sobre las puntuaciones directas, para obtener su estructura factorial. Después de todo obtuvimos 6 factores que dan cuenta del 60,6% de la varianza total. Interpretamos 5 de ellos desestimando la aportación del sexto.

<u>Estructura factorial. Factores interpretados</u>			
Interpretación	Atribución	Carga	%varianza total
Información y efectividad	Información sobre las pruebas	.75837	21.7
	Información sobre el tratamiento	.72208	
	Eficacia percibida del tratamiento	.62280	
	Cantidad de información	.50957	
Interés del profesional de la salud	Aceptación del paciente	.73848	11.3
	Información adicional	.72301	
	Orientaciones según condiciones de vida	.71868	
	Confianza en los profesionales sanitarios	.51719	
Cambio de hábitos y su negociación	Hábitos establecidos	.82155	8.3
	Cambio de estilo de vida	.72646	
	Negociación del tratamiento	.63385	
Influencia de otras personas	Influencia de la familia	.69029	7.5
	Creencia en la utilidad de la Medicina	.68657	
Formación sanitaria	Formación sanitaria	.69655	6.1
	Influencia de otros profesionales	.63762	

La siguiente tabla muestra los factores interpretados para las muestra de ambos grupos.

<u>Factores de atribución del cumplimiento terapéutico</u>	
Pacientes	Profesionales sanitarios
Miedo y mentalización	Información y efectividad
Relación entre el tratamiento y la vida diaria	Interés del profesional de la salud
Hábitos de la salud	Cambio de hábitos y su negociación
Organización asistencial	Influencia de otras personas
Controlabilidad	Formación sanitaria

Las dimensiones encontradas nos permiten destacar las diferencias entre la perspectiva que enfermos hipertensos y profesionales médicos que les atienden tienen sobre el cumplimiento terapéutico, que podemos considerar como una opinión de grupo sobre este aspecto. Los pacientes se centran fundamentalmente en el miedo hacia las consecuencias de la enfermedad. Sin embargo, se atribuyen a sí mismos una participación más activa en su conducta terapéutica que la otorgada por los médicos y enfermeras y mayor que la que ellos mismos dan a estos profesionales.

Los médicos y enfermeras se centran en la información sobre los distintos aspectos del proceso de atención de la salud, que consideran necesario proporcionar a los pacientes, la efectividad de los tratamientos, sus demostraciones de interés por el paciente... Cabe concluir que los médicos y los profesionales de enfermería participantes se otorgan, en general, la responsabilidad fundamental del cumplimiento del paciente como principales agentes de influencia, que actuará sobre la confianza y formación de los pacientes.

La perspectiva obtenida no coincide con los trabajos de Davis, en el que los médicos entrevistados parecían mostrar una tendencia a localizar en el paciente más que en los médicos, la responsabilidad del incumplimiento. Pero nosotros no tuvimos en cuenta la valencia del comportamiento, haciéndolo en una importante proporción de los ítems en términos

positivos, como aspectos que favorecen el cumplimiento. Podemos considerar por ello que los profesionales se consideran como los principales agentes de influencia para el cumplimiento, mientras que el incumplimiento obedecería más a los hábitos establecidos del paciente y a la intervención de otras personas no sanitarias.

Para matizar las diferencias intergrupales de los profesionales sanitarios, realizamos un análisis de varianza con un solo factor de variación utilizando la variable "profesión" como VI. Los resultados son:

Atribución del cumplimiento	Media		F	P
	Médicos	P.Enfermería		
A. Efectos adversos del tratamiento	4.46	4.04	5.42	.021
A. Complejidad del tratamiento	4.63	4.28	5.20	.024
A. Efectividad del tratamiento	3.76	4.22	7.88	.006
A. Información sobre pruebas	3.65	4.39	19.7	.000
A. Información sobre tratamiento	4.28	4.56	7.28	.008
A. Cantidad de información	3.72	4.20	7.32	.008
A. Miedo a la enfermedad	3.60	2.88	11.9	.000

Para el análisis de cómo se muestra la atribución del cumplimiento terapéutico, partimos de la distinción fundamental de la dimensión de internalidad-externalidad implicada en el sesgo atributivo en relación con el efecto actor/observador. Para indagar en la existencia de tendencias hacia la internalidad en los profesionales de la salud y en la externalidad en los pacientes, sometimos tanto el cuestionario dirigido a pacientes como el dirigido a los profesionales, a un contraste T.

Creamos dos nuevas variables para cada grupo de la muestra en función de la internalidad/externalidad de todos los ítems.

	Medias		T	P
	Interno	Externo		
Pacientes	3.56	3.60	-0.66	.511
Profesionales de la salud	3.87	3.99	-3.60	.001

La primera dimensión de explicación del incumplimiento que mayor proporción de la varianza explica para los pacientes, es la relación entre el tratamiento y la vida diaria. Se incluyen aspecto claramente externos y otro elemento que podemos considera mixto puesto que alude al estado de ánimo, pero como efecto del tratamiento prolongado.

Respecto a los profesionales sanitarios, encontramos que el factor definido como interés del profesional sanitario incluye un ítem que atribuye dicha conducta a un elemento claramente externo al paciente por parte del profesional sanitario.

- **Discusión y conclusiones.**

Hemos obtenido las explicaciones naturales que forman la perspectiva de los pacientes y los profesionales de la salud que participan en la relación asistencial. Lo que nos permite decir que estas personas que intervienen en la atención de la salud como individuos pertenecientes cada uno a su grupo son capaces de dar una explicación natural del cumplimiento terapéutico desde el punto de vista de dicho grupo.

Desde la perspectiva del paciente, es de destacar la aparición de la mentalización basada en el miedo, que podemos relacionar con la percepción de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias o con la posibilidad de padecerla. Esto nos lleva a acercarnos a las teorías de la motivación de la protección. Los costes y barreras del cumplimiento se agrupan en la segunda

dimensión (relación entre el tratamiento y la vida diaria) y la tercer dimensión (hábitos de salud).

Para los profesionales sanitarios el cumplimiento terapéutico presenta aspectos claramente distintos. Se centran fundamentalmente en la eficacia de la información unida a la efectividad del tratamiento. Confían en su actuación como agentes de influencia dando información, adaptando el tratamiento a las condiciones de vida del paciente y negociándolos con el paciente.

Estas diferencias entre los pacientes y los profesionales de la salud en cuanto al análisis causal del cumplimiento terapéutico nos permiten pensar que existe una perspectiva concreta de grupo sobre el asunto en cuestión, de modo que resulta posible afirmar que los pacientes y los profesionales de la salud permanecen ajenos al proceso de interacción mutua en el que se sumergen necesariamente en la relación asistencial.

No destacan aspectos complementarios excepto tal vez, las referencias a los hábitos como cambios objeto de negociación, por lo que estos últimos están implicando al paciente en la decisión.

También encontramos diferencias entre los profesionales médicos y de enfermería en cuanto a la influencia de los aspectos más técnicos sobre las características del tratamiento y de la comunicación. Los médicos se centran en el tratamiento más que las enfermeras, que lo hacen en sus efectos sobre la salud del paciente, así como valoran, más que los médicos, la información general. No obstante los dos grupos de profesionales están bastante próximos en la forma de explicar el cumplimiento.

Del análisis de las dimensiones atributivas del cumplimiento terapéutico no se deducen los sesgos atributivos planteados. Obtenemos atribuciones mezcladas en general. En cuanto a las atribuciones del incumplimiento, los pacientes se observan dos dimensiones externas, aunque no se da tendencia generalizada a hacer atribuciones externas con el fin de eludir la responsabilidad hacia el tratamiento.

Tampoco encontramos en este caso una tendencia disposicional de las atribuciones de los profesionales sanitarios, ni el efecto actor/observador.

Es necesario seguir indagando en la forma en que intervienen las atribuciones en las conductas de salud en general y en el cumplimiento terapéutico en particular. El papel de las atribuciones está en relación necesariamente con otros aspectos sociocognitivos.

Otras teorías que se han utilizado para explicar el comportamiento de salud vienen de las teorías clásicas sobre las actitudes dentro de la psicología social general. La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada, son dos de ellas.

La asociación de las atribuciones del cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes a factores fundamentalmente internos, relacionados con el miedo y la mentalización, indica un cierto recurso al miedo como elemento para el cambio de actitudes, que podemos extender al modelo de Creencias de la Salud.

Este modelo sostiene que el incremento de creencias de vulnerabilidad y seriedad de la amenaza facilita la ejecución de conductas de salud preventivas o terapéuticas.

Como todo estudio y sobre todo, si se desarrolla en un marco natural, tiene sus dificultades y limitaciones. La utilización de las explicaciones naturales del cumplimiento terapéutico son difíciles de trasladar en los términos planteados por los modelos. Es necesario proponer para futuros trabajos en esta línea que se basen en las explicaciones naturales y hagan las interpretaciones a partir de ellas y de sus relaciones.

Por último, una de las aplicaciones naturales de un estudio psicosocial de la salud es la posibilidad de realizar una intervención con el fin de paliar o mejorar en lo posible el problema. Proponemos un tipo de intervención. Del trabajo realizado destacan dos factores fundamentales dirigidos a los pacientes sobre los que insistir. Por un lado, se trata de favorecer que el enfermo se mentalice de su enfermedad y de la necesidad de realizar un tratamiento. Y por otro lado, surge la necesidad de preparar a la persona en tratamiento para afrontar y superar los cambios de hábitos. Por ello, los profesionales sanitarios pueden hacer hincapié en

que el enfermo se dé cuenta de los riesgos que conlleva incumplir el tratamiento y plantear las estrategias terapéuticas concretas a través de cuya ejecución pueda evitar tales amenazas. Desde una aproximación global, la intervención debe partir de la relación entre el profesional de la salud y el paciente, en la que ocurren de forma natural los procesos psicosociales. Se impone la formación de los mismos profesionales en un intento para detectar e influir con las personas que acuden a la asistencia sanitaria en busca de ayuda y mejorar, en definitiva, el cumplimiento terapéutico.