



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Facultat de Psicologia

Departament de Psicologia Bàsica, Evolutiva y de l'Educació

Programa de Doctorat en Psicologia de la Salut i d l'Esport

**FACTORES RELACIONADOS CON LA DECISIÓN DE ACUDIR AL MÉDICO ANTE
LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS, MEDIANTE ENCUESTA FACTORIAL**

Tesis doctoral presentada por:

Luis Javier Martínez Blanquet

Para la obtención del grado de Doctor

Directoras:

Dra. Silvia Edo Izquierdo

Dra. Tatiana Rovira Faixa

Bellaterra, Barcelona, Noviembre de 2016.

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA BÀSICA, EVOLUTIVA I DE

L'EDUCACIÓ

DOCTORAT EN PSICOLOGIA DE LA SALUT I L'ESPORT

TESIS DOCTORAL

**FACTORES RELACIONADOS CON LA DECISIÓN DE ACUDIR AL MÉDICO ANTE
LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS, MEDIANTE ENCUESTA FACTORIAL**

LUIS JAVIER MARTÍNEZ BLANQUET

Directoras:

Silvia Edo Izquierdo

Tatiana Rovira Faixa

GIES
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

GIES
Departament de Psicologia Bàsica,
Evolutiva i de l'Educació

Bellaterra, Barcelona, a 18 de Novembre de 2016.

INDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	14
1. Modelos cognitivos de interpretación de síntomas	14
1.1 Modelo de creencias de salud	15
1.2 Modelo de sentido común de la enfermedad.....	18
1.3 Antecedentes de investigación relacionados con la identificación oportuna de los síntomas	26
1.4 Hacia un modelo integrado de respuesta a los síntomas	35
2. Metodologías para el estudio de la decisión de acudir al médico	41
2.1 Metodología de encuesta factorial	44
3. Planteamiento de la investigación	50
3.1 Objetivo general	51
3.2 Objetivos específicos	51
3.3 Variables explicativas del estudio	51
PARTE EMPÍRICA	53
4. Método.....	53
4.1 Participantes.....	53
4.2 Instrumentos de medida.....	56
4.2.1 Variables sociodemográficas	56
4.2.2 Variables de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud ..	56
4.2.3 Diseño de la encuesta factorial.....	56
a. Factores del estudio.....	56
b. Medición de la variable dependiente	57
c. Generación de los bloques de escenarios	58
d. Diseño y presentación de los escenarios en la encuesta.....	59
4.3 Procedimiento	60
4.4 Diseño y análisis de Datos.....	61

INDICE

	Página
5. Resultados	67
5.1. Análisis descriptivo de la muestra	67
5.1.1 Análisis descriptivo univariante	67
5.1.2 Análisis descriptivo bivariante	70
5.2 Análisis de los bloques del diseño factorial	85
5.3 Análisis descriptivo del juicio de la variable dependiente	90
5.4 Análisis de los modelos de regresión lineal multinivel	91
6. Discusión	108
6.1 Análisis de la muestra	108
6.2 Análisis de los bloques de escenarios.....	112
6.3 Análisis de la variable dependiente.....	113
6.4 Modelos de regresión lineal multinivel	113
6.4.1 Ajuste de modelo.....	113
6.4.2 Interpretación del modelo	114
6.5 Limitaciones y fortalezas del estudio	120
6.6 Conclusiones.....	121
REFERENCIAS	123
ANEXOS	129
Anexo A. Consentimiento informado del estudio	130
Anexo B. Encuesta factorial (Bloque A)	132
Anexo C. Entrevista semiestructurada de la prueba piloto	141
Anexo D. Hoja de recogida de datos sociodemográficos.....	144
Anexo E. Gráficos de espaguetis por género de los factores significativos.....	145

AGRADECIMIENTOS

Los resultados logrados en el presente proyecto de investigación no hubieran sido posibles sin la aportación sinérgica de muchas personas que gestionaron, participaron, colaboraron y apoyaron de manera importante y en diferentes momentos a lo largo del mismo.

En primer lugar, quiero agradecer a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, mi alma máter, por haberme otorgado todas las facilidades y el apoyo necesario para realizar mis estudios doctorales en Barcelona. Al Dr. Agustín Zárate Loyola, por haber autorizado y apoyado la realización de mis estudios doctorales. A la U.A.P.A., quien me proporcionó el permiso de los años sabáticos y la descarga académica necesarios para poder continuar con mi preparación de posgrado. También a PROMEP, y a su director, el Dr. Amaury de Jesús Pozos Guillén, cuyo apoyo fue fundamental en el inicio y el seguimiento de mi proyecto doctoral. Al Mtro. Víctor Manuel Arreguín Rocha, tengo mucho que agradecerle por haberme ayudado a reincorporarme a la Facultad de Psicología, y quien también me impulsó desde hace algunos años a cursar mis estudios doctorales. Asimismo, al Dr. Omar Sánchez-Armáss Capello, director de la Facultad de Psicología, por haberme apoyado con la gestión de la licencia institucional para poder finalizar mis estudios doctorales. Su apoyo incondicional en mis gestiones ha sido clave para cumplir con mis objetivos trazados.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), cuyo apoyo económico fue fundamental para realizar mi estancia doctoral en la ciudad de Barcelona, y especialmente al COPOCYT (Consejo Potosino de Ciencia y Tecnología), quienes me proporcionaron la supervisión y el soporte necesario para llevar a buen término este proyecto, a través de la Dra. Georgina Cárdenas, y a quien agradezco sus atenciones que mantuvo a lo largo de mi proyecto de investigación.

A mi directora de tesis, la Dra. Silvia Edo Izquierdo, por su invaluable apoyo y alto sentido de responsabilidad a lo largo de todo mi proyecto de investigación. Su guía constante, así como su gran sentido humano y su claridad fueron piezas claves para el logro de mis objetivos. A mi directora de tesis, la Dra. Tatiana Rovira Faixa, por su gran capacidad, su profesionalismo, su preocupación por hacer bien las cosas, su claridad conceptual y metodológica, su calidad humana, así como su compromiso hacia con mi proyecto, me ayudaron a pulir mi trabajo de investigación. Su apoyo fue muy importante para la consecución de los objetivos de la investigación. Asimismo, al Dr. Jordi Fernández-Castro, coordinador del programa de Psicología de la Salud, por su bonhomía y su espíritu de equipo. Me siento muy agradecido por la confianza que me tuvieron, por la paciencia y por haber apoyado la idea de mi proyecto. Todo lo que aprendí de ustedes me servirá mucho en mi ejercicio profesional. Mi admiración a ustedes por siempre.

A mis compañeras del doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte: Rosa García Sierra, Laura Brenes, Iris Ferrer Rodríguez, así como también a Sara Gutiérrez Jiménez y a Claudia Sisquellas Hernández, no sólo por compartir conocimientos y experiencias en las muchas reuniones del seminario del doctorado, sino también por sus muestras de aliento y colaboración a lo largo de mi proyecto doctoral.

Agradezco de manera muy especial las atenciones amables recibidas por parte del personal de la secretaría del Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte de la U.A.B., quienes siempre me brindaron su apoyo y su calidad humana durante mis estudios doctorales.

A la Universitat Autònoma de Barcelona, de la que me siento orgulloso de egresar, al ser una universidad que se caracteriza por la seriedad en todo lo que hace, su excelencia académica y su reputación bien ganada en Europa y en el mundo.

A mi familia, especialmente a mis padres Cristina Blanquet Fuentes y Javier Martínez Cervera, quienes a lo largo de esta experiencia me apoyaron incondicionalmente, y quienes también se convirtieron en una fuente de aliento y de motivación para llevar a buen término este proyecto, así como también a mi hermano Josué David y a su familia.

Hago una mención también de agradecimiento a mis amigos y compañeros de diferentes rincones del país que siempre tuvieron palabras de aliento hacia mí a través de la comunicación personal y de las redes sociales durante mi estancia en Barcelona.

Por último, agradezco sinceramente a todos los participantes de este estudio. Sin su apertura, tiempo y colaboración, este trabajo simplemente no hubiera sido posible.

Muchas gracias a todos.

RESUMEN

El objetivo principal de la presente tesis es identificar los factores más relevantes que determinan el juicio de acudir o no al médico con mayor o menor urgencia, ante la presencia de síntomas de cualquier tipo, valorando también el efecto de variables sociodemográficas en el mismo. Mediante la metodología de encuesta factorial, se ha diseñado un estudio transversal con escenarios en los que se presentan combinaciones de los nueve factores, con dos niveles cada uno, para que se valore el grado en el que dicha combinación les haría acudir al médico con mayor o menor urgencia. Se seleccionaron 64 escenarios representativos de todo el universo de escenarios posibles (512), distribuidos en 4 bloques de 16 escenarios cada uno, mediante la aplicación de un procedimiento para la selección por cuotas que obtuvo un nivel de eficiencia-D (D-efficiency) de .92. La población de estudio estuvo conformada por personas adultas voluntarias, reclutadas por el método de bola de nieve en la ciudad de Barcelona, basándose en los datos estadísticos sociodemográficos (género, edad y nivel de estudios) de la población de Barcelona del año 2015. Participaron un total de 168 personas, de edades comprendidas entre 28 y 64 años (M edad= 43.7, DE=9.4), de las cuales 86 eran mujeres y 82 hombres.

Los resultados fueron analizados mediante regresiones múltiples multinivel, obteniendo en el modelo nulo una correlación intraclase de .31, lo que indica que la variabilidad en el juicio debe explicarse en un 31% por variables de la persona, y el 69% por variables de los escenarios. Los principales factores que se asociaron a la decisión de acudir al médico con mayor urgencia, en orden de importancia, fueron: mayor respuesta emocional a los síntomas, peor acceso al Sistema de salud, interpretación de los síntomas en términos de más dolor, mayor confianza en el médico, y más grado de interferencia de los síntomas. Además, el género y el nivel de estudios pueden explicar parte de la variabilidad interpersonal en la influencia que tiene el factor de grado de interferencia en el juicio emitido, y el uso muy frecuente de medicina alternativa en la interpretación de síntomas en términos de dolor.

A pesar de que son necesarios más estudios para valorar cómo los distintos factores se combinan entre ellos, este trabajo ha permitido seleccionar qué factores son más relevantes, de entre los que la literatura apunta, en la determinación de acudir al médico con mayor o menor urgencia, aportando elementos de reflexión para diseñar intervenciones individuales y/o comunitarias destinadas a que las personas no tarden más de lo necesario en acudir al médico.

Sentir dolor, por ejemplo, no significa necesariamente que comprendamos el dolor, que lo aceptemos, o siquiera que neguemos su existencia. El dolor es. Pero no se deduce de ello que todo el mundo entienda el dolor del mismo modo y llegue a una misma conclusión.

Bruce Lee
(Artista de la Vida, John Little).

Pues el sistema psíquico no tiene acceso a la vida, sino que requiere de la comezón, el dolor o cualquier otro para llamar la atención, con el propósito de provocar que opere otro nivel de conformación de sistemas, la conformación del sistema psíquico.

Niklas Luhmann.
(Sistemas Sociales: Lineamientos para una teoría general)

¿Cómo interactúan las ideas? ¿Existe alguna clase de selección natural que determine la supervivencia de algunas ideas y la extinción o muerte de otras? ¿Qué clase de economía limita la multiplicidad de ideas en una determinada región de la mente? ¿Cuáles son las condiciones necesarias de la estabilidad o supervivencia de tal sistema o subsistema?

Gregory Bateson
(Una Unidad Sagrada: Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente).

INTRODUCCIÓN

Una tarea importante de la investigación psicológica de la salud es entender los factores que influyen el seguimiento de pautas de un individuo hacia un régimen médico o conducta de salud en el manejo de la enfermedad, y poder identificar las dianas adecuadas para la intervención (Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984).

Mucha investigación se ha enfocado en los factores perceptuales y cognitivos que subyacen a la motivación o intención de las personas para acudir a las citas con el médico, o en adoptar conductas que se proponen para mejorar la salud (Hagger & Orbell, 2003).

Sin embargo, queda la pregunta de hasta qué punto tener representaciones de la enfermedad o reconocimiento de los síntomas son factores suficientes para explicar la conducta de seguimiento de pautas médicas o la conducta de autoprotección. En algunos casos, como hallaron Horowitz, Rein, y Leventhal (2004), los pacientes con insuficiencia cardíaca no conectaron sus síntomas con la afección, y los síntomas por lo general se atribuyeron a otras enfermedades tales como el asma, a pesar de que los pacientes fueron capaces de elaborarse una representación, en este caso errónea. La dificultad de reconocer los síntomas de manera adecuada, como suele suceder en muchas afecciones de la salud, o bien el no acudir al médico de manera oportuna, puede entenderse por una multitud de factores.

Los estudios empíricos de la literatura médica inicialmente permiten identificar que las respuestas tanto de tipo cognitivo como afectivas son de los elementos más importantes que contribuyen en el retardo de la búsqueda de atención de síntomas concretos en la decisión de acudir al médico (Moser et al., 2006; Gärtner, Walz, Bauernschmitt, & Ladwig, 2008).

Diversos modelos teóricos han abordado cómo influyen los factores cognitivos a las conductas de afrontamiento de la enfermedad y sus resultados. Como lo expresan Wyke, Adamson, Dixon, y Hunt (2013), el interés de los científicos sociales en la conducta ante la

enfermedad no ha disminuido, pues una comprensión de los procesos sociales y cognitivos involucrados en la respuesta a los síntomas es esencial para la autogestión efectiva de la salud y un mejor servicio de las instituciones correspondientes.

La razón más común para buscar la ayuda médica es la experiencia de un síntoma. Particularmente, dos grupos de individuos presentan interés para los investigadores en relación a entender cómo es que deciden buscar ayuda médica: (1) aquellas personas que de manera persistente buscan ayuda por lo que parecen ser síntomas menores, y (2) aquellas personas que retardan la búsqueda de ayuda médica mientras experimentan síntomas serios o amenazantes (Petrie & Weinman, 2003).

El presente estudio representa un intento de contribuir al entendimiento de los factores implicados en la decisión de acudir o no acudir al médico, es decir, de los procesos involucrados previos en dicha decisión. Los resultados pueden arrojar información valiosa sobre los factores más relevantes para quienes retrasan la decisión de acudir al médico ante la presencia de síntomas. La investigación se considera que aún es escasa, y además, los intentos de integrar factores tanto psicológicos como sociológicos, pueden ofrecer soluciones alejadas de la mayoría de los modelos que han operado en silos disciplinarios (Petrie & Weinman, 2003). Principalmente porque los modelos más dinámicos y recientes del cuidado de la salud reconocen que la búsqueda de la ayuda médica comprende procesos más complejos que constan de pequeñas decisiones, más que una receta que le informa con total certeza a la persona de la seriedad o gravedad de lo que está experimentando ante la presencia de los síntomas (Wyke et al., 2013).

No debe olvidarse que la incorporación de modelos y conceptos desarrollados en la investigación de campo también podrían orientar nuevas soluciones de intervención a quienes desarrollan desde el laboratorio intervenciones efectivas para reforzar las conductas saludables y de autoprotección (Leventhal, Weinman, Leventhal, & Phillips, 2008).

Esta tesis pretende ahondar en el conocimiento de los factores más relevantes que determinan que las personas acudan al médico con mayor o menor urgencia, es decir, en

el juicio de acudir al médico más o menos urgentemente ante la presencia de síntomas de cualquier tipo. Representa un primer estudio para identificar dichos factores, ya que aún no se conoce mucho de qué pueda depender la decisión de acudir o no al médico. Por tanto, ya que será importante entender qué factores son los más relevantes, se seleccionarán los modelos que se han utilizado en el estudio de lo que ocurre en la fase previa a la aparición de la enfermedad, con el fin de poder discriminar cuáles de estos factores, ya revisados en otras determinaciones cognitivas, conductuales y sociales, pueden hallarse en la raíz de esa decisión.

Por otro lado, una de las aportaciones específicas del presente trabajo es que se ha utilizado una metodología poco conocida en el campo de la Psicología de la Salud, la metodología de la encuesta factorial, por lo que es una propuesta de adopción de dicha metodología particularmente en el ámbito del estudio de las decisiones relacionadas con la búsqueda de ayuda médica. La encuesta factorial (*factorial survey*) ha sido más usada en estudios de tipo sociológico, la investigación en enfermería, o los estudios de juicios profesionales, pero menos en el estudio de los juicios o las tomas de decisiones de los pacientes o personas que tienen que elegir entre diferentes alternativas cuando se presentan síntomas de cualquier tipo.

Con este objetivo, la sección del Marco Teórico de la tesis, incluye tres capítulos. En el capítulo 1 se presentarán las teorías que se vinculan por su relevancia con el tema de la investigación, como el Modelo de Creencias de la Enfermedad y el Modelo de Sentido Común de la Enfermedad. A continuación, se hablará de los antecedentes de aquellas investigaciones relacionadas con la identificación oportuna de los síntomas que motivaron a estudiar los factores asociados al retraso de acudir al médico, desde una perspectiva histórica. Luego se hablará de la relevancia de los heurísticos o reglas mentales que las personas utilizan en la interpretación de los eventos somáticos, debido al papel tan relevante que juegan dentro de los procesos cognitivos de evaluación de los síntomas. Después se hará un análisis detallado del modelo integrado que guiará la selección de las variables del presente estudio, desde el marco de referencia de una propuesta que abarca las fortalezas de los factores más importantes que provienen de los modelos teóricos que

han probado suficiente sustento empírico. El capítulo 2 incluye una revisión de las metodologías que se han utilizado en el estudio de la decisión de acudir al médico ante la presencia de síntomas, donde se abordará la metodología empleada en la presente investigación, el método de la encuesta factorial, con el objeto de conocer sus ventajas y la justificación de su uso en este trabajo. El capítulo 3 se refiere al planteamiento general de la investigación, e incluye una justificación de la metodología utilizada, el objetivo general y los específicos del estudio, y las variables utilizadas en el estudio.

En la parte empírica del estudio, que incluye el capítulo 4, el Método, se explicará cómo se llevó a cabo el reclutamiento de los participantes, la muestra final, el desarrollo del instrumento utilizado en la investigación, así como las variables independientes seleccionadas y la justificación que concierne al por qué fueron elegidas, y la variable dependiente, todos estos aspectos que serán debidamente ejemplificados. Por último, se presentará el plan de análisis de datos que se realizó para el presente estudio de acuerdo a sus distintas fases.

En el capítulo 5 se presentará la sección de Resultados del análisis de datos de la investigación. Se inicia con un análisis descriptivo de la muestra del estudio. Después, se presenta un análisis descriptivo de los resultados por bloques del diseño factorial. A continuación, se incluye el análisis descriptivo del juicio de la variable dependiente, que permitirá conocer la distribución de frecuencias de la decisión de acudir o no al médico ante la presencia de síntomas. Por último, se cierra con el análisis detallado descriptivo y comparativo de los resultados de los diferentes modelos de regresión lineal múltiple que se realizaron para conocer el efecto que tienen los factores en la decisión de acudir o no al médico ante la presencia de síntomas.

El capítulo 6 de la tesis contiene la Discusión de los resultados y procedimientos analíticos del estudio, las limitaciones y fortalezas del mismo, así como sus conclusiones. El documento incluye al final las referencias empleadas en el presente estudio, y los Anexos.

MARCO TEÓRICO

1. Modelos cognitivos de interpretación de los síntomas

En esta sección se resumirán las principales teorías y modelos que han sido utilizados con el fin de comprender cómo los pacientes elaboran la decisión de ir al médico desde diversos dominios. Se abordarán asimismo las fortalezas y debilidades de dichos modelos, de acuerdo a los contenidos y supuestos básicos que los definen y a la capacidad predictiva que los diversos modelos han sido capaces de sustentar con respecto a la decisión de acudir al médico. Asimismo, se revisarán las aportaciones de los primeros trabajos que se interesaron en identificar no solamente los factores sociodemográficos de los pacientes que afrontaban los síntomas médicos con retardo, sino también los de tipo contextual, emocional, cognitivo, y conductual que explicaban el intervalo de retardo entre la aparición de los mismos y la búsqueda de apoyo médico.

Tradicionalmente, la investigación sobre los aspectos cognitivos de las conductas relacionadas con el uso de servicios de salud se ha dividido en dos grupos de modelos. Por un lado, se encuentran los estudios que han abordado la relación entre las cogniciones individuales y la salud, y por otro, están los modelos de cognición social que asumen que para determinar el comportamiento de salud es necesario estudiar cómo se combinan diferentes tipos de pensamientos y sentimientos relacionados con la salud (Conner, 2010). En el caso de las cogniciones individuales, los modelos cognitivos en la psicología de la salud han contribuido de manera importante a la comprensión del comportamiento ante la enfermedad, pues las cogniciones son la antesala de la toma de decisiones, y son también el elemento clave para las estrategias de afrontamiento que permite al paciente controlar la amenaza de los síntomas (Leventhal et al., 1984). En los modelos de cognición social, el enfoque está ubicado en las cogniciones o procesos de pensamiento que intervienen entre los estímulos observables del entorno y/o internos y la conducta en las situaciones de la vida real (Fiske & Taylor, 1991). Una característica fundamental de estos modelos es que asumen que los determinantes cognitivos de las conductas relacionadas con el uso de servicios de salud actúan de modo similar en el inicio de una acción (p.ej., el dejar de

consumir comida chatarra) y en el mantenimiento de la acción (tratar de mantener el nuevo hábito) (Conner, 2010). Asimismo, estos modelos son un ejemplo de la investigación sobre la autorregulación. De acuerdo con Bandura (1982), esta línea de investigación visualiza al ser humano como un ente que se esfuerza por eliminar los patrones disfuncionales de pensamiento o de comportamiento y desarrolla patrones adaptativos de pensamiento o de conducta.

Dentro de los modelos de cognición social más relevantes se encuentran:

- El Modelo de Creencias de Salud, de Hochbaum (1958); Rosenstock (1966); Haefner y Kirscht (1970)
- El Modelo del Sentido Común de la Enfermedad, de Leventhal (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980)

Dado que la salud no puede entenderse únicamente a partir desde los factores sociodemográficos, será necesario hacer un repaso de lo que estos modelos supusieron para el concepto de salud. Ellos tienen una importancia específica en el concepto de salud y enfermedad, por lo que se revisarán en más detalle aquellos que realmente contribuyen al estudio de la relación entre creencias y comportamientos de la salud, siguiendo el criterio de orden de aparición histórica de los modelos seleccionados.

1.1 Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud (*Health Belief Model*) se desarrolló a inicios de la década de 1950 por un grupo de psicólogos sociales en el Servicio de Salud Público de los Estados Unidos, entre ellos, Hochbaum, Kegeles, Leventhal, y Rosenstock posteriormente, como un intento de entender el fracaso generalizado de la gente para aceptar la prevención de las enfermedades o de las pruebas de cribado para la detección precoz de las enfermedades asintomáticas (Janz & Becker, 1984).

El objetivo principal de este modelo es el estudio de la prevención, donde el cuidado médico representa únicamente una parte del cuadro completo de las conductas preventivas para la detección temprana de las enfermedades en sujetos sanos (Moreno San Pedro, &

Roales-Nieto, 2003). Las dimensiones del modelo son psicológicas y se cree que son importantes para predecir la decisión de una persona de realizar conductas que protejan la salud. El Modelo de Creencias de Salud consta de cinco dimensiones:

- 1) El grado de susceptibilidad percibido: Los individuos presentarán diferencias en sus sentimientos de vulnerabilidad con respecto a una enfermedad o afección. En esta dimensión, es importante destacar que se pone el énfasis en la percepción subjetiva que cada persona tiene sobre un riesgo potencial de contraer alguna enfermedad. Si la persona nota que es susceptible a enfermarse, este hecho aumentará la probabilidad de que inicie alguna conducta o acción de salud. El grado de susceptibilidad para la persona puede verse afectada por la valoración de otras variables como la edad que tiene, su género, su personalidad, u otra que considere que incrementan el riesgo de contraer una enfermedad. Por ejemplo, si la persona recuerda que la edad que posee lo hace más susceptible a contraer alguna enfermedad, esta variable adquirirá cierta importancia en su sistema de valoración y se convertirá en un factor que modifica la posibilidad de que actúe en cierta dirección para tratar de mantener intacta su salud.
- 2) El grado de severidad o amenaza percibida: Esta dimensión es un factor que influye también en el grado de amenaza percibida de los síntomas. Pueden ser evaluaciones que la persona realiza sobre las consecuencias médicas o clínicas de padecer los síntomas, como la pérdida súbita de la salud, el envejecimiento, la muerte o cualquier otra consecuencia que sea producto de la valoración global que la persona haga sobre su condición de salud. Mientras más severa o grave sea su percepción, más probable será que lleve a cabo acciones preventivas para contrarrestar la amenaza percibida. Es importante mencionar que la dimensión 1, el grado de susceptibilidad, puede combinarse con el grado de amenaza percibida para formar un constructo combinado que englobe con mayor fuerza todo el grado de amenaza que la persona ha percibido al experimentar los síntomas.
- 3) Los beneficios percibidos en el curso de la acción: Una persona que percibe un beneficio específico en una acción asociada a su propia salud, es probable que

termine realizándola. Si en su proceso de valoración la persona considera que los beneficios de acudir al médico son mayores que los costos que están detrás, esto aumenta la probabilidad de que lo haga.

- 4) Las barreras percibidas: Pueden ser cognitivas o físicas (reales). El individuo podría también sopesar la eficacia de la acción dirigida a su salud, contra la percepción de que puede ser cara, inconveniente, o riesgosa el realizarla. Es decir, si la acción implica un coste evidente e importante, la o las barreras podrían ser suficiente para que la persona no realice dicha acción de salud. Esto significa que si la persona considera que existen demasiados aspectos negativos u obstáculos para actuar a favor de su salud, lo más factible es que esta valoración lo lleve a evitar el adoptar una conducta de salud, con el riesgo potencial de que su problema empeore.
- 5) Las señales para la acción: Son variables por lo general de tipo endógeno o exógeno que pueden precipitar o incitar a la acción, y que se pueden convertir en factores que modifican la acción. En las de tipo exógeno abundan muchos ejemplos, que van desde las recomendaciones recibidas por otras personas, incluyendo opiniones médicas, los anuncios publicitarios, la información consultada en internet, y que provocan ciertas respuestas de acción en el paciente y que incrementan la probabilidad de que la acción de salud se lleve a cabo. Las de tipo endógeno hacen referencia a los síntomas o el estado corporal que puede hacer que una persona realice acciones dirigidas a la regulación de su propia salud.

Se considera que el Modelo de Creencias de Salud es de tipo individualista, porque se enfoca en tratar de explicar el comportamiento en referencia a las características personales o a los procesos cognitivos racionales que tienen las personas (Wyke et al., 2013). En un meta-análisis de 18 estudios longitudinales, Carpenter (2010) encontró que las estimaciones de qué tan severo puede ser un resultado de salud negativo y la probabilidad de adoptar una conducta de salud, fueron en realidad muy bajas. La susceptibilidad percibida en este estudio fue el predictor más débil del comportamiento de salud, mientras que el efecto de las percepciones de las personas sobre los beneficios de adoptar una conducta de salud generó estimaciones positivas de manera consistente. El meta-análisis

halló un resultado interesante en relación a las barreras percibidas para adoptar una conducta de salud, al obtener las estimaciones más altas. En conclusión, los predictores que resultaron ser los más consistentes para predecir la conducta de salud fueron las barreras percibidas y los beneficios percibidos.

Aunque este modelo ha sido criticado por excluir el rol de las emociones en el proceso de toma de decisiones, se ha podido demostrar una correlación significativa con el seguimiento de pautas ligado a las conductas de autocuidado (Jones et al., 2014).

1.2 Modelo de Sentido Común de la Enfermedad

El Modelo de Sentido Común de la Enfermedad de Leventhal et al. (1980) es un modelo orientado a los procesos, es dinámico y proporciona un marco adecuado para describir y entender lo que está involucrado en el inicio y mantenimiento de comportamientos para gestionar las amenazas a la salud. Es un modelo que se enfoca más en las creencias de las personas, y permite describir las interacciones dinámicas entre las variables en diferentes niveles, enfocándose en los aspectos perceptuales y conductuales que buscan controlar las respuestas relacionadas con la salud. Por ejemplo, cuando una persona percibe una condición sintomática como grave o mala, su juicio no se limita a la gravedad de la condición, sino que se extiende a otras interpretaciones relacionadas con el grado de control que podrá ejercer sobre la persona, sobre la posibilidad de que las consecuencias no sean comprometedoras para ella, etc. (Leventhal, Phillips & Burns, 2016).

Este modelo plantea la hipótesis de que los individuos crean e infieren representaciones mentales basados en fuentes concretas (como un malestar o dolor) y abstractas de información (el conocimiento acumulado sobre la sintomatología de alguna enfermedad específica o la etiqueta que la persona usa para referirse a dicha enfermedad) para dar sentido a sus problemas de salud. De acuerdo a este modelo, en primer lugar, las experiencias somáticas o síntomas se interpretan y se elaboran para formar una representación de una amenaza o enfermedad. Este modelo traza una distinción entre los prototipos de la enfermedad o del self (las estructuras de memoria de cada individuo) y las representaciones que hace la persona (los modelos mentales que se activan en instancias

específicas en el tiempo). Este aspecto de la teoría es clave, ya que los estímulos que activan una representación mental pueden ajustarse a más de un prototipo, lo que puede crear una representación que resulte ambigua (Leventhal et al., 2016). Un paciente podría estar experimentando síntomas cardíacos como fatiga crónica, disnea frecuente, hinchazón en los pies, pero interpretarlos como síntomas normales de la vejez.

Las representaciones que la persona puede formarse son un filtro para las conductas de afrontamiento y a la vez son esquemas que le permiten generar un sentido a su padecimiento o malestar. Cuando hablamos de conductas de afrontamiento de la salud nos referimos al grado en que una persona prefiere evitar o por el contrario, adoptar estrategias para resolver el problema de salud que le aqueja. De este modo, la estrategia de afrontamiento puede moderar la velocidad con la que una experiencia o decisión determinada se expresa, y esto por supuesto tiene mucha relevancia en el retraso que una persona experimenta para solicitar ayuda médica (Leventhal, Leventhal, & Breland, 2011). Dentro de las categorías de afrontamiento conocidas, puede hablarse de la evitación del problema por parte de la persona, de negarlo (no prestándole atención y asumiendo que no existe), de expresar emociones de preocupación o angustia por las molestias que le aquejan, de buscar apoyo social (a través de personas cercanas que la puedan reconfortar o tranquilizar, o bien orientar sobre un curso de acción a seguir), de revalorar o reencuadrar a nivel cognitivo lo que le percibe (la persona puede enfocar la sintomatología desde otra perspectiva, aceptando que se trata de molestias con las que tendrá que lidiar por cierto tiempo), o afrontando la situación enfocado al problema (dándole seguimiento a la evolución de sus molestias y a la posibilidad de mejora mediante diferentes cursos de acción). En cierto sentido, estamos hablando de una relación causal entre estos tres componentes: las representaciones mentales que la persona elabora, la estrategia de afrontamiento que actúa como mediadora y el resultado de llevar a cabo o no una o varias conductas relacionadas con el uso de servicios de salud que promueva un resultado adaptativo o de mejor ajuste para la persona, incluyendo el sentirse aceptado socialmente, el tener más vitalidad, el sentirse menos estresado, etc.

Este modelo (*Common-Sense Model*) se apoya en la idea de que hay un procesamiento paralelo entre las respuestas cognitivas y las emocionales en la persona, es decir, que ocurren simultáneamente. Sin embargo, este procesamiento de la información ocurre sobre la base de una serie de dimensiones o temas lógicos que a nivel de contenido se han encontrado empíricamente en estudios que se remontan a la década de los 1980s (Hagger & Orbell, 2003). Las 5 dimensiones de contenido son: 1) Causas, 2) Consecuencias, 3) Identidad de la Enfermedad, 4) Línea del Tiempo, 5) Grado de control sobre la enfermedad.

La esfera de *las causas* se refiere a cualquier creencia que la persona tenga sobre el origen o causa de su malestar o enfermedad. Aquí se pueden incluir las de tipo biológico, como los gérmenes o virus que atacan al organismo, o una disminución de las defensas inmunológicas; las causas emocionales que harán que la persona identifique que a raíz de la depresión o el estrés sostenido que padece se ha vuelto más propenso a enfermarse; las causas de tipo ambiental, como la contaminación; las causas psicológicas que llevan a la persona a suponer que su malestar se debe al exceso de preocupaciones, a su actitud mental, o a su personalidad misma.

Con respecto al segundo dominio, el de *las consecuencias*, indaga principalmente qué tipo de creencias posee la persona sobre cómo le habrá de afectar su enfermedad o sus molestias a su capacidad funcional y a su calidad de vida. Es común escuchar decir a las personas que a raíz de la lesión o del accidente su vida no será la misma, o que teme que a las personas del sexo opuesto ya no le resulte tan atractivo (a) a raíz de la enfermedad crónica que ha empezado a padecer. Aquí tenemos un ejemplo de evaluaciones a priori, sin embargo, en el momento en el que la persona experimenta molestias de algún tipo, pueden mezclarse las distintas dimensiones de manera simultánea o consecutiva, con procesos emocionales, tal y como lo propone este modelo. Entonces, si la persona se hace consciente de las consecuencias que le pueden acarrear ciertas molestias, esto genera automáticamente un proceso de comparación que le hace creer que hay situaciones que le pueden limitar en su desenvolvimiento diario o acabar con padecimientos aún más incapacitantes.

El tercer dominio, el de la *identidad de la enfermedad*, se refiere a todas aquellas creencias o inferencias que la persona elabora para reafirmar o suponer el conocimiento que tiene sobre lo que le aqueja. La manera más fácil de entenderlo es a través de las expresiones que las personas utilizan para nombrar o etiquetar sus molestias: “No tengo nada, sólo es un dolor en mis músculos de la espalda que me dió por no haberme puesto una chaqueta al salir de casa”.

El dominio de *la línea del tiempo*, el cuarto que contempla este modelo, se refiere a todas las creencias (certezas), expectativas o inferencias que la persona realiza sobre cómo evolucionarán probablemente los síntomas y/o el padecimiento, o bien las definiciones que le da a la duración temporal de sus molestias. “Este malestar lo he tenido por mucho tiempo, ya es hora de que haga algo”, o bien “Seguro que se me quitará el escalofrío pronto si me tomo un café”.

La última esfera de contenido corresponde a las creencias relacionadas con *el grado de control* o a la posibilidad de curarse con un tratamiento. Hay una relación con la necesidad de sentirse en control si la persona realiza una acción a favor de restablecer la pérdida del equilibrio de la salud. Por ejemplo, la persona puede decirse a sí misma: “Debo tomar esto, me hará muy bien”, o “Quiero sentirme mejor, iré a ver al médico mañana”. También se relaciona con la sensación de que un tratamiento o un curso de acción específico puede devolver la sensación de seguridad al individuo. “Este medicamento es mejor que lo he tomado antes, que no me sirvió”.

Debe enfatizarse que, dentro del Modelo de Sentido Común de la Enfermedad, los cinco dominios presentados en realidad son las representaciones mentales (o cognitivas) que le permiten a la persona generar de manera integrada una “visión” de lo que le ocurre, el porqué le ocurre, qué puede sucederle en el futuro, cuándo deberá desaparecer todo ello, y qué tanto puede hacer para controlar el malestar o la enfermedad. Este cuadro o idea que la persona crea es la que le va a permitir decidir un curso de acción (el proceso de afrontamiento), que puede orientarse a resultados de salud favorables.

Otro elemento que completa la representación o las representaciones de la experiencia de la enfermedad de la persona es la historia con respecto a sus sensaciones

somáticas y a su funcionamiento físico y cognitivo, que está incrustada en los prototipos del Yo (*self*) de la persona. Se refiere a la memoria sobre la estructura y el funcionamiento de la persona cuando se ha estado enfermo o se ha estado sano, y también a los prototipos de las enfermedades o tratamientos conocidos.

El prototipo de una enfermedad se refiere a una experiencia que está detrás de las representaciones que tiene la persona, y hace referencia a los contenidos a nivel somático (corporal o intraceptivos) y conceptuales de lo que la persona supone que son síntomas comunes de una enfermedad o padecimiento específico. Luego, está el hecho de que una persona puede tener dificultades para integrar el conocimiento de la experiencia directa con el conocimiento abstracto que permite crear la representación esquemática (Hagger & Orbell, 2003). Además, los conceptos erróneos acerca de la enfermedad pueden surgir en muchos pacientes y bajo diferentes circunstancias. En algunos casos, la experiencia pasada o los mitos sociales pueden influir en el proceso de interpretación y generar creencias de auto-confirmación de que son falsas debido al proceso de pruebas parciales (Leventhal et al., 1992).

Los datos y la teoría también han permitido identificar vías indirectas donde ciertos rasgos emocionales son relevantes para establecer relaciones entre las conductas saludables o de riesgo y las diferencias individuales presentes en los pacientes (Leventhal et al., 2008). En este sentido, el tipo de representación emocional que se formule la persona influirá sobre sus estrategias de afrontamiento a los síntomas. Se ha demostrado que los estilos conductuales agresivos y de enojo son predictores consistentes de la morbilidad y la mortalidad en enfermedades cardiovasculares (Nyaura et al., 2002). Por otra parte, las personas que obtienen una puntuación alta en el rasgo de afecto negativo incrementan su susceptibilidad a sentir miedo como respuesta a alguna amenaza a su salud, y por ende, enfocan su atención en los indicadores físicos de la amenaza (los síntomas) (Leventhal et al., 2008). Lo anterior significa que, en este modelo, las emociones o afectos sí generan resultados emocionales que pueden ayudar o impedir, en cualquiera de los sentidos, la realización de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud. De este modo, la preocupación específica de una enfermedad realza la atención a tener una identificación

precisa de los síntomas de la enfermedad, y además, los síntomas son poderosos iniciadores del comportamiento de salud.

No sorprende el que las visitas al médico sean desencadenadas por los cambios somáticos que experimenta el paciente. Sin embargo, el que un paciente retrase el cuidado de su salud se predice a menudo por una falta de relevancia que le da a los síntomas en relación a la enfermedad. La influencia de dicho factor de retardo para el diagnóstico y el inicio del tratamiento se considera crítica en enfermedades como el cáncer, por ejemplo (McLeod et al., 2009). En un estudio se observó que las mujeres que retardaron la búsqueda de atención médica no se dieron cuenta de la gravedad del síntoma inicial inespecífico, porque a pesar de que habían síntomas, al no percibir un bulto no podían ligar los síntomas a una enfermedad en concreto, en este caso el cáncer de mama (Leventhal et al., 2008).

El retraso puede ocurrir en tres fases durante el proceso diagnóstico: primero, en el intervalo entre el paciente que primero percibe síntomas y la primera consulta con un médico (a menudo referido como demora del paciente), en segundo lugar, entre la primera consulta y la derivación al especialista (médico o practicante) y, finalmente, entre la derivación al especialista y el diagnóstico definitivo (retraso del hospital o del sistema) (Nichols et al., 1981).

Las investigaciones han identificado las reglas mentales, es decir, los heurísticos específicos que los pacientes utilizan para interpretar los eventos somáticos e identificar los esquemas de la enfermedad (Brownlee, Leventhal & Leventhal, 2000). En la elaboración de las representaciones mentales, estos esquemas de las enfermedades se forman de tal modo que a la persona le permiten establecer contrastes, y por lo tanto contribuyen en algunos casos a que la persona pueda retrasar su visita al médico. Una pregunta común de tipo heurístico es: ¿Estoy en realidad enfermo o estoy bien? Hasta ahora se han identificado cuatro diferentes tipos de heurísticos, que se revisan a continuación.

- Primero, están los heurísticos que involucran a los mapas de síntomas innatos dados por la arquitectura cerebral. Cada persona elaborará una representación mental distinta, dependiendo de lo que le indique la ubicación de las molestias en su cuerpo; la duración de la misma, es decir, si es de larga duración y son frecuentes, la

probabilidad de consultar a un especialista aumentará; y la severidad de los síntomas, si una persona alcanza un nivel de ansiedad muy alto y su funcionamiento general está comprometido, podría disminuir el intervalo temporal para consultar con un médico.

- Segundo, los heurísticos que involucran patrones de síntomas basados en la experiencia previa (e.g., los relacionados con los esquemas que la persona posee sobre una enfermedad específica: un dolor de pecho puede significar que tengo un problema en el corazón); en la novedad: mientras más novedosos sean los síntomas percibidos por la persona, más probabilidad tienen de ser relevantes para la persona, bien por ser ambiguos o por ser incongruentes con los esquemas que la persona ya posee acerca de una enfermedad o de su experiencia pasada; en la trayectoria: si los síntomas tienden a empeorar, la persona le dará más relevancia a diferencia de si ellos fluctúan, es decir, si aparecen y desaparecen frecuentemente; y en el control, porque si los síntomas mejoran la persona disminuirá probablemente su preocupación por ellos, o por el contrario, si no logró mejorar con los autocuidados, aumenta la probabilidad de no retrasar la visita al médico.
- Tercero, están los heurísticos basados en las creencias culturales o la experiencia social. Por ejemplo, el binomio edad-enfermedad: es más factible que si la persona es joven, la representación de sus síntomas sea de una enfermedad que no es preocupante; el binomio género-estereotipos: si una enfermedad específica es más frecuente en los hombres, la persona del género femenino pensará que sus síntomas no están asociados necesariamente al prototipo de enfermedad que posee; o estrés-enfermedad: una persona puede creer que sus síntomas recientes tienen relación con el estrés que ha padecido últimamente, como en el caso de algunos dolores musculares o los síntomas de resfriado común.
- Por último, están los heurísticos que involucran las comparaciones sociales activas. En el caso de la prevalencia y severidad en la propia comunidad: una epidemia de gripe hará que la persona asocie sus síntomas propios a los que están presentes en su comunidad al momento de experimentar sus síntomas; y las reglas de similitudes,

como la similitud en la exposición, en el temperamento, o en las características físicas: si a esa persona le sucedió eso, a mí me puede suceder lo mismo porque soy muy parecido a él o a ella. En el caso de los síntomas crónicos y leves con trayectorias que no cambian, que carecen de un patrón específico y que a la vez son sistémicos y no localizables, por lo general se atribuyen a la edad más que a una enfermedad específica, como el caso de los dolores artríticos en las articulaciones. Por otro lado, los síntomas que son vagos, sin ubicación específica o patrón definido, como la fatiga o el dolor corporal, se atribuyen fácilmente al estrés de la vida y es poco probable que produzcan la motivación para buscar atención médica (Leventhal et al., 2008).

En un meta-análisis que incluyó 30 estudios sobre la capacidad del modelo de Sentido Común para predecir la adherencia a los medicamentos, la dieta, la fisioterapia y el ejercicio en pacientes con enfermedades crónicas, Brandes & Mullan (2014) hallaron que en general las representaciones mentales no parecieron predecir la adherencia. Los autores indican que, puesto que el modelo de Sentido Común no considera a la intención como una variable predictiva, pudiera ser esto una limitación importante del modelo para la comprensión de la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión). Sin embargo, no debemos olvidar que la adherencia ha sido clasificada como una estrategia de afrontamiento (Hagger & Orbell, 2003), por lo que resulta ser un mediador importante entre los síntomas con sus representaciones mentales de los síntomas, y la conducta de salud. Así, se ha sugerido que las representaciones mentales que aborda el modelo de Sentido Común de la Enfermedad ayudan más a entender que a predecir la adherencia de los pacientes.

Como han señalado Leventhal, Phillips & Burns (2016), requiere explorarse más a fondo cómo los diferentes prototipos interactúan, compiten entre sí, y se complementan para influir en la toma de decisiones para promover la salud y el sano funcionamiento, ya que además de las experiencias propias de las personas con las enfermedades y los tratamientos, los prototipos que las personas desarrollan se enriquecen a través de la observación del comportamiento de otros, y las comunicaciones que las personas tienen con sus familiares, amigos, y las redes sociales.

1.3 Antecedentes de investigaciones relacionadas con la identificación oportuna de los síntomas

La preocupación médica de que los pacientes acudan a recibir tratamiento en el momento oportuno motivó a realizar investigación encaminada a esclarecer los hallazgos más consistentes con respecto a los factores asociados con el retraso de la decisión de acudir al médico por parte de los pacientes. Durante la década de los 1990s se publicaron algunos trabajos que hacían referencia a las conductas de afrontamiento y el tiempo de decisión empleado por las personas para reportar un síntoma a través de la búsqueda de la asistencia médica (Nolan & Wielgosz, 1991), en patologías como el infarto agudo del miocardio (Burnett, Blumenthal, Mark, Leimberger, & Califf, 1995), el cáncer (Andersen & Cacioppo, 1995), o el melanoma cutáneo (Blum et al., 1999).

Por medio del uso de entrevistas semiestructuradas, estudios retrospectivos, y cuestionarios de síntomas, se concluyó que las respuestas cognitivas y afectivas contribuían de manera importante al retardo de la búsqueda de la atención médica. La demora del paciente se define como el tiempo evitable que transcurre entre el inicio de los síntomas y la obtención médica adecuada que se atribuye al paciente, y no al tiempo transcurrido debido al funcionamiento del sistema sanitario (Kannan & Veazie, 2014). Investigaciones del ámbito de la medicina conductual señalan que las personas evitan realizarse detecciones de riesgo de enfermedad, hacer visitas al médico, o bien las retardan aún cuando sospechan que deberían acudir, porque creen que será difícil afrontar la información adversa proporcionada por el médico. Esto implica que la evaluación cognitiva, a través de la percepción del riesgo de una amenaza potencial y de la respuesta afectiva de preocupación, juegan un papel importante en la decisión del paciente de no acudir al médico (Persoskie, Ferrer, & Klein, 2014).

En esa década también surgieron otras teorías que conceptualizaron la valoración de los síntomas que realizan los pacientes, como la *Teoría de la Comparación Psicofisiológica* de Andersen & Cacioppo (1995), que establece que hay una comparación de los síntomas corporales en al menos dos tipos de circunstancias: en los eventos y/o circunstancias sobresalientes para la persona (e.g., un dolor de espalda como resultado de un ejercicio

prolongado y exigente), y en aquellos prototipos conocidos de las enfermedades (e.g., un dolor de estómago agudo que puede estar relacionado con una enfermedad seria). Los principios en los que se basó esta teoría son los siguientes (Andersen & Cacioppo, 1995):

- a) Las personas tratan en la medida de lo posible mantener una condición fisiológica que se pueda justificar en cualquier momento. Esto significa que las personas consideran que tener incertidumbre sobre su condición corporal y fisiológica es algo aversivo, por lo que para cualquier persona será importante tener claridad sobre cualquier evento que le acontezca a nivel físico o fisiológico.
- b) Cuando una persona percibe síntomas, no significa que siempre tendrá un conocimiento claro de las causas de dichos síntomas. Es decir, que las personas no tienen la posibilidad de rastrear con precisión los procesos fisiológicos y poder identificar la fuente real de una respuesta detectada, a pesar de que en algunos casos las personas creen que son capaces de ello.
- c) Cuando una persona se enfrenta a la necesidad de entender lo que significan los síntomas propios, si dichos síntomas son novedosos, evidentes (que se pueden percibir), y acarrear consecuencias indeseables por lo alarmantes que son, la persona se sentirá más motivada a buscar una explicación de su condición. Un síntoma que es muy evidente, como una hinchazón en el tobillo, generará más atención y necesidad de procesamiento en la persona. Por el contrario, cualquier signo o síntoma que pudiera ser menos evidente, por ejemplo, un cálculo renal en nivel bajo que no genera aún molestias, a pesar de que pudiera causar problemas, no generará la atención suficiente de la persona hasta que no se presente el dolor en la espalda, en las ingles, en el abdomen, o en el tracto urinario.
- d) El proceso de interpretación de los síntomas implica que la persona realiza una comparación de los síntomas con las consecuencias que conoce de los estímulos que percibe de manera sobresaliente. Es decir, si la persona ha pasado muchas horas en un hospital y después no se ha lavado las manos, los estímulos potencialmente amenazantes para su salud harán que lleve a cabo una comparación entre su condición higiénica en ese momento y las posibles consecuencias aversivas. Otro

tipo de comparación pueden ser en base a las condiciones fisiológicas que son típicas, como por ejemplo en el caso de las alergias, la persona interpretará los estornudos y la ausencia de fiebre o dolor de cabeza probablemente como una respuesta alérgica. En este caso, el proceso de comparación la persona lo realiza en base a los prototipos o esquemas que la persona tiene de las distintas enfermedades con las que está familiarizado.

- e) Cuando una persona empieza a interpretar lo que significan sus síntomas, dicho proceso de interpretación lo apoya en gran medida en qué tan lógicos son según el grado de familiaridad que le representan. Dicho de otro modo, si los síntomas o molestias resultan ser más conocidos para la persona, le será más fácil interpretarlos de manera muy lógica por las características mismas de dichas molestias. Por otro lado, si los síntomas o molestias no se ajustan tan fácilmente a la idea que posee una persona sobre una enfermedad, entonces el proceso lógico apoyará en menor medida el proceso interpretativo. Mientras más fuerte sea la relación entre los signos y síntomas que la persona identifica con un prototipo de enfermedad específico, más probable será que se refiera a la etiqueta de dicha enfermedad para explicar lo que le acontece. Por ejemplo, “Seguramente que lo que tengo es una bronquitis porque la tos lleva flemas, me duele el pecho cuando toso y además tengo algo de fiebre”.
- f) El proceso de interpretación de los síntomas en muchos casos puede ser optimista en las personas. Por ejemplo, el que una persona le reste importancia a los síntomas, en algunos casos hará que la persona prefiera esperar a que el malestar desaparezca, aduciendo que los mareos frecuentes durante la mayor parte del día son normales y “seguramente se irán”. Consecuentemente, la persona no se sentirá motivada en algunos casos a buscar información extra, o consultar a un médico para contar con otro tipo de explicaciones, al menos que las considere muy amenazantes. Los autores del modelo enfatizaron que las personas tienden a minimizar la seriedad de la condición sintomática que experimentan, por lo que podría considerarse como un sesgo optimista que tiene sus aparentes beneficios al hacer que las personas se

preocupen menos de la preocupación constante que comprometería la economía psicológica del individuo.

- g) Si los síntomas no le dicen mucho a la persona porque no le generan una certeza sobre el origen y las consecuencias potenciales de la presencia de dichos síntomas, es más factible que la persona empiece a realizar muchas comparaciones por su propia cuenta hasta convencerse de que ninguna de ellas le satisface. En este caso, existe mayor probabilidad de que sus interpretaciones resulten ser erróneas y por tanto, estarán más sujetas a cambio como resultado del intento de hallar una explicación posible a su malestar.
- h) Si un estímulo molesto cualquiera o un conjunto de signos y síntomas no pueden ser identificados al inicio de manera satisfactoria, entonces la persona por lo general buscará darles una explicación lógica, y a menudo optimista, que le hará disminuir la imagen amenazante de los mismos en dos maneras: a) las ideas implícitas que las personas tienen acerca de qué tipo de estímulos están percibiendo, o de los esquemas conocidos de la enfermedad, tendrán seguramente una influencia en si decide o no ponerle atención suficiente, b) los síntomas particulares que la persona seleccione harán que la persona pueda pensar distinto acerca de qué clase de enfermedad podría tratarse, y de por qué los síntomas se presentan como tales.

Dracup et al. (1995) investigaron las variables que afectan el tiempo de decisión en pacientes que requerían ayuda médica ante la presencia de síntomas de ataque al corazón, y concluyeron que la decisión se realiza dentro de un marco complejo de variables múltiples interrelacionadas. Dichas variables se pueden clasificar dentro de un marco más bien interaccional de tres niveles:

- a) Las variables que son específicas del decidir, tales como los mecanismos de afrontamiento empleados por la persona (el negar lo que percibe o bien prestarle demasiada atención), la situación clínica de la persona (estar diagnosticado con una enfermedad específica o no estarlo) y la historia médica del paciente (pacientes que están habituados a tener enfermedades en contraposición a quienes no tienen una historia médica más específica).

- b) Luego están las variables del autoconcepto de la persona, que incluyen a los factores sociodemográficos tales como la edad, el género, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, y el tipo de personalidad.
- c) Las variables que pudieran ir en contra del rol de autocuidado de la salud, esto es, las barreras situacionales que provienen del entorno de la persona, como la presencia de otras personas (amigos, desconocidos, la familia) cuando se experimentan los síntomas, que pudieran hacer que la persona deje de prestarle la atención suficiente a los síntomas. Otros factores que pudieran influir son la hora del día en la que se presentan los síntomas (por la madrugada), o bien el día de la semana (en domingo la persona puede sentirse menos motivada a buscar la ayuda del médico), o bien el lugar donde se encuentre al momento de tener las molestias (si la persona está escalando una montaña quizá se sienta menos motivada a indagar más sobre su condición sintomática de ese momento, especialmente si no cuenta con los recursos para hacerlo).

La revisión de la literatura de los autores reveló un listado de factores relacionados con la decisión de buscar servicio médico con retraso como respuesta a los síntomas de ataque al corazón. Tal y como los autores señalan, las siguientes variables pueden ser representadas en la descripción siguiente de un paciente tipo que retrasa la decisión de buscar servicio médico ante la presencia de síntomas de ataque al corazón: tener más de 55 años, ser del sexo femenino, tener bajo nivel educativo, contar con una historia de angina de pecho o diabetes, tener a un miembro de la familia como testigo al momento de percibir los síntomas, automedicarse, tener dificultad en percibir o reconocer los síntomas por su origen cardíaco, y el consultar o no a un médico (Dracup et al., 1995).

En un estudio realizado en Noruega con 287 pacientes que presentaban hemorragia intracerebral, ataque isquémico transitorio, ataque isquémico transitorio agudo, o accidente cerebrovascular isquémico, los investigadores observaron que la terapia trombolítica intravenosa dentro de las primeras 4.5 horas de haber transcurrido el accidente cerebrovascular era fundamental para incrementar los efectos benéficos contra el accidente cerebrovascular agudo, pero su aplicación requería que el paciente reconociera

los síntomas y supiera que requería hospitalización inmediata. Sin embargo, la falta de conocimiento del paciente sobre los síntomas del ataque isquémico resultaba en una admisión diferida, dado que el tratamiento trombólítico era accesible sólo para una pequeña proporción de pacientes (Sundseth, Faiz, Rønning, & Thommessen, 2014).

Estos factores encajan con los hallazgos reportados por Finnegan et al. (2000), como resultado de la realización de una serie de 34 grupos focales con 55 hombres y 38 mujeres que habían experimentado un ataque al corazón en los últimos dos años previos a la realización de los mismos. Los autores también encontraron que la ambigüedad de los síntomas, el atribuir el malestar a otras condiciones crónicas como la artritis o dolor muscular, las expectativas poco realistas de las características del ataque, la vergüenza por si resultaba ser “falsa alarma”, o la necesidad de pedir permiso a familiares o a la pareja, actuaban como disuasivos para buscar ayuda médica de modo más urgente (Finnegan et al., 2000).

Moser et al. (2006), llevaron a cabo un meta-análisis y observaron que se han realizado más de 100 estudios en los últimos treinta años, con el fin de identificar las características predictivas de un mayor retardo del paciente en respuesta a los síntomas del síndrome coronario agudo y el accidente cerebrovascular isquémico agudo. Dentro de los factores sociodemográficos más relevantes asociados con el incremento del retardo en acudir al hospital, en pacientes que experimentaron el síndrome coronario agudo, se encuentran: a) tener edad avanzada, b) ser del sexo femenino, c) tener menor nivel de estudios, d) ser de origen étnico latino o afroamericano, e) tener bajo nivel socioeconómico.

Con respecto a las características clínicas más importantes que se vinculan a un efecto en el retraso, los autores encontraron: a) tener historia de angina de pecho, b) tener diabetes, c) tener hipertensión, d) haber padecido insuficiencia cardíaca, e) ser fumador, f) tener hiperlipidemia. Asimismo, en relación a los aspectos sociales que estaban asociados a un incremento en dicho retraso, están: a) vivir solo o encontrarse solo en el momento de la aparición de los síntomas, b) consultar con un miembro de la familia retrasa acudir al

médico en oposición a alguien que no es familiar, y c) consultar con un médico conocido, lo que podría hacer que la persona se sintiera más tranquila.

Por último, la decisión de buscar tratamiento médico también se ve influida por los aspectos cognitivos y emocionales siguientes: a) la valoración de que los síntomas no son serios o urgentes, b) esperar a que los síntomas desaparezcan, c) la preocupación de molestar a los demás, d) sentirse avergonzado por solicitar apoyo médico, y e) el autotratamiento. Por el contrario, la correcta atribución de los síntomas que el paciente experimentaba decrementó el retraso en solicitar la ayuda médica.

Ante estos resultados, los autores sugieren que, para avanzar el conocimiento de los pacientes en esta área, además de los factores sociodemográficos que son muy relevantes, se debe ampliar el conocimiento de los factores sociales, cognitivos, emocionales que contribuyen al retardo de la búsqueda de la atención médica, tanto de manera individual como a través de sus interacciones. Asimismo, también consideran que la aplicación sistemática de medidas educar a los pacientes que se encuentran en riesgo de padecer un síndrome coronario agudo o infarto, basadas en los resultados que arrojan las investigaciones, representa una oportunidad inmejorable para incidir en aquellos grupos o subgrupos sociodemográficos que se encuentran más expuestos a un riesgo de retraso en la búsqueda de ayuda médica (Moser et al., 2006).

Un estudio de Gärtner et al. (2008) revisó la literatura en base a las referencias del meta-análisis de Moser et al. (2006), y concluyeron que existe una dificultad importante para trazar un perfil claro que podría ser de utilidad en la práctica clínica diaria y en la educación de la salud en los pacientes. Sin embargo, existe un consenso de que el conocimiento general sobre los síntomas típicos de un ataque al corazón es la base necesaria para la prevención, pero no prepara de manera adecuada a los pacientes para una crisis aguda. Finalmente, consideran que quizá sea de utilidad desarrollar algoritmos predictivos en grupos de personas con características bien definidas (e.g., personas menores de 60 años, del sexo femenino, con patrón de comportamiento evitativo por ansiedad) con el fin de que puedan mejorar su toma de decisiones.

En relación a otras enfermedades, como el cáncer colorrectal, un estudio llevado a cabo por Siminoff, Thomson & Dumenci (2014) para identificar los factores asociados con la evaluación tardía del paciente encontró que el 52% de los pacientes (n=252) reportaron barreras de tipo cognitivo, principalmente el darle poca importancia a los síntomas (40%) por haberlos atribuido a una mala dieta, al estrés, a las úlceras o a las hemorroides. El factor cognitivo que le siguió en relevancia fue el miedo (24%), asociado principalmente a lo que los resultados de las pruebas podrían arrojar, lo que produjo el retardo de dichos pacientes. Cerca del 12% de los pacientes creyeron que su edad les libraba de la posibilidad de tener cáncer colorectal, y una proporción similar sentía vergüenza de compartir su estado con los profesionales de los servicios de salud, sobre todo si el patrón sintomático de la enfermedad era cambiante.

Otro estudio cualitativo que examinó 11 narrativas de entrevistas en profundidad en mujeres que habían tenido experiencias de síntomas anormales de cáncer de mama, cuyas edades oscilaban entre los 28 a 63 años de edad, buscó identificar los heurísticos implicados en el riesgo percibido por cada participante de contraer dicha enfermedad (identificación de síntomas), relacionado con la urgencia por acudir al médico. Los autores concluyeron que las mujeres argumentaron que sus síntomas no tenían las características de un bulto en el pecho, lo que conllevó un menor riesgo percibido. Ocho mujeres percibieron que el riesgo de padecer cáncer de mama era bajo, y casi todas las participantes dijeron que podían tener un cierto grado de control sobre la enfermedad si practicaban ejercicio, tenían una buena dieta alimenticia, y si sufrían de menos estrés. Estas respuestas reflejaban un sesgo optimista, según los autores, debido a que se comparaban con mujeres que sí tenían una historia familiar de cáncer de mama, es decir, contra un estereotipo de mujer de alto riesgo que no coincidía con el historial familiar de las participantes del estudio (Katapodi, Facioni, Humphreys, & Dodd, 2005).

Se presenta un resumen de las características principales de los modelos teóricos revisados hasta el momento, en una tabla (Tabla 1) que compara diferentes características tipológicas que contribuyen al entendimiento del retraso del paciente para acudir al médico.

Tabla 1.

Comparación de los modelos Creencias de Salud, Modelo de Sentido Común y Teoría de la Comparación Fisiológica

Característica	Creencias de Salud (<i>Health Belief Model</i>)	Modelo de Sentido Común de H. Leventhal (<i>Common-Sense Model</i>)	Teoría de la Comparación Fisiológica de Andersen & Cacioppo
Propósito del modelo	Estudio de la prevención, identificando las creencias en las que enfocar las campañas para provocar cambios positivos en el cuidado de la salud.	Identificar el procesamiento e integración de la información sobre la enfermedad, para predecir el afrontamiento.	Identificar los procesos psicológicos involucrados en la detección/evaluación de los síntomas y en las inferencias de la enfermedad.
Supuestos básicos	La preocupación por la salud como elemento necesario para prestar atención, percibir, aceptar o usar la información que procesan.	Los individuos crean e infieren representaciones mentales basadas en fuentes concretas y abstractas de información para dar sentido a la aparición de síntomas.	En la percepción de los síntomas, no siempre se conoce la causa u origen fisiológico del malestar. Esta incertidumbre es algo aversivo que conduce a la inferencia.
Tipo de procesamiento mental en el que se apoya	No lo incluye de manera explícita, pero guarda relación con el modelo de procesamiento paralelo extendido (EPPM).	Procesamiento paralelo: emociones y cogniciones que ocurren simultáneamente y se influyen mutuamente.	Procesamiento comparativo de los síntomas con esquemas sobre diferentes enfermedades o elementos salientes del contexto.

Tabla 1. (cont.)

Comparación de los modelos Creencias de Salud, Modelo de Sentido Común y Teoría de la Comparación Fisiológica

Característica	Creencias de Salud (<i>Health Belief Model</i>)	Modelo de Sentido Común de H. Leventhal (<i>Common-Sense Model</i>)	Teoría de la Comparación Fisiológica de Andersen & Cacioppo
Elementos psicológicos de cada modelo	La percepción de: (a) Susceptibilidad, (b) amenaza, (c) beneficios (d) barreras, (e) otras señales para la acción.	Procesamiento de: (a) causas, (b) consecuencias, (c) identidad de la enfermedad, (d) línea temporal, (e) grado de control.	La interpretación de síntomas depende de: (a) novedad o familiaridad, (b) aplicación de un prototipo, (c) nivel de incertidumbre, (d) consecuencias, (e) sesgo optimista.
Rol de los síntomas en el modelo	Tienen una importancia menor en comparación a los otros modelos.	Elementos clave para la activación del esquema de representación de la enfermedad.	Son marcadores básicos que permiten la comparación, y son el punto de partida del modelo.
Rol de las emociones	No lo incluye de manera explícita.	Representación emocional (ansiedad, miedo o preocupación) como elemento precursor del afrontamiento.	No considera el rol de las emociones en el proceso de comparación psicofisiológica.
Rol de la sociedad/cultura	Elemento implícito al referirse a las barreras y beneficios para seguir un curso de acción.	La sociedad/cultura como fuente de información crítica en la representación de la enfermedad.	El modelo es de tipo individualista al enfocarse en el proceso de percepción de los síntomas exclusivamente.

Fuente: Elaboración propia basada en la revisión teórica de los modelos abordados.

1.4 Hacia un modelo integrado de respuesta a los síntomas

En lo referente a los modelos que inicialmente abordaron la relación de las cogniciones con los comportamientos de salud, algunos autores como Wyke et al. (2013) creen que los investigadores de los enfoques sociológicos y psicológicos que han aplicado los diferentes modelos no han integrado dichos modelos para tener un mejor entendimiento de la variabilidad de respuestas que las personas pueden presentar ante la presencia de los síntomas de cualquier índole. Lo anterior ha tenido repercusiones en la posible acumulación de conocimiento a nivel interdisciplinario, en cuanto a los trabajos empíricos disponibles. Además, se reconoce que el hecho de que el estado actual de la investigación impida el

trabajo interdisciplinario, ha fomentado los silos para la formulación alternativa del problema de acudir a consulta médica en diferentes disciplinas.

Por el contrario, si los investigadores fueran capaces de integrar dichos enfoques en sus trabajos, o bien consideraran la viabilidad de adoptar otros enfoques disciplinarios del campo de la salud, quizá contaríamos con un entendimiento más profundo y detallado de los procesos sociales y cognitivos relacionados con la manera en que las personas responden a los síntomas. A esto debemos agregar que todos estos aspectos son claves en el entendimiento más detallado de la autogestión efectiva y el uso de los servicios de salud, como se ha mencionado en la introducción del presente trabajo.

Una arista pendiente en la conceptualización de la respuesta ante los síntomas se refiere a la comprensión del proceso de búsqueda formal de ayuda médica, pues se reconoce que la mayoría de los modelos solamente se han enfocado en explicar o en representar la decisión de buscar ayuda profesional médica como una decisión única, en lugar de representarla como un proceso que tiene una serie de características que convendría entender mejor (Wyke et al., 2013). Se cree que la decisión de acudir al médico involucra una serie de decisiones más pequeñas o acciones que se toman y/o reflexionan en el transcurso del tiempo, y no necesariamente en un momento específico del tiempo. Un elemento clave aquí es el hecho de que los intentos de desarrollar los modelos más dinámicos han producido en realidad una serie de fases que establecen que la persona debe atravesar por una serie de fases basadas en criterios médicos y conductuales, pero rígidas (e.g., que siempre tienen que repetirse bajo la misma secuencia y los mismos pasos), lineales (e.g., si cualquier persona siente tal síntoma siempre lo interpretará de la misma manera y actuará consecuentemente del mismo modo en todos los casos), sin tener en cuenta que en realidad durante el proceso de afrontamiento a los síntomas, las experiencias de las personas, las evaluaciones que realizan y las estrategias que cada persona utiliza son multifacéticas (Biddle, Donovan, Sharp & Gunnell, 2007).

Por otro lado, debe destacarse que el proceso de afrontamiento o de respuesta a los síntomas ocurre siempre dentro de un contexto de redes sociales más amplio, y se ve

influido por expectativas de tipo cultural y de estructura social sobre las enfermedades y los servicios disponibles que el paciente llega a evaluar antes de tomar la decisión de acudir o no al médico. Wyke et al. (2013) han sugerido que los cambios sobre el conocimiento de los síntomas, sobre la variabilidad de los síntomas, o sobre los recursos, por ejemplo, pueden precipitar una reevaluación de las respuestas más apropiadas con respecto a los estados corporales subyacentes. Los comportamientos que en general se dan como respuesta a la aparición de molestias pueden ser configurados como un proceso de adaptación a los síntomas, mientras que el acudir al médico es una de varias respuestas posibles que pueden presentarse ante la enfermedad, al igual que lo son el autocuidado, el afrontamiento y la adaptación a la enfermedad (Biddle et al., 2007).

Lo anterior ha motivado a disminuir la brecha entre las diferentes características de los modelos y el desarrollo de un marco integrado de respuesta a los síntomas. En este apartado se retoman los elementos de dos modelos provenientes de la sociología, el Modelo de Acción de la Enfermedad y el Modelo de Red Episodio, y uno de la psicología, ya explicado anteriormente, el Modelo del Sentido Común de la Enfermedad, con el objeto de reunirlos y elaborar un encuadre que incorpore las mejores características de dichos modelos. El Modelo del Sentido Común de la Enfermedad enfatiza la importancia de las respuestas emocionales a los síntomas, a pesar de que este aspecto se operacionalizó deficientemente porque no se abordó de modo explícito, mientras que el Modelo de Red Episodio realza la importancia de las redes sociales para enlazar la estructura social a la acción individual. El Modelo de Acción de la Enfermedad y el Modelo del Sentido Común se enfocan en las respuestas de tipo cognitivas y conductuales, mientras que el Modelo de Red Episodio reconoce la importancia de enfocar el análisis en el nivel de la red social, aunque este nivel de análisis es difícil de operacionalizar (Wyke et al., 2013).

Si representamos el marco integrado de respuestas a los síntomas propuesto en este trabajo, será necesario imaginar una serie de 4 círculos concéntricos que se incluyen entre sí. El más pequeño es el círculo número 1, que se ubica en el centro del marco integrado de respuesta a los síntomas, el siguiente que incluye al círculo 1, es el segundo, que se refiere a las interacciones sociales de la persona. El tercer círculo, que incluye a los dos primeros,

se refiere a los elementos culturales y organizacionales que influyen de manera importante en la decisión de acudir o no al médico. El cuarto y último círculo, el más grande y externo pero que incluye a los tres anteriores, consiste en la estructura social que también puede influir la respuesta que la persona tenga ante la aparición de los síntomas. Estos círculos con sus conceptos correspondientes se explican a continuación.

En el círculo más pequeño, el 1, se encuentran los procesos repetitivos de interpretación, acción y evaluación que la persona realiza cuando enfrenta los síntomas o los signos de alguna enfermedad. Los modelos ya mencionados coinciden en que el conocimiento, ya sea que se base en la experiencia personal o en la experiencia que proviene de otras personas, moldearán la experiencia que la persona tenga, por medio de sus propias expectativas y la experiencia previa que posea del uso de los distintos tratamientos de salud. Estos elementos no necesariamente tienen un efecto de suma o de tipo multiplicativo en todos los casos, puesto que en algunas ocasiones la persona combinará la información proveniente de su propia experiencia con la información oída de segundas o terceras personas. Sin embargo, sí es esperable que en otras ocasiones la manera de combinar distintos segmentos de información, por llamarlo de algún modo, sólo contemple uno o dos elementos de la experiencia mencionados en el modelo de manera más inconciente o automático, y en otros momentos quizá la decisión pase por un proceso más deliberado.

En el mismo círculo 1 se encuentran los recursos que la persona pueda tener a su disposición, que incluyen recursos como el acceso a los tratamientos médicos o de salud, el acceso al apoyo social que pudiera provenir de familiares, amigos o personas conocidas, así como también la experiencia de los síntomas tal y como es vivida y sentida por la persona. Esto último implica cierta variabilidad del dolor o la incomodidad que conlleva el padecerlo, por ejemplo, y que a menudo se interpreta en relación a qué tanto interfiere en la vida cotidiana de la persona. El dolor de espalda que percibe una persona puede desencadenar que la persona comente su malestar con alguien externo a la familia. Si la otra persona experimentó un dolor similar y resultó en un diagnóstico de lumbalgia, este hecho podría llevar a una interpretación distinta o similar del propio dolor y, por ende, a otro tipo de

acciones. Y alternativamente, un cambio en el estado percibido, tal como el dolor que va en aumento y que se vuelve insoportable, puede hacer que la persona consulte con mayor urgencia.

Estos cambios sobre lo que la persona percibe también se pueden vincular con cambios en su tipo de respuesta emocional a los síntomas. Esto representa otra aportación específica del Modelo del Sentido Común de la Enfermedad, ya que la persona podría empezar a experimentar miedo sobre las posibles consecuencias de su dolor, una respuesta muy común en diversos padecimientos, generando entonces una respuesta distinta a la que quizá experimentó al inicio de los síntomas. Finalmente, si la persona interpreta que una modificación al acceso a ciertos recursos como el conocimiento más claro de una enfermedad, o qué tan fácil le será llegar al médico ante circunstancias como la falta de transporte rápido que le permita movilizarse a su destino, o bien a un ambulatorio que se halla demasiado lejos, seguramente influirá también sobre cómo es que la persona pueda llegar a pensar acerca de los síntomas. Naturalmente, las acciones posibles que emprenda en un momento determinado también se verán influidas por todos estos cambios no previstos (Wyke et al., 2013).

En el segundo círculo, está la importancia que tiene la interacción o las interacciones sociales frecuentes que ayudan a entender la respuesta a los síntomas por parte de las personas. Dichas interacciones también influyen en la decisión de una persona de hacer uso del servicio médico o no hacer uso de él, en el hecho de que una persona pida el favor a un familiar de hacer la solicitud de algún servicio médico o agenda alguna consulta, o bien conducir a un retraso en la solicitud del servicio médico cuando la interpretación de la persona se ve influida por la de otras personas, que entonces hace que se consideren otros cursos de acción puesto que los terceros no han confirmado a la persona la necesidad de acudir a consulta. Es el caso de las personas que comparten lo que les ocurre internamente, a diferencia de las personas que no sienten la confianza para compartir su malestar ni siquiera con algún familiar muy cercano a pesar de que los síntomas hayan tomado un curso de mayor severidad o gravedad. Por tanto, este círculo de influencia tiene una relevancia especial en el modelo.

Luego aparece el tercer círculo, que se refiere al hecho de que la persona pueda o no considerarse candidata para recibir o solicitar los servicios de salud. Se reconoce que existen factores de tipo cultural y organizacional que pueden influir en este proceso valorativo. Este concepto fue propuesto por Dixon-Woods et al. (2006) para enfatizar la importancia de los enlaces que existen entre la estructura social y las expectativas compartidas a nivel cultural sobre la salud y los significados de los síntomas, y que pueden explicar en muchos casos el porqué las personas que se encuentran en circunstancias de menor afluencia deciden no hacer uso de los servicios médicos.

La importancia del constructo “candidatura cultural” de Kleinman (1981) radica en que la persona puede presentar una variedad de respuestas ya que sus propios modelos explicativos no se encuentran lo suficientemente integrados. Esto contrasta con las creencias generales que la persona tiene sobre la salud y la enfermedad, y que utilizan comúnmente para dar explicaciones sobre sus conductas en relación a sus síntomas o episodios de enfermedad. Así, un paciente puede decidirse a buscar ayuda médica en un sistema de medicina tradicional o en otro, dependiendo del ajuste que la persona realice de sus síntomas con el diagnóstico que la persona ha realizado al orientarse en un sistema de curación u otro. Si la persona interpreta que sus síntomas son de tipo psicológico más que de tipo físico, tal vez hará que se decida por un curso de acción que no necesariamente incluirá la visita al médico. Las explicaciones de los síntomas son compartidas en el nivel cultural, y como ya se sabe por el Modelo del Sentido Común de la Enfermedad, puede incluir malentendidos acerca de la etiología de una enfermedad. Las características de la experiencia de la representación de los síntomas (la estructura esquemática) pueden o no ser congruentes con su estructura proposicional (etiqueta), y puede que tampoco hayan representaciones válidas de una amenaza biológica subyacente para la persona (Leventhal, Phillips, & Burns, 2016).

Por último, se encuentra la estructura social que también influye en la respuesta a los síntomas tanto de manera directa (por medio del acceso directo a los cuidados y servicios de salud, o bien a través de la disponibilidad de tiempo fuera del trabajo y de las responsabilidades de paternidad) como de manera indirecta (a través del acceso a las redes

sociales y de las personas que pueden ofrecer sugerencias u opiniones, o bien actitudes sobre qué sería lo correcto hacer en dicha situación). El Modelo del Sentido Común de la Enfermedad, por ejemplo, considera que las comparaciones sociales generan influencias de contexto en los procesos involucrados en el autodiagnóstico y la búsqueda de ayuda médica. Por ejemplo, las personas pueden percibir los síntomas como menos serios y verse menos motivadas a acudir al médico si otras personas del sector popular reportan síntomas similares (Leventhal, Yu, & Leventhal, 2015).

2. Metodologías para el estudio de la decisión de acudir al médico

Estudios previos han señalado la dificultad presente que hay para identificar los factores que contribuyen de manera significativa en la explicación del retardo de los pacientes para responder, por ejemplo, a los síntomas de infarto agudo del miocardio.

El primero en intentar medir la relación entre la percepción de la actividad corporal y el verdadero funcionamiento fisiológico de la persona, fue el Cuestionario de Percepción Autónoma (MSPQ, por sus siglas en inglés), desarrollado por Mandler a final de la década de los 1950s, el cual se diseñó para evaluar tanto los sentimientos agradables como los desagradables que acompañaban a las sensaciones fisiológicas de tipo autónomo. El autor encontró que existía una relación directa entre el reporte que hacían los pacientes de la sintomatología autónoma percibida y lo que las personas reportaban en realidad. Una conclusión relevante obtenida de los resultados de la aplicación de dicho instrumento fue que el hecho de que las personas reportaran sus sensaciones internas se correlacionaba con un nivel de ansiedad, medida por la Escala de Ansiedad Manifiesta. Aunque el instrumento produjo niveles de correlación muy bajos con la ansiedad medida por otros instrumentos, la explicación a ello se debe en parte a que las emociones de las personas están determinadas no sólo por componentes fisiológicos sino también por señales del medio ambiente y de la situación específica. Los resultados también se relacionaron con hallazgos posteriores de que la percepción de las señales internas fisiológicas, independientemente de si las señales provienen del medio externo o de otras fuentes, de cualquier modo, es una variable clínica de relevancia que se vincula con un estado de angustia. No obstante, un

problema que presentó el uso del instrumento fue su falta de adecuación para el uso clínico de rutina (Main, 1983).

Una herramienta que ha sido utilizada para conocer el nivel de conciencia de los procesos corporales es el Cuestionario de Percepción Somática Modificado (*Modified Somatic Perception Questionnaire*, o MSPQ), de Chris J. Main, cuyo propósito es el de identificar quejas somáticas asociadas con respuestas de ansiedad o depresión en pacientes con dolor crónico o discapacidades. El instrumento consiste en una escala de autoinforme de 4 puntos, que contiene 13 ítems y proporciona un índice de conciencia corporal general al evaluar a los pacientes en su experiencia somática no cardíaca y síntomas del sistema nervioso autónomo por un cierto periodo de tiempo (Donaldson et al., 2011; Kenyon & Ketterer, 2015). Las puntuaciones obtenidas fluctúan entre 0 a 39, con las puntuaciones más altas indicando niveles de conciencia somática mayor. Una consecuencia importante del desarrollo de este instrumento fue su posterior aplicación en poblaciones de pacientes que presentaban dolor crónico o lumbalgia crónica (Main, 1983).

La Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) es otro instrumento que se ha utilizado con el objeto de medir la habilidad de identificar y describir emociones o sentimientos, y para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales. Los puntajes del TAS van de 26 a 130, las puntuaciones más altas indican un mayor grado de alexitimia, o una mayor dificultad para describir y diferenciar las emociones de las sensaciones corporales. Las clasificaciones establecidas de los puntajes normalmente utilizadas son: a) personas alexitímicas, puntajes mayores de 74, b) personas no alexitímicas, puntajes menores a 62, c) personas intermedias, puntajes de 62 a 74.

La utilidad de dicha escala de alexitimia radica en la correlación que presenta con el retardo que experimentan los pacientes para acudir al médico, como en el caso de los pacientes que han sufrido infarto agudo del miocardio. Kenyon & Ketterer (2015) encontraron que los pacientes con niveles relativamente bajos de conciencia somática tuvieron un retardo significativamente más largo que los pacientes con altos niveles de conciencia corporal (7 horas vs 4 horas de promedio). Con respecto al TAS, los pacientes

identificados como no concientes emocionalmente, evidenciaron intervalos de retardo significativamente mayores que los pacientes emocionalmente concientes, o los intermedios, con medias de retardo de 12.8, 3.8 y 5.0 horas, respectivamente. El análisis de los efectos principales para cada una de las variables de agrupación de conciencia somática y alexitimia produjo resultados significativos, con los niveles de conciencia somática y emocional combinados explicando un 11.4% de la variabilidad total en el retardo. Además, la interacción entre los niveles de conciencia somática y emocional fue significativa. (Kenyon & Ketterer, 2015).

Las conclusiones más relevantes de sus hallazgos indican que la conciencia corporal y emocional reducida reflejan una hiposensibilidad fisiológica a las sensaciones dolorosas o a los patrones aprendidos de prestar atención y reportar estímulos dolorosos. Asimismo, la conciencia somática y emocional pueden ser factores preexistentes que afectan las percepciones de los pacientes sobre la severidad de los síntomas, y por tanto, a las interpretaciones que las personas hacen sobre el significado de los síntomas. Estos resultados sugieren que las variaciones en la sensibilidad a los procesos corporales y a las emociones juegan un rol importante en la percepción de los síntomas, en la búsqueda del tratamiento, y potencialmente en los resultados del tratamiento para las personas que experimentan los síntomas del infarto agudo del miocardio (Kenyon & Ketterer, 2015).

Una limitación de los instrumentos psicométricos anteriormente presentados es que se desarrollaron con la finalidad de abordar necesidades específicas de poblaciones concretas, en la mayoría de los casos, con padecimientos como las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, se han creado con el propósito de establecer correlaciones con otras escalas clínicas que miden constructos como la ansiedad, la depresión, como el locus de control interno, autoeficacia, afecto negativo, y conductas relacionadas con el uso de servicios de salud (Kannan & Veazie, 2014).

Asimismo, el enfoque dominante ha sido la utilización de las encuestas transversales por la necesidad identificada por muchos investigadores de que los factores culturales y sociodemográficos permitirían conocer las barreras que posteriormente podrían abordarse

en la investigación aplicada. Ello ha limitado el potencial explicativo de las cogniciones o las creencias al ser reducidas a categorías descriptivas y, por otra parte, se ha caído en un tipo de reduccionismo al querer explicar que las personas que no solicitan ayuda médica obedece en la mayoría de los casos a un conjunto de barreras exteriores a la persona (Biddle et al., 2007).

Los estudios que de manera más concreta abordan la decisión de acudir al médico sin la presencia de algún prototipo de enfermedad o patología específica, son muy escasos. Además, considerar todos los aspectos contextuales involucrados en la decisión de acudir al médico es algo generalmente ignorado en la mayoría de los estudios. Por todo lo anterior, la metodología de la encuesta factorial aparece como una alternativa metodológica para el estudio de la decisión de ir al médico, partiendo del supuesto de que evaluar el juicio o los juicios que las personas realizan cuando aparecen molestias se ve influido por una multiplicidad de factores que se contemplan de manera simultánea, de acuerdo a los hallazgos acumulados de los modelos que han pretendido explicar por qué las personas acuden con menor o mayor retardo al médico ante la presencia de síntomas sobresalientes. A continuación, se comentarán las características generales de la metodología de la encuesta factorial.

2.1 Metodología de encuesta factorial

Rossi y Anderson (1982) desarrollaron la encuesta factorial como un método de investigación específicamente diseñado para abordar el fenómeno de los juicios sociales. Es un método adecuado para investigar las creencias normativas, que se definen como valores compartidos o creencias que caracterizan a un grupo social particularmente en relación a un objeto o interés compartido (Love, Davoli, & Thurman, 1996).

A pesar de que el método de la encuesta factorial (*Factorial surveys*) se estableció por primera vez por Peter H. Rossi en su disertación en el año de 1951, en la última década se ha observado un marcado incremento de su uso en los estudios de actitudes y decisiones (Wallander, 2009; Sauer et al., 2011).

La encuesta factorial es un método experimental que presenta a los participantes varias descripciones hipotéticas de situaciones u objetos, llamados viñetas, o escenarios. Un escenario es una descripción de una unidad o actor ficticio, tal como una persona o una familia, en función de las características propias de dicha unidad, por ejemplo: la edad, el grado que cursa, el ingreso que percibe, etc. (Jasso, 2006). Dentro de estas descripciones, las características o atributos varían de manera sistemática en sus valores o niveles en cada escenario. La tarea entonces para el participante es la de evaluar el nivel de una variable de resultado especificada (e.g., el grado de salud percibida, de justicia percibida, de salario justo, etc.), correspondiente a la unidad ficticia seleccionada en el estudio, o bien decidir cómo actuaría en las situaciones presentadas (Jasso, 2006; Sauer et al., 2011).

De este modo, el propósito de la encuesta factorial desde el punto de vista metodológico es identificar cómo cada dimensión afecta a dichas evaluaciones o decisiones y medir el impacto relativo de las dimensiones individuales.

Al enfoque de la encuesta factorial también se le ha considerado como una técnica híbrida que combina la ortogonalidad de los factores, esto es, la no asociación perfecta entre las dimensiones, típica de los diseños experimentales multivariados balanceados, con los detalles y la complejidad propias de los procedimientos de encuestas (Wallander, 2009).

El desarrollo de una encuesta factorial incluye los siguientes pasos: (1) la construcción de los escenarios y las dimensiones, (2) el muestreo de los escenarios, y (3) la construcción de una escala de respuesta.

(1) La construcción de los escenarios y las dimensiones. El primer paso es el más importante en el diseño de una encuesta factorial. Se tienen que identificar las dimensiones o variables, en base a consideraciones teóricas, con el fin de conocer su influencia sobre la variable respuesta. Luego, se tienen que definir los niveles de cada dimensión que sean relevantes para las evaluaciones. En el caso de las variables continuas, a diferencia de las cualitativas como el género, es necesario definir el número de niveles y el rango. Por ejemplo, en el caso de la edad como dimensión dentro de un escenario, se puede restringir a un rango de 20 a 60 años con cuatro niveles distintos. Es importante tener en cuenta que

el número de parámetros que deben estimarse en el análisis se incrementa de manera exponencial a medida que aumenta el número de dimensiones (variables) y dimensiones cualitativas (Jasso, 2006; Sauer, Auspurg, Hinz, Liebig, & Schupp, 2014). Elevar el número de niveles de factores en las variables independientes reduce el poder estadístico en el análisis, pero en muestras grandes, esto deja de ser un problema (Taylor, 2006). Al permitir que cada una de las dimensiones varíe de manera independiente con respecto a sus niveles, se obtiene la ortogonalidad de los factores a lo largo de todas las dimensiones en el universo de los escenarios, que consiste en todas las combinaciones posibles de los niveles de la dimensión (Wallander, 2009).

(2) *El muestreo de los escenarios*: el segundo paso es generar todo el universo de escenarios a partir de todas las posibles combinaciones. Como producto cartesiano, el tamaño del universo se calcula multiplicando todos los niveles de los factores por sí mismos (Sauer et al., 2014; Wallander, 2009; Taylor, 2006; Ludwick et al., 2004). Por ejemplo, en el caso de 5 atributos con 3 niveles en cada uno, el universo posible de escenarios sería: $3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3 = 243$. Por lo general, resulta imposible que cualquier participante pueda responder todo el universo posible de escenarios, lo que hace necesario trabajar con una muestra del universo total de escenarios. De este modo, para seleccionar una subpoblación de los escenarios se pueden aplicar dos técnicas (Atzmüller & Steiner, 2010): (a) el Diseño Factorial Fraccionado; y (b) la Selección Aleatorizada de Escenarios.

El Diseño Factorial Fraccionado consiste en que únicamente se utiliza y presenta a los participantes una fracción seleccionada del total del universo posible de los escenarios, optimizando dos características básicas de la misma: una mínima intercorrelación entre dimensiones y, al mismo tiempo, máxima varianza en los niveles de cada viñeta. En el caso de diseños complejos que involucren un gran número de factores, se entiende que se requiere seleccionar más de una fracción (bloques), y cada bloque debe pasarse a un grupo de participantes distintos. La selección de bloques puede realizarse mediante un diseño de cuota con eficiencia-D (*D-efficiency*), en los que un programa algorítmico ayuda a realizar la selección garantizando una selección de escenarios suficientemente confiable (Auspurg & Hinz, 2015).

La Selección Aleatorizada de Escenarios consiste en seleccionar los escenarios que se pasarán mediante un procedimiento aleatorio. El resultado de emplear este enfoque es que los efectos principales se pueden confundir con los efectos de interacción mayores o menores, e incluso con otros efectos principales.

Se reconoce que los Diseños Factoriales Fraccionados por cuotas son más eficientes comparados a las muestras aleatorias de escenarios, en relación al grado de ortogonalidad y el balance de los niveles, es decir, que consiguen que cada nivel de una dimensión aparezca con la misma frecuencia (Atzmüller & Steiner, 2010).

Así pues, un aspecto relevante de los Diseños Factoriales Fraccionados por cuotas es el nivel de D-eficiencia que se consigue en la selección de bloques y escenarios de cada bloque, que mientras más alta es, menor será el error estándar estimado. Deben determinarse cuántos escenarios y bloques diferentes se usarán en el diseño, incluyendo el número de escenarios que cada participante deberá evaluar. En los diseños mixtos, como es el caso del presente trabajo, distintos grupos de participantes reciben diferentes grupos de escenarios. Sin embargo, dentro de cada grupo o bloque, los participantes comparten los mismos escenarios, lo que permite que se puedan hacer comparaciones entre las personas que respondieron el cuadernillo (Atzmüller & Steiner, 2010). Conforme aumenta el número de escenarios, será más probable encontrar una fracción de cuota con eficiencia del diseño (*D-efficient*). De este modo, la mejor vía para obtener un diseño eficiente es a través de los algoritmos apoyados en el uso de software, ya que exhiben mayor flexibilidad en la combinación de los factores. La clave está en poder balancear el número de participantes que son asignados a cada uno de los bloques, basándose en el cálculo del poder estadístico. El número de escenarios que se requiere para alcanzar diseños eficientes siempre dependerá de la aplicación específica, es decir, del número de dimensiones y de niveles con que cuente el diseño, y del número de factores que tengan que ser ortogonalizados.

No debe perderse de vista que tendrán que excluirse las combinaciones de casos que no sean plausibles en el nivel alto o bajo del factor al combinarse con los demás factores incluidos. La experiencia indica que valores de eficiencia de diseño alrededor de .90, se

observan típicamente correlaciones marginales entre las dimensiones ($|r| \leq .05$), que se consideran tolerables en la investigación. Un buen diseño proporciona información máxima para las estimaciones de los parámetros pretendidos, basados en la matriz de información de Fisher (Auspurg & Hinz, 2015). Debe enfatizarse que si el diseño es simétrico y ortogonal, alcanzará una eficiencia de diseño de 100, lo cual por supuesto no es posible en todos los casos. Por tanto, será importante realizar diferentes combinaciones algorítmicas entre el número de pruebas que hace el programa, por ejemplo, 100 bloques (decks) de 70 ensayos con dos niveles y 9 factores, arroja una eficiencia de diseño de .94. Los ensayos corresponden a la fracción de escenarios que habrán de elegirse en el diseño. En el presente trabajo se utilizarán los procedimientos algorítmicos del paquete estadístico R® para realizar las combinaciones correspondientes y obtener un índice de eficiencia de diseño adecuado .

Un aspecto no menos trivial en el diseño de los escenarios es el de la complejidad de la información que debe procesar un participante de un estudio con metodología de encuesta factorial. La complejidad surge principalmente de dos fuentes distintas: el número de dimensiones (factores) que se utilizan para describir los escenarios, y el número de escenarios que se le presenta al participante. A mayor número de dimensiones y de niveles, más demandante se vuelve la tarea para el participante. Por tanto, la medición se puede volver más problemática si los participantes no están acostumbrados a las demandas de los escenarios, además que la aplicación de la encuesta factorial en la población general requiere de mayor atención porque requiere de una capacidad cognitiva mayor, a diferencia de lo que ocurre en algunas poblaciones homogéneas como los estudiantes de economía, de enfermería, de psicología, o de derecho, donde las temáticas tratadas en los escenarios son más afines a ellos (Sauer et al., 2011).

Los resultados de la investigación metodológica sobre el número de escenarios y de niveles arrojan que los escenarios que contienen alrededor de 8 dimensiones en general son bien tolerados por los participantes, mientras que los escenarios que incluyen 12 o más dimensiones producen evaluaciones inconsistentes (Auspurg & Jäckle, 2015). Por otro lado, existen efectos de fatiga o aburrimiento que merecen ser considerados después de los

primeros 10 escenarios, especialmente en participantes con nivel educativo más bajo. También se han encontrado heurísticos de respuesta en las encuestas factoriales. Es decir, cuando los participantes evalúan los primeros escenarios toman en cuenta un mayor número de dimensiones, y conforme van evaluando los últimos escenarios, parecen concentrarse en un número más restringido de las dimensiones que consideran más relevantes, y así ignoran las que consideran menos relevantes (Auspurg & Jäckle, 2015; Sauer et al., 2009).

(3) *La construcción de una escala de respuesta:* El último paso de la metodología consiste en seleccionar la escala de respuesta de la variable dependiente. Se pueden usar escalas categóricas (de sí-no) o de valoración (*rating scales*), pero lo conveniente es que la variable dependiente se ubique en el nivel de intervalo (Ludwick et al., 2004) y que exista suficiente varianza en cada variable dependiente, pudiendo haber de 1 a 3 variables en un estudio. Dentro de las escalas de valoración, las más utilizadas en las encuestas factoriales son las de tipo Likert y las escalas análogas métricas de 100 mm (Sauer et al., 2014; Ludwick et al., 2004).

3. Planteamiento de la Investigación

Los trabajos planteados en el marco teórico han permitido detectar diferentes factores que pueden estar influyendo en la decisión de acudir al médico (Wyke et al., 2013), así como variables personales que, dado que afectan a la representación de la enfermedad, pueden también influir en dicha decisión, como pueden ser el género, la edad, el nivel de estudios, la salud percibida y algunas creencias de salud (Kannan & Veazie, 2014).

A pesar de ello, estos factores provienen en muchos casos de investigaciones realizadas en contextos con enfermedades específicas, no siempre tienen evidencia que los apoye, y los que la tienen, se han estudiado generalmente por separado.

Así pues, se requieren de trabajos que evidencien si los factores detectados también son relevantes en el contexto en el que, habiendo presencia de síntomas, se dan en un contexto en el que no hay una enfermedad identificada; además, se requieren de trabajos que permitan valorarlos conjuntamente, para determinar cuáles de ellos pueden tener mayor peso en la decisión final de acudir al médico con mayor o menor urgencia, utilizando para ello metodologías que permitan no sólo su presentación conjunta, sino también su manipulación.

Para ello, y siguiendo la metodología de encuesta factorial, se diseñarán escenarios que presenten una situación en la que, a partir de la aparición de un síntoma, se describen 9 factores que se relacionan con la decisión de acudir al médico (en términos de familiaridad, conocimiento, interpretación, respuesta emocional que generan, grado de interferencia, consejo de otras personas, confianza en el médico, presencia de otros sucesos diarios, y facilidad de acceso a los servicios de salud), a partir de la cual el participante debe emitir un juicio acerca de en qué medida cree que la situación le incita a acudir al médico con mayor o menor urgencia.

3.1 Objetivo general

- El objetivo principal de la presente tesis es el de determinar cuáles de los factores explican mejor la determinación del juicio de acudir al médico con más o menos urgencia, y cómo contribuyen a ello las variables sociodemográficas y relacionadas con el uso de servicios de salud.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar cuáles de los factores descritos por los modelos son relevantes en relación al juicio de acudir al médico con más o menos urgencia.
- Establecer un orden de importancia de los factores como variables explicativas del juicio.
- Determinar la influencia de variables sociodemográficas y relacionadas con el uso de servicios de salud, relacionadas con la representación de la enfermedad, en la determinación de dicho juicio.

3.3 Variables explicativas del estudio

Las variables independientes utilizadas en el diseño del estudio fueron seleccionadas después de haber realizado la revisión bibliográfica, de acuerdo a su relevancia observada en las teorías integradoras de los procesos de respuesta a los síntomas (Wyke et al., 2013).

La tabla 2 presenta la lista de los 9 factores que representan a las variables explicativas del estudio, a partir de las cuales se realizarán los escenarios, así como su conceptualización y fundamentación.

Tabla 2. Factores del Estudio

Nombre y conceptualización del factor	Fundamentación del factor
<i>Familiaridad con los síntomas</i> , especificado como si son molestias que se han tenido otras veces o no.	Los cambios que tienen lugar en nuestro funcionamiento fisiológico y biológico generan un cambio en la relevancia interpretativa que requiere a su vez una respuesta de la persona.
<i>Conocimiento personal de los síntomas</i> , especificado como tener o no una idea de lo que significan.	El conocimiento y el entendimiento de los síntomas, de lo que representan, y de cómo pueden interpretarse, y de lo que ha ocurrido siguiendo respuestas anteriores a experiencias similares, se considera un factor crítico.
<i>Interpretación de los síntomas</i> , conceptualizada como si son o no son dolorosos para la persona.	La interpretación puede ser inmediata o retrasada, y está influida por el grado en el que los síntomas sean percibidos como molestos o dolorosos, y si éstos interfieren en las actividades diarias, y del contexto más amplio sobre qué otras cosas están ocurriendo en la vida de la persona al momento de percibir los síntomas.
<i>Respuesta emocional a los síntomas</i> , concebida como si asustan o no asustan a la persona.	Las respuestas emocionales concurrentes a la percepción de los síntomas, junto con las expectativas del posible resultado si la persona interviene o no ante la aparición de dichos síntomas.
<i>Grado de interferencia de las molestias</i> , conceptualizado como si impiden o no que la persona realice sus actividades cotidianas.	Las interpretaciones están influidas por el grado en el que los síntomas interfieren en las actividades diarias, y del contexto más amplio sobre qué otras cosas están ocurriendo en la vida de la persona al momento de percibir los síntomas.
<i>Consejo de otras personas</i> , especificada como si alguien o nadie del entorno recomienda que acudas al médico.	Las interpretaciones están influidas por las interacciones sociales de la persona, las opiniones, sugerencias o exhortaciones de otras personas.
<i>Grado de confianza en el médico</i> , especificado como si tiene o no confianza la persona en que acudir al médico servirá de algo.	Las acciones se evalúan a partir de las alternativas intentadas en las interacciones con los servicios médicos, pues las experiencias anteriores pueden influir fundamentalmente en el futuro.
<i>Presencia de otros sucesos de la vida de la persona</i> , conceptualizada como si están sucediendo o no cosas importantes en la vida de la persona.	Las interpretaciones y las evaluaciones de las acciones posibles se ven influidas por el grado en que los síntomas se imponen en sí mismos, incluyendo el contexto más amplio de la persona, es decir, lo que está ocurriendo en la vida de la persona en el momento de atravesar por las respuestas emocionales a los síntomas.
<i>Acceso a los servicios de salud</i> , concebido como si la persona tiene o no tiene fácil acceso a los servicios de salud.	La estructura social puede influir en la respuesta a los síntomas de manera directa (a través, por ejemplo, del acceso a los servicios de salud por la facilidad de llegar a ellos, o por la habilidad de dejar de atender responsabilidades sólo temporalmente como el trabajo o el cuidado de los niños), o indirectamente (por medio del acceso a redes sociales a recursos tales como el entendimiento y el conocimiento de aspectos médicos).

PARTE EMPÍRICA

4. MÉTODO

4.1 Participantes

La muestra consistió de personas adultas que fueron reclutadas de manera voluntaria y por el método de bola de nieve en la ciudad de Barcelona, tomando en consideración los datos estadísticos sociodemográficos de la población de Barcelona del año 2015 como punto de referencia para conocer las proporciones de las variables género, edad, y nivel de estudios. En el estudio participaron un total de 168 personas (M edad= 43.7, $DE=9.4$), de las cuales 86 eran mujeres, con una media de edad de 43.7 ($DE=9.6$), y 82 hombres, los cuales en promedio presentaron 43.8 años de edad ($DE= 9.3$) que fueron agrupados en tres grupos de edad: 64 personas con edades entre 28-39 años (38.1%), incluyendo 33 mujeres y 31 hombres; 53 personas con edades entre 40-49 años (31.5%), incluyendo 30 mujeres y 23 hombres; y 51 personas de 50 o más años (30.3%), que incluyó a 23 mujeres y 28 hombres.

En lo referente al nivel de estudios, en la franja de edad de 28 a 39 años, 11 (6.5%) participantes no tenían estudios o tenían estudios primarios, 13 (7.7%) tenían estudios secundarios, 17 (10.1%) tenían estudios de formación profesional, y 23 (13.7%) contaban con estudios universitarios o de posgrado. Del rango de edad de 40-49 años, 12 personas (7.1%) participantes no tenían estudios o tenían estudios primarios, 6 (3.5%) tenían estudios secundarios, 16 (9.5%) tenían estudios de formación profesional, y 19 (11.3%) tenían estudios universitarios o de posgrado. En la última franja de edad, de personas de 50 o más años, 11 personas (6.5%) participantes no tenían estudios o tenían estudios primarios, 11 (6.5%) tenían estudios secundarios, 14 (8.3%) tenían estudios de formación profesional, y 15 (9 %) tenían estudios universitarios o de posgrado.

En la tabla 3 se observa el comparativo de los datos del recuento y los porcentajes de las diferentes categorías de las variables género, rangos de edad y nivel de estudios tanto de la población de Barcelona como de los participantes del estudio.

Tabla 3.

Recuento y Porcentajes de las variables Género, Rangos de Edad, y Nivel de Estudios para los Datos Sociodemográficos de la población de Barcelona (2015) y los Datos de la Muestra del Estudio

Variable Sociodemográfica	Muestra de Barcelona		Muestra del estudio	
	N	(%)	N	(%)
Género				
Mujeres	846.992	(52.6)	86	(51.2)
Hombres	762.558	(47.4)	82	(48.8)
Rangos de Edad				
25-39 años	367,781	(40.0)	64	(38.1)
40-64 años	549,474	(60.0)	104	(61.9)
Nivel de estudios				
Sin estudios o primarios	344,622	(24.7)	30	(18.0)
Secundarios	290,644	(20.8)	30	(18.0)
Bachillerato o Formación Profesional	348,685	(25.0)	47	(28.0)
Universitarios o Posgrado	409.585	(29.3)	57	(34.0)

Con respecto a la variable Género, las mujeres de la muestra (n=86) representan un 51.2% de la muestra total, comparado a un 52.6% de la población de Barcelona. En el caso de los hombres (n=82), el porcentaje correspondiente a la muestra fue de 48.8% versus un 47.4% de la población de referencia.

En relación a la variable Rangos de Edad, el rango de edad de 25 a 39 años de la muestra (n=64) arroja un porcentaje de 38.1%, frente a un 40% de la población de Barcelona. En el rango de 40 a 64 años, la muestra obtenida (n=104) para esta franja de edad representa un 61.9% en contraste a un 60% de Barcelona.

La variable Nivel de estudios obtuvo para el nivel de estudios primarios o sin estudios, un 18% (n= 30) en la muestra de participantes del presente estudio, versus un 24.7% de la población de referencia. Para el nivel de estudios secundarios, un 18% (n=30) de la muestra comparado a un 20.8% de la población de referencia. En el nivel de bachillerato o de formación profesional, la muestra (n=47) representó un 28% del total de participantes en esta variable, mientras que en la población de Barcelona, se tiene un 25% según el

estadístico del año 2015. En el nivel de estudios universitarios o posgrado, la muestra de 57 participantes representó el 34% del total, en contraste con un 29.3% de la población de referencia.

En relación al cálculo del poder estadístico, algunos autores consideran que aún no existen métodos de análisis de poder estadístico bien establecidos para los modelos jerárquicos o anidados en los diseños experimentales de encuestas factoriales (Müller-Engelmann, Krones, Keller, & Donner-Banzhoff, 2008).

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó mediante el programa G*Power 3.1 (Erdfelder, Faul & Buchner, 1996), asumiendo un tamaño del efecto de 0.15 (medio). Se utilizaron 9 variables independientes como criterio para determinar el tamaño muestral adecuado, de acuerdo a lo que establece el procedimiento del análisis de regresión múltiple (Martínez-Arias, Castellanos, & Chacón, 2014). El programa proporcionó un resultado de casos requeridos de $N=166$, con una probabilidad de error alfa $p<.05$, y un poder de $1-\beta=0.95$.

El criterio de inclusión para este estudio fue: adultos de edades comprendidas entre 28 y 64 años, por representar la franja de población activa.

El criterio de exclusión fue: (a) que los participantes no supieran leer ni escribir.

Se repartieron en total 177 encuestas factoriales, de las cuales fueron devueltas debidamente cumplimentadas 168 (95%), 4 (2.2%) no fueron debidamente cumplimentadas y 5 no fueron devueltas (2.8%). Las encuestas no devueltas se debieron principalmente a que los participantes refirieron dificultad para encontrar, por medio del método de bola de nieve, a las personas adecuadas que cubrieran el perfil sociodemográfico previamente establecido, o porque fueron extraviadas. Las encuestas que no se consideraron debidamente cumplimentadas se debió a que mostraron sesgos en el patrón de respuestas, invalidando la confiabilidad de las mismas.

4.2 Instrumentos de medida

Las variables independientes fueron clasificadas en tres categorías: variables sociodemográficas, variables de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud, y factores del estudio incluidos en la encuesta factorial.

4.2.1 Variables Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: el género, la edad, el nivel de estudios (categorizado como sin estudios, primarios, secundarios, formación profesional, bachillerato, universitarios o posgrado), y fueron recolectadas en una encuesta sociodemográfica que los participantes respondieron al inicio del estudio (Anexo D).

4.2.2 Variables de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud

El análisis de las conductas relacionadas con el uso de servicios de salud incluyó las siguientes variables: número de veces que ha visitado el centro de salud en el último año (VCS) (ninguna, 1-2 veces, 3-4 veces, más de 4 veces), número de veces que ha ido de urgencias al hospital en el último año (VUA) (ninguna, 1-2 veces, 3-4 veces, más de 4 veces), grado en que usa la medicina alternativa (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre), y el estado general de salud (muy buena, buena, regular, mala y muy mala), y fueron recolectadas en la encuesta sociodemográfica que los participantes respondieron al inicio del estudio (Anexo D).

4.2.3 Diseño de la encuesta factorial

Con el fin de desarrollar el instrumento que permitiera medir la pregunta de investigación, se diseñaron distintas fases para lograr que el instrumento estuviera dotado de la validez interna necesaria para su aplicación.

- a. **Factores del estudio:** La tabla 4 presenta la lista de las variables utilizadas en los escenarios, con su abreviatura respectiva y los dos niveles optados en la operacionalización de cada una de ellas, 0 para el nivel bajo del factor y 1 para el nivel alto del factor. El orden de aparición de los factores en los escenarios está justificado por lo que ocurre primero en la persona (factores 1 hasta el 5),

es decir, la percepción de los síntomas, y lo que ocurre posteriormente en la persona, hasta la valoración de los aspectos externos a lo que ocurre en el individuo (factores 6 al 9). La información de los factores del estudio fue recogida por medio del cuadernillo que incluyó los 16 escenarios que cada participante debía responder (Anexo B).

Tabla 4.
Factores y Niveles Incluidos en la Encuesta Factorial

Factores	Abreviatura	Niveles
1. Familiaridad con los síntomas	F1_famisint	-Notas molestias que has tenido otras veces (1) -Notas molestias que no has tenido otras veces (0)
2. Conocimiento de los síntomas	F2_conosint	-Tienes alguna idea de lo que significan (0) -No tienes ninguna idea de lo que significan (1)
3. Interpretación de los síntomas	F3_interpsint	-Para ti son dolorosos (1) -Para ti no son dolorosos (0)
4. Respuesta emocional de los síntomas	F4_respsint	-No te asustan (0) -Te asustan (1)
5. Grado de interferencia de los síntomas	F5_interfsint	-No te impiden que hagas tus actividades cotidianas (0) -Te impiden que hagas tus actividades cotidianas (1)
6. Consejo de otras personas	F6_consotraspe	-Nadie de tu entorno te recomienda que acudas al médico (0) -Alguien de tu entorno te recomienda que acudas al medico (1)
7. Grado de confianza en el médico	F7_confimedic	-No tienes confianza en que acudir al médico sirva de algo (0) -Tienes confianza en que acudir al médico sirva de algo (1)
8. Presencia de otros sucesos en la vida de la persona	F8_presuces	-Están sucediendo cosas importantes en tu vida en este momento (0) -No están sucediendo cosas importantes en tu vida en este momento (1)
9. Acceso a los servicios de salud	F9_accesosalud	-No tienes fácil acceso a los servicios de salud (0) -Tienes fácil acceso a los servicios de salud (1)

- b. **Medición de la variable dependiente:** Se definió, como primer paso, la situación hipotética a ser representada en el escenario. Se seleccionó solamente una variable dependiente para reflejar la acción que la persona tomaría ante la situación hipotética de acudir o no al médico con cierto grado de urgencia. La variable dependiente consistió en la decisión de no ir al médico, ir con cierta urgencia, o ir con mucha urgencia, ante la presencia de molestias en un día cualquiera, medida en una escala tipo intervalo de 0 a 10. Se colocaron tres etiquetas en diferentes puntos de la escala. La primera se ubicó en el 0 (*No iría al médico*), la segunda en el punto medio (el 5), *iría al médico con cierta urgencia*, y la tercera etiqueta se marcó en el punto 10 (*Iría al médico con*

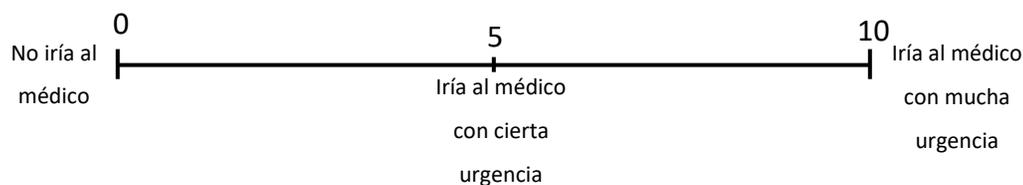
mucha urgencia). En la Figura 1 se presenta un ejemplo del protocolo de un escenario utilizado en la encuesta factorial, donde se observan los factores utilizados en su nivel más bajo (nivel 0 para todos ellos):

Figura 1. Escenario con los 9 Factores en el nivel bajo (0) y Pregunta de Evaluación de la Variable Dependiente

Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. Tienes **alguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, no te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Nadie de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



- c. **Generación de los bloques de escenarios:** con el programa estadístico R v.3.2.3 (Ihaka & Gentleman, 1996) se generaron 4 bloques aleatorios distintos con 16 escenarios cada uno, y con un nivel de eficiencia-D (*D*-efficiency) de .92 en la partición de los bloques, como una medida de adecuación del diseño experimental. Cien pruebas de 64 ensayos (2^6) fueron suficientes para alcanzar este índice de eficiencia de diseño, sin haber especificado términos de interacción de los factores. De este modo, el diseño de cuota factorial fraccionado constó de 64 escenarios, siendo ésta la fracción óptima de un total de 512 escenarios posibles (2^9), para garantizar que los efectos principales no presentaran efectos de confusión. En la tabla 5 se observan los estadísticos descriptivos de la aparición de cada nivel de cada factor en los distintos bloques, producto del diseño experimental algorítmico para la partición de los mismos.

Se empleó un diseño de Resolución III en el cual se obtuvieron todos los efectos principales para estimar los 11 parámetros de primer orden del modelo.

Tabla 5.

Frecuencia y Porcentaje de aparición de cada nivel de cada factor por bloques, y en total.

Variable	Niveles	Bloque A		Bloque B		Bloque C		Bloque D		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F1_famisint	0	7	43%	11	68%	8	50%	6	37.5%	32	50%
	1	9	57%	5	32%	8	50%	10	62.5%	32	50%
F2_conosint	0	7	43%	9	57%	5	32%	11	68%	32	50%
	1	9	57%	7	43%	11	68%	5	32%	32	50%
F3_interpsint	0	8	50%	3	19%	8	50%	13	81%	32	50%
	1	8	50%	13	81%	8	50%	3	19%	32	50%
F4_respsint	0	7	43%	6	37.5%	10	62.5%	9	57%	32	50%
	1	9	57%	10	62.5%	6	37.5%	7	43%	32	50%
F5_interfsint	0	9	57%	4	25%	12	75%	8	50%	33	51.6%
	1	7	43%	12	75%	4	25%	8	50%	31	48.4%
F6_consotraspe	0	6	37.5%	9	57%	8	50%	10	62.5%	33	51.6%
	1	10	62.5%	7	43%	8	50%	6	37.5%	31	48.4%
F7_confimedic	0	9	57%	9	57%	6	37.5%	9	57%	35	53%
	1	7	43%	7	43%	10	62.5%	7	43%	31	47%
F8_presuces	0	8	50%	10	62.5%	8	50%	6	37.5%	32	50%
	1	8	50%	6	37.5%	8	50%	10	62.5%	32	50%
F9_accesos salud	0	8	50%	8	50%	8	50%	8	50%	32	50%
	1	8	50%	8	50%	8	50%	8	50%	32	50%

- d. **Diseño y presentación de los escenarios en la encuesta:** Inicialmente, se realizaron pruebas del instrumento por medio de un estudio piloto con 10 personas reclutadas de manera voluntaria, mediante una entrevista semiestructurada, con el fin de valorar y mejorar la viabilidad del cuestionario. Una preocupación previa se relacionaba con el grado de abstracción de los escenarios, lo que potencialmente representaría un problema para los participantes del estudio. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de los entrevistados (Anexo C), y posteriormente, se realizaron

ajustes posteriores al instrumento para simplificar la redacción de los escenarios a los participantes, y con respecto a las instrucciones del instrumento. Una vez corregida la encuesta factorial, los bloques fueron distribuidos de manera aleatoria a los participantes, asegurando que ninguna situación quedara excluida de la posibilidad de ser presentada a los participantes, de tal manera que todos los niveles de cada uno de los 9 factores estuvieran igualmente representados (Atzmüller & Steiner, 2010; González-Ortega & Orgaz-Baz, 2014). El número total de evaluaciones de los escenarios usados fue de 16 para cada participante, que fueron presentados aleatoriamente a todos de manera distinta. Cada uno de los escenarios fue el resultado de una combinación aleatoria de los niveles de las variables situacionales seleccionadas en el paso d. Se informó a cada participante que a pesar de que todas las situaciones diferentes parecieran iguales, debía decidir el grado en que creía que iría al médico con más o menos urgencia, debiendo responder en una escala de 0 a 10, y poniendo una cruz sobre la raya, lo que mejor representaría su decisión (ver Figura 1 o Apéndice B).

4.3 Procedimiento

Para contactar a los participantes de la muestra a lo largo del estudio, se seleccionaron aleatoriamente diversas zonas y barrios de la ciudad de Barcelona para solicitar y obtener de manera personal su colaboración en el estudio. En primer lugar, los participantes recibieron información verbal y escrita sobre el estudio, y proporcionaron su consentimiento informado para participar en la investigación. Mediante la firma del consentimiento informado que fue guardada en un sobre pequeño, el investigador separaba dicha firma de la encuesta de los datos sociodemográficos y de la encuesta factorial del estudio. Posteriormente, a los participantes se les proporcionaban las instrucciones correspondientes para responder la encuesta factorial, mediante explicaciones que hacían referencia a cómo leer las situaciones o escenarios, a cómo deberían responderlas, y a algunas otras recomendaciones para que los participantes pudieran trabajar a su propio ritmo. Previamente, a cada persona se le asignaba un bloque

de manera aleatoria para que respondiera los 16 escenarios incluidos en dicho bloque. A los participantes se les informaba que el llenado del instrumento no les tomaría más de 25-30 minutos aproximadamente.

Se emplearon dos modalidades para la recogida de los datos. En la primera, algunos participantes, debido a su disponibilidad de tiempo, optaron por responder la encuesta una vez que habían entendido las instrucciones. La mayoría, no obstante, prefirió responder de manera diferida, por lo que el investigador recogía las encuestas ya finalizadas en un día posterior, previamente acordado con el participante. En el segundo caso, los participantes, a través de la técnica de la bola de nieve, solicitaron la colaboración de familiares o personas conocidas para el llenado de los datos. Cuando fue necesario, porque la encuesta no había sido comprendida correctamente, el investigador pidió de nuevo la colaboración del participante directo o indirecto para el llenado de los datos y de la encuesta.

Todos los participantes cubrieron los criterios de inclusión de las características sociodemográficas del estudio. Para garantizar la representatividad de la muestra en relación a los criterios escogidos al inicio del estudio, cada 60 casos aproximadamente se analizaban las características de la muestra para ajustar los criterios de búsqueda de los participantes.

4.4 Diseño y análisis de datos

Para este trabajo se utilizó un diseño transversal de medidas repetidas de los 16 escenarios a nivel del bloque (*decks*), a través de la metodología de la encuesta factorial, ya descrita con anterioridad. La estructura de los datos sigue una estructura jerárquica multinivel de 2 niveles en la explicación del juicio: el nivel 1, marcado por los escenarios que responde cada persona, con los factores como variables, y el nivel 2, marcado por las personas que responden, con las características sociodemográficas y de conductas de uso de servicios de salud como variables. Este tipo de estructura permite distinguir, en el análisis del juicio, el efecto de los factores por un lado y el de las características personales de los participantes que responden el conjunto de escenarios de cada bloque.

El análisis estadístico para poner a prueba los distintos modelos se hizo por medio de la regresión múltiple multinivel, con los procedimientos de análisis de modelos mixtos del programa SPSS® versión 21.

Las fases para el análisis de datos fueron las que se mencionan a continuación. En la primera fase, con el fin de obtener perfiles descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra del estudio, se describieron las características sociodemográficas de los participantes, en cuanto a sus variables más relevantes como son el género, la edad, y el nivel de estudios (Tabla 3). Además, se describieron también las variables relacionadas con el uso de servicios de salud. Por el número de casos de algunas de las variables descritas, o por la necesidad de agrupar las categorías de dichas variables que eran inicialmente politómicas para facilitar análisis posteriores, se reetiquetaron como variables dicotómicas las siguientes variables: uso de medicina alternativa (nuevas categorías: Nunca o casi nunca vs Siempre o casi siempre), estado de salud general (Regular vs Buena o muy Buena), visitas a urgencias durante el último año (ninguna o 1-2 veces vs 3-4 veces o más de 4 veces), visitas al centro de salud durante el último año (ninguna o 1-2 veces vs 3-4 veces o más de 4 veces). En el caso del nivel de estudios, éste se recodificó en cuatro categorías: sin estudios o primarios, secundarios, formación profesional o bachillerato, y universitarios o posgrado. La variable de salud general percibida también fue recodificada eliminando las categorías mala y muy mala, debido a las pocas frecuencias obtenidas.

Para el análisis comparativo de las diferencias más relevantes entre hombres y mujeres, se utilizaron la media, la desviación estándar, los porcentajes, la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov y la prueba t de student de dos colas.

En la segunda fase, se realizó un análisis de las frecuencias en que los distintos niveles de los factores habían salido representados en el global de los escenarios, para valorar que la partición factorial era correcta. También se analizaron, para cada uno de los cuatro bloques de escenarios, las variables sociodemográficas y las conductas de uso de servicios de salud, para valorar la equivalencia mostral de cada bloque.

En la tercera fase, se llevó a cabo un análisis descriptivo de la variable dependiente, es decir, del juicio de los participantes acerca de su decisión de acudir al médico, con mayor o menor urgencia, ante la presencia de síntomas inespecíficos. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos del juicio, incluyendo la media, la desviación típica, los valores percentiles, la asimetría y la curtosis para conocer los valores centrales y de dispersión de dicha variable, así como los gráficos correspondientes que permitieron evaluar la normalidad de los datos.

En la cuarta fase, se elaboraron cuatro modelos de regresión multinivel que fueron sometidos posteriormente a prueba y, principalmente, para identificar la influencia de cada uno de los factores, de las variables sociodemográficas, y de conductas de uso de los servicios de salud sobre el juicio de acudir al médico con mayor o menor urgencia. Se optó por un análisis multinivel porque así lo requiere la estructura de datos que se presenta, dado que hay un nivel de respuesta a nivel de escenarios (factores y cómo influyen en el juicio), y un nivel de respuesta a nivel persona.

Los cuatro modelos fueron considerados como exploratorios: el modelo nulo o M0 con únicamente la intersección, y la varianza del error; el modelo 1 (M1) de efectos principales de los factores de los escenarios estadísticamente significativos, en su parte fija y aleatoria; el modelo 2 (M2) que incluyó las mismas variables del modelo 1 y al que se le agregaron todas las variables de nivel 2 sociodemográficas, y de conductas de uso de los servicios de salud; y el modelo 3 (M3) que añadió al modelo anterior las interacciones más significativas de las variables de nivel 2 con los factores más relevantes del estudio (interacción entre niveles).

Dado el gran número de variables presentes en cada modelo, se optó en los modelos 1 y 3 por hacer un análisis por separado del efecto de cada una de ellas sobre el juicio, para después reunir en el modelo final únicamente aquellas que se habían mostrado significativas.

La elaboración de los modelos multinivel se utilizó para especificar un sistema jerárquico de ecuaciones de regresión que aprovecharan la estructura de datos agrupados o multinivel presentes en el estudio. El objetivo inicial fue el de realizar inferencias con

respecto a los parámetros estructurales del modelo, conocidos como los efectos fijos del modelo. Esto fue válido para los modelos M1, M2 y M3.

Es importante mencionar que en el presente trabajo el enfoque adoptado es más explicativo que predictivo. Esto es, que el análisis de la regresión múltiple multinivel pretende determinar cómo las variables independientes afectan a la variable dependiente, el juicio emitido por los participantes para acudir o no al médico con un cierto grado de urgencia, a partir del modelo específico integrado de respuesta a los síntomas ya descrito en el apartado correspondiente. Al poner a prueba dicho modelo, se contrasta con los resultados, para identificar aquellas variables nodales en la explicación de dicho proceso de decisión, y determinar consecuentemente qué tanto los resultados empíricos se ajustan a las expectativas teóricas.

La base del análisis de modelos multinivel radica en investigar los parámetros de los resultados que varían aleatoriamente, y que incluyen por lo general una variación en los niveles de los resultados (la intersección) y el grado de fuerza de asociación de las relaciones intragrupo indicado por los coeficientes de regresión (pendientes). Una vez que se identifica la variación que existe en los parámetros de interés, se pueden construir modelos para explicarla (Hox, 2010).

Por lo general, el primer paso en el análisis multinivel involucra dividir la varianza (σ^2) en una variable de resultado que incluya los componentes intra-sujetos (nivel 1) y entre-sujetos (nivel 2). Si resulta que la variación entre-sujetos es muy poca o casi inexistente, esto es, menor al 5% en los resultados, entonces no hay necesidad de realizar un análisis multinivel y se utiliza en su lugar un análisis de regresión de mínimos cuadrados (*Ordinary Least Squares*). Por este motivo se parte del modelo nulo (M0) o de sólo intersección y partición de varianza, en la estrategia de elaboración de modelos.

Para ello, es importante interpretar los índices obtenidos de los ajustes de los diferentes modelos que se elaboren en el estudio. Un índice fundamental es el coeficiente de correlación intraclase (ρ), que se refiere a la proporción de varianza que existe entre los grupos intra-sujetos y entre-sujetos comparado con la variación total, o también

comprendida como la correlación esperada entre dos individuos que sean seleccionados de manera azarosa dentro del mismo grupo. Si el valor del coeficiente es sustancial, entonces sugiere que los grupos son relativamente homogéneos y por tanto diferentes el uno del otro. Una ventaja del CCI es que permite reducir el sesgo en el índice de los errores estándar cuando están presentes estructuras jerárquicas en el estudio. Se calcula dividiendo la varianza de nivel 2 (entre-sujetos) sobre la varianza total.

Asumiendo que hubo suficiente heterogeneidad entre ambos grupos, el segundo paso consiste en investigar cómo las diferentes variables intra-sujetos (M1) y entre-sujetos (M2) explican la varianza en el resultado en cada nivel sucesivo. Es decir, que los predictores o factores del estudio en cada nivel explican la variabilidad en el resultado de ese nivel, analizando la contribución de la disminución de la varianza para cada predictor.

El tercer paso implica estimar las posibles interacciones entre niveles, es decir, cómo las variables explicativas de niveles más altos (nivel 2, en el caso del presente estudio), pueden ser capaces de explicar la variabilidad aleatoria de las pendientes en el nivel 1 (intra-sujetos) (Heck, Thomas & Tabata, 2010).

El listado de salida que se interpretó para los diferentes modelos incluyó: los coeficientes de la intersección (o media del grupo dados los demás parámetros constantes= β_0); los coeficientes de las pendientes (β_1) para cada factor (cómo varían al pasar del nivel 1 alto al nivel 0 bajo); la varianza total para cada modelo; el coeficiente de correlación intraclase (ρ); todos los componentes de la varianza en cada uno de los modelos; y por último, los parámetros aleatorios que varían, es decir, los tamaños de las estimaciones que varían entre-sujetos en parámetros específicos, como en el caso de los predictores del estudio. Dentro del listado de componentes de varianza, se consideraron las varianzas de los residuales de nivel 1 (σ^2_e) y de nivel 2 (σ^2_{uo}) que se compararon con su correspondiente modelo de referencia como un criterio clave de ajuste. El ajuste de cada modelo se valoró también a partir de la prueba LRT ($2 \times \logaritmo$ de verosimilitud), que a menores valores indica mejor ajuste, y el cambio en los valores de ajuste de cada modelo (diferencias entre

LRTs) permitió mediante su comparación con distribuciones de Chi-cuadrada, decidir qué modelo presentaba mejor ajuste.

5. RESULTADOS

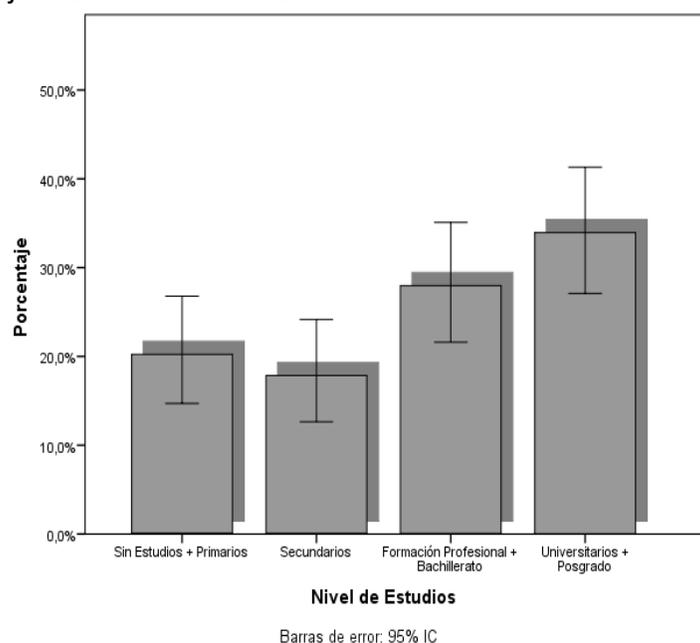
5.1 Análisis Descriptivo de la Muestra

A continuación, se presentan los resultados de las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con las conductas relacionadas con el uso de servicios de salud que fueron recogidas y analizadas en el presente estudio.

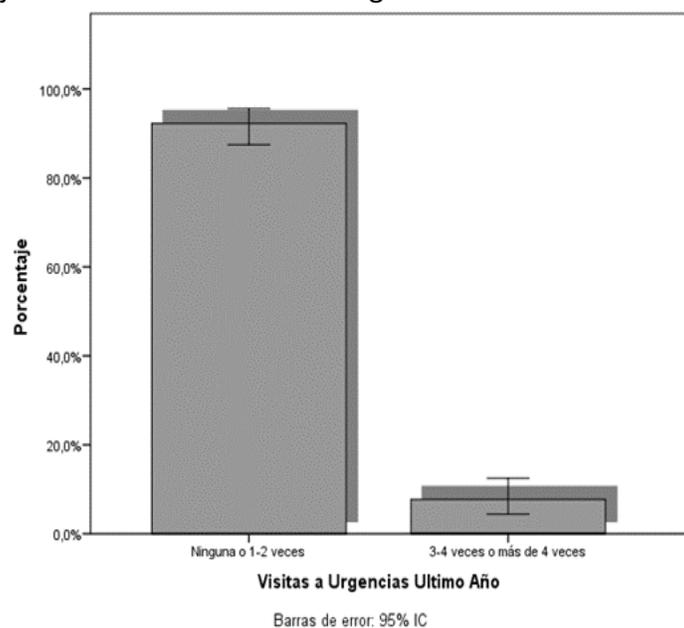
5.1.1 Análisis descriptivo univariante

En relación a la variable nivel de estudios en la muestra, la mediana fue de 3, que se refiere al nivel de formación profesional o bachillerato. La figura 2 muestra que un 20.2% de la muestra de participantes tenía estudios primarios o no tenían estudios. El 17.8% tenía estudios secundarios, el 28% contaba con formación profesional o estudios de bachillerato, mientras que un 34% de los participantes tenía estudios universitarios o de posgrado.

Figura 2. Porcentajes de la variable Nivel de Estudios.

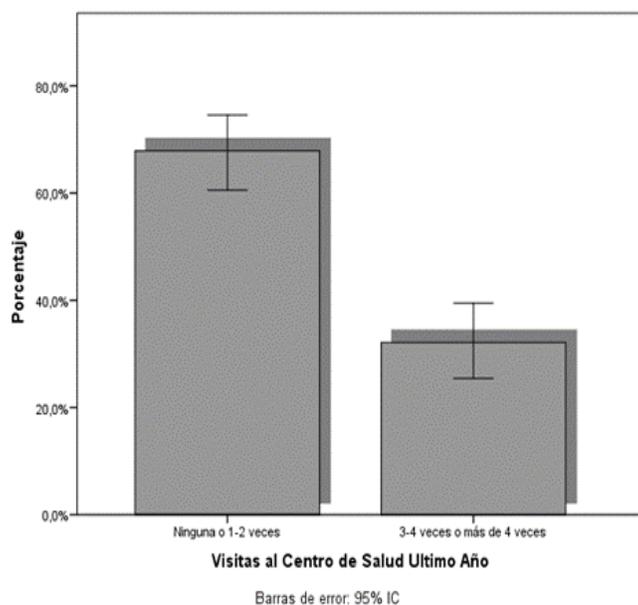
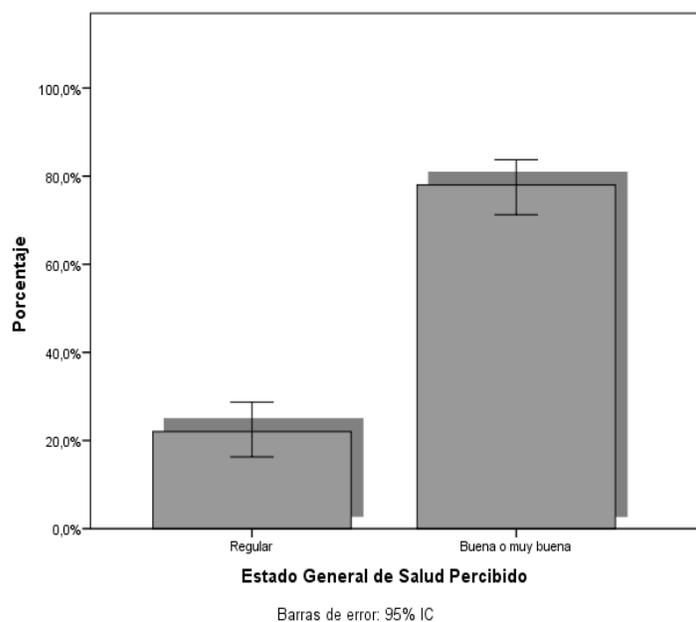


En lo referente a la variable Visitas a Urgencias durante el Último Año, la figura 3 muestra los porcentajes de las categorías recodificadas. La mediana fue de 0, que refleja la categoría de ninguna a 1-2 veces, donde se concentró el mayor porcentaje de respuestas, con un 92.2%, mientras que el 7.7% de los participantes indicó que han acudido a urgencias de 3 a 4 o más de 4 veces durante el último año.

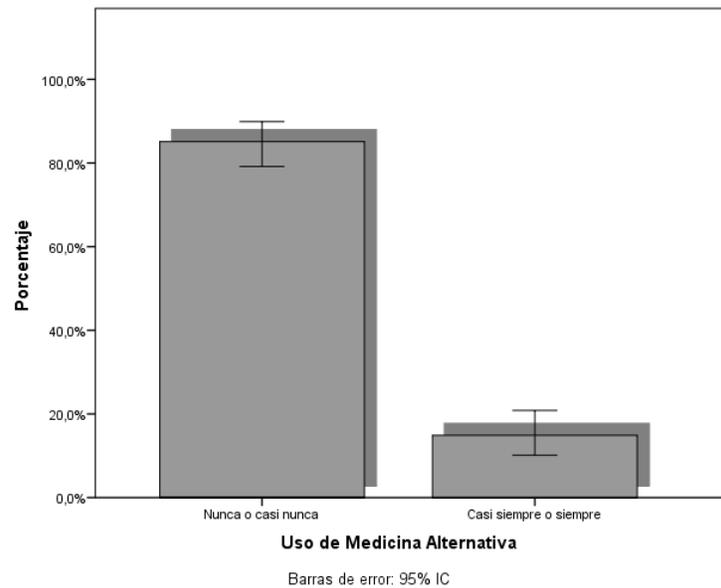
Figura 3. Porcentajes de la variable Visitas a Urgencias en el último año.

Con respecto a la variable Visitas al Centro de Salud durante el Último Año, la figura 4 muestra los porcentajes de las categorías recodificadas. La distribución está muy centrada en la mediana, que fue de 0, de la categoría de ninguna a 1-2 veces, donde se concentró un 67.8%, mientras que el 32.1% de los participantes indicó que han acudido al centro de salud de 3 a 4 o más de 4 veces durante el último año.

En la figura 5 se observan los porcentajes correspondientes a las dos categorías de la variable Estado General de Salud percibido por el participante. El 78% de los participantes indicó que su estado general de salud era bueno o muy bueno en el momento de responder la encuesta factorial. El 22% de los participantes señaló que su estado general de salud era regular. La mediana se ubicó en 1, que corresponde a la categoría salud buena o muy buena.

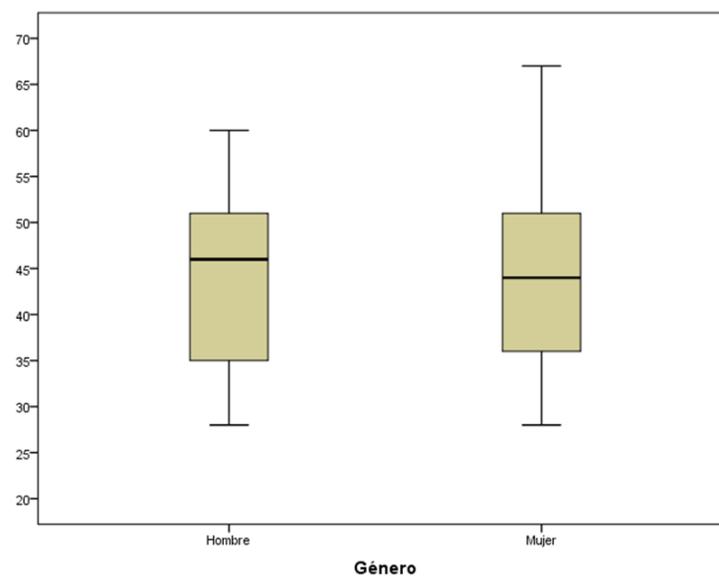
Figura 4. Porcentajes de la variable Visitas al Centro de Salud en el último año.**Figura 5.** Porcentajes de la variable Estado General de Salud percibido.

En la figura 6 se observan los porcentajes correspondientes a las dos categorías de la variable frecuencia del Uso de la Medicina Alternativa por el participante. El 85.1% de los participantes indicó que utiliza la medicina alternativa *nunca o casi nunca*. El 14.8% de los participantes señaló que utiliza la medicina alternativa *siempre o casi siempre*. La mediana se ubicó en 0, que corresponde a la categoría *nunca o casi nunca*.

Figura 6. Porcentajes de la variable Uso de la Medicina Alternativa.

5.1.2 Análisis descriptivo bivalente

En la figura 7 se observa el diagrama de caja comparando las medias por género, donde se observa que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. La prueba t de muestras independientes para la igualdad de medias en las edades no arroja diferencias significativas entre hombres y mujeres ($t= 0.048$, ns).

Figura 7. Boxplot de la Distribución de Edades por Género.

Para el análisis comparativo de las medias de los participantes en las variables sociodemográficas más relevantes en relación al género, en la tabla 6 se resumen dichas comparaciones.

Tabla 6.

Comparativo de Frecuencias y Medias de las Variables Sociodemográficas y de Conductas de Uso de los Servicios de Salud en función del Género.

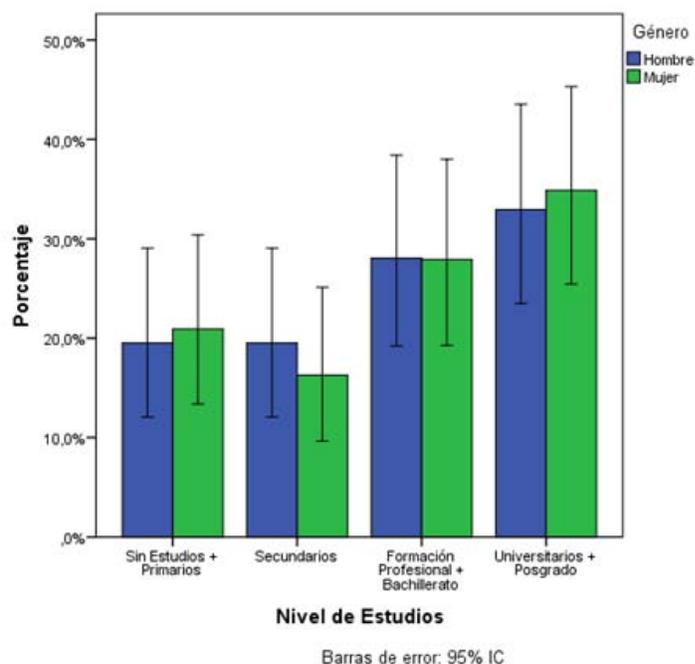
Variable	Mujeres (n= 86)	Hombres (n=82)	t	χ^2
Edades	43.74 (9.76)	43.79 (9.3)	2.13*	
Nivel de estudios				0.310
Sin estudios y primarios	18 (17.4)	16 (16.6)		
Secundarios	14 (15.4)	16 (14.6)		
Bachillerato/F.P.	54 (53.2)	50 (50.8)		
Universitarios/Posgrad	30 (29.2)	27 (27.8)		
Visitas a Urgencias				0.604
Ninguna o 1-2 veces	78 (79.3)	77 (75.7)		
3-4 o más de 4 veces	8 (6.7)	7 (6.3)		
Visitas Centro de Salud				2.074
Ninguna o 1-2 veces	54 (58.4)	60 (55.6)		
3-4 o más de 4 veces	32 (27.6)	22 (26.4)		
Medicina Alternativa				1.93
Nunca o casi nunca	70 (73.2)	73 (69.8)		
Casi siempre o siempre	16 (12)	9 (12.2)		
Estado de Salud General Percibido				2.15
Regular	15 (18.9)	22 (18.1)		
Buena o muy buena	71 (67.1)	60 (63.9)		

Nota. Las variables continuas están expresadas como Media y la Desviación estándar, entre paréntesis. La prueba de contraste utilizada es la t de student. Las variables categóricas están expresadas como n=frecuencias (frecuencia esperada). La prueba de contraste utilizada es la χ^2 : Chi-cuadrada. * $p < .05$.

En relación a la distribución de participantes por rangos de edad, el rango de edades de los participantes oscila entre los 28 y los 67 años. En la primera franja de 28 a 39 años de edad, 33 fueron mujeres (19.6%) y 31 hombres (18.4%). En lo que respecta a la franja de edad de 40 a 49 años, 30 eran mujeres (17.8%) y 23 hombres (13.7%). Para la última categoría, las personas mayores de 50 años, participaron 23 mujeres (13.7%) por 28 hombres (16.6%).

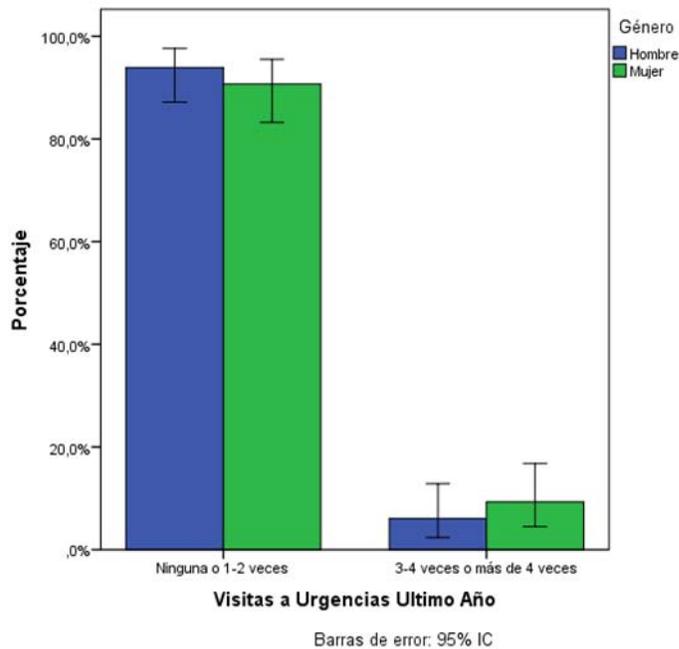
En relación a la distribución de la variable Rangos de edad y sus promedios para ambos géneros, la media del primer rango de edad, 28 a 39 años, fue de 33.7 ($DE=3.3$), para el segundo rango de edad de 40 a 49 años, fue de 45.2 ($DE=2.7$), y para el tercer rango de edad, de 50 o más años, fue de 55.1 ($DE=3.8$). Las mujeres tuvieron un promedio de edad, para la franja de 28 a 39 años, de 34.0 ($DE= 3.5$), contra un promedio de edad de 33.5 ($DE= 3.3$) para los hombres. Con respecto a la segunda franja de edad, de 40 a 49 años, las mujeres tuvieron un promedio de 45.0 ($DE=2.6$) versus 45.6 años ($DE=3.0$) para los hombres. En el rango de edad de 50 o más años, las mujeres tuvieron en promedio 56.3 años ($DE= 4.1$), mientras que los hombres 54.0 años ($DE=3.4$). La prueba t para la igualdad de medias arrojó diferencias significativas para ambos grupos en relación a los rangos de edad ($t=2.13$, $p=.03$).

El nivel educativo se distribuyó como se explica a continuación. De los 168 participantes, 34 (20.2%) poseían estudios primarios o no tenían estudios, 18 mujeres y 16 hombres. Treinta participantes contaban con estudios secundarios (18.0%), 14 mujeres y 16 hombres, 47 (28.0% del total) tenían estudios de bachillerato o de formación profesional, de los cuales 24 eran mujeres y 23 eran hombres, 57 con estudios de licenciatura o de posgrado (34%), de los cuales 30 eran mujeres y 27 hombres. La prueba Chi-cuadrada no demostró diferencias significativas entre ambos géneros para esta variable ($\chi^2=0.33$, $gl=3$, ns) (Figura 8).

Figura 8. Comparativo por Género de la variable Nivel de Estudios.

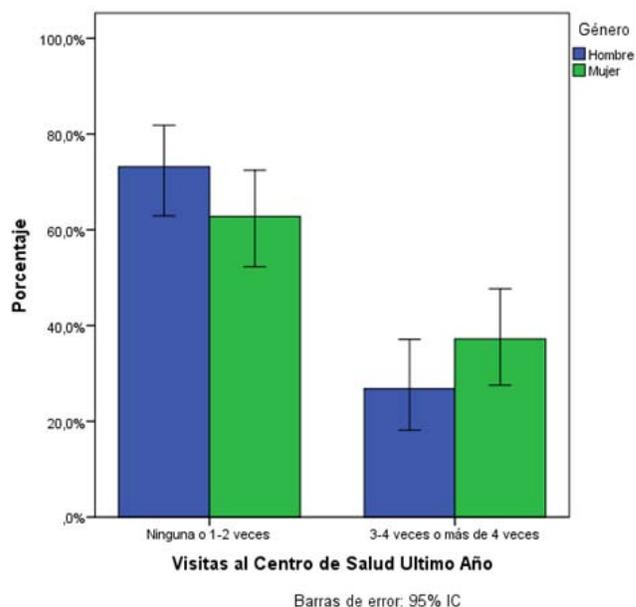
Al comparar a las mujeres y los hombres con cada una de las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas entre ambos géneros. Ninguno de los contrastes realizados para los valores de la χ^2 de las variables sociodemográficas en sus diferentes categorías arrojó resultados significativos, por lo que las frecuencias de las celdas no fueron muy diferentes entre ellas.

No hubo diferencias significativas en los valores entre las mujeres y los hombres en relación a la variable Visitas a Urgencias en el último año (VUA). La prueba Chi-cuadrada no arrojó diferencias significativas entre ambos géneros ($\chi^2= 0.60$, $gl=1$, ns) (Figura 9).

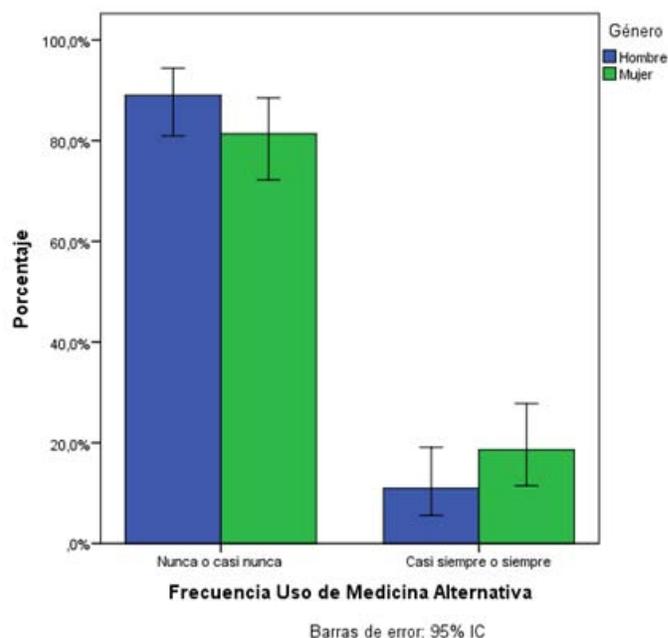
Figura 9. Comparativo por Género de las Visitas a Urgencias durante el Último Año.

Sin embargo, cuando se consideraron sólo dos categorías agrupadas para esta variable (VUA), 155 participantes (92.3%) acudieron a urgencias en el último año *ninguna vez o de 1 a 2 veces*, mientras que solo 13 personas (7.7%) visitaron urgencias *más de 3 o 4 veces*.

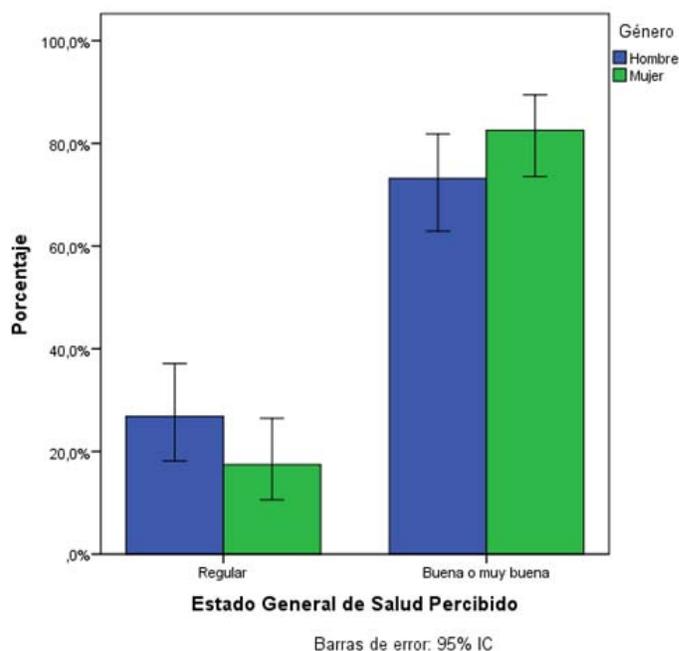
En las Visitas al Centro de Salud (VCS) durante el último año, 54 mujeres y 60 hombres (subtotal de 114, el 68%) acudieron al centro de salud en el último año *ninguna vez o de 1 a 2 veces*, mientras que 32 mujeres y 22 hombres (subtotal de 54, el 32%) visitaron el centro de salud *3, 4 o más de 4 veces*. La prueba Chi-cuadrada no demostró diferencias significativas entre ambos sexos ($\chi^2=2.07$, $gl=1$, ns) (Figura 10).

Figura 10. Comparativo por Género de las Visitas al Centro de Salud durante el Último Año.

La variable Uso de la Medicina Alternativa en la muestra, a través de la prueba Chi-cuadrada no mostró diferencias significativas entre ambos géneros ($\chi^2=1.93$, $gl=1$, ns). Respecto a la categoría *Nunca o casi nunca*, 70 mujeres (41.6%) y 73 hombres (43.4%) seleccionaron esta opción, para un subtotal de 143 (85.2%). La categoría que hace referencia al uso de la medicina alternativa *Casi siempre o siempre*, fue escogida por 16 mujeres (9.5%) y 9 varones (5.3%) (Figura 11).

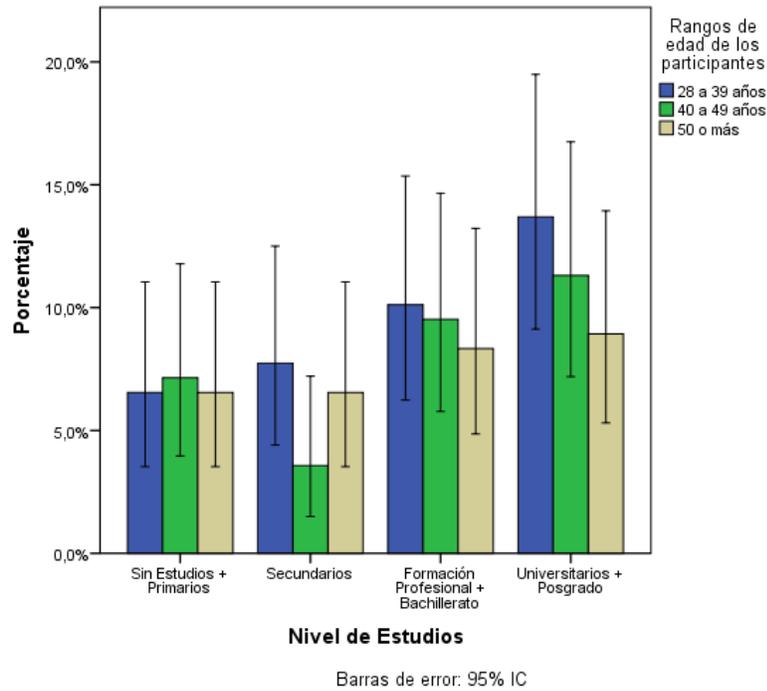
Figura 11. Comparativo por Género del Uso de Medicina Alternativa durante el Ultimo Año.

Los participantes valoraron también su estado de salud general al momento de responder la encuesta sociodemográfica. Treinta y siete personas (22%) percibieron su salud como regular, y 131 (78%) personas la consideraron buena o muy buena. La Chi-cuadrada reveló que no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\chi^2=2.15$, $gl=1$, ns). Del grupo de mujeres, 15 consideraron que su salud era regular, y 71 consideraron buena o muy buena su salud. En relación al grupo de participantes del género masculino, 22 indicaron que su salud era regular cuando respondieron la encuesta, y 60 percibieron su salud como buena o muy Buena (Figura 12).

Figura 12. Comparativo por género del Estado General de Salud Percibida.

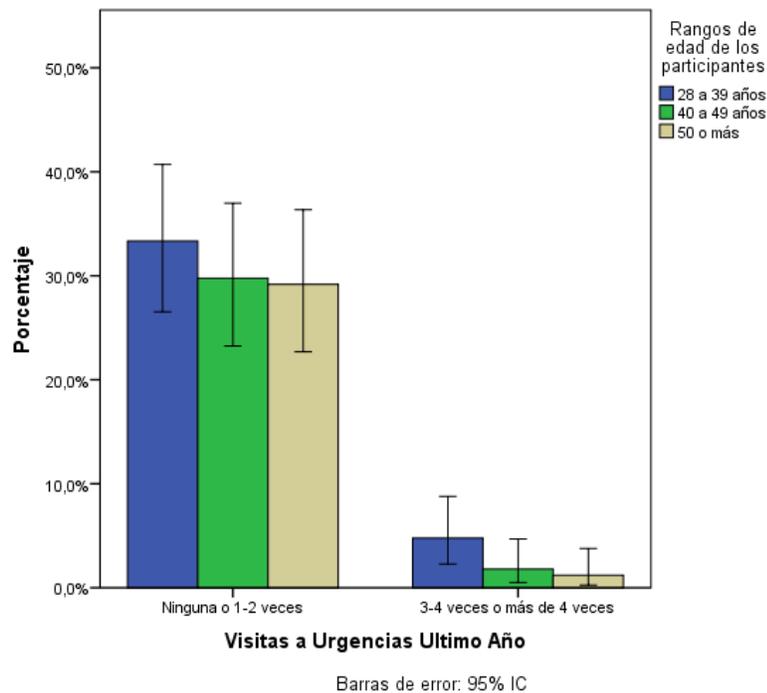
En lo referente a la relación entre los rangos de edad y el nivel de estudios de los participantes, del grupo de 28-39 años, un 6.5% no tenía estudios o contaba con estudios primarios, el 7.7% tenía estudios secundarios, un 10.1% contaba con formación profesional o bachillerato, y un 13.7% tenía estudios universitarios o de posgrado (Figura 13). Con respecto a la franja de edad de 40 a 49 años, un 7.1% no tenía estudios o contaba con estudios primarios, el 3.5% tenía estudios secundarios, un 9.5% contaba con formación profesional o bachillerato, y un 11.3% tenía estudios universitarios o de posgrado. Finalmente, para la franja de edad de 50 o más años, el 6.5% no tenía estudios o contaba con estudios primarios, el 6.5% tenía estudios secundarios, el 8.3% contaba con formación profesional o bachillerato, y un 8.9% tenía estudios universitarios o de posgrado. La Chi-cuadrada reveló que no hubo diferencias significativas entre los tres rangos de edad para cada nivel de estudios comparado ($\chi^2=2.95$, $gl=6$, ns).

Figura 13. Comparativo por rangos de edad del nivel de estudios.



En la figura 14 se observa la relación entre los rangos de edad y la frecuencia de visitas a urgencias del hospital durante el último año.

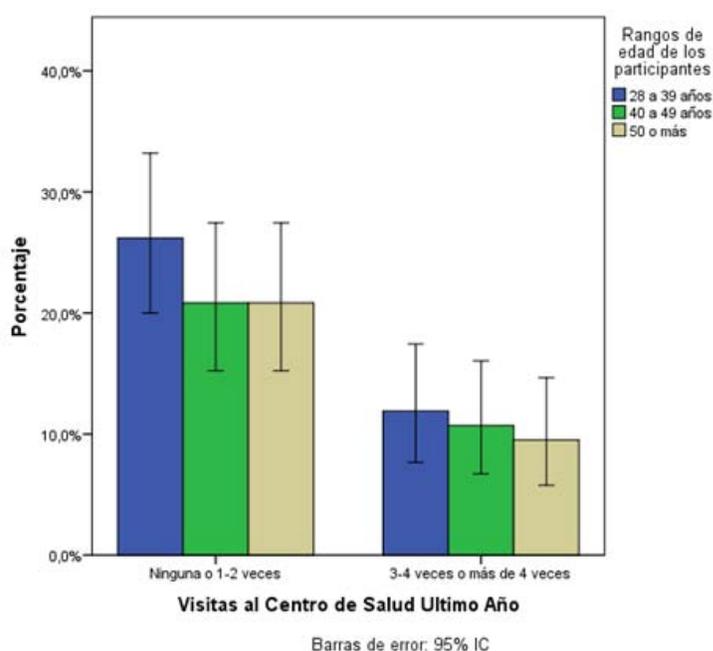
Figura 14. Comparativo por rangos de edad de las Visitas a Urgencias durante el Último Año.



El grupo de 28-39 años, un 33.3% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 4.7% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. Con respecto a la franja de edad de 40 a 49 años, un 29.7% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 1.8% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. Finalmente, para la franja de edad de 50 o más años, el 29.1% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 1.2% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. (Figura 14). La Chi-cuadrada mostró que no hubo diferencias significativas entre los tres rangos de edad sobre la frecuencia de visitas a urgencias ($\chi^2=3.40$, $gl=2$, ns).

En la figura 15 se observa la relación entre los rangos de edad y la frecuencia de visitas al centro de salud durante el último año. El grupo de 28-39 años, un 26.2% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 11.9% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. En la franja de edad de 40 a 49 años, un 20.8% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 10.7% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. Para la franja de edad de 50 o más años, el 20.8% acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 9.5% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. (Figura 15).

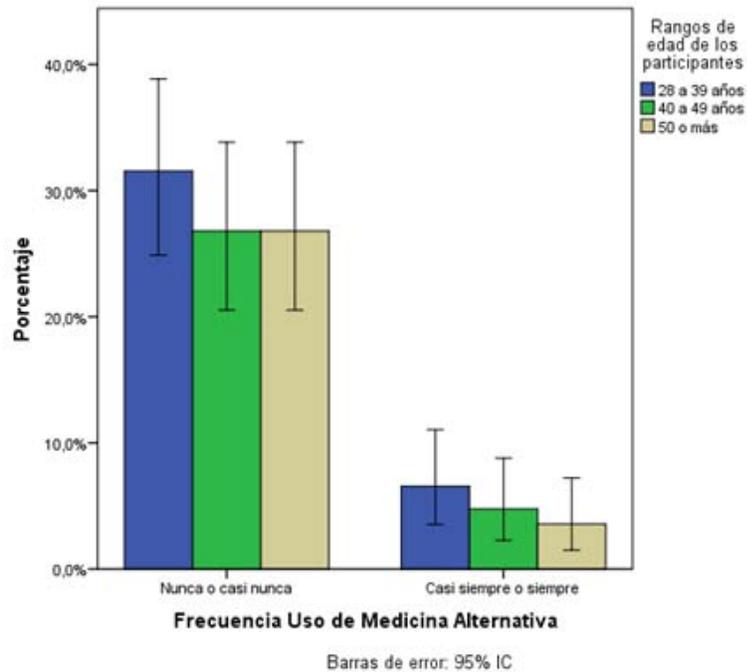
Figura 15. Comparativo por rangos de edad de las Visitas al Centro de Salud durante el Último Año.



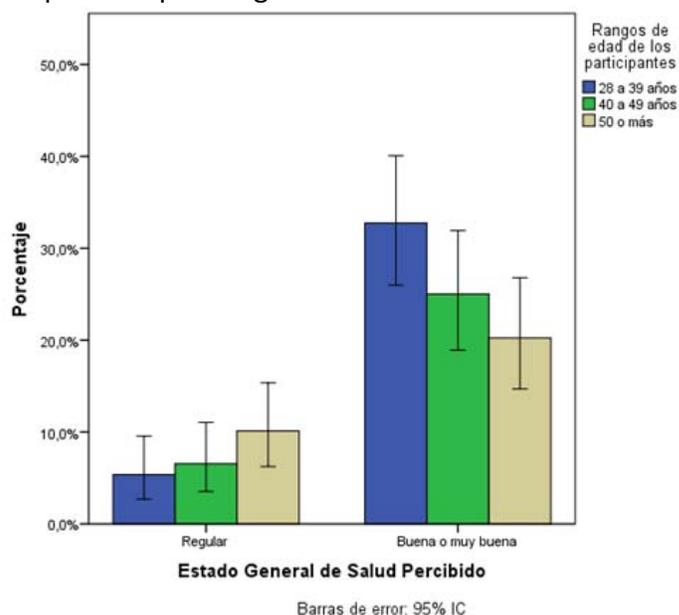
La Chi-cuadrada mostró que no hubo diferencias significativas entre los tres rangos de edad sobre la frecuencia de visitas a urgencias ($\chi^2=.118$, $gl=2$, ns).

Para analizar la relación entre los rangos de edad y el uso de la medicina alternativa en los participantes del estudio, la figura 16 muestra los porcentajes obtenidos. El grupo de 28-39 años, un 31.5% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 6.5% lo hizo casi siempre o siempre. En la franja de edad de 40 a 49 años, el 26.8% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 4.7% lo hizo casi siempre o siempre. En la franja de edad de 50 o más años, el 26.8% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 3.5% lo hizo casi siempre o siempre. La Chi-cuadrada no arrojó diferencias significativas entre los tres rangos de edad sobre la frecuencia de visitas a urgencias ($\chi^2=.662$, $gl=2$, ns).

Figura 16. Comparativo por rangos de edad del Uso de la Medicina Alternativa.



La figura 17 muestra el comparativo entre los rangos de edad del estudio y el estado general de salud percibido por el participante al momento de responder la encuesta. Se puede observar que en el grupo de 28-39 años, un 5.3% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 32.7% manifestó que su salud era buena o muy buena.

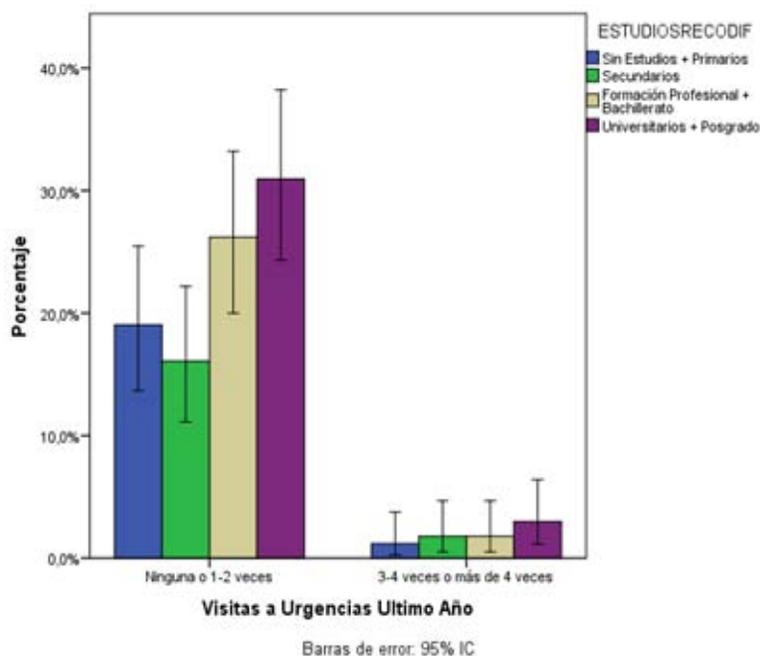
Figura 17. Comparativo por rangos de edad del Estado General de Salud percibido.

En la franja de edad de 40 a 49 años, el 6.5% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 25% manifestó que su salud era buena o muy buena. Para el rango de edad de 50 o más años, el 10.1% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 20.2% manifestó que su salud era buena o muy buena. La Chi-cuadrada mostró diferencias significativas entre los tres rangos de edad con respecto al estado general de salud percibido por los participantes ($\chi^2=6.2$, $gl=2$, $p=.04$).

En cuanto a la variable nivel de estudios y su relación con las variables de comportamientos de salud, en la figura 18 se pueden observar los porcentajes obtenidos para cada categoría de nivel de estudios con respecto a las Visitas a Urgencias durante el último año. Para el grupo de participantes con estudios primarios o sin estudios, el 19% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 1.2% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. El grupo de participantes con estudios secundarios, el 16% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 1.8% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. De los participantes con estudios de formación profesional o de bachillerato, el 26.2% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 1.8% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. En el grupo de participantes con estudios universitarios o de posgrado, el 31% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras

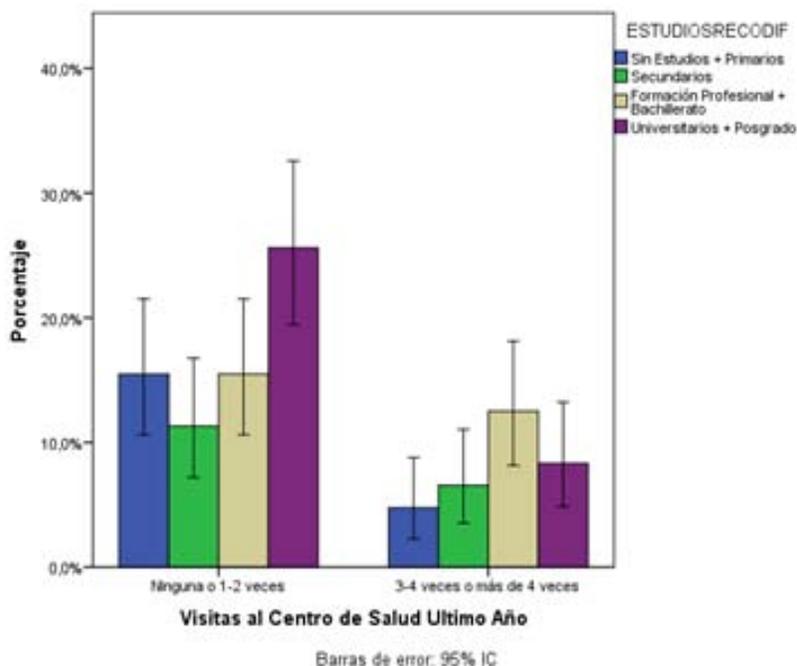
que un 3% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. La Chi-cuadrada no mostró diferencias significativas entre las tres categorías de nivel de estudios con respecto a las Visitas a Urgencias durante el último año de los participantes ($\chi^2=.58$, $gl=3$, ns).

Figura 18. Comparativo por nivel de estudios de las Visitas a Urgencias durante el último año.



Al hacer el análisis bivariado del nivel de estudios con la frecuencia de visitas al centro de salud durante el último año, se observó que del grupo de participantes con estudios primarios o sin estudios, el 15.4% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 4.7% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces (Figura 19). El grupo de participantes con estudios secundarios, el 11.3% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 6.5% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. De los participantes con estudios de formación profesional o de bachillerato, el 15.4% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 12.5% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces.

Figura 19. Comparativo por nivel de estudios de las Visitas al Centro de Salud durante el último año.

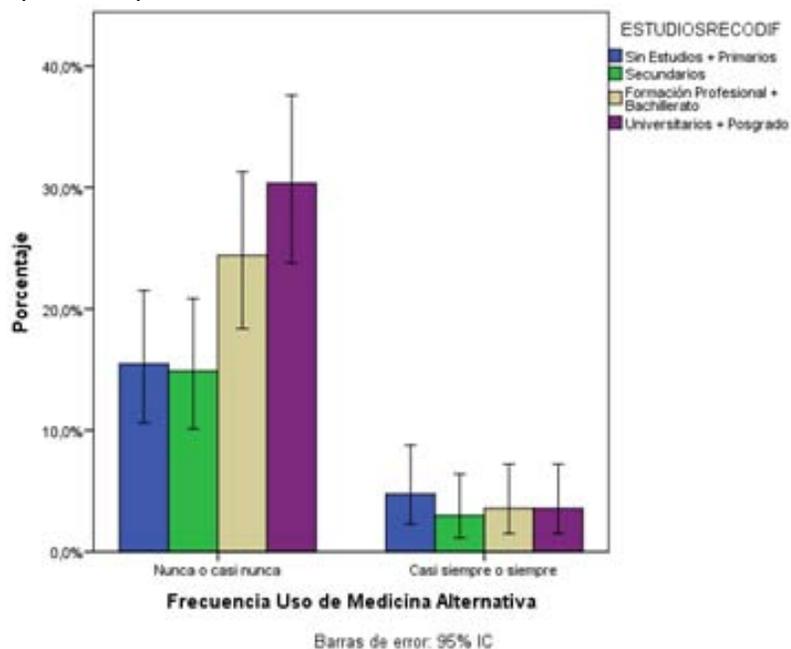


El grupo de participantes que contaban con estudios universitarios o de posgrado, el 25.6% indicó que acudió ninguna o de 1 a 2 veces a urgencias durante el último año, mientras que un 8.3% lo hizo de 3-4 veces o más de 4 veces. El análisis de la Chi-cuadrada no mostró diferencias significativas entre las tres categorías de nivel de estudios con respecto a las Visitas al Centro de Salud durante el último año de los participantes ($\chi^2=6.32$, $gl=3$, ns).

En la figura 20 se aprecian los porcentajes obtenidos para las tres categorías de nivel de estudios y su relación con el uso de la medicina alternativa. Del grupo de participantes sin estudios o con estudios primarios, el 15.4% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 4.7% lo hizo casi siempre o siempre. En el grupo de participantes con estudios secundarios, el 14.8% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 3% lo hizo casi siempre o siempre. Para los participantes con estudios de formación profesional o de bachillerato, el 24.4% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 3.5% lo hizo casi siempre o siempre. En el grupo de participantes

que contaban con estudios universitarios o de posgrado, el 30.3% utilizó la medicina alternativa nunca o casi nunca, mientras que un 3.5% lo hizo casi siempre o siempre.

Figura 20. Comparativo por nivel de estudios del Uso de la Medicina Alternativa.

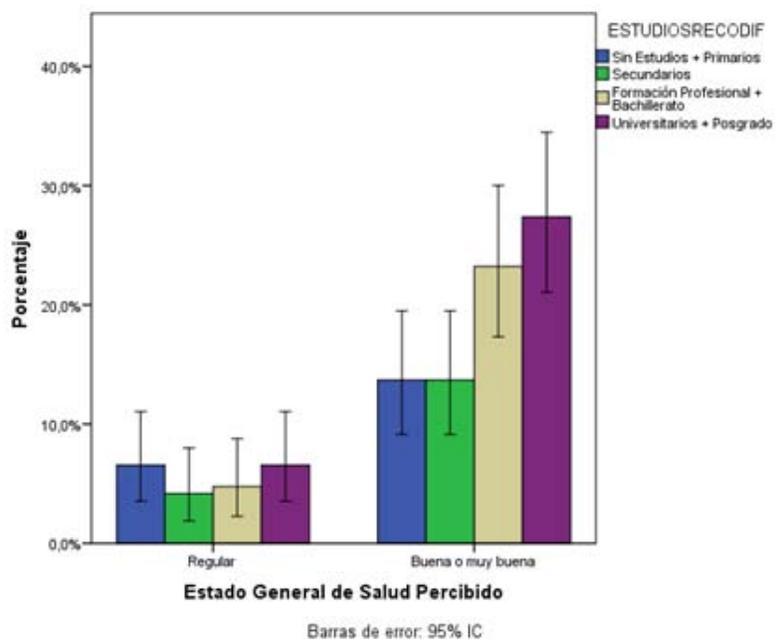


El análisis de la Chi-cuadrada no mostró diferencias significativas entre las tres categorías de nivel de estudios con respecto a las Visitas a Urgencias durante el último año de los participantes ($\chi^2=3.1$, $gl=3$, ns).

Por último, con respecto a la relación entre las categorías por nivel de estudios y el estado general de salud percibida por los participantes cuando respondieron la encuesta, en la figura 21 se observan los porcentajes obtenidos. En el grupo de participantes sin estudios o con estudios primarios, un 6.5% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 13.7% manifestó que su salud era buena o muy buena. En el grupo de participantes con estudios secundarios, un 4.1% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 13.7% manifestó que su salud era buena o muy buena. Para los participantes con estudios de formación profesional o de bachillerato, el 4.7% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 23.2% manifestó que su salud era buena o muy buena. En el grupo de participantes que contaban con estudios universitarios o de posgrado, el 6.5% indicó que su estado de salud era regular, mientras que el 27.3%

manifestó que su salud era buena o muy buena. La Chi-cuadrada no mostró diferencias significativas entre las tres categorías de nivel de estudios con respecto a las Visitas a Urgencias durante el último año de los participantes ($\chi^2=3.0$, $gl=3$, ns).

Figura 21. Comparativo por nivel de estudios del del Estado General de Salud percibido por los participantes.



5.2 Análisis de los bloques del Diseño Factorial

Este análisis se realizó con la finalidad de examinar la distribución de los escenarios en cada uno de los bloques y en relación con las características de los participantes, para asegurar que la aleatorización tanto de los escenarios que fueron respondidos por los participantes como la de su clasificación en bloques fuera equilibrada.

La muestra de 168 participantes se distribuyó del siguiente modo entre bloques: 39 personas (23.2%) respondieron a los escenarios del bloque A, 42 personas (25%) al bloque B, 44 personas (26.2%) al bloque C, y al bloque D, respondieron 43 personas (25.6%).

En la tabla 7 se muestra la distribución de los bloques de escenarios por frecuencias y porcentajes por bloques para cada uno de los cuatro bloques, y de acuerdo al género. Para el bloque A, fueron asignados 20 mujeres (51.3%) y 19 hombres (48.7%), en el bloque B, 22 mujeres (52.4%) y 20 hombres (47.6%). Respecto al bloque C, se asignaron 24 mujeres

(54.5%) y 20 hombres (45.5%), mientras que para el bloque D fueron asignados 20 mujeres (46.4%) y 23 (53.6%) hombres. La prueba estadística de la distribución homogénea de frecuencias en los diferentes bloques, para ambos sexos, no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=0.59$, $gl=3$, ns).

Tabla 7.

Descriptivos de los Bloques de Escenarios por Género y Totales por Fila.

Bloque	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
A	19	48.7%	20	51.3%	39	100
B	20	47.6%	22	52.4%	42	100
C	20	45.5%	24	54.5%	44	100
D	23	53.6%	20	46.4%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por sexo se refiere a cada bloque.

Los datos de la tabla 8 indican la distribución de los bloques de escenarios por frecuencias y porcentajes por bloques en cada uno de los rangos de edad del estudio. Para el bloque A, de 28 a 39 años, fueron 11 participantes (28.2%), en el rango de edad de 40 a 49 años, fueron 17 mujeres (43.6%), y 11 participantes (28.2%) para la franja de 50 o más años. En el bloque B, hubo 21 personas (50%) en el rango de 28 a 39 años, 11 (26.2%) en la franja de 40 a 49 años, y 10 (23.8%) en el rango de mayores de 50 años. En el bloque C, fueron 18 personas (40.9%) en el primer rango de edad, para el segundo, de 40 a 49 años, fueron 12 personas (27.3%), y el grupo de mayores de 50 años contó con 14 personas (31.8%). Finalmente, en el bloque D, el grupo de participantes de 28 a 39 años contó con 14 personas (32.6%), el rango de edad de 40 a 49 años tuvo 13 participantes (30.2%), y el grupo de mayores de 50 años tuvo 14 personas (31.8%) en este bloque. La prueba estadística de la distribución homogénea de frecuencias en los diferentes bloques para los tres rangos de edad no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=6.80$, $gl=6$, ns).

Tabla 8.*Descriptivos de los Bloques de Escenarios por Rangos de Edad y Totales por Fila.*

Bloque	28-39 años		40-49 años		50 o más años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	11	28.2%	17	43.6%	11	28.2%	39	100
B	21	50.0%	11	26.2%	10	23.8%	42	100
C	18	40.9%	12	27.3%	14	31.8%	44	100
D	14	32.6%	13	30.2%	16	37.2%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por rangos de edad se refiere a cada bloque.

La distribución de la variable Nivel de Estudios en los distintos bloques, que se muestra en la Tabla 9, permite visualizar que en cada bloque las frecuencias son mayores para el nivel de estudios universitarios y de posgrado, con un total del 40% (n=57) de las frecuencias. La categoría más infrarrepresentada fue la de los estudios secundarios, con un 17.8% (n=30) de la frecuencia total (n=168). Sin embargo, al revisar los resultados de la prueba estadística de la distribución homogénea de frecuencias en los diferentes bloques, para las cuatro categorías de la variable nivel de estudios, no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=10.06$, gl=9, ns).

Tabla 9.*Descriptivos de los Bloques de Escenarios por Nivel de Estudios y Totales por Fila.*

Bloque	Sin estudios y primarios		Secundarios		FP o Bachillerato		Universitarios y Posgrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A	8	20.5%	11	28.2%	9	23.0%	11	28.2%	39	100
B	4	9.52%	7	16.6%	14	33.3%	17	40.4%	42	100
C	12	27.2%	8	18.1%	11	25.0%	13	29.5%	44	100
D	10	23.2%	4	9.3%	13	30.2%	16	37.2%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por rangos de edad se refiere a cada bloque en particular.

La variable sociodemográfica Uso de Medicina Alternativa durante el último año no fue muy diferente a la variable anterior en su relación con los bloques de escenarios, en cuanto a la distribución homogénea de frecuencias en la tabla, como se muestra en la tabla 10. Se observa una concentración mayor sobre las frecuencias de la categoría *Nunca o casi nunca*, seguida por la categoría *A veces*, mientras que *Casi siempre o siempre* presentó las frecuencias más bajas. La prueba estadística de la distribución homogénea de frecuencias en los diferentes bloques para las tres categorías en el uso de la medicina alternativa no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=1.53$, $gl=3$, ns).

Tabla 10.

Descriptivos de los Bloques de Escenarios por el uso de Medicina Alternativa y Totales por Fila.

Bloque	Nunca o casi nunca		A veces		Casi siempre o siempre		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	22	56.4%	12	30.8%	5	12.8%	39	100
B	23	54.8%	14	33.3%	5	11.9%	42	100
C	21	47.7%	14	31.8%	9	20.5%	44	100
D	20	46.5%	17	39.5%	6	14.0%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por categorías se refiere a cada bloque.

La variable Visitas al Centro de Salud durante el último año mostró homogeneidad de frecuencias en su relación con los bloques de escenarios, como se muestra en la tabla 11. Se observa una concentración mayor sobre las frecuencias de la categoría *Ninguna o de 1-2 veces*, en los cuatro bloques. La prueba estadística de la distribución homogénea de frecuencias en los diferentes bloques para las categorías de la frecuencia de visitas a urgencias no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=5.30$, $gl=3$, ns).

La variable Visitas a Urgencias durante el último año mostró homogeneidad de frecuencias en su relación con los bloques de escenarios, como se muestra en la tabla 11. Se observa una concentración mayor sobre las frecuencias de la categoría *Ninguna o de 1-2 veces*, a lo largo de los cuatro bloques. La prueba estadística de la distribución homogénea

de frecuencias en los diferentes bloques para las categorías de la frecuencia de visitas a urgencias no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2=0.45$, $gl=3$, ns).

Tabla 11.

Descriptivos de los Bloques de Escenarios por las Visitas al Centro de Salud en el Último Año y Totales por Fila.

Bloque	Ninguna o de 1- 2 veces		De 3-4 o más veces		Total	
	n	%	n	%	n	%
A	27	69.2%	12	30.8%	39	100
B	32	76.2%	10	23.8%	42	100
C	24	54.5%	20	45.5%	44	100
D	31	72.1%	12	28.0%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por categorías se refiere a cada bloque.

Tabla 12.

Descriptivos de los Bloques de Escenarios por las Visitas a Urgencias en el Último Año y Totales por Fila.

Bloque	Ninguna o de 1- 2 veces		De 3-4 o más veces		Total	
	n	%	n	%	n	%
A	35	90.0%	4	10.2%	39	100
B	39	92.8%	3	7.1%	42	100
C	41	93.1%	3	6.8%	44	100
D	40	93.0%	3	7.0%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por categorías se refiere a cada bloque.

En lo referente a la relación entre la variable sociodemográfica Estado General de Salud con los bloques, al momento de responder el cuestionario, se observa una concentración de frecuencias mayor y semejante para los bloques B, C y D, en la categoría *Buena salud*. La valoración del estado general de salud más baja fue para la categoría *Muy Buena salud*, que únicamente concentra el 14.8% del total de las valoraciones ($n=25$). Una mayoría de los

participantes indicaron que poseían un estado general de salud *Buena* ($n=106$, 63%). Al realizar la prueba de distribución homogénea de frecuencias para la Tabla 13, ésta no resultó estadísticamente significativa, por lo que las diferencias no son relevantes ($\chi^2=4.35$, $gl=3$, ns).

Tabla 13.

Descriptivos de los Bloques de Escenarios por el Estado General de Salud y Totales por Fila.

Bloque	Regular		Buena		Muy buena		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	8	20.5%	28	71.8%	3	7.7%	39	100
B	6	14.3%	26	61.9%	10	23.8%	42	100
C	9	20.5%	29	65.9%	6	13.6%	44	100
D	14	32.6%	23	63.5%	6	14.0%	43	100

Nota. La columna de porcentajes (%) por categorías se refiere a cada bloque.

5.3 Análisis Descriptivo del Juicio de la Variable Dependiente

La media obtenida en el juicio global de los participantes de la muestra fue de 4.4 ($DE=2.7$), 95% IC [4.33, 4.54]. El histograma puede observarse en la figura 22. La variable dependiente obtuvo una asimetría de .15 y una curtosis de -.85, y la prueba de Kolmogorov-Smirnov arrojó un estadístico de .059 ($gl=2688$, $p<.001$), para el número total de evaluaciones de los escenarios de 2688 como unidad de análisis. A pesar de que el índice obtenido por la prueba de Kolmogorov-Smirnov es significativo, los valores de asimetría y curtosis de entre -1 y + 1 permiten considerar la variable dependiente como cuantitativa.

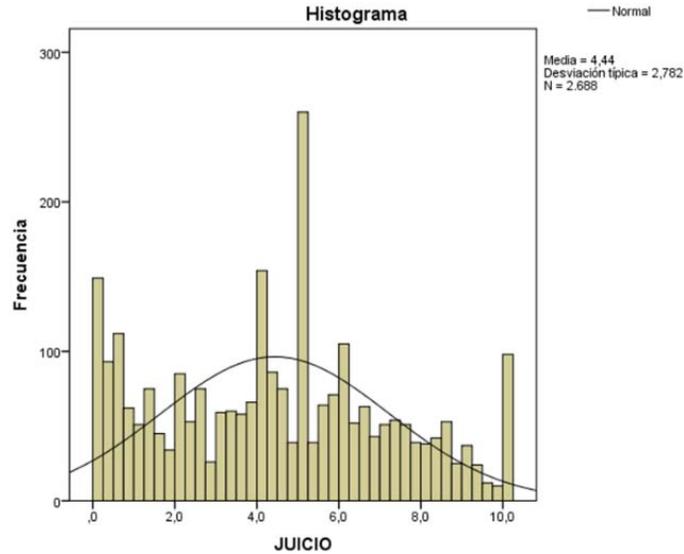
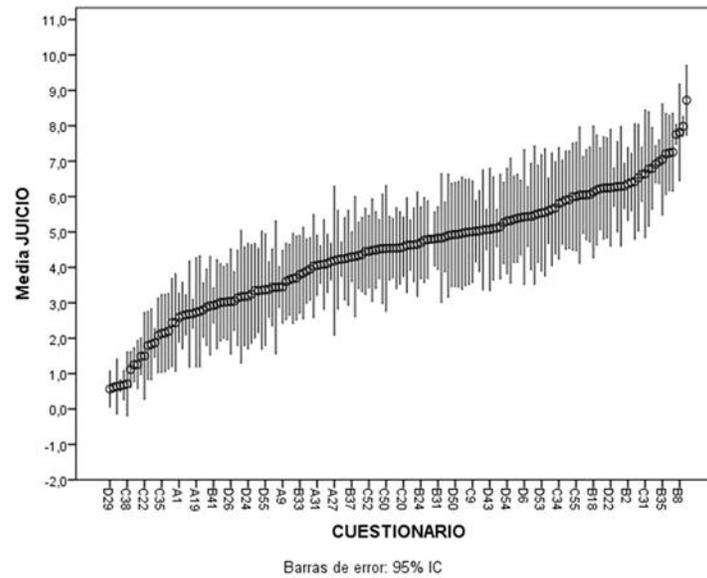
Figura 22. Distribución de Frecuencias de las Evaluaciones de los Escenarios.

Figura 22. Histograma del juicio sobre la decisión de acudir o no al médico para el conjunto de escenarios.

5.4 Análisis de los modelos de regresión lineal multinivel

En la figura 23 se observa el gráfico de la variabilidad de respuestas de la variable dependiente por participante, donde la media del juicio y el intervalo de confianza demuestran que hay variabilidad intra-sujetos y entre-sujetos dentro del juicio. Por tanto, existe variabilidad de nivel 1 y un efecto de las personas independientemente de los juicios, es decir, variabilidad en el rango de respuestas de nivel 2.

Figura 23. Gráfico de Oruga de Medias e Intervalos de Confianza en el Juicio de los Participantes.

En este apartado se presentan los resultados de los diferentes modelos de regresión lineal múltiple que se realizaron para conocer el efecto que tienen los factores en la decisión de acudir o no al médico ante la presencia de síntomas.

Se elaboraron cuatro modelos, tres de los cuales fueron considerados como exploratorios: el modelo nulo o M0 con únicamente la intersección (Tabla 15), el modelo 1 (M1) de efectos principales de los factores estadísticamente significativos en su parte fija y aleatoria (Tablas 16 y 17), el modelo 2 (M2) que incluyó las mismas variables del modelo 1 y al que se le agregaron todas las variables de nivel 2 sociodemográficas (Tabla 18). El modelo 3 (M3), o modelo final añadió al modelo anterior las interacciones significativas de las variables de nivel 2 con los factores más relevantes del estudio (Tabla 19). El análisis de datos concluyó con la integración de los componentes de la varianza de los cuatro modelos de regresión multinivel (Tabla 20).

En la tabla 14 aparecen los resultados del desarrollo del modelo nulo (sin predictores) que permitió dividir la varianza de la variable dependiente en sus componentes intra y entre grupos, y determinar cuánto de la varianza se ubicaba en el nivel de las personas.

Si el modelo nulo (M0) se contrasta con el mismo modelo analizado con regresión múltiple no multinivel, el cambio en el ajuste de los dos modelos (LR= 13128.026 –

12472.302 = 655.724; con una diferencia de 1 gl. entre modelos) fue significativo a favor de un mejor ajuste del modelo multinivel. Por lo tanto, se decidió conservar el modelo multinivel con efectos entre-sujetos.

Tabla 14.

Coefficientes de regresión del Modelo Nulo (M0)

Variable	β	Error estándar	t
Intersección	4.4**	0.12	34.648
Nivel 2 (participantes)			
Varianza σ^2_{u0}	2.42	0.30	
Nivel 1 (intraindividual)			
Varianza σ^2_e	5.31	0.15	

En el modelo nulo (M0), la varianza total fue de 7.73, suma de la varianza entre-sujetos (Nivel 2) y la varianza intra-sujetos (Nivel 1).

El coeficiente de partición de la varianza (VPC ó CCI) se calculó dividiendo la varianza de nivel 2 (entre-sujetos) sobre la varianza total: $2.42/7.73= 0.31$, por lo que el 31% de la varianza en el juicio se atribuyó a las diferencias entre los sujetos que participaron en el estudio.

En las figuras 24 y 25 se presentan las pendientes de todos los factores del estudio, que permiten visualizar el grado de variabilidad en las respuestas de los participantes en función del cambio de nivel (0 vs 1) de cada factor.

Figura 24. Espaguetis que muestra la variabilidad en las pendientes de los distintos participantes para los factores de F1_famsint, F2_conosint, F3_interpsint, F4_respsint, F5_interfsint, F6_conosotraspe.

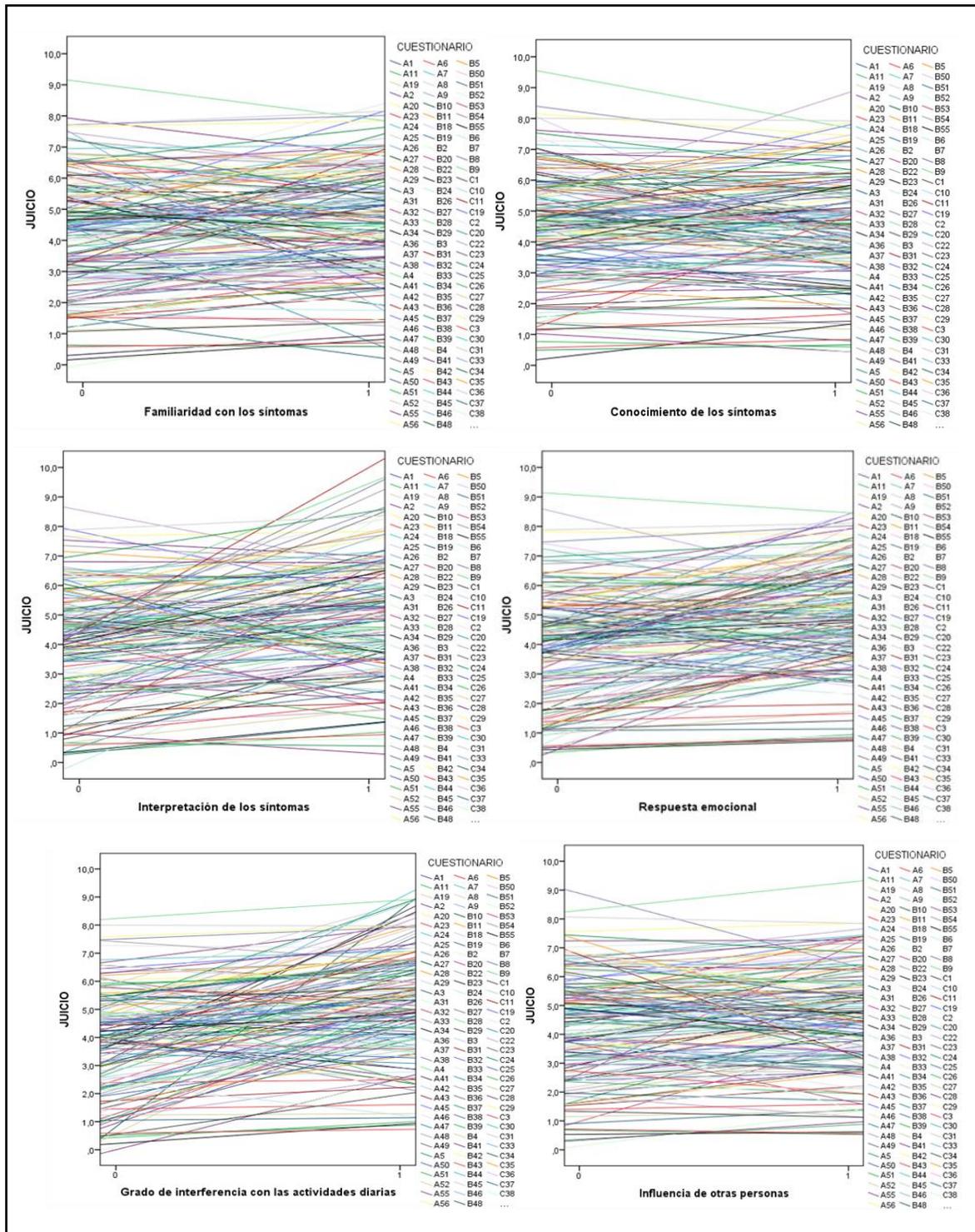
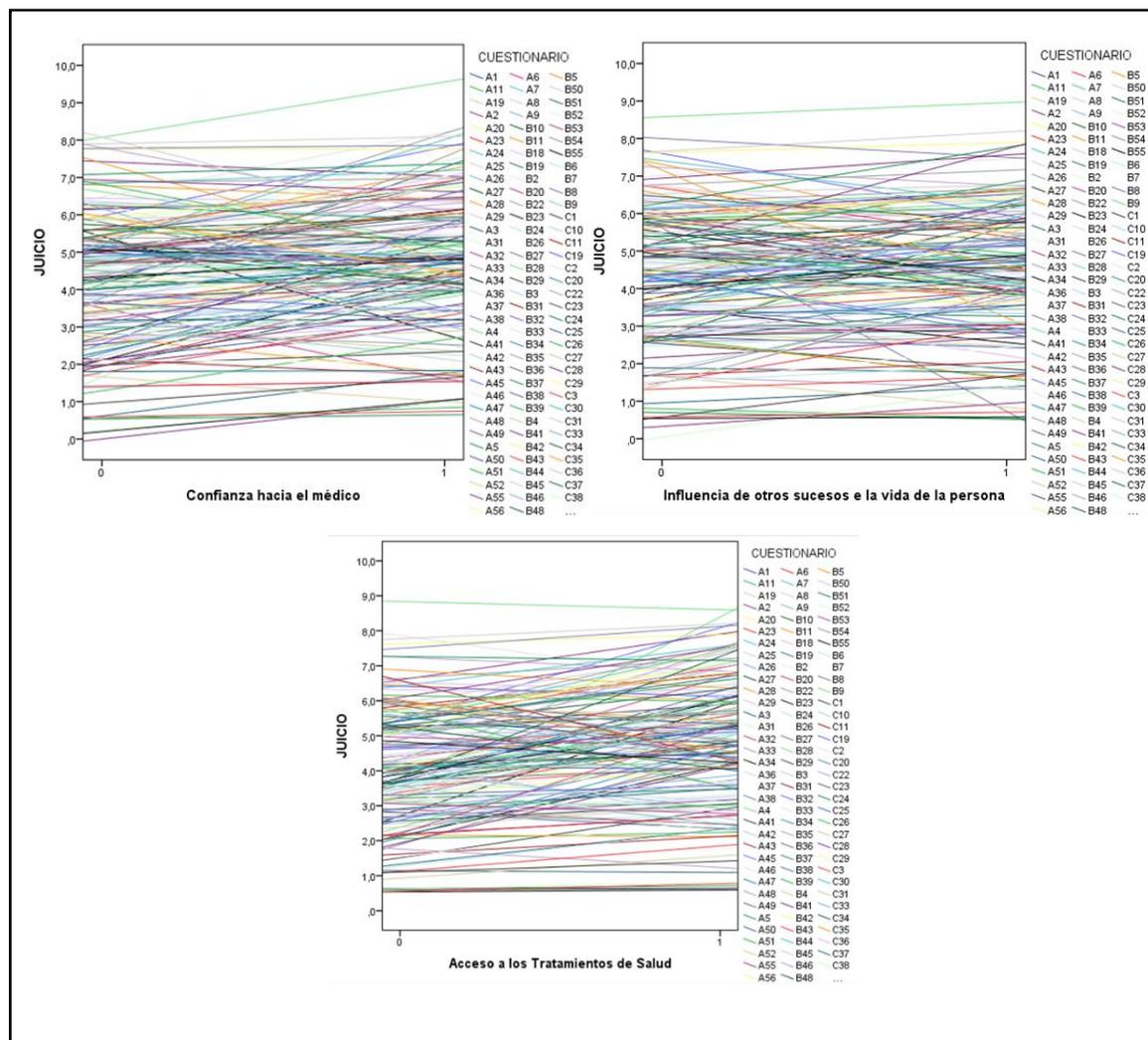


Figura 25. Espaguetis que muestra la variabilidad en las pendientes de los distintos participantes para los factores F7_confimedic, F8_presuces, F9_accesosalud.



La tabla 15 muestra el resumen de los coeficientes de regresión obtenidos para todos los factores de nivel 1 del estudio tanto en el modelo fijo como en el aleatorio. Permite ver que hubo factores que explican algo en la decisión de acudir al médico, cuando cambian de 1 a 0, con un buen ajuste de modelo en su parte fija y varianza significativa, especialmente en el caso de los factores F3_interpsint ($\beta=-0.78$, $p<.001$), F4_respsint ($\beta=-0.91$, $p<.001$), F5_interfsint ($\beta=-1.26$, $p<.001$), F7_confimedic ($\beta=-0.46$, $p<.001$) y F9_accesosalud ($\beta=-0.67$, $p<.001$).

Tabla 15.

Análisis Factor por Factor de su Efecto Fijo y Aleatorio sobre la Variable Dependiente para el M1

Variable	Modelo Fijo		Modelo Aleatorio		
	β	Error estándar	Parte Fija	Parte Aleatoria	
			β	σ^2_{u1}	Error estándar
F1_famisint	-0.16	0.09	-0.15	0.13	0.09
F2_conosint	-0.04	0.09	0.04	0.00	0.00
F3_interpsint	-0.78**	0.09	-0.81**	0.43*	0.13
F4_respsint	-0.91**	0.08	-0.91**	0.24*	0.09
F5_interfsint	-1.26**	0.09	-1.23**	0.70**	0.14
F6_consotraspe	-0.21*	0.09	-0.21*	0.04	0.08
F7_confimedic	-0.46**	0.90	-0.46**	0.10	0.08
F8_presuces	-0.14	0.09	-0.14	0.00	0.00
F9_accesos salud	-0.67**	0.08	-0.67**	0.03	0.07

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. La β hace referencia al cambio en el juicio cuando la variable explicativa pasa del nivel 1 a 0.

La tabla muestra los parámetros de varianza de las intersecciones de los niveles 2 y 1 del M1, donde se observa que los factores F3_interpsint ($\sigma^2 = 0.43$, $p < .05$), F4_respsint ($\sigma^2 = 0.24$, $p < .05$), y el F5_interfsint ($\sigma^2 = 0.70$, $p < .001$) dieron residuales significativos en la parte aleatoria del efecto. Los factores F6_consotraspe ($\sigma^2 = 0.04$, $p > .05$), F7_confimedic ($\sigma^2 = 0.10$, $p > .05$) y F9_accesos salud ($\sigma^2 =$, $p > .05$) por su parte, no arrojaron residuos significativos en la parte aleatoria del efecto.

El factor 3, Interpretación de los síntomas, disminuyó la varianza intraindividual o de nivel 1 en un 3%. El factor 4, Respuesta emocional a los síntomas, por sí solo, disminuyó la varianza en un 4%. El factor 5, Grado de interferencia de los síntomas, sin embargo, es el factor que logra explicar mayor variabilidad en el nivel 1, con un 7%.

Del análisis pormenorizado de los resultados de los factores del estudio en su parte fija y en su parte aleatoria a través de la evaluación de las pendientes, se derivó el modelo 1 exploratorio final que se consideró como el modelo de referencia para hacer las comparaciones posteriores. Dicho modelo, como puede observarse en la tabla 16, incluyó los factores 3, 4, 5, 7 y 9 por haber resultado significativos en sus efectos. Los factores 3, 4

y 5 se incluyeron como fijos y aleatorios en el modelo, mientras que los factores 7 y 9 fueron integrados solamente en su parte fija.

Tabla 16.

Resumen del Modelo 1 Exploratorio de Factores del Estudio

Variable	β	Error estándar	t
Efectos Fijos			
Intersección	6.51	0.16	39.00
Nivel 1 (intra)			
F3_interpsint	-0.88**	0.12	-7.42
F4_respsint	-0.96**	0.10	-9.43
F5_interfsint	-1.26**	0.12	-10.30
F7_confimedic	-0.26*	0.08	-3.22
F9_accesosalud	-0.63**	0.07	-8.0
Efectos Aleatorios			
Nivel 1 (intra)			
F3_interpsint	0.60**	(0.13)	
F4_respsint	0.32*	(0.96)	
F5_interfsint	0.68**	(0.13)	
Nivel 2 (participantes)			
Varianza σ^2_{u0}	3.70	(0.11)	
Nivel 1 (intraindividual)			
Varianza σ^2_e	1.48	(0.30)	

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. La β hace referencia al cambio en el juicio cuando la variable explicativa pasa del nivel 1 a 0.

El factor 3, Interpretación de los síntomas ($t = -7.42$, $gl = 160.020$, $p < .001$), el factor 4, Respuesta Emocional a los Síntomas ($t = -9.43$, $gl = 167.191$, $p < .001$), el factor 5, Grado de Interferencia de los Síntomas ($t = -10.30$, $gl = 170.141$, $p < .001$) y el factor 9, Acceso al Sistema de salud ($t = -8.0$, $gl = 2262.35$, $p < .001$). El factor 7, Grado de Confianza en el Médico, también obtuvo significación estadística ($t = -3.22$, $gl = 2507.75$, $p < .05$). En el nivel de los residuales de los factores, el factor F3 ($p < .001$), el factor 4 ($p < .05$) y el factor 5 obtuvieron niveles estadísticos significativos ($p < .001$). Se destaca que los valores negativos de los coeficientes obtenidos (β) para las variables de nivel 1 en M1 son el resultado de la operación del programa utilizado que compara cómo cambia el juicio cuando la variable pasa de nivel 1 a nivel 0, y no al revés.

Al comparar la varianza de nivel 1 obtenida en el Modelo 1 exploratorio con el modelo nulo (M0), hay una diferencia de un 30%, porcentaje que corresponde a la disminución de la varianza que logra explicar M1 en dicho nivel. Después de haber comparado la variabilidad del nivel 2 de las características propias del participante con la del M0 (2.42), ésta fue de 1.48 para el M1, lo que representó una disminución de un 39% con respecto al modelo nulo.

Para obtener el ajuste del modelo, se compararon los 11 parámetros del M1 Exploratorio final con los 3 parámetros del Modelo Nulo, lo que arrojó 8 grados de libertad. El Modelo 1 presentó un cambio significativo en el ajuste del modelo (cambio LRT) de 583.956 sobre 8 gl.

Para el modelo 2 (M2), se incluyeron al modelo 1 (M1) todas las variables de nivel 2 como efectos principales fijos para evaluar su posible efecto sobre la intersección. Las variables del nivel 2 incluidas fueron: Género, Edades, Nivel de Estudios, Uso de Medicina Alternativa durante el último año, Frecuencia de Visitas a Urgencias en el último año, Frecuencia de Visitas al Centro de Salud, y Estado General de Salud percibido. (Tabla 17).

Los coeficientes de los factores de nivel 1 para el Modelo 2, en su parte fija, resultaron ser estadísticamente significativos. El factor 3, Interpretación de los síntomas ($t = -7.29$, $gl = 157.816$, $p < .001$), el factor 4, Respuesta Emocional a los Síntomas ($t = -9.31$, $gl = 166.138$, $p < .001$), el factor 5, Grado de Interferencia de los Síntomas ($t = -10.24$, $gl = 169.118$, $p < .001$), el factor 7, Grado de Confianza en el Médico, también obtuvo significación estadística ($t = -3.32$, $gl = 2941.40$, $p < .05$), y el factor 9, Acceso al Sistema de salud ($t = -8.08$, $gl = 2246.91$, $p < .001$). En el nivel de las varianzas de los factores, el factor F3 ($t = -7.29$, $gl = 157.81$, $p < .001$), el factor 4 ($t = -9.31$, $gl = 166.13$, $p < .001$), y el factor 5 ($t = -10.24$, $gl = 169.11$, $p < .001$), tuvieron niveles estadísticos significativos. En relación a las variables de nivel 2 de tipo sociodemográfico, ninguna obtuvo significación estadística.

Tabla 17.

Coefficientes de Regresión del Modelo 2 (M2) de Efectos Fijos y Aleatorios de los Factores y Variables de Nivel 2

Variable	β	Error estándar	t	Sig.
Efectos fijos				
Intersección	7.10	0.79	8.96	0.000
Nivel 1 (intraindividual)				
F3_interpsint	-0.86**	0.11	-7.29	0.000
F4_respsint	-0.95**	0.10	-9.31	0.000
F5_interfsint	-1.26**	0.12	-10.24	0.000
F7_confimedic	-0.27*	0.08	-3.32	0.001
F9_accesosalud	-0.63**	0.07	-8.08	0.000
Nivel 2 (participantes)				
Género	0.10	0.25	0.41	0.679
Edades	-0.00	0.01	-0.34	0.732
NdEstud	-0.10	0.11	-0.91	0.363
MedAltern	-0.40	0.36	-1.09	0.275
VUA	0.50	0.50	0.97	0.329
VCS	-0.17	0.28	-0.52	0.537
ESaludGral	-0.12	0.31	-0.40	0.693
Efectos Aleatorios				
Nivel 2 (participantes)				
Varianza σ^2_{u0}	1.45	(0.30)		
Nivel 1 (intraindividual)				
Varianza σ^2_e	3.70	(0.11)		
σ^2_{u2} FACTOR 3	0.57 **	(0.13)		
σ^2_{u2} FACTOR 4	0.32*	(0.96)		
σ^2_{u2} FACTOR 5	0.69**	(0.14)		

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. La β hace referencia al cambio en el juicio cuando la variable explicativa pasa del nivel 1 a 0.

La varianza total obtenida en el modelo 2 fue de 4.95. Para obtener el ajuste del modelo, se compararon los 18 parámetros del M2 Exploratorio final con los 11 parámetros del Modelo 1, y se obtuvo 7 grados de libertad. El Modelo 2 presentó un cambio significativo en el ajuste del modelo (cambio LRT) de 76.918 sobre 7 gl.

Tabla 18.

Coefficientes de Regresión del Modelo 3 (M3) Final de Interacciones Significativas de los Factores con Variables de Nivel 2

Variable	β	Error estándar	t	Sig.
Efectos Fijos				
Intersección Nivel 1 (intraindividual)	6.64	(0.40)	16.287	0.000
F3_interpsint	-0.98**	(0.12)	-7.66	0.000
F4_respsint	-0.97**	(0.10)	-9.57	0.000
F5_interfsint	-0.91*	(0.33)	-2.74	0.007
F7_confimedic	-0.26*	(0.08)	-3.27	0.001
F9_accesosalud	-0.63**	(0.07)	-8.13	0.000
F5*género	0.57*	(0.23)	2.4	0.017
F5*ndestud	-0.23*	(0.10)	-2.21	0.028
F3*medalturn	0.66*	(0.33)	2.02	0.04
Nivel 2 (participantes)				
Género	-0.19	(0.27)	-0.70	0.488
NdEstud	0.02	(0.12)	0.18	0.856
MedAltern	-0.67	(0.39)	-1.73	0.085
Parámetros Aleatorios				
Nivel 2 (participantes)				
Intersección	1.51	(0.30)		
σ^2_{u0}				
Nivel 1 (intraindividual)				
Intersección	3.71	(0.11)		
σ^2_e				
σ^2_{u2} FACTOR 3	0.56**	(0.13)		
σ^2_{u2} FACTOR 4	0.32*	(0.09)		
σ^2_{u2} FACTOR 5	0.60**	(0.13)		

Nota. * $p < .05$. ** $p < .001$. La β hace referencia al cambio en el juicio cuando la variable explicativa pasa del nivel 1 a 0.

Para seleccionar las variables que serían incluidas en el Modelo 3 (M3) final, primero se analizó individualmente el resultado que arrojaba la interacción de cada una de las variables de nivel 2 (nivel personas) con los factores 3, 4 y 5, que resultaron significativos en su parte fija y aleatoria en los modelos 1 y 2. Para ello se realizaron diferentes análisis, siguiendo el mismo procedimiento que se utilizó para llegar al modelo 1 final y posteriormente se incluyeron las interacciones significativas de las variables de nivel 2 con los factores relevantes en el modelo 3 final (M3), como se observa en la tabla 18, habiendo eliminado los términos de la interacción que no resultaron significativos estadísticamente para mantener el modelo con cierto grado de parsimonia.

Ninguno de los efectos fijos de las variables de nivel 2 resultaron significativos, esto fue válido para la variable Género ($p > .05$), la variable Nivel de Estudios ($p > .05$) y la variable Medicina Alternativa ($p > .05$). No obstante, con respecto a las interacciones de diferentes niveles, las variables Género ($\gamma = 0.57$, $p < .05$) y Nivel de Estudios ($\gamma = -0.23$, $p < .05$) tienen un efecto moderador sobre el factor 5, Grado de interferencia de los síntomas con las actividades diarias. Cabe mencionar que los valores negativos de los coeficientes obtenidos (β) para las variables de nivel 1 en M3 son el resultado de la operación del programa utilizado que compara cómo cambia el juicio cuando la variable pasa de nivel 1 a nivel 0, y no al revés.

Al comparar la varianza de nivel 1 obtenida en el modelo 3 final con el modelo 1 (M1), hay una diferencia de un 30%, porcentaje que corresponde a la disminución de la varianza que logra explicar el M3 en dicho nivel.

Para obtener el ajuste del modelo, se compararon los 17 parámetros del Modelo 3 final con los 11 parámetros del Modelo 1, lo que arrojó 6 grados de libertad. El Modelo 3 presentó un cambio significativo en el ajuste del modelo (cambio LRT) de 15.947 sobre 6 gl. El modelo 3 demostró un buen ajuste de modelo, similar al obtenido en el modelo 1.

En el anexo D se encuentran las pendientes de los factores estadísticamente más significativos, que permiten visualizar el grado de variabilidad en las respuestas de los participantes.

En la figura 26 puede observarse la interacción del factor 5 del estudio, Grado de interferencia de los síntomas en las actividades diarias, con la variable Género, que resultó estadísticamente significativa en el M3 ($t=-1.73$, $gl=167.23$, $p<.05$). El gráfico también permite comprobar que la relación entre diferentes niveles es interactiva, debido a que las dos líneas no son paralelas.

Figura 26. Interacción del Factor 5 con la variable Género.

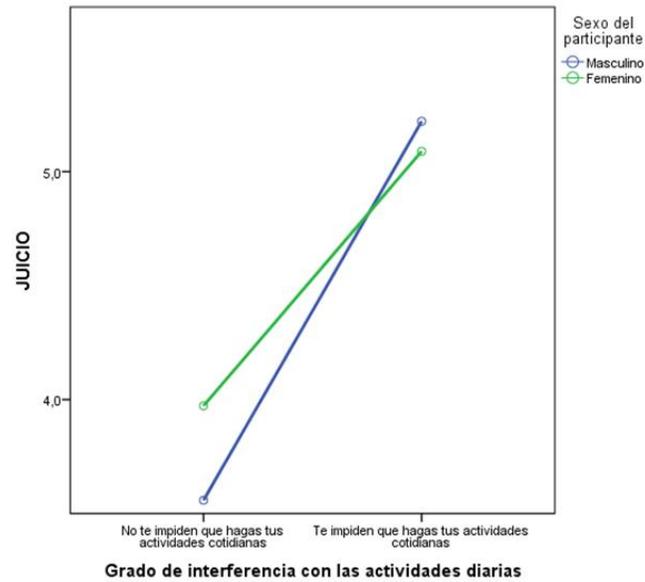
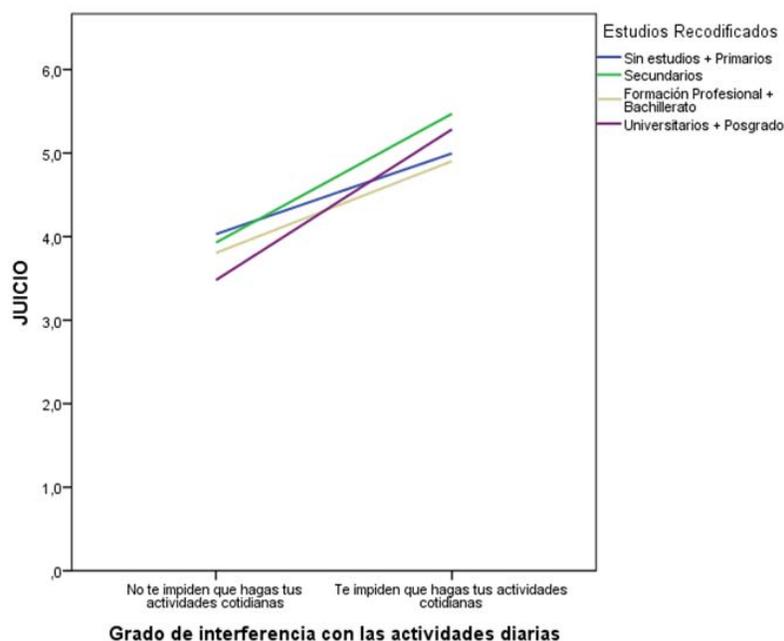
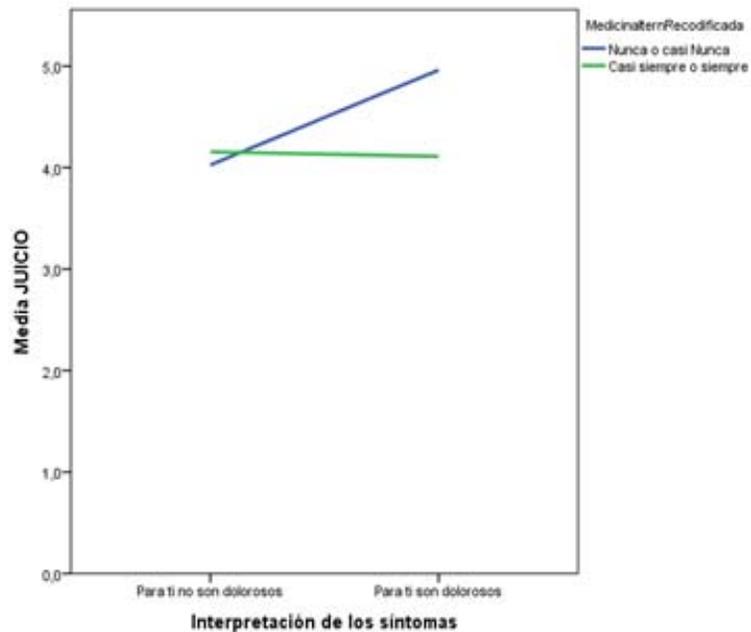


Figura 27. Interacción del Factor 5 con la variable Nivel de Estudios.

En la figura 27 puede observarse la interacción del factor 5 del estudio, Grado de interferencia de los síntomas en las actividades diarias, con la variable Nivel de Estudios, que mostró un nivel de significación estadística en este modelo ($t=-2.21$, $gl=167.24$, $p<.05$). El gráfico ejemplifica una interacción de niveles distintos, pues ninguna de las cuatro pendientes es paralela con respecto a las otras líneas de los diferentes niveles de estudios.

En la figura 28 puede observarse la interacción del factor 3 del estudio, Interpretación de los síntomas, con la variable frecuencia de Uso de la Medicina Alternativa, que mostró significación estadística ($t=2.02$, $gl=157.17$, $p<.05$) y líneas no paralelas.

Figura 28. Interacción del Factor 3 con el Uso de Medicina Alternativa.

En el resumen de la tabla 19 se presentan los resultados de la intersección para los cuatro modelos, los efectos fijos de las variables de nivel 1 y nivel 2, los parámetros aleatorios de nivel 2 y nivel 1, y los ajustes de modelo y el coeficiente de correlación intraclase para cada modelo. Debe destacarse que los valores negativos de los coeficientes obtenidos (β) son el resultado de la operación del programa utilizado que compara cómo cambia el juicio cuando la variable pasa de nivel 1 a nivel 0, y no al revés.

Tabla 19.

Resumen de los Modelos de Regresión con Estimaciones de Efectos Fijos (Arriba) y Estimaciones de Varianza (Abajo) para los Modelos de los Factores de Acudir o No al Médico

Parámetro	M0	M1 Exp	M2	M3 Final
Efectos Fijos				
Intersección	4.44	6.51 (0.16)	7.10 (0.79)	6.64 (0.40)
Nivel 1 (intraindividual)				
F1_famisint				
F2_conosint				
F3_interpsint		-0.88** (0.12)	-0.86** (0.11)	-0.98** (0.12)
F4_respsint		-0.96** (0.10)	-0.95** (0.10)	-0.97** (0.10)
F5_interfsint		-1.26** (0.12)	-1.26** (0.12)	-0.91* (0.33)
F6_consotraspe				
F7_confimedic		-0.26* (0.08)	-0.27* (0.08)	-0.26* (0.08)
F8_presuces				
F9_accesosalud		-0.63** (0.07)	-0.63** (0.07)	-0.63** (0.07)
F5*género				0.57* (0.23)
F5*ndestud				-0.23* (0.10)
F3*medalterm				0.66* (0.33)
Nivel 2 (participantes)				
Género			0.10 (0.25)	-0.19 (0.27)
Edades			-0.00 (0.01)	
NdEstud			-0.10 (0.11)	0.02 (0.12)
MedAltern			-0.40 (0.36)	-0.67 (0.39)
VUA			0.50 (0.50)	
VCS			-0.17 (0.28)	
ESaludGral			-0.12 (0.31)	
Parámetros Aleatorios				
Nivel 2 (participantes)				
Intersección σ^2_{u0}	2.42 (0.30)	1.48 (0.30)	1.45 (0.30)	1.51 (0.30)

Tabla 19. (cont.)

Modelos de Regresión con Estimaciones de Efectos Fijos (Arriba) y Estimaciones de Varianza-Covarianza (Abajo) para los Modelos de los Factores de Acudir o No al Médico

Parámetro	Modelo 0	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Nivel 1 (intraindividual)				
Intersección	5.31 (0.15)	3.70 (0.11)	3.70 (0.11)	3.71 (0.11)
σ^2_e				
σ^2_{u2} FACTOR 3		0.60** (0.13)	0.57** (0.13)	0.56** (0.13)
σ^2_{u2} FACTOR 4		0.32* (0.96)	0.32* (0.96)	0.32* (0.09)
σ^2_{u2} FACTOR 5		0.68** (0.13)	0.69** (0.14)	0.60** (0.13)
-2 *log verosimilitud	12472.302	11888.346	11811.428	11872.399
Likelihood	655.724	583.956	76.918	15.947
Ratio				
Test (LRT)				
Coefficiente de partición de la varianza (VPC)	0.31	0.28	0.29	0.29

Nota. Los errores estándar aparecen entre paréntesis. *p<.05. ** p<.001. La β hace referencia al cambio en el juicio cuando la variable explicativa pasa del nivel 1 a 0.

La intersección, es decir, el valor promedio del juicio para los participantes del estudio, se incrementó de manera significativa del M0 al M1, de 4.44 a 6.51, pero se mantuvo casi igual cuando se comparó el M3 con el modelo de referencia, el M1 (M3=6.64 vs M1= 6.61).

Las estimaciones de los efectos fijos para las variables de nivel 1 no fueron distintas del modelo 1 al modelo 2, pero en el modelo 3 sí es mayor el efecto fijo del factor 3, Interpretación de los síntomas (-0.98, p<.001). Por su parte, cuando se realizan las comparaciones de los componentes de la varianza de los factores que fueron aleatorizados, éstos se mantienen en valores muy similares en los factores F3_interpsint, F4_respsint, y F5_interfsint. La desviación, o índice LRT, fue más bajo en el Modelo 3, y fue disminuyendo conforme se introdujeron cambios en las variables explicativas de los modelos.

El coeficiente de correlación intraclase o VPC, no cambió de manera significativa del M1 al M2 y M3. El 28% de la varianza atribuible a los sujetos, el cual resultó ser un nivel de

variabilidad alto, no se modificó de manera importante al introducir variables de nivel 2 (M2) ni tampoco en el M3. Para la varianza de nivel 2, simbolizada por $\sigma^2_{u_0}$, el único cambio significativo se observó cuando se incluyeron las variables de nivel 1 en el modelo (M1) con respecto al modelo nulo (M0). En las comparaciones posteriores entre el M2 y el M1, y entre M3 y M1, no hubo cambios observables.

La varianza de nivel 1, simbolizada por σ^2_e , logró disminuir de 5.31 a 3.70 del M0 al M1, pero se mantuvo sin disminución al introducir variables de nivel 2 en el M2.

De las interacciones entre las variables de distintos niveles, todas resultaron significativas al $p < .05$ en el M3.

6. DISCUSIÓN

6.1 Análisis de la muestra

Se inicia con uno de los objetivos particulares del estudio, que se refiere a la obtención de los perfiles sociodemográficos y de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud de los participantes, y posteriormente se discute sobre el objetivo de obtener perfiles del grado de asociación entre las variables sociodemográficas con las variables género, rangos de edad y nivel de estudios.

En una primera aproximación a los resultados, es notorio que la muestra fue muy equilibrada en cuanto a la variable género, pues tanto mujeres como hombres guardaron una proporción semejante entre ambos en relación al número de participantes. Como también pudo observarse en el apartado del método, hubo suficiente adecuación en el promedio de edades de mujeres y hombres, con valores y desviaciones estándar muy similares. Asimismo, los valores porcentuales de de las principales variables sociodemográficas (edad, género y formación) guardaron una proporción adecuada con respecto a los criterios considerados de la población de Barcelona. Por tanto, se puede afirmar que la muestra fue lo suficientemente representativa en el presente estudio.

La segunda variable sociodemográfica, rangos de edad, mostró una distribución muy parecida en sus tres categorías. Los porcentajes obtenidos para las categorías comparadas con la población de Barcelona también guardaron proporciones muy similares.

En relación a la tercera variable sociodemográfica, el nivel de estudios, un porcentaje mayor de participantes contaba con estudios universitarios o de posgrado, seguido por quienes tenían estudios de formación profesional o de bachillerato. Cada una de las categorías comprendidas en el análisis mantuvo una proporción ligeramente menor a la de la población de Barcelona, exceptuando las categorías del nivel de estudios de Formación profesional o Bachillerato, y la de estudios Universitarios o de Posgrado, que tuvieron un porcentaje ligeramente mayor al que presentaba la población de referencia.

En relación a la descripción de las conductas vinculadas con el uso de los servicios de salud, las personas acuden más veces al centro de salud que a urgencias en la categoría de 3-4 veces o más de 4 veces, pero los porcentajes son relativamente bajos para esta categoría, lo que significa que, en mayor proporción, los participantes de este estudio acudieron al centro de salud y a urgencias no más de 2 veces en el último año.

En lo referente al uso de la medicina alternativa, el porcentaje más alto lo obtuvo la categoría *nunca o casi nunca*.

En relación al estado general de salud percibido, un porcentaje muy alto respondió que su estado de salud era bueno o muy bueno.

Con respecto a la relación entre género y edad, no existieron diferencias significativas entre ambas variables, por lo que se concluye que hay una ausencia de relación debido al equilibrio en la distribución entre ambos géneros y la distribución de las edades de los participantes. Sin embargo, al comparar los rangos de edad con los géneros, hubo diferencias significativas entre los promedios de los valores obtenidos en ambos grupos y en relación a las tres franjas de edad.

La comparación entre la variable género y el nivel de estudios mostró un porcentaje más alto en la categoría de estudios universitarios o de posgrado, pero no hubo diferencia significativa en relación con ambos géneros. Este resultado se explica porque los participantes con estudios universitarios o de posgrado fueron la categoría con mayor representatividad en la muestra del estudio.

El análisis bivariado entre la variable género y las visitas urgencias ha mostrado una ausencia de relación entre ambas variables ya que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Este resultado se corresponde con el único estudio encontrado que analiza la demanda de los servicios de urgencias en la ciudad de Barcelona, que señala que casi un 53% global de la población que utiliza los diferentes recursos de atención urgente (incluyendo los hospitales, los dispensarios, los servicios de urgencias y los servicios de emergencias), son mujeres (Pozuelo García et al., 2003).

La relación entre el género y la frecuencia de visitas al centro de salud no mostró diferencias estadísticamente significativas. Podría hipotetizarse que la influencia de otras variables sobre la variable género moderan de manera importante el efecto que ésta tiene sobre las frecuencias de visitas al centro de salud, como ha sugerido un estudio más reciente de corte longitudinal realizado en Australia, que concluyó que las diferencias de género son evidentes cuando se incluyen paralelamente otras variables como factores de riesgo en el estudio (Pymont & Butterworth, 2015).

Por otra parte, en cuanto a la relación entre la variable género y el uso de la medicina alternativa, este estudio presentó un porcentaje ligeramente mayor en el grupo de las mujeres, que no resultó estadísticamente significativo. No obstante, otro estudio que reclutó a 11104 participantes, 5877 mujeres y 5227 hombres, con grupos de género balanceados y considerados a sí mismos como sanos, ha señalado que las mujeres usan con mayor probabilidad la medicina alternativa y complementaria (Kristoffersen, Stub, Salamonsen, Musial, & Hamberg, 2014).

Al comparar la variable género con el estado general de salud percibido, no se halló relación significativa entre ambas variables a pesar de que el grupo de las mujeres tuvo un porcentaje mayor que indicó tener mejor salud al momento de responder la encuesta. En contraste, un estudio muy reciente realizado en Catalunya encontró que ser del género femenino contribuía de manera significativa a una probabilidad mayor de tener una percepción del estado general de salud mala, así como de tener limitaciones funcionales (Solé-Auró & Alcañiz, 2016).

Sobre el comparativo entre la variable rangos de edad y el nivel de estudios, se encontró que el porcentaje más alto lo obtuvo el rango de 28 a 39 años para todos los diferentes niveles de estudio, exceptuando a la categoría sin estudios o estudios primarios, donde el rango de edad de 40 a 49 años obtuvo un porcentaje ligeramente mayor. Debido a la mayor presencia de la categoría de estudios universitarios o de posgrado en la muestra, ésta fue la que obtuvo los porcentajes más altos, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables a nivel global.

El grupo de 28 a 39 años fue el que, por otro lado, presentó el porcentaje mayor de frecuencias de visitas a urgencias, pero no hubo diferencias significativas entre la variable rangos de edad y la VUA. Cuando se comparó la variable rangos de edad con la frecuencia de visitas al centro de salud y con el uso de la medicina alternativa, nuevamente el rango de 28 a 39 años fue el de porcentaje más alto, pero en relación a las otras franjas de edad, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Al comparar los rangos de edad con el estado general de salud percibido por los participantes, el rango de 28 a 39 años fue el más alto en la categoría de salud buena o muy buena, y las diferencias entre los tres rangos de edad sí fueron estadísticamente significativas. Una explicación a esto puede estar relacionada con el hecho de que las personas conforme tienen una edad más avanzada consideran su salud como regular o mala, a diferencia de las personas más jóvenes que en el nivel global consideran su salud como mejor. Sin embargo, no todos los estudios han demostrado que el estado general de salud percibido esté asociado con medidas objetivas de salud (Loprinzi, 2015). Se han reportado similitudes en ambos géneros en la salud autopercebida buena y mala con relación a la edad en adultos mayores de 60 años (Zapata-Ossa, 2015), aunque también se han demostrado asociaciones positivas mediante modelos de regresión binaria entre el género femenino y la salud, donde las mujeres de mayor edad son particularmente más vulnerables a tener una mala salud personal autopercebida (Solé-Auró & Alcañiz, 2016).

Por último, se discute la relación entre la variable nivel de estudios y las conductas relacionadas con el uso de servicios de salud. En cuanto a la relación de la variable nivel de estudios y las visitas a urgencias, en ambas categorías el nivel de universitarios o posgrado fue el más alto en porcentaje, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Con respecto a la relación con las visitas al centro de salud, a pesar de que el nivel de formación profesional o de bachillerato fue el mayor en porcentaje, no hubo diferencias lo suficientemente significativas entre las diferentes categorías.

La medicina alternativa tampoco mostró relación significativa con la variable nivel de estudios, aunque el porcentaje mayor de la categoría del uso de la medicina alternativa *casí*

siempre o siempre fue para el grupo de estudios primarias y sin estudios. Sin embargo, en el trabajo de Kristoffersen et al. (2014), se encontró que el nivel de estudios universitarios está asociado a un mayor uso de la medicina alternativa y complementaria.

El estado general de salud y el nivel de estudios mostraron un patrón similar a la relación entre otras variables de salud y sociodemográficas descritas anteriormente. Los estudios universitarios o de posgrado fueron seguidos por el nivel de formación profesional o de bachillerato. Sobre la posible relación entre el incremento del nivel educativo y la mejora de la percepción de buen estado de salud en los participantes, se observó que a pesar de que las frecuencias aumentan al pasar del nivel de estudios secundarios al bachillerato y de grados superiores, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre las diferentes categorías y la percepción del estado general de salud. Un estudio reciente realizado en Catalunya encontró que las mujeres mayores de 55 años con bajo nivel educativo tenían mayor probabilidad de reportar mala salud y limitaciones funcionales, aunque el incremento en la probabilidad de sufrir limitaciones funcionales estuvo más marcado en el grupo de los hombres, por lo que la brecha no fue tan gran grande en ambos géneros (Solé-Auró & Alcañiz, 2016).

6.2 Análisis de los bloques de escenarios

Al comparar la distribución de la cantidad de los escenarios en cada uno de los bloques y en relación con las características sociodemográficas de los participantes, para asegurar que la aleatorización de los escenarios que fueron respondidos por los participantes fuera equilibrada, no hubo diferencias importantes entre las diferentes distribuciones.

Los porcentajes estuvieron distribuidos de modo semejante en relación a las proporciones que cada bloque mantuvo en ambos géneros, exceptuando el bloque D, donde las frecuencias de los escenarios para los participantes fueron más similares. Sin embargo, se obtuvo una distribución homogénea desde el punto de vista de la significación estadística de acuerdo a los resultados de la Chi-cuadrada.

El análisis bivariado de los cuatro bloques por rangos de edad, nivel de estudios, uso de la medicina alternativa, visitas a urgencias, y el estado general de salud, no reveló

diferencias estadísticamente significativas. Se concluye que la clasificación de los bloques fue lo suficientemente equilibrada y la distribución de las variables sociodemográficas que se pretendían representar en los bloques se mantuvo de manera adecuada.

6.3 Análisis de la variable dependiente

En relación a la distribución por participante del promedio de respuestas del juicio de acudir al médico, se apreció que en general hubo suficiente variabilidad intra y entre-sujetos. Con respecto a la forma de la distribución, por lo observado en el histograma de la variable dependiente, podría ser que en realidad que la variable sea de tipo ordinal y no de rango cuantitativa, ya que la mayoría de las personas con puntuaciones bajas acumularon respuestas en el cero. En el caso del presente estudio, no es lógico creer que las personas hubieran optado por respuestas ubicadas por debajo del cero, es decir, en respuestas por debajo de la categoría *No iría al médico*. Por otra parte, los picos que se observaron en las respuestas no permitieron concluir que existió un efecto de suelo o de techo en la variable dependiente.

6.4 Modelos de regresión lineal multinivel

6.4.1 Ajuste de modelo

En el modelo nulo (M0), el coeficiente de partición de la varianza o coeficiente de correlación intraclase (C.C.I.=.31) arrojó una variabilidad alta atribuible a las diferencias entre los participantes del estudio, lo que justificó el desarrollo de los modelos multinivel.

El modelo 1 (M1) exploratorio de referencia, que incluyó factores con efectos significativos, obtuvo coeficientes estadísticamente significativos en su parte fija: F3_interpsint, F4_respsint, F5_interfsint, F7_confimedic, F9_accesosalud. El nivel de varianza de nivel 1 (intrasujeto) permitió explicar un porcentaje de disminución significativo. En el nivel 2 (entresujeto), la disminución del nivel de varianza también fue significativa, a pesar de que solamente se agregaron variables de nivel 1 en este modelo. El ajuste de modelo para M1 fue bueno.

En el modelo 2 (M2), que agregó todas las variables de nivel 2 del estudio al modelo 1, es decir, las variables sociodemográficas y de conductas relacionadas con el uso de servicios

de salud, mostró un aumento en el coeficiente de la intersección. En relación a las varianzas tanto de nivel 1 como de nivel 2, éstas no presentaron cambios significativos con respecto a M1.

El modelo 3 (M3) o modelo final, que incluyó las interacciones significativas de las variables de nivel 2 (nivel personas) con los factores relevantes, así como los factores del estudio relevantes, y las variables de nivel 2, mostró que ninguno de los efectos fijos de éstas últimas resultó significativo, aunque sí las interacciones. Los resultados de las varianzas de nivel 1 y de nivel 2 de M3 no mostraron cambios significativos con respecto a M1. El ajuste de modelo del M3 fue bueno, y significativamente mejor que el obtenido en el M1.

Los principales factores que se asociaron a la decisión de acudir al médico, y en orden de importancia por el nivel de significación obtenido, fueron: factor 4, Respuesta emocional a los síntomas; factor 9, Acceso al Sistema de salud; factor 3, Interpretación de los síntomas; factor 7, Confianza en el médico; factor 5, Grado de interferencia de los síntomas.

Las interacciones más significativas de los factores del estudio con las variables de nivel 2 fueron, en orden de importancia: factor 5*género; factor 5*nivel de estudios, y factor 3*medicina alternativa.

6.4.2 Interpretación del modelo

A pesar de que el cambio en la varianza de nivel 2 del M3 no es demasiado grande, pero teniendo en cuenta que el ajuste global de éste sí que es mejor que el del M1, se va a interpretar el M3 para poder profundizar también, desde una perspectiva exploratoria, en las relaciones entre nivel de las variables sociodemográficas y relacionadas con las conductas de uso de los servicios de salud con la influencia de alguno de los factores en la determinación del juicio.

La correlación intraclase del modelo nulo indica que la varianza hallada en el juicio se debe explicar en un 31% por variables de la persona, disposicionales y de su contexto, mientras que el 69% se debe explicar por variables de la encuesta factorial. Este resultado confirma la necesidad de trabajar con modelos jerárquicos multinivel, que tengan en cuenta

la variabilidad personal además de la específica de la situación, para modelar juicios como el del presente trabajo (Fox-Wasylyshyn, El-Masri, & Artinian, 2010).

Además, el efecto aleatorio significativo del coeficiente de la intersección de la regresión, en todos los modelos contrastados, indica que hay variabilidad entre personas en la media del juicio emitido en relación a los escenarios valorados. Las diferencias en la media del juicio, sin embargo, no se han podido explicar por variables sociodemográficas (género, edad, y nivel de formación). Estos resultados no parecen confirmar que las personas jóvenes acuden menos al médico, así como los de nivel bajo de formación, o los hombres (Meechan, Collins, & Petrie, 2003; Jeffries & Grogan, 2012; Kannan & Veazie, 2014). A pesar de ello, se verá más adelante que sí parecen tener alguna influencia en la valoración de cómo alguno de los factores influye en la decisión de acudir al médico con más o menos urgencia.

Esta variabilidad ente personas aparece también cuando se observa la influencia de cada factor estudiado en la emisión del juicio, ilustrada en los nueve gráficos de espaguetis, ya que todos ellos muestran un patrón con pendientes muy variables (en grado y dirección), indicando que el modo en el que cada factor hace cambiar el juicio ha sido distinto entre las personas de la muestra valorada. Uno de los factores que podría estar detrás de esta heterogeneidad podría ser el hecho de haber trabajado con una muestra general, y sin que se hayan centrado los escenarios en enfermedades específicas, que ayudan a interpretar los factores implicados en la decisión. En un estudio de revisión (Brandes & Mullan, 2014) de la relación entre conductas de adherencia a la medicación y los factores del modelo de Creencias de Salud de Leventhal (Leventhal et al., 1980; Leventhal, 2010), se demuestra que la enfermedad específica que se esté valorando es una variable que puede marcar diferencias en la relación existente entre las conductas de adherencia y los factores de representación de la enfermedad, como la identidad o las consecuencias. Dado que en nuestro trabajo el contexto es abierto, se introduce un elemento que puede haber determinado interpretaciones muy distintas de los factores mostrados en los escenarios.

Además, la metodología de encuesta factorial es particularmente sensible a la presencia de factores del contexto que, sin estar representados en los escenarios, pueden influir también en el juicio emitido y/o en la valoración de los factores (Wallander, 2009). Por ejemplo, un escenario como el presentado en este trabajo, realizado en un contexto laboral específico, podría haber reducido la variabilidad en relación al factor de cómo los síntomas interfieren en las actividades diarias, dado que todos ellos tendrían patrones similares de actividad laboral.

En relación a qué factores influyen en la decisión de acudir al médico con más o menos urgencia, los que han mostrado mayor relevancia han sido: la respuesta emocional de miedo ante los síntomas, el acceso a los servicios de salud, la interpretación del síntoma en términos de dolor, el grado de confianza en el médico, y el grado de interferencia de los síntomas. Por otra parte, la familiaridad con los síntomas, el conocimiento de los mismos, el consejo de otras personas del entorno, y la coincidencia en el mismo momento con la presencia de otros sucesos importantes, son factores que no se han mostrado significativos.

De este modo, a más miedo, mejor acceso a los servicios de salud, más dolor, mayor confianza en el médico, y mayor interferencia de los síntomas en las actividades diarias, mayor será la urgencia por acudir al médico. El hallazgo de estos factores permite reflexionar sobre la relación que guardan con los modelos teóricos revisados al principio del presente trabajo. El Modelo de Creencias de Salud da apoyo a la parte de la respuesta emocional de los participantes, el temor o miedo que se relaciona con la amenaza percibida de los síntomas. El Modelo de Sentido Común de la enfermedad, que de manera explícita describe el rol que juegan las emociones como el miedo o la ansiedad en las conductas de salud, también aporta una comprensión importante a los resultados de este trabajo. En el caso de la Teoría de la Comparación Psicofisiológica, la intensidad percibida del dolor y la mayor confianza hacia el médico apoyan los hallazgos de la teoría, al proponer que una discontinuidad del estado normal fisiológico por medio de un estímulo sobresaliente y aversivo para la persona como lo es el dolor, justifica la urgencia de ir al médico siempre y cuando el grado de confianza hacia él no modifique la intención de realizar una conducta de salud determinada.

La confianza en el médico (Katapodi et al., 2005) y la interferencia en las actividades diarias (Mora et al., 2012) también han destacado como factores importantes en la decisión de acudir al médico en estudios anteriores. En contextos específicos de enfermedad, además de la confianza y la interferencia, las dificultades de acceso a los servicios de salud también han destacado significativamente (Siminoff et al., 2014). Así pues, en el presente trabajo no sólo se confirma la importancia de dichos factores, sino que se establece que el más significativo de ellos es el fácil acceso a la salud. Además, aparecen la respuesta emocional a los síntomas y la interpretación en términos de dolor como nuevas variables relevantes.

Entre los factores no significativos, sorprenden el de la familiaridad de los síntomas y el de su conocimiento, que sí habían mostrado relevancia en trabajos anteriores (Mora et al., 2012; Katapodi et al., 2005), y son factores destacados también cuando se trata de predecir las conductas de cuidado una vez la enfermedad ya está identificada (Fox-Wasylyshyn et al., 2010; Siminoff et al., 2014; Brandes & Mullen, 2014).

En todos estos trabajos, el contexto está más determinado que en el nuestro, ya sea porque se trabaja con enfermedades específicas, o porque la muestra utilizada presenta características más homogéneas, en relación a variables críticas en la determinación de esquemas de interpretación de la salud, como cuando se trabaja con muestras de personas mayores de 65 años (Gallant, Spitze, & Grove, 2010).

En conjunto estos resultados muestran que tanto la familiaridad como el conocimiento de los síntomas son importantes cuando el contexto está bien definido, pero que cuando se debe tomar la decisión en contextos más abiertos, en los que la significación de los síntomas es más difícil, estos factores se ignoran, y las personas toman más en consideración factores más emocionales como el miedo o el dolor. Esto podría implicar que el modelo explicativo es diferente en función de si la enfermedad está identificada o los síntomas todavía son ambiguos.

Dentro de los factores que han salido significativos destaca además que la respuesta emocional, la interpretación en términos de dolor, y la interferencia en las actividades

diarias, presentan efectos aleatorios en la regresión. Este resultado demuestra que estos factores, aún siendo globalmente importantes en la decisión de acudir al médico, han presentado diferencias individuales en cuanto a la intensidad del efecto sobre el juicio, y en el sentido en que dicho factor influye en la decisión.

La variabilidad individual en el factor de interferencia con las actividades diarias tiene cierta relación con el género y con el nivel de formación. Así, en presencia de los demás factores significativos, la tendencia de las mujeres a acudir al médico es más elevada; sin embargo, el cambio entre no interferir e interferir afecta más a los hombres, que pasan de no acudir al médico a acudir con cierta urgencia, quedando al final ambos géneros al mismo nivel de juicio.

En cuanto al nivel de formación, los resultados indican que los extremos presentan patrones muy distintos: los universitarios, en presencia de los demás factores significativos, muestran menor urgencia por acudir al médico que las personas con estudios primarios, si bien cuando aparece la interferencia de los síntomas, el cambio en el juicio es mayor en el primer grupo, siendo los que pasan a tener niveles de urgencia más elevados. Los niveles intermedios de formación presentan patrones de difícil interpretación, lo que puede venir dado por el hecho de que la formación profesional se recogió de un modo que mezcla la de grado medio y la superior, que deberían incluirse en categorías distintas. En resumen, parece que en relación a este factor de interferencia, su efecto es mayor en aquellas personas que hasta ese momento se habían mostrado menos dispuestos a acudir al médico. Estos resultados también confirman que, en línea con los trabajos ya comentados anteriormente (Gallant et al., 2010; Kannan & Veazie, 2014), el género y el nivel de formación tienen influencia en este contexto de estudio, no en su relación directa con el juicio, sino a través de su influencia en la determinación de cómo cada factor lo determina.

Otra variable que parece explicar parte de la variabilidad del factor de interpretación de síntomas en relación al dolor es el uso de la medicina alternativa, siendo los que no la usan los que se ven más influidos en el juicio cuando el dolor es mayor, lo que podría

explicarse por el hecho de que los usuarios de medicina alternativa tienen otros mecanismos de control del dolor que no pasan por acudir al médico.

Sin embargo, queda mucha variabilidad individual por explicar en estos factores, que podría estar relacionada con el hecho de que son factores que dejan mucho margen a que otros elementos, en conjunción con ellos, cambien la fuerza con que el factor se relaciona con el juicio, o incluso la dirección.

Así, el miedo que acompaña al síntoma, siendo mayoritariamente impulsor de la acción, puede haber provocado en algunos casos efectos de evitación, volviéndose así un factor que disminuye la urgencia o el interés por acudir al médico. Varios estudios muestran que, particularmente en el grupo de edad de entre 18 y 40 años, el miedo al diagnóstico o a las consecuencias de la enfermedad o del tratamiento induce conductas de evitación o estrategias emocionales de rechazo (Biddle et al., 2007; Fox-Wasylyshyn et al., 2010; Persoskie, 2013; Kannan & Veazie, 2014). Por otro lado, el aumento en la urgencia por acudir al médico ante un dolor mayor puede maximizarse en personas con baja tolerancia al dolor. Es conocida la influencia moderadora de la tolerancia al dolor en todo lo que éste provoca en contextos de salud (Edwards, Doleys, Lowery, & Fillingim, 2003). Y por último, cómo el grado de interferencia con la actividad cotidiana puede terminar en mayor nivel de urgencia por acudir al médico puede verse afectado, como ya se ha comentado en otras partes de esta discusión, por la importancia que las personas dan a dicha actividad. La relevancia de la actividad afectada es un factor que se ha visto que influye en otros momentos del proceso de enfermar, como el momento de recibir el diagnóstico, o en el seguimiento de tratamientos (Edo, Torrents-Rodas, Rovira, Fernández-Castro, 2012; Leventhal et al., 2008).

En conjunto estos datos indican que, más allá del conocimiento particular de cada enfermedad y sus síntomas, las estrategias para potenciar que las personas no tarden demasiado en acudir al médico pasan por fortalecer el afrontamiento activo ante el miedo, recordando por ejemplo que las conductas de evitación pueden tener efectos todavía mayores en la interferencia que la enfermedad puede conllevar. También se puede incidir

en la importancia del dolor como indicador de posibles problemas de salud, así como trabajar en que los elementos más contextuales (el acceso y la confianza en los servicios de salud) no supongan una barrera. Todo ello desde la perspectiva más individual, o mediante el profesional de la atención primaria, así como desde la comunidad y las campañas de prevención de la salud.

6.5 Limitaciones y fortalezas del estudio

Una contribución relevante del presente estudio radica en la utilización de la metodología de la encuesta factorial en el ámbito de la psicología de la salud. A pesar de que se requieren más estudios que informen sobre la viabilidad de esta metodología en la población en general, este estudio representó una primera aproximación que posee relevancia social a nivel de resultados en el ámbito de la salud.

El estudio ha permitido identificar los factores más relevantes y conocer el comportamiento de las variables sociodemográficas y de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud asociadas con la decisión de acudir al médico con mayor o menor urgencia ante la presencia de molestias de cualquier tipo.

Una limitación del presente estudio podría estar vinculada a la variable dependiente estudiada. El comportamiento mostrado por las respuestas en el juicio de los participantes, hace suponer que la escala de medición se puede entender más bien como de tipo cualitativa debido a los picos de respuesta observados, pero no invalida el hecho de haberla tratado como una variable cuantitativa en el presente estudio. Para futuras investigaciones, se sugiere realizar la medición de la variable dependiente con el uso de una escala ordinal con tres categorías, a pesar de que se pueda pensar que el participante se verá obligado a redondear su juicio a estas categorías: No iría al médico, Iría al médico con cierta urgencia, e Iría al médico con mucha urgencia. Debe destacarse también que no hay estudios similares al nuestro con los cuales se pueda comparar la validez y fiabilidad del uso de una escala cuantitativa de 10 puntos, ni tampoco cualquier escala de nivel ordinal semejante a la que se propuso en el presente trabajo.

El tamaño de la muestra (N=168) y el grado de heterogeneidad en ella pudieron haber condicionado la ausencia de efectos de las variables sociodemográficas y de conductas relacionadas con el uso de servicios de salud a nivel global sobre la decisión de acudir al médico con más o menos urgencia. Por tanto, en futuras investigaciones sería conveniente ampliar el tamaño de la muestra para confirmar si el efecto de las variables de nivel 2 en el juicio resulta evidente, ya que no se han encontrado en los resultados obtenidos en este trabajo, y buscar poblaciones más homogéneas para confirmar posibles cambios en la variabilidad de respuestas entre personas.

Convendría realizar nuevos estudios que incluyeran los factores más significativos obtenidos en el presente estudio, e incluir nuevos factores no contemplados previamente, que provengan de conceptos del modelo del episodio de red social que sean parte de un patrón de respuestas genérico ante la presencia de síntomas. En virtud de que los resultados exploratorios del presente estudio permiten tener un cuadro completo de los factores más relevantes, podrían realizarse ajustes al formato de los escenarios en cuanto al contenido de la situación descrita, el número de factores incluidos, y el tipo de escala de medición seleccionado, para ajustarlo a un contexto más específico para los participantes que incluya referencias a enfermedades más específicas.

6.6 Conclusiones

- 1.- El juicio sobre la decisión de acudir al médico con más o menos urgencia viene explicada en un 31% por variables de la persona (disposicionales y de contexto) y en un 69% por variables de la encuesta factorial.
- 2.-De todos los factores que la literatura propone como explicativos de la decisión de acudir al médico, se han podido seleccionar los significativos y ordenarlos según su influencia sobre el juicio, siendo estos: la respuesta emocional a los síntomas, el acceso a los servicios de salud, la interpretación de los síntomas en términos de dolor, la confianza en el médico, y el grado de interferencia de los síntomas. Por otra parte, la familiaridad con los síntomas, el conocimiento de los mismos, el consejo de otras personas del entorno, y la coincidencia

en el mismo momento con la presencia de otros sucesos importantes, son factores que no se han mostrado significativos.

4.- La respuesta emocional a los síntomas, la interpretación de los síntomas en términos de dolor y el grado de interferencia de los síntomas presentan diferencias individuales en cuanto a la intensidad del efecto sobre el juicio y el sentido en que dichos factores influyen en la decisión.

5.-El género y el nivel de estudios pueden explicar parte de la variabilidad interpersonal en la influencia que tiene sobre el juicio, el grado de interferencia de los síntomas en las actividades diarias.

5.1 La tendencia a acudir al médico es más elevada en las mujeres, pero cuando aparece la interferencia de los síntomas en las actividades diarias, los hombres cambian más bruscamente pasando de no acudir al médico a acudir con cierta urgencia.

5.2 Los universitarios muestran menor urgencia por acudir al médico respecto a las personas con estudios primarios. Pero cuando aparece la interferencia de los síntomas en las actividades diarias, el cambio en el juicio emitido es mayor en los universitarios, pasando a tener niveles de urgencia más elevados.

6.- El uso de la medicina alternativa puede explicar parte de la variabilidad interpersonal en la influencia que tiene sobre el juicio, la interpretación de los síntomas en términos de dolor. Cuando las personas que no usan la medicina alternativa sienten dolor, manifiestan una tendencia mayor a acudir al médico con urgencia respecto a los usuarios de la medicina alternativa.

REFERENCIAS

- Andersen, B. L., & Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society*. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01047.x>
- Atzmüller, C., & Steiner, P. M. (2010). Experimental vignette studies in survey research. *Methodology*, 6(3), 128–138.
- Auspurg, K., & Hinz, T. (2015). *Factorial Survey Experiments*. Los Angeles, CA: Sage.
- Auspurg, K., & Jäckle, A. (2015). First Equals Most Important? Order Effects in Vignette-Based Measurement. *Sociological Methods & Research*. <http://doi.org/10.1177/0049124115591016>
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 983–1002. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01030.x>
- Blum, A., Brand, C. U., Ellwanger, U., Schlagenhauff, B., Stroebel, W., Rassner, G., & Garbe, C. (1999). Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factors related to delay in treatment, (January 1993), 783–787.
- Brandes, K. & Mullan, B. (2014). Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 8(2), 129-153. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2013.820986>
- Brownlee, S., Leventhal, E.A., & Leventhal H. (2000). Regulation, self-regulation and construction of the self in maintaining physical health. In *Handbook of Self-Regulation*, ed.M. Boekartz, P.R. Pintrich, M. Zeidner, pp. 369–416. San Diego, CA: Academic.
- Burnett, R. E., Blumenthal, J. A., Mark, D. B., Leimberger, J. D., & Califf, R. M. (1995). Distinguishing between early and late responders to symptoms of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 75(15), 1019–1022. [http://doi.org/10.1016/S0002-9149\(99\)80716-4](http://doi.org/10.1016/S0002-9149(99)80716-4)
- Carpenter, C.J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25, 661-669. <http://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>
- Conner, M. (2010). Cognitive Determinants of Health Behavior. En Steptoe, A., & Freedland, K.E. (2010). *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications*. New York: Springer.
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., & Sutton, A.J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(35). <http://doi:10.1186/1471-2288-6-35>.

- Donaldson, M. B., Learman, K., Wright, A., Brown, C., Howes, C., & Cook, C. E. (2011). Factor structure and concurrent/convergent validity of the modified somatic perception questionnaire and pain beliefs instrument. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, *34*(1), 30–36. <http://doi.org/10.1016/j.jmpt.2010.11.002>
- Dracup, K., Moser, D. K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine*, *40*(3), 379–392. [http://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00278-2](http://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00278-2)
- Edo, S., Torrents-Rodas, D., Rovira, T., & Fernandez-Castro, J. (2012). Impact when receiving a diagnosis: Additive and multiplicative effects between illness severity and perception of control. *Journal of Health Psychology* *17*(8), 1152 –1160.
- Edwards, R. R., Doleys, D. M., Lowery, D., & Fillingim, R. B. (2003). Pain tolerance as a predictor of outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain: differential effects as a function of sex. *Pain*, *106*(3), 419-426.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). Teststärkeanalysen [Power analyses]. En Andersen, B. L., & Cacioppo, J. T. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society*. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01047.x>
- Finnegan, J. R., Meischke, H., Zapka, J. G., Leviton, L., Meshack, A., Benjamin-Garner, R., ... & Stone, E. (2000). Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Preventive Medicine*, *31*(3), 205–13. <http://doi.org/10.1006/pmed.2000.0702>
- Fiske, S. T., and Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*, 2nd Ed. New York: McGraw-Hill.
- Fox-Wasylyshyn, S.M., El-Masri, M., & Artinian, N.T. (2010). Testing a Model of Delayed Care-Seeking for Acute Myocardial Infarction. *Clinical Nursing Research* *19*(1), 38 –54
- Gallant, M.P., Spitze, G., & Grove, J.G. (2010). Chronic Illness Self-care and the Family Lives of Older Adults: A Synthetic Review Across Four Ethnic Groups. *J Cross Cult Gerontol*, *25*,21–43.
- Gärtner, C., Walz, L., Bauernschmitt, E., & Ladwig, K.H. (2008). The causes of prehospital delay in myocardial infarction. *Deutsches Ärzteblatt International*, *105*(15), 286–91. <http://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0286>
- González-Ortega, E., & Orgaz-Baz, B. (2014). Aplicación del método de Encuesta Factorial al estudio de la valoración de las interacciones sexuales consentidas con menores. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, *19*(1), 1-15.
- Haefner, D. P., & Kirscht, J. P. (1970). Motivational and Behavioral Effects of Modifying Health Beliefs. *Public Health Reports*, *85*, 478-484.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A Meta-analytic review of the Common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, *18* (2), 141-184.
- Heck, R.H., Thomas, S.L., & Tabata, L.N. (2010). Multilevel and longitudinal modeling with IBM SPSS. New York, NY: Routledge.

- Hochbaum, G.H. (1958). *Public Participation in Medical Screening Programs: A Socio-psychological Study* (Public Health Service Publication No. 572). Washington, DC: Government Printing Office.
- Horowitz CR, Rein SB, & Leventhal H. A story of maladies, misconceptions and mishaps: effective management of heart failure. *Soc Sci Med*, 58, 631–43.
- Hox, J. J. (2010). *Multilevel analysis. Techniques and applications*. Second Edition. New York, NY: Routledge.
- Ihaka, R., & Gentleman, R. (1996). R: a language for data analysis and graphics. *J Comp Graph Stats*, 5(3), 299–314.
- Janz, N.K. & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quaterly*, 11(1), 1-47.
- Jasso, G. (2006). Factorial Survey Methods for Studying Beliefs and Judgments. *Sociological Methods & Research*, 34(3), 334–423. <http://doi.org/10.1177/0049124105283121>
- Jeffries, M. & Grogan, S. (2012). ‘Oh, I’m just, you know, a little bit weak because I’m going to the doctor’s’: Young men’s talk of self-referral to primary healthcare services. *Psychology and Health*, 27 (8,) 898–915.
- Jones, C.J., Smith, H.E., Frew, A.J., Du Toit, G., Mukhopadhyay, S., & Llewellyn, C.D. (2014). Explaining adherence to self-care behaviours amongst adolescents with food allergy: A comparison of the health belief model and the common sense self-regulation model. *British Journal of Health Psychology*, 19 (1), 65–82.
- Kannan, V.D., & Veazie, P.J. (2014). Who avoids going to the doctor and why? Audience segmentation analysis for application of message development. *Health Communication*, October, 37-41.
- Katapodi, M.C., Facioneb, N.C., Humphreys, J.C., & Dodda, M. J. (2005). Perceived breast cancer risk: heuristic reasoning and search for a dominance structure. *Social Science & Medicine* 60, 421–432. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.014>
- Kenyon, L. W., & Ketterer, M. W. (2015). Psychological Factors Related to Prehospital Delay During Acute Myocardial Infarction, 1969–1977.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kristoffersen, A. E., Stub, T., Salamonsen, A., Musial, F., & Hamberg, K. (2014). Gender differences in prevalence and associations for use of CAM in a large population study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 14(1), 463. <http://doi.org/10.1186/1472-6882-14-463>
- Leventhal, H. (2010). Cognitive Science Speaks to the Common-Sense of Chronic Illness Management. Institute for Health and Department of Psychology, Rutgers University. Recuperado de: <http://www.sbm.org/meeting/2010/presentations>
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Breland, J.Y. (2011). Cognitive Science speaks to the Common-Sense of Chronic Illness Management. *Ann.Behav.Med.*, 41, 152-163.

- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E.A. (1992). Illness Cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The Common-Sense Representation of Illness Danger. En S. Rachman (Eds.) *Medical Psychology*, Vol. II, Pergamon Press (1980).
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. and Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En: Baum, A., Taylor, S.E. and Singer, J.E. (Eds.), *Handbook of psychology and health: social psychological aspects of health*, Vol. 4. pp. 219–252. Earlbaum, Hillsdale, NJ.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 1–12. <http://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. a, & Phillips, L. A. (2008). Health Psychology: The Search for Pathways between Behavior and Health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477–505. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093643>
- Leventhal, H., Yu, J., & Leventhal, E. A. (2015). *Illness Behavior and Care-Seeking. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (Second Edi, Vol. 11). Elsevier. <http://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14105-4>
- Loprinzi, P.D. (2015). Factors influencing the disconnect between self-perceived health status and actual health profile: Implications for improving self-awareness of health status. *Preventive Medicine*, 73, 37-39. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.01.002>
- Love, M.B., Davoli, G.W., & Thurman, Q.C. (1996). Normative beliefs of health behavior professionals regarding the psychosocial and environmental factors that influence health behavior change related to smoking cessation, regular exercise, and weight loss. *Am J Health Promot*, 10 (5), 371–379. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-10163307>
- Ludwick, R., Wright, M. E., Zeller, R. A., Dowding, D. W., Lauder, W., & Winchell, J. (2004). An improved methodology for advancing nursing research: factorial surveys. *ANS. Advances in Nursing Science*, 27(3), 224–238.
- Main, C. J. (1983). The modified somatic perception questionnaire (MSPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 27 (6), 503–514. [http://doi.org/10.1016/0022-3999\(83\)90040-5](http://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90040-5)
- Martínez Arias, R., Castellanos López, M.A., & Chacón Gómez, J.C. (2014). *Análisis de Datos en Psicología y Ciencias de la Salud*. Volumen II, Inferencia Estadística. EOS Universitaria.
- McLeod, U., Mitchell, E.D., Burgess, C., Macdonald, S., & Ramirez, A.J. (2009). Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *British Journal of Cancer*, 101, 92 – 101
- Meechan, G., Collins, J., & Petrie, K.J., 2003. The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. *Preventive Medicine* 36, 374–378. [http://doi.org/10.1016/S0091-7435\(02\)00053-1](http://doi.org/10.1016/S0091-7435(02)00053-1).

- Mora, P.A., Musumeci-Szabo, T., Popan, J., Beamon, T., & Leventhal, H. (2012). Exploring the Relationship Among the Undesired Self, Health, and Mood in Older Adults. *Journal of Applied Social Psychology, 42* (8), 2041–2063.
- Moreno San Pedro, E.M., & Roales-Nieto, J.G. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3* (1), 91-109.
- Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K., ...& Zerwic, J. J. (2006). Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: A scientific statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Circulation, 114*(2), 168–182. <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176040>
- Müller-Engelmann, M., Krones, T., Keller, H., & Donner-Banzhoff, N. (2008). Decision making preferences in the medical encounter--a factorial survey design. *BMC Health Services Research, 8*, 260. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-260>
- Nichols, S., Waters, W.E., Fraser, J.D., Wheeler, M.J., & Ingham, S.K. (1981). Delay in the presentation of breast symptoms for consultant investigation. *Journal of Public Health, 3* (3): 217-225.
- Nolan, R. P., & Wielgosz, A. T. (1991). Assessing adaptive and maladaptive coping in the early phase of acute myocardial infarction. *Journal of Behavioral Medicine, 14*(2), 111–124. <http://doi.org/10.1007/BF00846174>
- Nyaura, R., Todaro, J.F., Stroud, L., Spiro III, A., Ward, K.D., & Weiss, S. (2002). Hostility, the Metabolic Syndrome, and Incident Coronary Heart Disease. *Health Psychology, 21* (6), 588-593.
- Persoskie, A. (2013). How well can adolescents really judge risk? Simple, self reported risk factors out-predict teens' self estimates of personal risk. *Judgment and Decision Making, 8*(1), 1–6.
- Persoskie, A., Ferrer, R.A., & Klein, W.M.P. (2014). Association of cancer worry and perceived risk with doctor avoidance: an analysis of information avoidance in a nationally representative US sample. *J Behav Med, 37*(5): 977-987.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2003). More focus needed on symptom appraisal. *Journal of Psychosomatic Research, 54*(5), 401–403. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00461-0](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00461-0)
- Pozuelo García, A., Torné Vilagrasa, E., Guarga Rojas, A., Torras Boatella, M. G., Pasarin Rua, M., & Borrell Thió, C. (2003). Análisis de la demanda en los servicios de urgencias de Barcelona. *Atención Primaria, 32*(7), 423–429. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70762-8](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70762-8)
- Pymont, C., & Butterworth, P. (2015). Changing circumstances drive changing attendance: A longitudinal cohort study of time varying predictors of frequent attendance in primary health care. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(6), 498–505. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.007>
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94–127.

- Rossi, P. H., & Anderson, A. (1982). The factorial survey approach: An introduction. In Peter Rossi & S. Nock (Eds.), *Measuring social judgments: The factorial survey approach* (pp. 9–67). Beverly Hills: Sage.
- Sauer, C., Auspurg, K., Hinz, T., Liebig, S., & Schupp, J. (2014). Methods effects in factorial surveys: An analysis of respondents' comments, interviewers' assessments, and response behavior. *SOEPpapers*, 629, 1–29.
- Sauer, C., Hinz, T., Auspurg, K., Liebig, S., Hinz, T., & Liebig, S. (2011). The Application of Factorial Surveys in General Population Samples: The Effects of Respondent Age and Education on Response Times and Response Consistency. *Survey Research Methods*, 5(3), 26.
- Sauer, C., Liebig, S., Auspurg, K., Hinz, T., Donaubaue, A., & Schupp, J. (2009). *A Factorial Survey on the Justice of Earnings within the SOEP-Pretest 2008*. Iza, (December).
- Siminoff, L., Thomson, M., & Dumenci, L. (2014). Factors associated with delayed patient appraisal of colorectal cancer symptoms. *Psycho-Oncology*, 2, 981–988.
- Solé-Auro, A. & Alcañiz, M. (2016). Educational attainment, gender and health inequalities among older adults in Catalonia (Spain). *International Journal of Equity in Health*, 15 (126), 1-12. <http://doi.org/10.1186/s12939-016-0414-9>
- Sundseth, A., Faiz, K. W., Rønning, O. M., & Thommessen, B. (2014). Factors Related to Knowledge of Stroke Symptoms and Risk Factors in a Norwegian Stroke Population. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(7), 1849–1855. <http://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.02.026>
- Taylor, B. J. (2006). Factorial surveys: Using vignettes to study professional judgement. *British Journal of Social Work*, 36(7), 1187–1207. <http://doi.org/10.1093/bjsw/bch345>
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 38(3), 505–520. <http://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2009.03.004>
- Wyke, S., Adamson, J., Dixon, D., & Hunt, K. (2013). Consultation and illness behaviour in response to symptoms: a comparison of models from different disciplinary frameworks and suggestions for future research directions. *Social Science & Medicine* (1982), 86, 79–87. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.007>
- Zapata-Ossa, H. (2015). Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali Self-rated health in elderly adults and physical health, mental health, and geriatric syndrome outcomes in Santiago de Cali, 17(174), 589–602. <http://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.36944>

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**“EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS: FACTORES RELACIONADOS CON LA
DECISIÓN DE ACUDIR AL MÉDICO”**

EL OBJETIVO DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO ES QUE, MEDIANTE SU NOMBRE Y FIRMA, USTED ACEPTA QUE SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA, QUE TIENE DERECHO A CONOCER LOS RESULTADOS GENERALES FINALES DEL ESTUDIO, Y QUE PUEDE RETIRARSE EN CUALQUIER MOMENTO DEL MISMO SIN PERJUICIO ALGUNO.

**UNA VEZ FIRMADO, LE PEDIMOS DE FAVOR QUE PONGA ESTE
CONSENTIMIENTO EN EL SOBRE MÁS PEQUEÑO Y LO CIERRE, YA QUE SU
PARTICIPACIÓN ES CONFIDENCIAL.**

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

INVESTIGADOR: LUIS JAVIER MARTÍNEZ BLANQUET

Documento de Consentimiento Informado

El estudio en el que le ofrecemos participar pretende conocer mejor cómo la gente toma la decisión de ir al médico con más o menos urgencia, cuando nota alguna sensación o molestia.

Para ello la tarea que le pedimos es que lea distintos enunciados y responda, para cada uno de ellos, qué decisión cree que tomaría. Responder a los distintos enunciados le llevará unos 20-25 minutos de su tiempo. El estudio es anónimo, y todos los datos que nos facilite serán tratados de forma confidencial.

.....

El/la abajo firmante, D/D^a _____, mediante la firma de este documento reconozco que he sido informado de los objetivos del estudio sobre los “Factores Relacionados con la Decisión de Acudir al Médico” y que entiendo que mi participación es voluntaria, que tengo derecho a conocer los resultados generales y que puedo retirarme en cualquier momento del estudio sin perjuicio alguno.

En Barcelona, a _____, de 2015.

Fdo _____ Fdo Investigador _____

PARA CUALQUIER DUDA, CONSULTA O COMENTARIO, FAVOR DE PONERSE EN CONTACTO CONMIGO POR MEDIO DE LOS SIGUIENTES DATOS:

.....

Investigador: Luis Javier Martínez Blanquet

Correo electrónico: luisjmar@gmail.com Teléfono: 684398350

Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. Tienes alguna idea de lo que pueden significar. Para ti **son dolorosas, no te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Nadie de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



012

Un día cualquiera notas molestias que **has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Nadie de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



072

Un día cualquiera notas molestias que **has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **son dolorosas, no te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Nadie de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



112

Un día cualquiera notas molestias que **has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **son dolorosas, te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



181

134

Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. Tienes alguna idea de lo que pueden significar. Para ti **son dolorosas, no te asustan y te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **no están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



192

Un día cualquiera notas molestias que **has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **son dolorosas, te asustan y te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **no están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **No tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



135

Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, no te asustan y no te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **Tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. **Tienes alguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, te asustan y te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **Tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



Un día cualquiera notas molestias que **no has tenido otras veces**. **No tienes ninguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, te asustan y te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Alguien de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **no tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **no están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **Tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



Un día cualquiera notas molestias que **has tenido otras veces**. **Tienes alguna idea** de lo que pueden significar. Para ti **no son dolorosas, te asustan y te impiden que hagas tus actividades cotidianas**.

Nadie de tu entorno te recomienda que vayas al médico, tú **tienes confianza** en que ir al médico sirva de algo. En este momento **no están sucediendo cosas importantes** en tu vida que requieren tu atención. **Tienes fácil acceso** a los servicios de salud.

¿Qué harías en esta situación?



ANEXO C. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE LA PRUEBA PILOTO.

ENTREVISTA 6.

Sexo: Femenino

Edad: 57 años

Nivel Educativo: Bachillerato.

E: Muchas gracias por haber respondido la encuesta. ¿Se ha podido hacer una idea concreta de las situaciones o si pensaba en alguna idea concreta, algún ejemplo, cuando usted leía las situaciones?

R: Sí, claro.

E: ¿Alguna situación le ha costado más trabajo?

R: No, me he decidido por ese dolor que bueno, que es una molestia, que no son dolorosas, que no asustan y que no impiden hacer mis actividades.

E: ¿Y por esa razón se ha ubicado usted en el no iría?

R: Exacto.

E: ¿Las instrucciones al inicio se entienden? ¿Le ayudan a entender las situaciones?

R: Sí.

E: ¿En alguna situación le ha costado tomar la decisión, saber dónde ubicarse? ¿Ha echado en falta alguna información?

R: Yo creo que a lo mejor, más explícitas las molestias, ¿no? Para poder saber si es muscular, si no es muscular, si es algo que desconoces y dices: Esto no me ha pasado nunca, porque un dolor muscular que no has tenido nunca puedes tenerlo y no acudir al médico. Te tomas un analgésico y ya está. Debería especificarse el grado de dolor para que fuera más clara...quizás más explícita la gravedad de lo que puede pasar.

E: Usted esperaba que en la situación se diera un poco más de información...

R: Sí, que fueran más diferentes dependiendo del dolor, ¿no? O de la causa del dolor.

E: Vale. ¿Le ha costado situarse en la escala? Noto que se ha ubicado en la mayoría de las situaciones entre el 0 y el 5.

R: Sí, soy muy radical, o sea, si me duele y puedo solucionarlo, y no me impide mis tareas, no iría. Si ves que pasan 2 o 3 días y el dolor persiste, pues ya sí, pero en una escala no de urgencia, sino ya tramitada de pedir hora al médico.

E: Si hubiera respondido que sí iría al médico, ¿qué es lo que tenía que haber dicho el escenario para que Usted se hubiera ubicado más entre el 5 y 10, o incluso el 10?

R: Pues quizás...no, algo más grave, ¿no? Porque dolores...depende de la persona también, si es una persona que aguanta mucho el umbral del dolor, yo aguanto mucho. Sí corro, si es

un cólico neflítico (risas). El dolor ahí lo conozco. Pero, es que no soy de acudir mucho al médico. La verdad es ésta eh...

E: Y por esa razón Usted ha decidido ubicarse entre 5 y 0...

R: Sí...sí. Para mí ya una urgencia sería algo que no está dentro de mis posibilidades. Que mi dolor ya es demasiado intenso, que yo no puedo controlar.

E: ¿Y entonces eso hubiera hecho que Usted se hubiera ubicado...? ¿No ha habido ninguna situación que la llevara a ubicarse...?

R: No, no, porque aunque sean dolorosas, no te asustan, y no impiden que hagas tus actividades. ¿Dolorosas? ¿Te asustan e impiden? Entonces sí que iría pero, si son dolorosas, te asustan y te impiden las actividades tampoco no es para ir a urgencias. Es que por eso me faltaría más aquí hablar de síntomas, ¿no?

E: Algo más específico me decía usted...

R: Sí, desorientación, algo...

E: Y aquí al final, donde, básicamente tampoco iría usted...

R: Son dolorosas, te asustan, e impiden que hagan...no.

E: ¿Ha habido situaciones que usted considera que son incompatibles o raras? ¿En qué pensaba?

R: No, sobre todo pensaba en eso, en el dolor y que no hay tampoco mucha muestra de lo que puede ser. Lo que te decía antes, si tienes desorientación, hemorragia o algo más, a ver, puedes tener un dolor de cabeza que te impide hacer las tareas y que te asustan porque un dolor de cabeza, evidentemente siempre piensas lo peor, pero no para correr a urgencias.

E: Muy bien. Cuando usted lee los dos primeros aspectos de la situación, hasta donde dice: "No tienes ninguna idea de lo que puede significar". ¿Qué le hacen pensar?

R: Bueno, que algún día puedes tener un pintamiento en la espalda, que no has tenido nunca, pero controlas, puedes respirar bien, que te duele, que es una molestia, o sea, distinguir entre que puede ser una molestia muscular o si es un dolor intenso que no para, que te impide respirar, entonces...por eso te decía, dependiendo de cómo son las causas o corres o no corres. Entonces, si no son dolorosas, no te asustan, no impiden, y no tienes ninguna idea, pues me deja tranquila, ¿no?

E: ¿Hay algo más que usted sugeriría para la mejora de las situaciones o del instrumento en general? ¿Cree usted que se puede utilizar con las personas en general?

R: ¿Este tipo de test? Sí, pero ampliándolo un poquito más porque es muy repetitivo. O sea, te da la opción de si te duele y si te impide. O si no te duele o no te impide, pues no vas.

E: Para usted no cambiaría mucho...

R: Sí, para mí haría una de si te duele o no te duele y las otras complicando un poquito más con algunos síntomas. Para poder decidir si es que no puedo articular porque me impide moverme pues voy a ir al médico evidentemente.

E: ¿Qué edad tiene?

R: 57.

E: ¿Y su nivel de estudios?

R: Bueno, pues mira, estudié la EGB, Bachiller y después me puse a trabajar. Hice un curso de contabilidad y estuve 16 años en una empresa y 10 en otra. Y luego me dio la venada de instalarme por mi cuenta (risas).

E: ¿Hay algo más que quisiera agregar sobre la viabilidad de este instrumento?

R: Claro, pero esta investigación es muy difícil de valorar. Puedes estar mal, pero si pierdes el trabajo, vas aunque sea en camilla. Es algo que es difícil valorarlo. Entonces yo creo que esto se podría investigar más en un centro de salud, a ver cuántos son de enfermedad leve, o de enfermedad grave, o de no sé. Mira, el otro día he estado en Can Ruti, estuvo con mi pareja hace poco, y me llamó mucho la atención las pantallas que tienen, porque te hacen un cribaje antes, y dependiendo de este cribaje y ya te delegan. Si es una urgencia o menos urgente, o si es una urgencia leve, lo catalogaban por la gravedad, y eso me pareció muy justo. En Can Ruti, es un hospital que está en Badalona, tiene bastante fama de bueno, pero no lo había visto jamás. Entonces, la espera fue agradable, enseguida como mi pareja tenía un dolor intenso, fue al grado dos, media hora y listo, le hicieron un diagnóstico de reconocimiento, radiografía...y me quedé alucinada.

E: Bueno, pues muchas gracias por sus sugerencias y sobre todo su tiempo para responder este instrumento.

R: De nada, de nada.

ANEXO D. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Fecha de Nacimiento...../...../..... Hombre Mujer Edad.....años

¿Tiene estudios? Sí No

Si tiene estudios, **indique cuál es su nivel máximo finalizado:**

Primarios Secundarios Formación profesional Bachillerato
 Universitarios Posgrado

¿Con quién vive habitualmente?

Solo En pareja con hijos En pareja sin hijos Con la familia
 (padres, hermanos, etc.) Con los hijos Con amigos u otras personas

¿Cuántas veces ha visitado el Centro de Salud en el último año?

Ninguna 1-2 veces 3-4 veces Más de 4 veces

¿Cuántas veces ha ido de Urgencias al Hospital en el último año?

Ninguna 1-2 veces 3-4 veces Más de 4 veces

¿En qué grado utiliza la Medicina Alternativa?

Nunca Casi Nunca A veces Casi Siempre Siempre

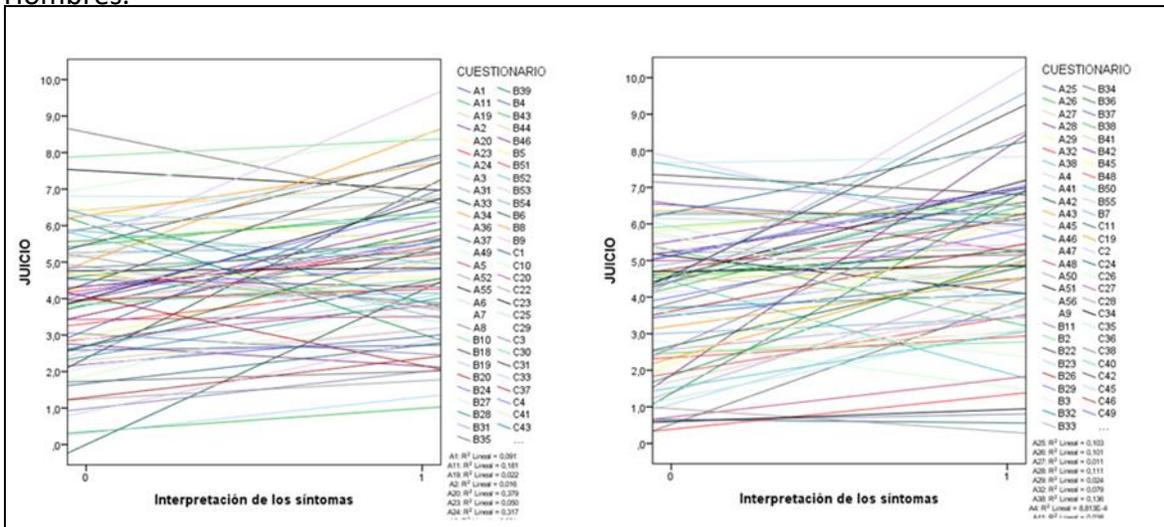
Considera que su salud en general es:

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

ANEXO E. GRÁFICOS DE ESPAGUETIS POR GÉNERO DE LOS FACTORES MÁS SIGNIFICATIVOS.

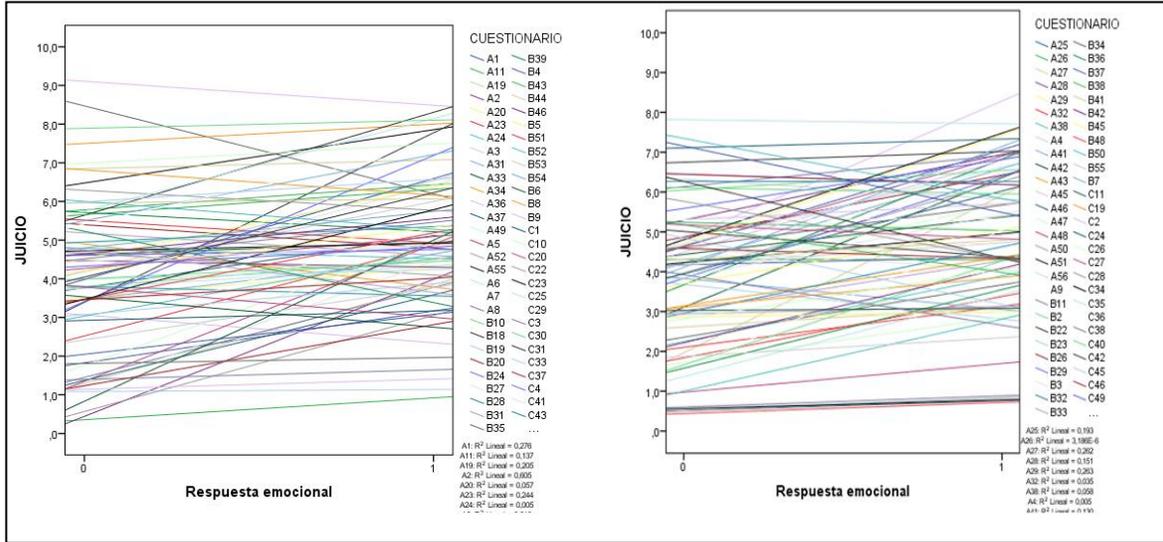
La inspección visual de las pendientes de los factores del estudio permitió visualizar el grado de variabilidad que existía en las respuestas de los participantes por género. Los siguientes gráficos presentan un comparativo de los factores más relevantes en el estudio por sus efectos fijos y aleatorios, los factores 3, 4 y 5. En la figura 29 se observa mucha varianza entre las pendientes de ambos grupos, lo que permitió suponer que tanto las partes fijas como aleatorias serían significativas para el factor 3.

Figura 29. Espaguetis del Factor 3, Interpretación de los Síntomas, en Mujeres y en Hombres.



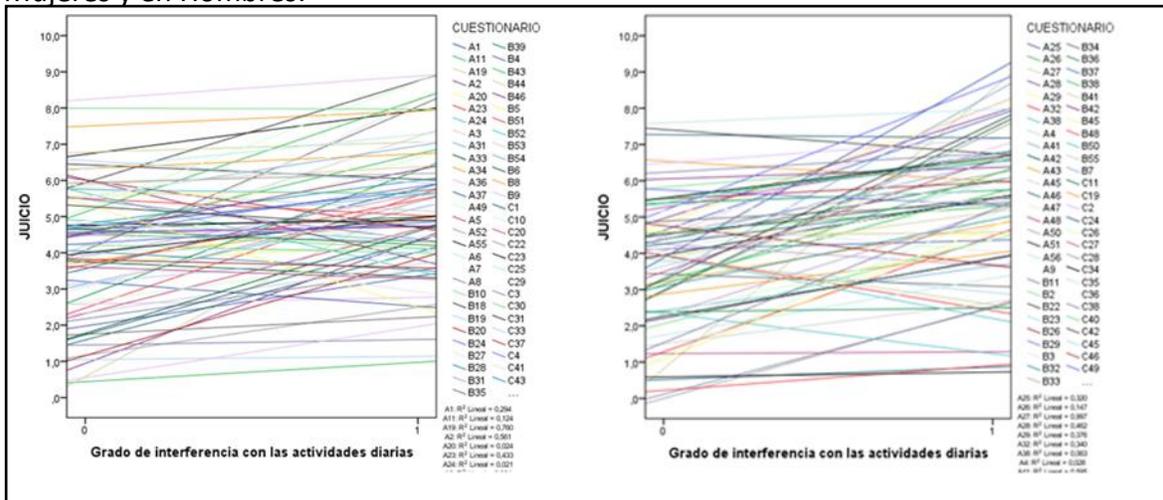
Para el Factor 4, el cambio del nivel 0 (No me asustan) al nivel 1 (Me asustan), se observa entremezclado y poco uniforme en ambos grupos. No fue posible discriminar de inicio cómo cambia el juicio de los participantes en función de los resultados para este factor (Figura 30).

Figura 30. Espaguetis del Factor 4, Interpretación de los Síntomas, en Mujeres y en Hombres.



En lo referente a la interpretación de síntomas (factor 4) y su comportamiento en el grupo de mujeres y de hombres, se observan patrones similares de variabilidad.

Figura 31. Espaguetis del Factor 5, Grado de interferencia en las Actividades Diarias, en Mujeres y en Hombres.



Con respecto a la figura 31, a pesar de que en el grupo de las mujeres (gráfico de la izquierda) se observó una gran cantidad de pendientes positivas que cambian del nivel 0 (No impiden que hagas tus actividades diarias) al nivel 1 (Impiden que hagas tus actividades diarias), quedó sin embargo un número importante de mujeres que evidenciaron una pendiente negativa. Lo anterior fue todavía más evidente en el grupo de los hombres para

el factor 5 (gráfico de la derecha). No fue posible discriminar de inicio cómo cambia el juicio de los participantes en función de los resultados para este factor.

El patrón semejante de todas las pendientes en los distintos factores sugirió la necesidad de revisar con mayor detalle el grado de aleatorización de cada uno de los factores del estudio.