

## CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE PROPENSIÓN A CUATRO ESTILOS COGNITIVOS EN FUNCIÓN DE TRES HIPOTÉTICOS FACTORES, MEDIANTE UN ANÁLISIS FACTORIAL EN TRES COHORTES DE OBTENCIÓN.

**20021130-Obtenc 1300 Méd, Esq 4 EstCogn, seeker, receptive, tradicion, pragmát. Green**  
Green LA, Gorenflo DW, Wyszewianski L; Michigan Consortium for Family Practice Research. Validating an instrument for selecting interventions to change physician practice patterns: a Michigan Consortium for Family Practice Research study. J Fam Pract. 2002 Nov;51(11):938-42.

- 1) Cuando se proporciona una nueva información a los médicos, probablemente no sirve para todos ellos un mismo formato y contenido.
- 2) Los médicos difieren sensiblemente en lo que consideran las fuentes de información creíbles, en el peso que asignan a las preocupaciones de su práctica, y en su voluntad para apartarse de las prácticas habituales del grupo.
- 3) Las intervenciones que aportan nuevos conocimientos en la práctica se pueden adaptar a las perspectivas de los médicos. Más investigaciones adecuadas pueden mostrar que este enfoque es más útil para los médicos y con más probabilidades de éxito que los enfoques actuales.

Green, Wyszewiansky y col. vienen trabajando desde antes del año 2000 para enfocar las intervenciones de Educación Médica Continuada de acuerdo a su hipótesis de **4 categorías de estilos cognitivos** en los que se sitúan los médicos en función la **combinación de tres factores subyacentes**:

- 1) Factor 1: Grado en que la evidencia científica, en lugar de la experiencia clínica y la autoridad, se percibe como la mejor fuente de conocimiento sobre las buenas prácticas (**evidencia vs experiencia**).
- 2) Factor 2: Grado de comodidad con las prácticas clínicas que no están en sintonía con las prácticas de la comunidad local o las recomendaciones de los líderes (**no conformidad**).
- 3) Factor 3: Importancia que se otorga a la gestión de carga de trabajo y al flujo de pacientes, manteniendo al mismo tiempo la satisfacción del paciente en general (**practicidad**)<sup>1</sup>.

Las cuatro categorías de estilos cognitivos de su hipótesis son:

**Los seekers (buscadores)** consideran sistemáticamente los datos reunidos que han sido publicados como la fuente más fiable de conocimiento, en lugar de la experiencia clínica personal o la autoridad. Evalúan críticamente los datos por sí mismos y valoran lo que ven como práctica correcta por encima de las preocupaciones pragmáticas, tales como ver a los pacientes rápida y eficientemente. En particular, los seekers (buscadores) hacen cambios en su práctica impulsados por la evidencia, incluso cuando los cambios no están en sintonía con la cultura médica local.

**Los receptivos**, al igual que los seekers, están orientados a la evidencia, pero generalmente confían en los juicios de otros a los que respetan por su evaluación crítica de la nueva información. Los receptivos son propensos a actuar desde la información de una fuente científica y clínicamente sólida. A pesar de que no siempre cortan con la cultura médica local, los receptivos generalmente se apartan de la práctica local si la evidencia es suficientemente convincente.

**Los tradicionalistas** ven la experiencia clínica y la autoridad como la base más fiable para la práctica, y por lo tanto confían en la experiencia personal y el juicio y las enseñanzas de

<sup>1</sup> Wyszewianski L, Green LA, MD. Strategies for Changing Clinicians' Practice Patterns A New Perspective. J Fam Pract. 2000 May;49(5):461-4

los líderes clínicos para las guías. El término “tradicionalista” no pretende sugerir que el médico siga a los médicos más mayores ni la práctica médica tradicional; sino que más bien se refiere a la “visión tradicional” de que la experiencia clínica es el fundamento último del conocimiento. El tradicionalista puede ser uno de los primeros en utilizar las nuevas tecnologías si se lo sugiere alguien al que considere como líder clínico respetado. A los tradicionalistas no les preocupa en gran medida cómo se ajustan sus prácticas a la cultura médica local, y están más preocupados por lo que ellos creen que es la práctica correcta y eficiente.

**Los pragmáticos** se centran en las necesidades del día a día de su ocupada práctica. Plenamente conscientes de las muchas demandas que compiten en su escaso tiempo (es decir, las que provienen de los pacientes, colegas, empleados, aseguradores y hospitales), los pragmáticos evalúan las demandas para cambiar su práctica en términos del impacto que ellos estiman que podría tener sobre su tiempo, su carga de trabajo, el flujo de sus pacientes y la satisfacción de sus pacientes, en lugar de la validez científica o la congruencia con la cultura médica local. Los pragmáticos pueden ver tanto la evidencia como la experiencia clínica como la base más fiable para la práctica, y pueden estar dispuestos a apartarse de las normas locales cuando consideran que hacerlo no provoca una ruptura cualitativa. Su principal preocupación, sin embargo, es lo que ellos consideran la eficiencia.

Como se destaca en la formulación original, estas 4 categorías de estilos cognitivos se refieren al rasgo, no al estado; es decir, las categorías describen las tendencias de respuesta en general, y no a la toma de decisiones clínicas momento a momento. Es incorrecto decir que un médico responde como seeker en un caso y pragmático en otro, o que la misma persona muestra respuestas tradicionalistas en un tema y receptivas en otro. (La mayoría del comportamiento clínico real es, por necesidad, pragmático la mayor parte del tiempo.)

No existen todas las posibles combinaciones de los tres factores (por ejemplo, no existe un seeker que simultáneamente sea también conformista), y algunas combinaciones son indistinguibles en cuanto al comportamiento, es decir, que producen el mismo estilo de respuesta.

La manera en que estos 3 factores definen las 4 categorías de estilos cognitivos se muestra en la **tabla 1**. En este artículo se informa de los resultados de tres 3 cohortes de obtención en el desarrollo de un instrumento psicométrico para medir estos factores.

<b>Tabla 1: Los tres factores y su carga por tipo de estilo cognitivo.</b>			
<b>Estilos cognitivos de los médicos en ejercicio</b>	<b>Factor 1: evidencia vs experiencia</b>	<b>Factor 2: no conformidad</b>	<b>Factor 3: practicidad</b>
<b>seeker (buscador)</b>	Extrema evidencia	Alta	No alta
<b>receptivo</b>	Hacia la evidencia	Moderada	No alta
<b>tradicionalista</b>	Hacia la experiencia	Variable	No alta
<b>pragmático</b>	Variable	Variable	Alta

#### **INSTRUMENTO PSICOMÉTRICO.**

Estamos interesados en sus opiniones acerca de la información médica. Por favor valere su acuerdo o desacuerdo con cada pregunta en la siguiente escala: **TA** = Totalmente de acuerdo; **A** = De acuerdo; **N** = Neutral; **D** = En desacuerdo; **MD** = Muy en desacuerdo

Tras hacer un análisis factorial, encontraron las cuestiones que podrían constituir cada factor (que también suele denominarse dominio, carácter, rasgo o componente), cuyo resultado fue:

Factor 1: evidencia vs experiencia [cuestiones 1, 3, 9, 12, 16 y 17]
Factor 3: no conformidad [cuestiones 2, 5, 7, 11, 13 y 15]
Factor 3: practicidad [cuestiones 4, 6, 8, 10 y 14]

1. La experiencia clínica es más importante que los ensayos controlados aleatorios.
2. Me siento cómodo practicando de maneras diferentes a otros médicos.
3. La medicina basada en la evidencia tiene mucho sentido para mí.
4. Yo no tengo el tiempo para leer sobre cada decisión práctica.
5. Es mejor cambiar la forma en que trato un cierto problema cuando mis colegas locales están haciendo los mismos cambios.
6. Sigo las guías de práctica si no son demasiado dificultosas.
7. Las opiniones de las autoridades respetadas deben guiar la práctica clínica.
8. Estoy demasiado ocupado cuidando de los pacientes como para mantenerme al día con la literatura reciente.
9. La experiencia clínica es la forma más confiable de saber lo que realmente funciona.
10. Me siento incómodo haciendo las cosas de manera diferente a las que me fueron enseñadas.
11. Soy crítico a menudo con las prácticas aceptadas.
12. La atención al paciente debe basarse en lo posible en los ensayos controlados aleatorios, en lugar de las opiniones de autoridades respetadas.
13. Mis colegas me consideran alguien que marca su propio ritmo.
14. Sigo las guías de práctica siempre y cuando no interfieran demasiado con el flujo de pacientes.
15. No es prudente practicar fuera de sintonía con otros médicos en mi área.
16. Las mejores guías de práctica están basadas en los resultados de los ensayos controlados aleatorios.
17. La medicina basada en la evidencia no es muy práctica en el cuidado real del paciente.

### RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS TRES COHORTES DE OBTENCIÓN.

En sus tres cohortes de obtención, los porcentajes de médicos de los 4 estilos cognitivos fueron éstos: 1) Buscadores (seekers) 2,5%; 2) Receptivos 57%; 3) Tradicionalistas 12,6%; y 4) Pragmáticos: 27,9%. Téngase en cuenta que estas cuatro categorías de estilos cognitivos que proponen los autores no reflejan distribuciones bimodales de atributos; los médicos se distribuyen de forma relativamente uniforme a lo largo de las 3 escalas. Las categorías son descriptores útiles, no casilleros absolutos.

La consistencia interna de las cuestiones para cada una de los tres factores la midieron mediante el coeficiente alfa de Cronbach (que va de 0 a 1), cuyo resultado se muestra en la **tabla 2**, con tres valores por encima de 0,7 (buena consistencia interna<sup>2</sup>), uno de 0,68 (casi buena consistencia interna), y los cinco restantes entre 0,48 y 0,63.

<sup>2</sup> Como recordatorio, los valores del coeficiente alfa de Cronbach pueden oscilar entre 0 y 1. Un coeficiente de 0 se obtendría si las respuestas a las cuestiones de una escala fuesen independientes. En cambio, un coeficiente 1 indica consistencia máxima. Sin embargo, obtener un coeficiente alfa demasiado elevado indica que las medidas son redundantes (dos o más ítems miden exactamente lo mismo), lo que puede no ser adecuado. Por ejemplo, la cohorte 2 obtiene una 0,7 (consistencia interna buena) al responder a las cuestiones de la Escala 1 de “evidencia vs experiencia”. Esto significa que las respuestas de los médicos a las seis cuestiones 1, 3, 9, 12, 16 y 17 tienen una buena consistencia en las respuestas, de modo que cuando los médicos contestaban 5 (totalmente de acuerdo) en la cuestión 1, solían contestar también valores altos en las cuestiones restantes. Se comprende de este modo que si

**Tabla 2:** Escala de consistencia interna, medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Las tres cohortes de obtención	Puntuación de 0 a 1 mediante el alfa de Cronbach en las tres escalas		
	Factor 1: evidencia vs experiencia	Factor 2: no conformidad	Factor 3: practicidad
Cohorte 1	0,63	0,61	0,54
Cohorte 2	0,70	0,59	0,48
Cohorte 3	0,79	0,74	0,68

Tras el análisis factorial con las cohortes de obtención 2 y 3, los rangos de puntuaciones que obtienen los 4 tipos de médicos para cada uno de los 3 factores se muestran en las **tablas 3 y 4**.

**Tabla 3:** Puntuaciones de la escala por tipo de estilo cognitivo en la cohorte 2, tras el análisis factorial.

Estilos cognitivos de los médicos en ejercicio	Factor 1: evidencia vs experiencia (rango 5-25)	Factor 2: no conformidad (rango 4-20)	Factor 3: practicidad (rango 4-20)
seeker (buscador)	Extrema evidencia $\geq 20$	Alta $> 12$	No alta $\leq 14$
receptivo	Hacia la evidencia $\geq 15$	Moderada $\leq 12$	No alta $\leq 14$
tradicionalista	Hacia la experiencia $< 15$	Variable	No alta $\leq 14$
pragmático	Variable	Variable	Alta $> 14$

**Tabla 4:** Puntuaciones de la escala por tipo de estilo cognitivo en la cohorte 3, tras el análisis factorial.

Estilos cognitivos de los médicos en ejercicio	Factor 1: evidencia vs experiencia (rango 6-30)	Factor 2: no conformidad (rango 6-30)	Factor 3: practicidad (rango 5-25)
seeker (buscador)	Extrema evidencia $\geq 22$	Alta $> 18$	No alta $\leq 14$
receptivo	Hacia la evidencia $\geq 18$	Moderada $\leq 18$	No alta $\leq 14$
tradicionalista	Hacia la experiencia $< 18$	Variable	No alta $\leq 14$
pragmático	Variable	Variable	Alta $> 14$

#### DESPUÉS DE OBTENER LOS VALORES EN LA COHORTE DE OBTENCIÓN.

Queda como próxima tarea para los investigadores validar externamente el cuestionario con una o varias cohortes de validación en otras situaciones y contextos, con el objetivo de estimar qué sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo se obtiene tras comparar el comportamiento obtenido de hecho frente al comportamiento predicho mediante las puntuaciones del cuestionario.

---

hubieran contestado 5 en unas y 0 en otras, la consistencia interna de las respuestas hubiera sido baja o nula, lo cual nos hubiera revelado que la escala no vale para medir el gradiente del rasgo.