

# La Elección de Terapias Alternativas en el Contexto de la Salud Pública: Una Aproximación desde las Teorías de la Acción Razonada y el Modelo de Creencias Sobre la Salud.

*Trabajo Final de Grado: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud*

**Nombre Estudiante:** Marc Dalmau Rodríguez

**Plan de estudios:** Grado en Psicología

**Nombre Consultor:** Francisco José Eiroá Orosa

**Fecha de entrega:** 2023, junio.



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

## FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO EN PSICOLOGÍA

<b>Título del trabajo:</b>	La elección de terapias alternativas en el contexto de la salud pública: una aproximación desde las Teorías de la Acción Razonada y del Modelo de Creencias sobre la Salud.
<b>Nombre del autor:</b>	Marc Dalmau Rodríguez
<b>Nombre del consultor:</b>	Francisco José Eiroá Orosa
<b>Fecha de entrega</b>	06/2023
<b>Ámbito del Trabajo Final:</b>	<i>Psicología Clínica y de la Salud: teorías de la expectativa-valor, TAR, TCP y MCS.</i>
<b>Titulación:</b>	<i>Grado en Psicología</i>
<b>Resumen del Trabajo:</b>	
<p>El objetivo del proyecto es analizar los determinantes de la conducta en la elección de terapias alternativas en el contexto de la salud pública y determinar si la prevalencia de su uso en personas que acuden a los centros de salud mental públicos es mayor que en aquellas que acuden a consultas de atención primaria por otros motivos. Se propone un estudio cuantitativo descriptivo transversal mediante un cuestionario de elaboración propia con 40 ítems cerrados, denominado Cuestionario de Determinantes de la Conducta en la Elección de Terapias Alternativas y Complementarias (CDCETAC), que analizará los determinantes que influyen en la conducta de elección de tratamientos mediante terapias alternativas desde una perspectiva teórica basada en las Teorías de la Acción Razonada y el Modelo de Creencias de Salud. Se utilizará un doble proceso de muestreo aleatorio para escoger a los 792 participantes y asegurar la generalización de los resultados, primero por conglomerados y después mediante muestreo sistemático consecutivo. Los resultados esperados incluyen la identificación de los determinantes que influyen en la elección de terapias alternativas y la prevalencia de su uso en el contexto de la salud pública. Las limitaciones incluyen el uso de un cuestionario por Internet, la falta de análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario y la incapacidad de examinar relaciones de causalidad que acompaña a los diseños transversales. Pese a esto, se espera que el proyecto contribuya a futuras investigaciones y a la elaboración de políticas de salud centradas en las necesidades y motivaciones de las personas.</p>	

<b>Palabras clave:</b>
Medicina Alternativa y Complementaria, Terapia Alternativa y Complementaria, Pseudoterapia, Tratamiento Psicológico, Modelo de Creencias de la Salud, Teoría de la Acción Razonada, Actitudes, Elección.
<b>Abstract:</b>
<p>The aim of the project is to analyze the determinants of behavior in the choice of alternative therapies in the context of public health and determine whether the prevalence of their use in individuals who attend public mental health centers is higher than those who attend primary care consultations for other reasons. A descriptive cross-sectional quantitative study is proposed using a self-developed questionnaire called the Questionnaire of Determinants of Behavior in the Choice of Alternative and Complementary Therapies (QDBCACT), consisting of 40 closed items, to analyze the determinants that influence the behavior of choosing alternative therapies from a theoretical perspective based on the Theory of Reasoned Action and the Health Belief Model. A double random sampling process will be used to select the 792 participants to ensure generalization of the results, first by clusters and then by consecutive systematic sampling. The expected results include the identification of the determinants that influence the choice of alternative therapies and the prevalence of their use in the context of public health. Limitations include the use of an online questionnaire, the lack of analysis of the psychometric properties of the questionnaire, and the inability to examine causal relationships that accompanies cross-sectional designs. Despite this, it is expected that the project will contribute to future research and the development of health policies focused on the needs and motivations of individuals.</p>
<b>Keywords:</b>
Complementary and Alternative Medicine, Complementary and Alternative Therapy, Pseudotherapy, Psychological Treatment, Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Attitudes, Choice.

# Índice

1. Introducción.....	1
1.1. Contexto y justificación.....	1
1.2. Revisión teórica.....	5
1.2.1. Terapias y Medicinas Alternativas.....	6
1.2.2. Teoría de la Acción Razonada.....	8
1.2.3. Teoría de la Conducta Planificada.....	10
1.2.4. Modelo de Creencias sobre la Salud.....	11
1.2.5. Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada.....	12
1.3. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis.....	13
1.3.1. Problema de investigación.....	13
1.3.2. Preguntas de investigación.....	14
1.3.3. Hipótesis.....	14
1.3.4. Objetivos.....	15
1.4. Propósito de la investigación.....	15
2. Método.....	16
2.1. Diseño de la investigación.....	16
2.1.1. Planificación de la investigación.....	16
2.1.2. Variables.....	18
2.2. Procedimiento.....	19
2.3. Participantes.....	20
2.4. Instrumentos.....	23
2.5. Análisis planteados.....	27
3. Discusión.....	30
4. Conclusiones.....	31
4.1. Reflexión.....	32
4.2. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	33
5. Referencias bibliográficas.....	34
6. Anexos.....	41
6.1. Anexo A: Guion de Presentación.....	41
6.2. Anexo B: Consentimiento Informado.....	42
6.3. Anexo C: Tarjetas CDCETAC.....	43
6.4. Anexo D: Cuestionario CDCETAC.....	44

## Lista de figuras

### Figura 1

*A quién se recurre en la búsqueda de información sobre temas de salud .....5*

### Figura 2

*Esquema del diseño de investigación.....17*

### Figura 3

*Fórmula para el cálculo de la muestra en poblaciones finitas.....21*

### Figura 4

*Código QR para acceder al cuestionario.....22*

## Lista de tablas

### Tabla 1

*Codificación e ítems de los distintos bloques del CDCETAC.....24*

### Tabla 2

*Operacionalización de las escalas de respuesta de tipo Likert.....27*

# 1. Introducción

## 1.1. Contexto y justificación

La salud mental es, cada vez más, un asunto de capital importancia en nuestra sociedad. Cada vez son más las personas que, en aras de su bienestar psicológico, acuden en búsqueda de ayuda y asesoramiento profesional a los servicios públicos y privados. Sin embargo, este creciente interés no siempre va acompañado de una elección terapéutica afianzada debidamente en las evidencias científicas ya que, además de los tratamientos convencionales basados en la práctica profesional de la psicología y la psiquiatría, existe un conglomerado de terapias que se presentan como una alternativa válida y que prometen ser capaces de mejorar la salud mental. En este sentido, las terapias alternativas han ido creciendo en popularidad como opción complementaria e incluso, en algunos casos, sustitutiva de los tratamientos convencionales. Desde la aromaterapia hasta el reiki, pasando por las flores de Bach, la dianética, o la acupuntura, existen cientos de técnicas que se engloban en la denominación de terapias alternativas que, tal y como comenta Celis (2019), se utiliza para dar nombre a todas aquellas técnicas que también se pueden denominar medicinas o terapias, complementarias, no convencionales, tradicionales, etc.

Si bien es cierto que gran cantidad de pacientes refieren una mejora subjetiva de sus síntomas o un mayor grado de bienestar o calidad de vida gracias a la utilización de las terapias alternativas, es importante no perder de vista que, en la mayoría de casos, este tipo de prácticas fallan en demostrar su eficacia en investigaciones de calidad que permitan determinar si tales mejoras están relacionadas con el tratamiento *per se* o con un efecto placebo, lo que las lleva a depender de asunciones no científicas como el concepto del *qi/ki*, utilizado en la acupuntura y en el reiki para hacer referencia a la energía vital (Celis, 2019; Swan et al., 2015). Sin embargo y, pese a que la gran mayoría de terapeutas alternativos defienden lo contrario, la utilización de esta clase de técnicas no es inocua. Su utilización se ha asociado con un empeoramiento en la interacción entre médico y paciente (Segovia y Sanz-Barbero, 2022), pero también ha demostrado afectar negativamente a la salud de las personas usuarias, ya sea mediante la perpetuación de ciertas dolencias, la generación de otras o incrementando el riesgo de muerte, puesto que se ha observado que su uso favorece al retraso o la sustitución de tratamientos de eficacia y seguridad probadas y puede también reducir la efectividad de estas últimas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, 2018).

Pese a que, según la OMS, ya había más de 100 millones de europeos que utilizaban medicinas o terapias alternativas en el año 2000 y que el Ministerio de Sanidad ya advirtió en el año 2011 que la tendencia de utilización, divulgación y publicidad de terapias alternativas en España se encontraba en aumento, en la actualidad sigue sin existir una normativa específica que regule su uso en

nuestro país (Cano, 2017; Celis, 2019; Rodríguez et al., 2017). Bajo esta premisa y, con el propósito de prevenir la promoción de pseudoterapias, asegurar que todas las prácticas sanitarias sean llevadas a cabo por profesionales formados con la debida titulación, y de eliminar las pseudoterapias de los centros sanitarios, los Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y de Ciencia, Innovación y Universidades (2018), impulsan en España el Plan Para la Protección de la Salud Frente a las Pseudoterapias, desde el que se cataloga como pseudoterapias a todas aquellas sustancias, productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria que no dispongan de soporte en el conocimiento ni en la evidencia científica para avalar su eficacia y seguridad.

De entre las diversas líneas de acción de este plan ministerial, una de ellas fue llevar a cabo la elaboración de un informe de evaluación de las pseudoterapias bajo los principios del conocimiento y la evidencia científica. De entre las 139 técnicas que se analizaron para dicho informe, para 73 de ellas no se encontraron ensayos aleatorios controlados, revisiones sistemáticas ni metaanálisis, lo que significa que más de la mitad de dichas técnicas no cuentan con un soporte científico que permita valorar su seguridad, efectividad y eficacia, motivo por el cual se clasificaron directamente como pseudoterapias (Bertolín, 2020; Celis, 2019), mientras que las 66 restantes continúan pendientes de verificación en base a la evidencia científica disponible.

Aunque el Plan Para la Protección de la Salud Frente a las Pseudoterapias supuso un paso importante en lo que a la protección de la ciudadanía se refiere, dicho plan es válido en los ámbitos públicos y privados, pero todavía carece de norma jurídica (Bertolín, 2020), lo que implica que siguen sin poder aplicarse acciones que obliguen a cerrar los espacios donde se ofertan esta clase de prácticas. Además, es importante tener en cuenta que, ni tan siquiera con el objetivo de preservar la salud o la vida, puede el Estado imponer una actuación terapéutica específica a sus ciudadanos, ni siquiera en aquellos casos en los que el rechazo hacia las técnicas terapéuticas basadas en la evidencia se sustente en información falsa (Tomás, 2021). Llegados a este punto, nos encontramos ante el origen de la motivación que impulsa este trabajo y es que, centrarse exclusivamente en las terapias alternativas y en quienes las practican nos hace perder de vista el verdadero foco del problema que, según los modelos explicativos de la psicología de la salud, debería centrarse en conocer los principales determinantes que llevan a las personas a poner en práctica ciertas conductas relacionadas con su salud (León y Medina, 2018). Según Moriana y Gálvez (2020), debería impulsarse la contribución a la divulgación científica a nivel institucional, con el objetivo de aumentar los conocimientos de la población general en materia de tratamientos psicológicos basados en la evidencia. Sin embargo, ¿cómo podemos hacer esto sin antes conocer las variables que influyen en la elección de un tratamiento?

En la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia llevada a cabo por la FECYT (2017), se encontró que un 1,7% de los españoles afirmaban que habrían escogido una terapia alternativa como primera opción ante una enfermedad, lo que implicaría un total de 80.945 personas si extrapolásemos dicho porcentaje a

los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística (2022a), un dato que se quedaría más bien corto si contamos con aquellos que, aunque no la habrían seleccionado como primera opción, podrían haber terminado haciéndolo ya fuese por desesperación, por desinformación, o por cualquier otro motivo. Así pues, ¿qué es lo que motiva esta elección terapéutica?

En este sentido, es de especial relevancia que en este trabajo se ponga el foco en la salud mental, pues en las encuestas del FECYT (2017; 2023) y en el informe ministerial del Plan Para la Protección de la Salud Frente a las Pseudoterapias se aúnan tanto los datos de aquellas terapias alternativas enfocadas en la salud física como los de aquellas enfocadas en la salud mental que, en muchos casos, resultan ser las mismas. Además, según un estudio llevado a cabo por Elkins et al. (2005; citado en Swan et al., 2015) en población estadounidense, los clientes de psicoterapias utilizarían las terapias alternativas hasta en un 15% más que la población general.

Por un lado, tal y como comenta Bertolín (2020), el acceso al tratamiento psicológico en España es, en ocasiones, objeto de controversia. Esto es en parte debido a que las esperas para recibir una primera visita en los servicios de salud mental de los servicios de atención secundaria del Sistema Nacional de Salud son exageradamente dilatadas, llegando a una media de 50 días de espera en el 2018, según los datos de 10 comunidades autónomas recogidos por el Defensor del Pueblo (2020). De hecho, un 31,7% de las personas entrevistadas en la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología del FECYT (2023) consideraron que el sistema público de salud español es malo o más bien malo. Además, es importante no perder de vista que, en un país con un 21,7% de población por debajo del umbral de riesgo de pobreza (Instituto Nacional de Estadística, 2022b), no todo el mundo se puede permitir acudir a una consulta psicológica privada.

Por otro lado, en línea con lo que comentan Moriana y Gálvez (2020), una gran parte de las terapias alternativas se amparan en teorías que aparentan estar basadas en la ciencia y la lógica, utilizando explicaciones sencillas y aparentemente coherentes para explicar teorías que carecen de fundamento científico, a la vez que se valen de su carisma y amabilidad para con los clientes y del superficial éxito terapéutico que les proporciona el efecto placebo para avalar sus prácticas.

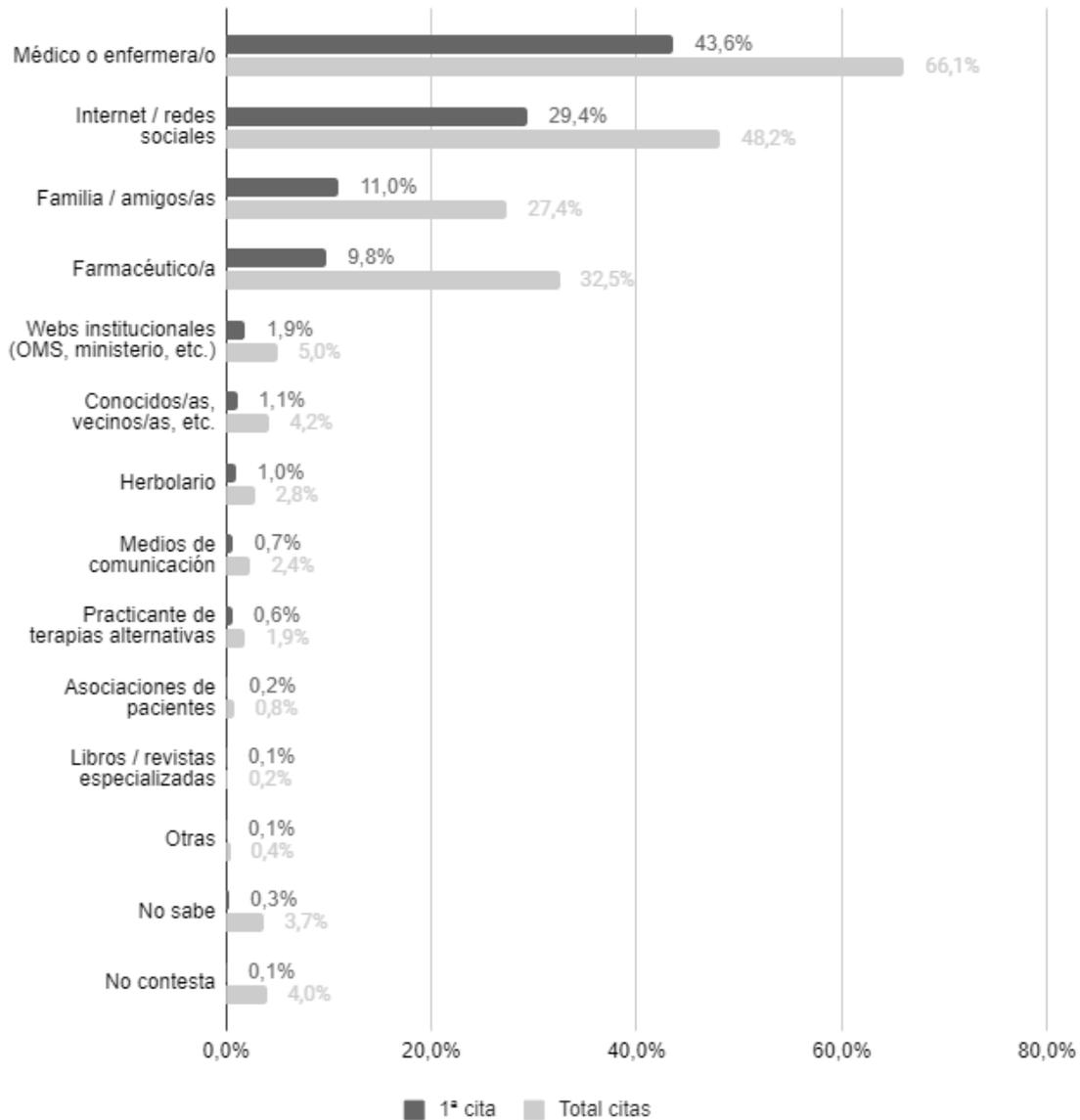
Así mismo, diversos autores concuerdan en afirmar que los usuarios de terapias alternativas muchas veces llegan a ellas en una situación de especial debilidad y/o vulnerabilidad y en busca de soluciones a problemas que no han sido resueltos por la práctica sanitaria basada en la evidencia científica, lo que acostumbra a ir acompañado de una experiencia previa de frustración y sufrimiento que los hace más propensos a esperanzarse sobremanera ante cualquier promesa de sanación, por vaga que sea (Celis, 2019; Moriana y Gálvez, 2020; Tomás, 2021).

Finalmente, otro aspecto de especial relevancia es el tratamiento y difusión de estas prácticas en Internet y en redes sociales. Es importante tener en cuenta que la simple difusión de este tipo de prácticas entraña de por sí un riesgo para la salud pública, puesto que muchas veces es en la consulta de blogs, páginas web o cuentas de redes sociales donde se convence y motiva a las personas a someterse a uno u otro tipo de terapia alternativa (Tomás, 2021). Debemos tener presente que, si bien nos encontramos en plena era de la información y casi todas las personas tienen millones de formas de verificar la información metidas en su bolsillo, las redes sociales se coronan como el medio basado en Internet más comúnmente utilizado para realizar consultas sobre temas científicos. Tanto es así que, en la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología en España 2022 (FECYT, 2023), un 48,2% de los 6.054 entrevistados afirmaron que recurrieron a Internet como primera opción en la búsqueda de información sobre temas de salud (Figura 1), mientras que un 63,4% afirmó haber recurrido a Internet en la búsqueda de información médica o de salud sobre una dolencia. Esto puede suponer todavía un mayor riesgo si tenemos en cuenta la facilidad que tiene divulgar información no contrastada en estos medios, algo que se ve claramente reflejado en los datos de la Encuesta sobre Desinformación Científica en España (FECYT, 2022), según los cuales un 61,7% de los encuestados afirmó haber recibido información de dudosa credibilidad a través de Internet y/o redes sociales. Además, tal y como comenta Revuelta (2019), las estrategias y algoritmos que utilizan las redes sociales hacen que los usuarios estén más expuestos a noticias falsas y pseudoterapias sin fundamento que a información de calidad y contrastada, lo que podría suponer un cambio en los intereses temáticos de la ciudadanía, con los riesgos que ello conlleva.

Así pues, si bien la importancia de abordar los tratamientos alternativos catalogados como pseudoterapias a nivel institucional es evidente, conocer los determinantes que guían la elección de un tratamiento mediante estas prácticas por parte de las personas usuarias también debería serlo, pues solo así podremos abordar dicho problema de salud pública desde una perspectiva global y sostenible a largo plazo. En este sentido, el análisis de los factores que influyen en la elección de esta clase de prácticas podría contribuir a la elaboración e implementación de políticas de salud más efectivas, así como a un acercamiento más ético y respetuoso hacia el sufrimiento de las personas usuarias, algo que permitiría una mejor comprensión de sus necesidades y demandas y una atención sanitaria más integral y más adaptada a sus características personales.

**Figura 1**

*A quién se recurre en la búsqueda de información sobre temas de salud*



*Nota. Adaptado de la Encuesta de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología en España 2022 del FECYT, 2023, p. 326.*

## 1.2. Revisión teórica

Algunos modelos explicativos de la psicología tienen una estructura conceptual que puede ser aplicada a cualquier problema relacionado con la salud. En el caso que nos ocupa, los modelos más relevantes son aquellos que pertenecen

a las denominadas teorías de la expectativa-valor, puesto que estos permiten hacer predicciones sobre el comportamiento probable de una persona en circunstancias determinadas, ya que parten de la premisa de que las actitudes y creencias son los principales determinantes del comportamiento. Además, desde estas perspectivas se detallan también variables adicionales que mejoran la calidad de las predicciones sobre un comportamiento en una situación específica, como los costos percibidos de la conducta o la percepción de control (León y Medina, 2018). En este sentido, la complementación de las Teorías de la Acción Razonada con el Modelo de Creencias sobre la Salud permitiría abordar el análisis de los factores que influyen en la elección de una terapia alternativa de una forma global e integrativa, prestando atención no solo a las creencias, actitudes y comportamientos que están detrás de dicha elección, sino también a factores culturales, sociodemográficos, etc. que puedan influir sobre dicha conducta. Así pues, a continuación, se detallan los antecedentes que dan origen y justifican esta propuesta de investigación.

### 1.2.1. Terapias y Medicinas Alternativas

Como ya se ha establecido anteriormente, el uso de terapias y medicinas alternativas supone un importante problema de salud pública no solo en España, si no a nivel mundial. Esta temática es, cada vez más, objeto de estudio desde distintas disciplinas relacionadas con el ámbito sanitario, aunque la mayor parte de investigaciones disponibles se han centrado en el impacto que tiene la utilización de estas técnicas en pacientes con enfermedades o problemas específicos, delimitando en cierto modo la generalización de sus resultados a otras poblaciones con problemáticas de distinta índole.

En un estudio reciente llevado a cabo por Carrillo et al. (2023) con pacientes neurológicos y con discapacidades neurológicas se encontró que algunos de los factores que influyen en la utilización de medicinas alternativas son la edad avanzada, la presencia de enfermedades crónicas y la existencia de antecedentes de depresión. Otros factores que se destacaron como importantes fueron el grado de discapacidad que causa la enfermedad, el pronóstico a corto y largo plazo y la disponibilidad de un tratamiento específico. Por su lado, en un estudio realizado para valorar la relación entre el nivel de desesperanza en mujeres diagnosticadas con cáncer de pecho y la utilización de medicinas y terapias alternativas, Akyuz et al. (2019) encontraron que las mujeres que utilizaban esta clase de técnicas no informaron al personal sanitario sobre ello, bien por no considerarlo relevante, bien por miedo a una reacción negativa por parte de los profesionales sanitarios. En esta misma línea, Mountfield et al. (2015) encontraron que, de 473 personas con enfermedades intestinal, el 45,4% utilizaba medicinas alternativas y complementarias, pero solo el 54,1% de los usuarios informaron a sus médicos sobre este aspecto. Según ellos, algunos de los predictores más relevantes descubiertos fueron el uso de medicinas y terapias alternativas por parte de familiares o amigos y la insatisfacción respecto a la comunicación médico-paciente. Por su lado, Martínez et al. (2016) indicaron que, según los datos de su estudio sobre el uso de terapias alternativas en

pacientes con dolor crónico, el 40,6% de los que habían utilizado ese tipo de tratamientos lo hizo por auto-recomendación. En otra dirección, en un estudio sobre el uso de medicinas y terapias alternativas en pacientes que buscaban tratamiento para sus trastornos por consumo de sustancias —alcohol o tabaco—, Sylvain et al. (2022) descubrieron que el 62,5% de los pacientes utilizaban medicinas y terapias alternativas de forma general en sus vidas, aunque la mitad de ellos reportaron hacerlo para paliar afecciones comórbidas de su adicción, como los problemas de sueño o ansiedad. Por otro lado, en un metaanálisis de 64 ensayos clínicos realizado por Smith et al. (2018) no se encontraron evidencias que permitiesen realizar una conclusión clara sobre los efectos de la acupuntura en comparación con la terapia psicológica para el tratamiento de la depresión, debido a la baja calidad de los ensayos disponibles.

También se han llevado a cabo diversos estudios con la finalidad de indagar en los factores que llevan a los padres de niños diagnosticados de un trastorno del espectro autista a abrazar prácticas basadas en las medicinas o terapias alternativas. En ese sentido, tal y como menciona Şenel (2010) en un estudio llevado a cabo para comprobar la visión de los padres con niños dentro del espectro autista sobre el uso de las medicinas y terapias alternativas, la búsqueda de una solución para el autismo puede hacer que los padres prueben varios tratamientos carentes de evidencia y basados en rumores y reportes sesgados. De forma similar, en un estudio realizado por Saral et al. (2022) encontraron que, de 166 padres de niños dentro del espectro autista, el 94% reconoció haber utilizado una medicina o tratamiento alternativo en algún momento de sus vidas, siendo el nivel educativo de los padres, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la gravedad del trastorno los factores asociados de forma positiva con el uso de esta clase de técnicas. En esta misma línea, Lindly et al. (2018) mencionan en su estudio que los padres de niños dentro del espectro autista mencionaron preferir las medicinas y terapias alternativas frente a la medicación farmacológica convencional por considerarla más “segura”, aunque su intención de usar la medicación convencional aumentaba cuando no veían mejoras en los síntomas de sus hijos o cuando estos empeoraban.

En otra dirección, según los datos obtenidos en un estudio llevado a cabo por Piñeiro et al. (2022) en el que recogieron las opiniones de 1.500 pediatras españoles sobre el conocimiento, uso y recomendación de pseudoterapias, el porcentaje de pediatras que se alejan del método científico para recomendar terapias alternativas sin evidencia contrastada es significativo: un 28,1% reconocieron haber recomendado homeopatía en alguna ocasión, un 19,2% habían recomendado acupuntura, un 4,5% flores de Bach, y un 4,3% reconocieron haber recomendado magnetoterapia. Aunque en distinta proporción, estos resultados están en línea con los obtenidos por Brems et al. (2006) en una encuesta realizada a 600 psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros de salud mental estadounidenses, de entre los cuales el 84% reconocieron haber recomendado acercamientos terapéuticos basados en terapias alternativas bastante a menudo y tan solo un 2% reconoció no haberlo hecho nunca. Tal y como mencionan Swan et al. (2015), las terapias alternativas

caen, por definición, fuera de la jurisdicción epistemológica del psicólogo, quien debe basar su práctica en la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales, evitando siempre la utilización de medios o procedimientos no contrastados y/o ajenos al fundamento científico de la psicología, tal y como se establece en los artículos 6º, 18º y 21º del Código Deontológico de los Psicólogos en España (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015).

Con todo, encontramos en la literatura académica una importante cantidad de estudios en los que se revisan distintos determinantes de la conducta en lo que a la elección de tratamientos mediante medicinas y terapias alternativas se refiere, lo que permite justificar esta propuesta de investigación y desarrollarla desde una perspectiva basada en los modelos de Creencias sobre la Salud y de la Acción Razonada.

### 1.2.2. Teoría de la Acción Razonada

Si bien la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; citado en León y Medina, 2018) —TAR, en adelante— fue desarrollada en primera instancia para dar explicación al comportamiento social, más tarde se aplicaría al ámbito de la psicología de la salud con el objetivo de explicar los motivos por los que las personas ponen en práctica determinadas conductas. Desde este modelo, los individuos valoran de forma racional las posibles consecuencias de sus acciones antes de tomar la decisión que los lleve a realizarlas o no, lo que significa que el determinante inmediato de la conducta es la intención del propio individuo de llevarlo a cabo. Según este modelo, la intención de realizar o no una conducta estaría determinada, por un lado, por la actitud de la persona hacia la conducta y, por otro lado, por la percepción de presión social respecto a dicha conducta (Morrison y Bennett, 2008). De este modo, una persona que tuviese una actitud negativa hacia un cambio en su conducta —como utilizar una terapia alternativa— podría llegar a desarrollar una intención positiva si quiere cumplir con las personas que le importan.

Desde la TAR, se asume que la actitud que tiene una persona hacia su propia conducta dependerá de las creencias que tenga sobre las posibles consecuencias de dicha conducta y en la evaluación que realice sobre esas consecuencias, de modo que si las creencias son positivas su actitud será favorable y, si son negativas, será desfavorable. Así mismo, la norma subjetiva hace referencia a la presión social que sienta la persona para realizar o no una determinada conducta y se basa en las creencias normativas sobre lo que esperan las personas significativas, así como en su motivación para cumplir con dichas expectativas (León y Medina, 2018).

En un metaanálisis de 87 estudios llevado a cabo por Sheppard et al. (1988), se concluyó que tanto las actitudes como las normas subjetivas son factores relevantes para explicar la intención, y que esta última tiene un papel importante en predecir la conducta futura. Desde entonces, se han llevado a cabo muchos

otros estudios utilizando el marco teórico de la TAR, algunos de ellos relativamente recientes y relacionados con la promoción de distintos aspectos relacionados con la salud. Por ejemplo, Espada et al. (2015) analizaron la prevalencia de comportamientos relacionados con la conducción bajo los efectos del alcohol en jóvenes españoles desde el marco teórico de la TAR, y obtuvieron hallazgos que podrían resultar de ayuda para predecir mejor la conducción bajo los efectos del alcohol y, por lo tanto, para llevar a cabo intervenciones más efectivas en este sentido: las normas subjetivas relacionadas con la conducción bajo los efectos del alcohol se encontraban significativamente asociadas con las actitudes, las cuales tuvieron un importante impacto en las intenciones de conducir bajo los efectos del alcohol. En otro estudio, Esmaeili et al. (2016) evaluaron las barreras en lo que al cumplimiento de recomendaciones dietéticas en adultos iraníes con esclerosis múltiple se refiere utilizando también el marco conceptual de la TAR y encontraron que, además de problemas relacionados con las normas subjetivas, existían actitudes erróneas que incluían concepciones equivocadas sobre la enfermedad y los factores dietéticos interrelacionados y percepciones erróneas sobre el papel de la nutrición, grasas y aceites, sal, bebidas azucaradas, etc. Por su lado, Pitpitan et al. (2017) encontraron que las actitudes negativas hacia el uso del preservativo permitían predecir la falta de uso de este en las relaciones sexuales posteriores con clientes entre las trabajadoras sexuales mejicanas. Así mismo, en un estudio reciente llevado a cabo por Breslin et al. (2019) en el que utilizó la TRA para determinar los factores demográficos y psicológicos que predicen el estigma de salud mental en atletas, encontraron que el conocimiento y la exposición a personas con problemas de salud mental, así como el tipo de deporte practicado—individual o en equipo—, fueron factores predictores significativos de las intenciones de socializar con personas que viven con una condición de salud mental que genera estigma.

Sin embargo y, aunque el marco teórico de la TAR ha sido ampliamente utilizado en las últimas décadas para explicar y tratar de predecir los factores que influyen en la puesta en práctica de distintas conductas, es importante tener en cuenta que este modelo no se encuentra exento de críticas. Por un lado, las actitudes hacia los objetivos, las características de personalidad, las variables demográficas, el estatus y la inteligencia son factores externos que pueden influir en los comportamientos de salud, aunque no existe una relación necesaria entre ellos y la conducta. Por otro lado, la TAR no tiene en consideración las creencias de las personas sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta, lo cual es importante, dado que gran parte de la conducta no es completamente voluntaria. Asimismo, la TAR tampoco tiene en cuenta la posible transacción entre las variables predictoras y los resultados de la intención conductual, lo cual es otra limitación importante, ya que la propia conducta puede influir en las actitudes. Por lo tanto, es necesario considerar estas limitaciones al aplicar la TAR para predecir los comportamientos de salud (Morrison y Bennett, 2008; León y Medina, 2018).

### 1.2.3. Teoría de la Conducta Planificada

Es importante tener en cuenta que, tal y como mencionan León y Medina (2018), además de tener la intención de realizar la conducta, la persona debe sentirse capaz de hacerlo y estar segura de que obtendrá los resultados esperados. Así, para mejorar la capacidad del modelo de la TAR, Ajzen (1985; 1991; citado en Morrison y Bennett, 2008) incluyó el concepto de control conductual percibido, pasando así a conocerse como la Teoría de la Conducta Planeada —TCP, en adelante—. El control conductual percibido se define como las creencias que tiene un individuo sobre su propia conducta en situaciones específicas, incluso en los casos en los que se enfrenta a obstáculos. Según el modelo de la TCP, el control conductual percibido influiría directamente en la intención y, por lo tanto, de forma indirecta sobre la conducta. Así mismo, se especifica que, si la percepción de control es lo bastante precisa, puede haber relación directa entre el control conductual percibido y la conducta (Morrison y Bennett, 2008).

Como se ha comentado anteriormente, la TCP tiene en cuenta la capacidad de control percibida para llevar a cabo la conducta en cuestión por lo que, en general, se ha demostrado que es más efectiva que su predecesora en lo que a la predicción del cambio de conducta se refiere y se ha empleado de manera amplia en la conducta de salud y la intención conductual. En un estudio realizado por Novo et al. (2011) se analizaron las actitudes de los estudiantes universitarios hacia la inclusión de personas con discapacidad desde el modelo de la TCP, y se encontró que los jóvenes son influenciados por los valores familiares y de la escuela, siendo la norma social favorable a la inclusión tanto en el ámbito familiar como en el educativo y que las actitudes tienen una influencia directa en la intención de ayudar a la inclusión de las personas con una discapacidad. En otro estudio llevado a cabo desde la perspectiva de la TCP, Corrigan et al. (2014) descubrieron que la falta de adherencia al tratamiento médico de personas con problemas psiquiátricos forma parte de un conjunto más amplio de decisiones y comportamientos relacionados con la salud y que, para comprender de forma global sus tomas de decisiones y comportamientos de salud, es necesario tener en consideración los procesos cognitivos implícitos, la influencia de factores inmediatos en la planificación y la importancia de las emociones en las tomas de decisiones. Por otro lado, Ahmet y Scott (2022) desarrollaron un marco teórico basado en la TCP para identificar los factores clave relacionados con el abordaje de problemas biopsicosociales y de salud mental en personas musulmanas, en el que incluyeron las creencias culturales, el estigma social percibido, las actitudes hacia la búsqueda de servicios, la autoeficacia percibida, la aculturación, y el uso de recursos informales, entre otros. Así mismo, Mongeau et al. (2022) realizaron un estudio utilizando la perspectiva de la TCP para predecir el comportamiento de vacunación contra la gripe en estudiantes universitarios y para identificar las principales razones por las que no se vacunan, y encontraron que la mayoría de determinantes reflejaban consideraciones individuales en lugar de sociales, de tal forma que rara vez mencionaron la influencia de otras personas como razón para no vacunarse.

Si bien la TCP mejora la capacidad predictiva de la TAR sobre la conducta, algunos autores han puesto de manifiesto que existen otros factores, como las variables afectivas o aquellas relacionadas con el proceso de planificación, que mejorarían la explicación de la varianza de la intención y, por lo tanto, de la conducta. Entre estos factores se incluyen las normas morales, el remordimiento anticipado, la identidad propia y la intención de implementación (Morrison y Bennett, 2008). Así pues, aunque la TAR y la TCP son perspectivas que han sido ampliamente utilizadas para analizar las conductas de salud y la intención conductual, queda clara la importancia de complementarla con otro/s modelo/s que permita/n abordar el análisis de los factores que influyen en la elección de una terapia alternativa como tratamiento, pues solo de esta forma se podrán salvar las limitaciones hasta ahora mencionadas.

#### 1.2.4. Modelo de Creencias sobre la Salud

El Modelo de Creencias de Salud —MCS, en adelante— es uno de los modelos más conocidos y, desde su formulación en la década de los cincuenta por la mano de Hochbaum (1958; citado en León y Medina, 2018), se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en psicología de la salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. Este modelo se encuentra fundamentado en las teorías cognitivas del valor esperado y en las teorías sobre las tomas de decisiones en situaciones de incertidumbre. El MCS sugiere que la probabilidad de que una persona adopte una conducta de salud se encuentra influenciada por factores demográficos y creencias que se derivan de claves internas o externas para la acción. La disposición de una persona a realizar una conducta de salud estaría influenciada por la motivación de salud, la percepción de vulnerabilidad a la enfermedad, la percepción de gravedad de las consecuencias, los beneficios potenciales de la acción y la percepción de las barreras o costes físicos, psicológicos, económicos, entre otros, asociados con la realización de la acción (Moreno y Gil, 2003; Morrison y Bennett, 2008; Amigo, 2015; León y Medina, 2018).

Este modelo ha generado y continúa generando todavía en la actualidad un gran número de investigaciones desde las que se trata de explicar ciertos comportamientos de salud. Así, por ejemplo, Mantler (2013) llevó a cabo una revisión sistemática sobre las percepciones de adicción y riesgos para la salud entre fumadores jóvenes desde la perspectiva del MCS, y encontró que estos eran optimistas en lo que a su probabilidad de adicción, capacidad de dejar de fumar, mortalidad y enfermedades relacionadas con el tabaco se refiere, a la vez que justificaban el consumo de tabaco a través de su percepción de que las barreras para dejar de fumar eran más relevantes que los beneficios de hacerlo. Por su lado, Willis (2018) utilizó el MCS para explorar los beneficios y barreras percibidos por los pacientes que formaban parte de comunidades de salud en línea y menciona que, en base a sus resultados, se puede concluir que las comunidades de salud en línea pueden favorecer la superación de las barreras percibidas con relación a la adherencia de tratamientos farmacológicos, puesto que los miembros de estas comunidades comporten sus experiencias

personales y realizan revisiones en las que se incluyen sus percepciones de efectividad sobre los medicamentos y consejos sobre cómo usarlos. Por otro lado, Ghaffari et al. (2019) realizaron una investigación experimental basada en la perspectiva del MCS para valorar los comportamientos de detección del cáncer de mama en población iraní y constataron que la intervención educativa basada en este modelo resultó ser eficiente y efectiva para mejorar aquellos factores que afectan a los comportamientos de detección del cáncer de mama. En otra línea, Zhou et al. (2021) investigaron los problemas de salud mental y los mecanismos subyacentes entre personas no infectadas durante la pandemia de la COVID-19 desde la perspectiva del MCS y descubrieron que, tanto la percepción de riesgo como las estrategias de afrontamiento, jugaron un papel importante en la mediación entre la asociación de la autoeficacia percibida y los problemas de salud mental durante la pandemia.

Aunque el MCS genera todavía una importante cantidad de investigaciones en el ámbito de la psicología de la salud, diversos autores han cuestionado su validez explicativa, especialmente en lo que se refiere a la correspondencia entre las creencias de las personas y sus comportamientos relacionados con la salud (Moreno y Gil, 2003). Así mismo, su excesivo enfoque en las variables cognitivas como mediadoras supone otra limitación importante, dejando de lado otros tipos de variables que pueden ser determinantes en la conducta. Además, el MCS ha sido considerado un modelo estático en el que se sobreestima el papel de las amenazas y no se considera el control conductual percibido y la autoeficacia en la capacidad del individuo para realizar cambios en el comportamiento. Sin embargo y, a pesar de estas limitaciones, el MCS ha demostrado ser de utilidad en la planificación de intervenciones preventivas, al centrarse en variables relevantes sobre la adopción de comportamientos protectores de la salud (Moreno y Gil, 2003; Morrison y Bennett, 2008).

### 1.2.5. Modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada

Como ha quedado patente, tanto los modelos de la TRA y la TCP como el MCS son útiles para analizar y predecir los comportamientos de las personas en situaciones de salud determinadas y han sido ampliamente utilizados en la literatura científica para explicar comportamientos de salud y preventivos. Sin embargo, estos modelos no están libres de limitaciones, lo que hace que sea necesario plantearse la utilización de un modelo integrativo que permita abordar los comportamientos de salud desde una perspectiva más amplia. En este sentido, tal y como mencionan Fish et al. (2022), aunque algunas investigaciones sugieren que la TCP es más útil que el MCS a la hora de predecir los comportamientos relacionados con la salud, Murphy et al. (2014) afirman que sus hallazgos aportan apoyo empírico en lo que a la integración de ambos modelos teóricos se refiere.

De forma más detallada, en el estudio llevado a cabo por Murphy et al. (2014) se pusieron a prueba las hipótesis competitivas del MCS y de la TAR para tratar de explicar las diferencias en el poder predictivo de ambas perspectivas y cuantificar

las vías que vinculan la norma subjetiva, los beneficios y barreras percibidos, la intención y el comportamiento de realizarse una mamografía, llegando a la conclusión de que los resultados obtenidos aportaban apoyo empírico sobre la integración del MCS y la TAR. En cambio, si bien Fish et al. (2022) afirman que el modelo de la TCP y el MCS no fueron suficientes para explicar por qué los hombres no adoptan conductas de salud ante síntomas de cáncer, sostienen que algunos de los constructos de estos modelos teóricos sí fueron relevantes para encontrar correlatos y que, por lo tanto, deberían ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones.

Así pues, si bien no se han encontrado antecedentes en los que se utilice la TAR, la TCP o el MCS para analizar los factores que influyen en la elección de una terapia alternativa como tratamiento, la literatura científica revisada aporta evidencias que justifican la utilización de ambos modelos teóricos desde una perspectiva integrativa para analizar dichas conductas de salud.

### 1.3. Preguntas de investigación, objetivos e hipótesis

#### 1.3.1. Problema de investigación

El uso de medicinas y terapias alternativas tiene una prevalencia cada vez mayor en la población, algo que sin duda supone un importante problema de salud pública a nivel mundial, ya que su utilización se encuentra asociada con un empeoramiento de la relación entre paciente y médico, cuando este último es contrario a la utilización de dichos métodos, y puede afectar de forma negativa a la salud de aquellas personas que las usan (Segovia y Sanz-Barbero, 2022; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, 2018). Si bien distintos autores hacen hincapié en la importancia de abordar este asunto desde la esfera institucional (Bertolín, 2020; Celis, 2019; Moriana y Gálvez, 2020), poco se ha mencionado la relevancia que tiene conocer los determinantes que guían las acciones de salud relacionadas con la elección de esta clase de prácticas, factor vital para conocer el alcance global del problema y poder tomar decisiones fundamentadas que permitan poner en marcha la elaboración e implementación de políticas de salud más efectivas en este sentido. Este aspecto es especialmente importante si tenemos en cuenta que, en un estudio realizado por Rodríguez et al. (2017), se encontró que la prevalencia del uso de medicinas y terapias alternativas entre la población adulta española que acudía a consultas de atención primaria era del 50,9%. Además, esto cobra todavía más importancia cuando hablamos de salud mental, puesto que un estudio realizado con población estadounidense sugiere que los clientes de psicoterapias serían hasta un 15% más propensos a utilizar medicinas y terapias alternativas que la población general no usuaria de psicoterapias (Elkins et al., 2005; citado en Swan et al., 2015).

De entre las más de 40 fuentes bibliográficas revisadas inicialmente para la realización de este trabajo, en muchas se aborda la revisión de distintos

determinantes de la conducta relacionados con la elección de un tratamiento de medicinas o terapias alternativas, pero en ninguna de ellas se hace desde una perspectiva teórica relacionada con la psicología de la salud que nos permita analizar los factores que influyen en dicha elección y realizar predicciones sobre la conducta. Consecuentemente y, con el fin de realizar un trabajo que aporte novedades en el ámbito de la psicología de la salud, se presenta a continuación una propuesta de proyecto de investigación en la que se analicen los determinantes que influyen en la conducta de elección de tratamientos mediante medicamentos o terapias alternativas, desde una perspectiva basada en los modelos de Creencias de Salud y de la Acción Razonada.

### 1.3.2. Preguntas de investigación

A partir del problema planteado en el anterior apartado sobre la necesidad de indagar en los determinantes que guían las acciones de salud relacionadas con la elección de un tratamiento mediante medicinas o tratamientos alternativos, las preguntas a las que se tratará de dar respuesta son las siguientes:

**Pregunta 1:** ¿Existe una mayor prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas entre las personas que acuden a los servicios de salud mental públicos que entre aquellas que acuden a los servicios de atención primaria por otros motivos?

**Pregunta 2:** ¿Cuáles son los principales determinantes cognitivos que influyen en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población adulta usuaria de servicios de salud mental públicos?

### 1.3.3. Hipótesis

**Hipótesis 1:** La prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña es superior a la de las personas que acuden a los servicios de atención primaria por otros motivos.

**Hipótesis 2:** Las normas subjetivas tienen una mayor influencia en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población adulta española usuaria de servicios de salud mental públicos en Cataluña, por encima de la actitud hacia la conducta, el control conductual percibido, la motivación de salud, la percepción de vulnerabilidad, los beneficios potenciales y la percepción de barreras o costes.

### 1.3.4. Objetivos

De las preguntas de investigación anteriormente planteadas se desprenden los siguientes objetivos generales y específicos, diferenciados por el número que corresponde a cada pregunta de investigación entre paréntesis:

**Objetivo General (1):** Determinar si la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña es mayor que la de aquellas que acuden a servicios de atención primaria por otros motivos.

**Objetivo General (2):** Establecer cuáles son los principales determinantes que influyen en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población adulta usuaria de servicios de salud mental públicos en Cataluña.

#### **Objetivos Específicos:**

- **OE1:** Obtener la prevalencia de uso de terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña, estratificada por sexo y grupos de edad.
- **OE2:** Obtener la prevalencia de uso de terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos en Cataluña, estratificada por sexo y grupos de edad.
- **OE3:** Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y la elección de un tratamiento mediante terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña.

### 1.4. Propósito de la investigación

La finalidad última de esta propuesta de proyecto de investigación es la de contribuir, en la medida posible, al avance del conocimiento en relación con la utilización de tratamientos de medicinas y terapias alternativas, un problema de salud pública cada vez más prevalente en la sociedad española. En este sentido, conocer en qué medida los determinantes que guían las acciones de salud relacionadas con la elección de esta clase de prácticas, podría aportar valor al corpus de conocimiento actual sobre este tema y ser de ayuda de cara a la elaboración e implementación de políticas de salud más éticas y efectivas.

Así pues, mediante este proyecto de investigación se busca, principalmente, encontrar la influencia que tienen los principales determinantes de la conducta establecidos en los modelos de la TAR y el MCS sobre las acciones de salud que impulsan a las personas usuarias de los servicios de salud mental públicos hacia la elección de un tratamiento basado en medicinas o terapias alternativas.

## 2. Método

### 2.1. Diseño de la investigación

El presente proyecto de investigación se trata de un estudio descriptivo de diseño transversal con encuestas en el que, a partir de un cuestionario de elaboración propia anónimo y voluntario que los participantes podrán responder de forma cómoda y privada por Internet —previa explicación del estudio por parte del personal sanitario—, se busca recoger y analizar datos sobre los determinantes que influyen en las conductas de elección de una terapia alternativa en personas usuarias de los servicios de salud mental públicos y de los servicios de atención primaria por otros motivos no relacionados con la salud mental.

Así pues, la población diana la conforman personas mayores de 18 años usuarias de los servicios de salud mental públicos y de los servicios de atención primaria por otros motivos no relacionados con la salud mental, procedentes de cualquiera de las 9 regiones sanitarias de Cataluña. La muestra se obtendrá mediante un doble proceso de muestreo probabilístico, muestreando primero 2 Centros de Atención Primaria que cuenten con Servicios de Salud Mental en cada región sanitaria mediante muestreo por conglomerados, y seleccionando después a 22 participantes de cada Centro de Atención Primaria mediante un proceso de muestreo sistemático consecutivo, asegurando de este modo la obtención de una muestra que sea suficientemente representativa de la población de interés.

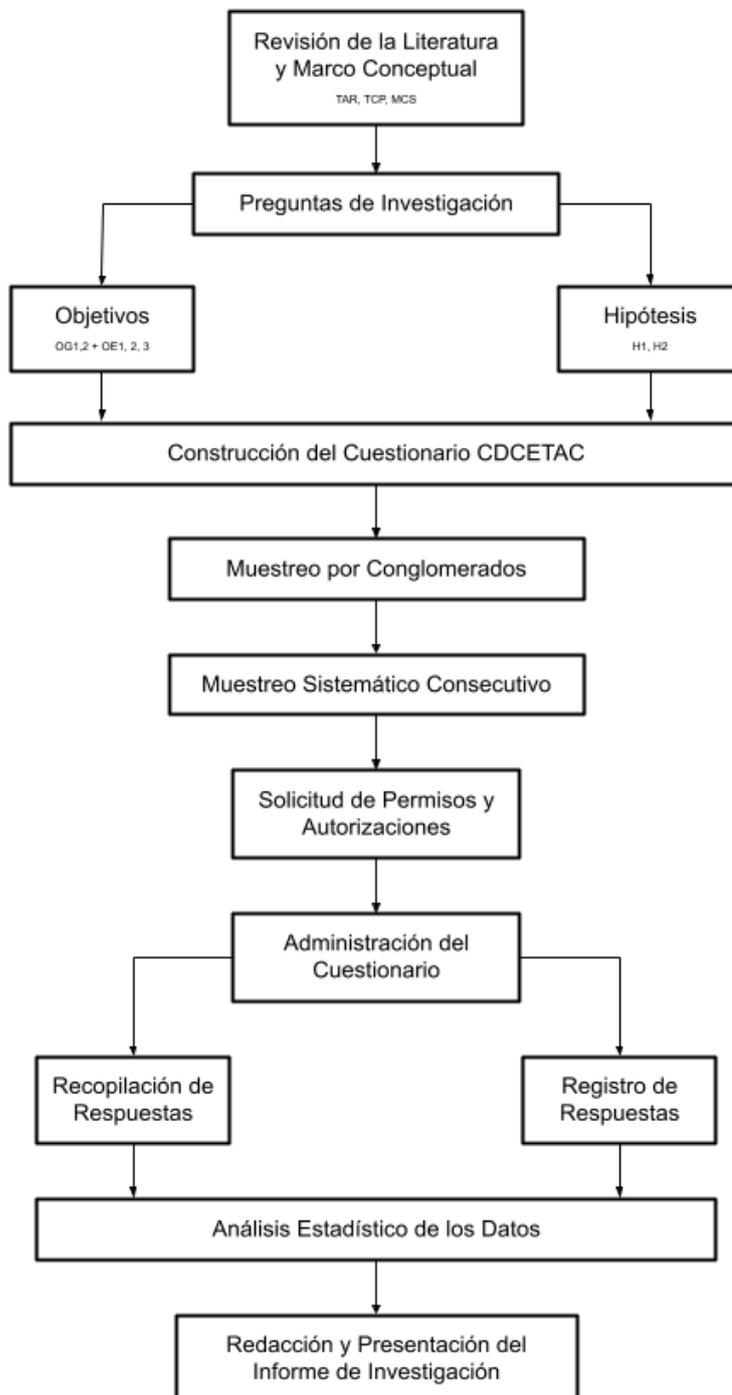
En referencia a las consideraciones éticas, tan solo se recabará la información estrictamente necesaria para el desarrollo de la investigación y siempre con la autorización previa de los participantes, en línea con lo establecido en el Artículo 39º del Código Deontológico de los Psicólogos en España (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015). Así mismo, los participantes deberán cumplimentar y firmar un documento de Consentimiento Informado (Anexo B) antes de poder acceder al cuestionario, tal y como se establece en el código de Nuremberg y en la Declaración de Helsinki sobre investigaciones biomédicas (Belmonte, 2010). Finalmente, el tratamiento automatizado de los datos personales tendrá que llevarse a cabo siempre garantizando la máxima seguridad para cumplir con la Ley Orgánica de Protección de Datos (1999).

#### 2.1.1. Planificación de la investigación

Un adecuado proceso de planificación es de vital importancia para garantizar que la investigación se lleve a cabo de forma efectiva. Es por eso por lo que, a continuación, se describe la planificación del proyecto de investigación que nos ocupa de forma detallada, acompañada de un esquema completo del diseño de investigación (Figura 2):

**Figura 2**

*Esquema del diseño de investigación*



- 1) Revisión de la literatura existente sobre el tema de interés y selección de los marcos conceptuales que se utilizarán (TAR, TCP y MCS).
- 2) Definición de las preguntas de investigación, de los objetivos y de las hipótesis con las que se trabajará.
- 3) Diseño de los 40 ítems que componen el cuestionario CDCETAC y análisis de propiedades psicométricas.
- 4) Selección de la muestra mediante un doble proceso de muestreo probabilístico, primero mediante muestreo por conglomerados para escoger los centros de salud y después mediante muestreo sistemático consecutivo para elegir a los 792 participantes.
- 5) Solicitud de permisos y autorizaciones tanto a los centros de salud como a los participantes.
- 6) Administración del cuestionario CDCETAC por Internet.
- 7) Recopilación y registro de las respuestas del cuestionario.
- 8) Análisis estadísticos de los datos.
- 9) Análisis de los resultados a partir del marco teórico seleccionado.
- 10) Redacción y presentación del informe de investigación.

Por lo que respecta al plan de acción, la secuenciación de tareas apenas distaría de lo indicado en la planificación y en las fases del proceso de implementación —Apartado 2.2. Procedimiento—.

### 2.1.2. Variables

Las variables objeto de estudio son de tipo ordinal y nominal y, en su mayoría, hacen referencia a los determinantes de la conducta que se proponen desde los modelos de la TAR y el MCS sobre las acciones de salud. De esta forma, las variables nominales se medirán mediante frecuencias absolutas, mientras que el valor de las variables ordinales se obtendrá a través de medias aritméticas de las respuestas a todos los ítems correspondientes a cada variable y por cada participante. Teniendo en cuenta que desde este proyecto de investigación se proponen dos hipótesis distintas, es vital que tengamos este aspecto en consideración a la hora de definir las variables objeto de estudio:

#### **Hipótesis 1:**

- Variable Dependiente (VD1): Uso de terapias alternativas. Medida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para cada VI.
- Variable Independiente 1 (VI1.1): Usuario de servicios de Salud Mental públicos (SM) o de servicios de atención primaria (AP).
- Variable Independiente 2 (VI1.2): Edad. Puede tomar 6 valores (Ver apartado 2.4.).
- Variable Independiente 3 (VI1.3): Género. Puede tomar 4 valores (Ver apartado 2.4.).

- Variable Independiente 4 (VI1.4): Nivel de Estudios Alcanzado. Puede tomar 5 valores (Ver apartado 2.4.).
- Variable Independiente 5 (VI1.5): Nivel de Ingresos. Puede tomar 5 valores (Ver apartado 2.4.).
- Variable Independiente 6 (VI1.6): Religión. Puede tomar 7 valores (Ver apartado 2.4.).

### **Hipótesis 2:**

- Variable Dependiente (VD2): Intención de uso de terapias alternativas.
- Variable Independiente 1 (VI2.1): Actitud hacia las terapias alternativas.
- Variable Independiente 2 (VI2.2): Normas subjetivas.
- Variable Independiente 3 (VI2.3): Control conductual percibido.
- Variable Independiente 4 (VI2.4): Percepción de vulnerabilidad.
- Variable Independiente 5 (VI2.5): Percepción de gravedad de las consecuencias.
- Variable Independiente 6 (VI2.6): Motivación de salud.
- Variable Independiente 7 (VI2.7): Beneficios potenciales percibidos.
- Variable Independiente 8 (VI2.8): Barreras y costes percibidos.

## **2.2. Procedimiento**

Por lo que respecta a la implementación del diseño de investigación, podemos describirlo de forma secuencial de la siguiente manera:

**1ª Fase:** Solicitud de la acreditación de un comité de ética de investigación clínica con una antelación suficiente a la fecha prevista de inicio —entre 3 y 6 meses—, teniendo en cuenta los plazos máximos para obtener respuesta.

**2ª Fase:** Realizar la primera fase de muestreo por conglomerados para seleccionar los centros de salud que formarán parte de la muestra y solicitar los permisos y autorizaciones necesarios.

**3ª Fase:** Una vez obtenida la autorización por parte de los centros de salud, comenzar con el muestro sistemático consecutivo, que durará 11 días. A las

personas que accedan a participar y que hayan firmado y cumplimentado el Consentimiento Informado se les hará entrega de una tarjeta con un código QR a través del cual podrán acceder al cuestionario.

**4ª Fase:** El cuestionario permanecerá abierto un mes para dar tiempo suficiente a todos los participantes para cumplimentarlo.

**5ª Fase:** Una vez cerrado el cuestionario se procederá a analizar los datos mediante métodos estadísticos. Este proceso no debería durar más de dos semanas.

**6ª Fase:** Redacción del informe final que incluya los resultados obtenidos, discusión y conclusiones, así como recomendaciones para futuras líneas de investigación. La duración de esta última fase puede variar sustancialmente en función de las revisiones y ediciones necesarias.

## 2.3. Participantes

Teniendo en cuenta que la población diana del proyecto de investigación que nos ocupa son personas adultas residentes en Cataluña que sean, bien usuarias de servicios de salud mental pública —SM—, o bien usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos de salud —AP— y, con el objetivo de obtener una muestra representativa que permita la generalización de los resultados, nos interesa obtener una selección muestral que contenga ambas características y que tenga un tamaño adecuado (León y Montero, 2011).

Así pues, en primer lugar, se procede a utilizar el Portal Estadístico del Ministerio de Salud (s.f.) para obtener el tamaño total de la población, seleccionando como medida principal las personas que acuden a los servicios públicos con relación a un problema de salud y como dimensiones de filtro el año 2021, la Comunidad Autónoma de Cataluña y el tipo de problema de salud. Esta consulta vuelca un total de 3.072.025 de personas que acudieron a los servicios de salud mental públicos en Cataluña durante el año 2021 y un total de 3.897.500 de personas que acudieron a los servicios de atención primaria por cualquier otro motivo de salud en Cataluña durante el año 2021, pero no por problemas relacionados con la salud mental. Con estos datos y, mediante la fórmula para calcular el tamaño de la muestra (Figura 3), podemos obtener el tamaño muestral para el proyecto.

### Figura 3

*Fórmula para el cálculo de la muestra en poblaciones finitas*

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

**n** = Tamaño de muestra buscado.

**N** = Tamaño de la población.

**Z** = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza.

**e** = Error de estimación máximo aceptado.

**p** = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado.

**q** = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (1 – p).

Así, a partir del supuesto de máxima indeterminación, según el cual  $p = q = 50\%$ , y utilizando un nivel de confianza del 95% — $Z = 1,96$ — y una estimación de precisión con un error máximo de  $\pm 5\%$ , obtendríamos una muestra representativa de la población mediante una muestra compuesta por 384 personas usuarias de servicios de salud mental pública y 384 personas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos de salud. Es decir, para ser representativa, la muestra debería estar compuesta por un total de 768 participantes (León y Montero, 2011; 2016).

Ahora bien, ¿cómo nos aseguramos de que todos los elementos de la población tengan la misma probabilidad de pertenecer a la muestra? Teniendo en cuenta que Cataluña se encuentra dividida en 9 regiones sanitarias distintas, podemos realizar un muestreo aleatorio por conglomerados para simplificar el proceso de selección de los participantes. De este modo, podemos seleccionar de forma aleatoria 2 Centros de Atención Primaria que cuenten con Servicios de Salud Mental en cada región sanitaria: Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Girona, Catalunya Central, Alt Pirineu i Aràn, Barcelona Nord, Barcelona Sud i Barcelona Ciutat (Gencat, s.f.).

Una vez que hemos muestreado los Centros de Atención Primaria o conglomerados, podemos afinar el muestreo todavía más mediante un proceso de muestreo sistemático consecutivo, de forma similar a como lo hicieron Rodríguez et al. (2017) en su estudio. Así, seleccionaríamos el primer y el último paciente de la lista de visitas programadas de cada día durante 11 días consecutivos para los 18 Centros de Asistencia Primaria seleccionados, tanto para usuarios de servicios de salud mental como para aquellos que acuden por cualquier otro problema de salud no relacionado con la salud mental. De este modo, a 4 pacientes por día durante 11 días consecutivos, en cada uno de los 18 Centros de Atención Primaria previamente muestreados, obtendríamos una muestra total compuesta por 792 participantes.

Así pues, el primer criterio de inclusión viene determinado por la necesidad de ser usuario de los servicios de salud mental públicos o de los servicios de

atención primaria en Cataluña. Otros criterios de inclusión serán tener más de 18 años de edad —por ser la mayoría de edad legal en España—, disponer de acceso a Internet, mediante un ordenador o un dispositivo móvil y que accedan a firmar el consentimiento firmado. En cuanto a los criterios de exclusión, estos se aplicarán a cualquier persona que se niegue a participar en el estudio o que no esté dispuesta a firmar el consentimiento informado, así como a aquellas personas cuya afección sea de tal gravedad que les impida tomar decisiones de forma independiente o rellenar el cuestionario.

En la primera toma de contacto con los participantes, el profesional de la salud que los atiende se encargará de realizar una breve presentación del proyecto en base al guion facilitado (Anexo A) y, si la persona está interesada en participar, se le entregará el consentimiento informado (Anexo B) para su revisión y firma, con el fin de proteger su privacidad y la protección de datos, tal y como se establece en el Artículo 39º del Código Deontológico de los Psicólogos en España (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015). Una vez facilitada toda la información y aceptada la participación por parte de la persona mediante la firma del consentimiento informado, se le entregará una tarjeta personal con un código que permita identificar si se trata de un paciente de servicios de salud mental —SM— o de Asistencia Primaria —AP— (Anexo C), y un código QR mediante el que podrán acceder al cuestionario (Figura 4).

#### **Figura 4**

*Código QR para acceder al cuestionario*



La cumplimentación del cuestionario por Internet nos permite reducir en gran medida las restricciones administrativas de tiempo y coste que conllevaría su cumplimentación en persona (Abad et al., 2011), al mismo tiempo que puede ayudar a superar los problemas derivados de la presencia del entrevistador, pues al completar las preguntas en un entorno familiar sin la presencia de este, se puede ver aumentada la validez de las respuestas, especialmente las de aquellas más personales en las que, sin la presencia de un entrevistador, el participante podría responder más sinceramente, evitando sesgos de respuesta como aquellos relacionados con la deseabilidad social (Blair et al., 2005).

## 2.4. Instrumentos

Tras el estudio de la literatura disponible y, previa revisión de distintos instrumentos relacionados con la medición de actitudes y creencias respecto a las medicinas alternativas y complementarias (Hyland et al., 2003; Mao et al., 2012; Quandt et al., 2009) se ha llegado a la conclusión de que ninguno de ellos cubre todos los determinantes de la conducta que son objeto de interés para este proyecto de investigación. Por este motivo, se procede a la creación de un cuestionario *ad hoc* que se ajuste a los objetivos de este proyecto de investigación. A este cuestionario de elaboración propia se le ha dado el nombre de Cuestionario de Determinantes de la Conducta en la Elección de Terapias Alternativas y Complementarias —CDCETAC, para abreviar— y se puede acceder a él a través del código QR (Figura 4) o mediante el siguiente enlace:

<https://forms.gle/ThYeCDHBb9xD5sZT6>

En el Anexo D se encuentra la distribución de ítems por bloque, así como la codificación de cada uno de los ítems. A continuación, se detallan algunos aspectos importantes sobre el proceso de elaboración del instrumento y se justifican las distintas elecciones metodológicas.

El CDCETAC es un cuestionario estructurado que consta de 40 ítems. Se ha tomado la decisión de que la totalidad de los ítems que componen el instrumento sean preguntas cerradas con alternativas de respuesta ordinales y nominales, puesto que las respuestas cerradas son de utilidad para reducir la ambigüedad y requieren un menor grado de esfuerzo de los participantes para responderlas, ya que estos solamente tendrán que escoger una de las alternativas de respuesta proporcionadas, lo que reduciría de manera importante el tiempo necesario para responder al cuestionario y, por lo tanto, debería proporcionar unas tasas de respuesta elevadas y unas tasas de abandono reducidas (Hernández y Baptista, 2014; Meneses, 2016), algo que es de especial relevancia en un cuestionario de 40 ítems. En cuanto al tipo de escalas utilizadas, únicamente los dos primeros bloques temáticos utilizan respuestas nominales, el resto de los ítems que componen los otros bloques temáticos utilizan escalas de respuesta de tipo Likert de 5 elementos, donde el 1 corresponde a “Muy en desacuerdo” y el 5 a “Muy de acuerdo”.

No se ha considerado conveniente incluir preguntas de filtro debido a que en las tarjetas que se entregarán a los pacientes con el código QR ya se adjunta un código que permite filtrar a aquellos pacientes que acudieron a los servicios de salud mental de aquellos que acudieron a los servicios de atención primaria por otros motivos de salud, lo cual se incluye en una pregunta previa del cuestionario que no se ha contabilizado como ítem.

En contraposición y, con el fin de evitar los posibles sesgos de tendencia de respuesta, se han incluido dos pares de preguntas de control que deberían permitir contrastar la consistencia de la información proporcionada en dichos ítems mediante su reformulación (Blair et al., 2005; Díaz, 2005). Así, las

preguntas de control están compuestas por los pares de ítems 12 y 25, por un lado, y 31 y 36, por otro lado. En este sentido, se descartará a aquellos participantes que hayan contestado las preguntas de control utilizando respuestas que no sean inversas o neutrales.

Si bien se han descartado los instrumentos relacionados con la medición de actitudes y creencias sobre las terapias alternativas revisados por no contener todos los determinantes de la conducta objeto de interés, sí se han utilizado como referencia algunos de los ítems del HCAMQ —*Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire*— (Hyland et al. 2003) para la elaboración de algunos ítems del CDCETAC; concretamente, se han adaptado a partir del HCAMQ los ítems 23, 26, 28, 29 y 39. Así mismo, se ha procedido de modo similar para elaborar los ítems 33 y 35, siendo en este caso el PDRQ-9 —*Patient-Doctor Relationship Questionnaire*— el instrumento de referencia (Fernández et al., 2021).

En cuanto a los distintos bloques temáticos del CDCETAC, los dos primeros hacen referencia a datos generales sobre los participantes y cada uno de los demás bloques hace referencia a uno de los determinantes de la conducta que se establecen desde los modelos de la TAR y el MCS, aunque el primer bloque temático también se encuentra incluido entre los determinantes de la conducta que se establecen desde el MCS —Factores Sociodemográficos—. En la Tabla 1 se detalla cada bloque temático, acompañado de los ítems que lo componen y de su codificación.

**Tabla 1**

*Codificación e ítems de los distintos bloques del CDCETAC*

VARIABLE LATENTE	CÓDIGO	Nº DE ÍTEMS
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FS1 - FS6	Ítems 1 a 6
FACTORES CLÍNICOS	FC1 - FC3	Ítems 7 a 9
ACTITUD HACIA LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS	AT1 - AT3	Ítems 10 a 12
NORMAS SUBJETIVAS	NS1 - NS4	Ítems 13 a 16
CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO	CC1 - CC3	Ítems 17 a 19
PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD	PV1 - PV3	Ítems 20 a 22
PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS	GC1 - GC3	Ítems 23 a 25
MOTIVACIÓN DE SALUD	MS1 - MS3	Ítems 28 a 28
BENEFICIOS POTENCIALES PERCIBIDOS	BP1 - BP4	Ítems 29 a 32
BARRERAS Y COSTES PERCIBIDOS	BC1 - BC4	Ítems 33 a 36
INTENCIÓN	IN1 - IN4	Ítems 37 a 40

Como ya se ha comentado, los ítems que componen todos los bloques temáticos menos los dos primeros utilizan escalas de respuesta de tipo Likert, por lo que la

operacionalización de sus distintos niveles se puede consultar en la Tabla 2. En cuanto a la operacionalización de las distintas variables que se incluyen en los dos primeros bloques temáticos, a continuación, se especifica la operacionalización de cada uno de los ítems:

## **Bloque 1 – Factores Sociodemográficos**

- Ítem 1 (FS1) – Edad:
  - Nivel 1: de 18 a 25 años
  - Nivel 2: de 26 a 35 años
  - Nivel 3: de 36 a 45 años
  - Nivel 4: de 46 a 55 años
  - Nivel 5: de 56 a 65 años
  - Nivel 6: más de 65 años
  
- Ítem 2 (FS2) – Género:
  - Nivel 1: Mujer
  - Nivel 2: Hombre
  - Nivel 3: Transgénero
  - Nivel 4: No Binario / Fluido
  
- Ítem 3 (FS3) – Región Sanitaria:
  - Nivel 1: Alt Pirineu i Aran
  - Nivel 2: Barcelona Ciutat
  - Nivel 3: Barcelona Nord
  - Nivel 4: Barcelona Sud
  - Nivel 5: Camp de Tarragona
  - Nivel 6: Catalunya Central
  - Nivel 7: Girona
  - Nivel 8: Terres de l'Ebre
  - Nivel 9: Lleida
  
- Ítem 4 (FS4) – Nivel de Estudios Alcanzado:
  - Nivel 1: Educación primaria (graduado escolar)
  - Nivel 2: Educación secundaria (ESO, bachillerato, FP, CFGM)
  - Nivel 3: Diplomatura, grado o CFGS
  - Nivel 4: Máster o posgrado
  - Nivel 5: Doctorado
  
- Ítem 5 (FS5) – Nivel de Ingresos:
  - Nivel 1: Inferior a 20.000€ anuales
  - Nivel 2: Entre 20.000€ y 40.000€ anuales

- Nivel 3: Entre 40.000€ y 60.000€ anuales
- Nivel 4: Entre 60.000€ y 100.000€ anuales
- Nivel 5: Superior a 100.000€ anuales
- Ítem 6 (FS6) – Religión:
  - Nivel 1: Cristianismo
  - Nivel 2: Islamismo
  - Nivel 3: Hinduismo
  - Nivel 4: Budismo
  - Nivel 5: Ateísmo
  - Nivel 6: Agnosticismo
  - Nivel 7: Otro

## **Bloque 2 – Factores Clínicos**

- Ítem 7 (FC1) – Pronóstico de la afección por la que acudió a consulta:
  - Nivel 1: Corta duración
  - Nivel 2: Larga duración
  - Nivel 3: Crónico
- Ítem 8 (FC2) – Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la afección:
  - Nivel 1: Menos de 1 año
  - Nivel 2: Entre 1 y 2 años
  - Nivel 3: Entre 2 y 5 años
  - Nivel 4: Entre 5 y 10 años
  - Nivel 5: Más de 10 años
- Ítem 9 (FC3) – Utilización de Terapias Alternativas:
  - Nivel 1: Sí
  - Nivel 2: No

**Tabla 2**

*Operacionalización de las escalas de respuesta de tipo Likert*

NIVEL	DEFINICIÓN
1	Muy en desacuerdo
2	En desacuerdo
3	Ni acuerdo ni desacuerdo
4	De acuerdo
5	Muy de acuerdo

## 2.5. Análisis planteados

El análisis de los resultados obtenidos se realizaría mediante el paquete estadístico SPSS-PC v27, por ser la versión más reciente.

En primer lugar, teniendo en cuenta que se han utilizado algunos elementos de otros cuestionarios y, con el objetivo de detectar si existen problemas de comprensión de las preguntas, dificultades en las alternativas o escalas de respuesta, o respecto a las instrucciones que acompañan al cuestionario, sería apropiado llevar a cabo una pequeña prueba piloto con un grupo de 20 personas con características similares a las de los criterios de inclusión del estudio propuesto; de este modo, se podría comprobar si los ítems del cuestionario son claros, específicos, coherentes, suficientes y relevantes (Meneses, 2016). Así mismo, también sería adecuado repartir a las 20 personas que han participado en la prueba piloto en dos grupos de discusión de 10 personas, para que discutan abiertamente sobre el cuestionario en base a una guía de preguntas, pues esto podría resultar de utilidad para identificar elementos relevantes que puedan haberse pasado por alto durante la elaboración del cuestionario y que podrían ser incluidos en este (Fàbregues y Paré, 2016).

Posteriormente, sería necesario realizar una breve propuesta de análisis de las propiedades psicométricas del instrumento desarrollado. Primeramente, sería especialmente importante evaluar la validez de constructo del instrumento para cada determinante de la conducta, ya que esto nos permitiría confirmar si las preguntas de cada bloque miden el mismo constructo o, por el contrario, miden un constructo diferente. Para ello, una técnica especialmente útil sería el Análisis Factorial Confirmatorio. Por otro lado, también se podría hacer uso del Juicio de Expertos para evaluar la relevancia de los ítems y para valorar la validez y la fiabilidad del instrumento, algo que podría contribuir significativamente a mejorar el cuestionario (Meneses et al., 2016).

Con todo lo mencionado hasta el momento en los apartados previos, se proponen los siguientes análisis de datos para cada uno de los objetivos generales y específicos del proyecto (Hernández y Baptista, 2010):

**OG1:** *Determinar si la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña es mayor que la de aquellas que acuden a servicios de atención primaria por otros motivos.*

En este caso, podríamos utilizar la razón de probabilidades u Odds Ratio —OR— para determinar la posibilidad de que el uso de medicinas y terapias alternativas se encuentre presente en el grupo de personas usuarias de servicios de salud mental públicos frente al riesgo de que se encuentre presente en el grupo de personas que acuden a los servicios de atención primaria por otro motivos de salud. Una vez recopilados los datos de uso de medicinas y terapias alternativas de ambos grupos, construiríamos una tabla de contingencia en la que se mostraría su distribución y, a partir de esta, podríamos calcular el Odds Ratio de Prevalencia —por tratarse de un estudio transversal— a través de la siguiente fórmula:

$$ORP = (a/b) / (c/d) = (ad/bc)$$

**a** = personas usuarias de servicios de salud mental que utilizan medicinas y terapias alternativas.  
**b** = personas usuarias de servicios de salud mental que no utilizan medicinas y terapias alternativas.

**c** = personas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos de salud que utilizan medicinas y terapias alternativas.

**d** = personas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos de salud que no utilizan medicinas y terapias alternativas.

Una vez realizado el cálculo de ORP, un resultado superior a 1 indicaría que la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas es mayor en las personas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña, en comparación con aquellas que acuden a los servicios de atención primaria por otros motivos de salud. En cambio, si el ORP fuera inferior a 1 estaría indicando lo contrario. Así, un resultado de X —superior a 1— en ORP nos estaría indicando que la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas es X veces mayor en personas usuarias de servicios de salud mental públicos en comparación a personas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos de salud (Cerde et al., 2013).

Luego, para evaluar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, podríamos realizar un análisis inferencial de diferencia de frecuencias con  $\chi^2$  —chi cuadrado— con un nivel de significancia de 0.05, ya que esta prueba nos permite evaluar si existe una relación estadísticamente significativa entre dos variables categóricas como son el uso de terapias alternativas —sí/no— y el tipo de población —SM/AP—. De este modo, una vez obtenidas las frecuencias de ambos grupos y, si obtuviésemos un valor de p menor a 0.05, tendríamos suficiente evidencia estadística para concluir que

existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de medicinas y terapias alternativas y el tipo de población, lo que permitiría respaldar la afirmación de que existe una mayor prevalencia en uno de los grupos.

**OE1:** *Obtener la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña, estratificada por sexo y grupos de edad.*

**OE2:** *Obtener la prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de atención primaria por otros motivos en Cataluña, estratificada por sexo y grupos de edad.*

Para responder a estos objetivos convendría llevar a cabo análisis descriptivos de frecuencias y porcentajes mediante estadística descriptiva. Convendría realizar los análisis de frecuencias mediante tablas cruzadas, en las que se obtendría la frecuencia de personas que utilizan terapias alternativas por sexo y edad, tanto para las que acuden a los servicios de SM públicos como para aquellas que acuden a los servicios de AP por otro motivo de salud.

**OG2:** *Establecer cuáles son los principales determinantes que influyen en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población adulta usuaria de servicios de salud mental públicos en Cataluña.*

Para determinar cuáles son los principales determinantes que influyen en la conducta de elección de un tratamiento mediante terapias alternativas se podría utilizar un análisis de correlación de Pearson o de Spearman, en función de la distribución de las puntuaciones. Si la distribución de las puntuaciones es normal usaríamos la correlación de Pearson y, en caso contrario, la de Spearman. Como en este caso todas las variables son cuantitativas, utilizar un modelo de correlación sería especialmente adecuado, puesto que nos permitiría evaluar cómo se relacionan las VI con la VD. En este sentido, podremos evaluar tanto la dirección como la fuerza de la correlación y determinar si esta es estadísticamente significativa, de tal forma que si el coeficiente de correlación tiene un valor de 0.2 a 0.46 se considerará baja, de 0.5 a 0.79 se considerará moderada, y por encima de 0.8, alta.

**OE3:** *Analizar la relación entre los factores sociodemográficos y la elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña.*

En este caso se podría utilizar la prueba  $\chi^2$  de independencia, ya que esta permite comparar la frecuencia observada de la VD en cada categoría de la VI. De este modo, podríamos analizar la relación que hay entre los factores sociodemográficos objeto de estudio —edad, género, nivel de estudios, nivel de ingresos y religión— y la elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en personas adultas usuarias de los servicios de SM públicos en Cataluña.

Tras realizar los diversos análisis estadísticos propuestos, deberíamos estar en posición de aceptar o rechazar las hipótesis propuestas en este proyecto.

### 3. Discusión

En caso de que los resultados permitiesen confirmar la Hipótesis 1 del proyecto de investigación, *“La prevalencia de uso de medicinas y terapias alternativas en personas adultas usuarias de servicios de salud mental públicos en Cataluña es superior a la de las personas que acuden a consultas los servicios de atención primaria por otros motivos”*, nos encontraríamos ante una situación similar a la que se encontraron Elkins et al. (2005; citado en Swan et al., 2015) cuando observaron que los clientes de psicoterapias estadounidenses utilizaban hasta en un 15% más las terapias alternativas que la población general. En caso de ser así, esto podría suponer la apertura de una línea de investigación prometedora, en tanto que obtener resultados similares en dos muestras de poblaciones tan distintas como la española y la estadounidense permitiría hipotetizar sobre si esta clase de resultados podrían ser extrapolables a otras poblaciones de distintas nacionalidades. Por otro lado, si se confirmase esta hipótesis significaría que los resultados obtenidos no están en línea con los de Rodríguez et al. (2017), quienes afirmaron no haber observado diferencias estadísticamente significativas en la actitud y la prevalencia de uso de medicinas alternativas y/o complementarias en población adulta que acude a las consultas de AP. Sin embargo, es importante mencionar que la muestra seleccionada por Rodríguez et al. (2017) era poco representativa ya que, si bien se utilizó una técnica de muestreo aleatorio, todos los participantes eran pacientes de un mismo Centro de Atención Primaria, lo que podría haber sesgado la muestra.

En cambio, en caso de que los resultados rechazasen la Hipótesis 1 de este proyecto de investigación, sería necesario revisar, en primer lugar, tanto el marco metodológico utilizado como el instrumento elaborado. En caso de no encontrar deficiencias en ninguno de estos significaría que, de modo similar a lo que encontraron Rodríguez et al. (2017), no existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que acuden a los servicios de SM públicos y las que acuden a consultas de AP por otros problemas de salud. En cualquier caso, ambas situaciones supondrían el planteamiento de nuevas preguntas y, por lo tanto, de nuevas líneas de investigación.

En relación con el problema que ha motivado la investigación, el rechazo de la Hipótesis 1 no supondría un gran cambio en el estado de la cuestión. Sin embargo, la confirmación de esta sí, puesto que permitiría resaltar la importancia de realizar más estudios centrados en el uso de pseudoterapias por población afectada con problemas de salud mental, algo que en la actualidad tiene poca representación en la literatura académica disponible.

En cuanto a la Hipótesis 2 del presente proyecto de investigación “*Las normas subjetivas tienen una mayor influencia en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población adulta española usuaria de servicios de salud mental públicos en Cataluña, por encima de la actitud hacia la conducta, el control conductual percibido, la motivación de salud, la percepción de vulnerabilidad, los beneficios potenciales y la percepción de barreras o costes*” y del Objetivo General relacionado con establecer los principales determinantes que influyen en la conducta de elección de tratamientos mediante medicinas y terapias alternativas, en caso de que los resultados permitiesen confirmar dicha hipótesis, estos estarían en consonancia con lo que encontraron Novo et al. (2011) en su estudio sobre la intención hacia la inclusión, si bien hay que tener en cuenta que su muestra estaba compuesta únicamente por estudiantes universitarios y que la intención hacia la inclusión es un tema muy distinto al que tratamos en este proyecto de investigación, por lo que habría que ser cautelosos en este sentido. Así mismo, la confirmación de dicha hipótesis iría en contra de lo mencionado por Mongeau et al. (2022) en su estudio sobre las conductas hacia la vacunación, en el que encontraron que las normas subjetivas no eran un factor que los estudiantes universitarios tuviesen en cuenta a la hora de decidir vacunarse; es importante tener en cuenta que la muestra de este estudio también estaba conformada únicamente por estudiantes universitarios. Además, las tomas de decisiones respecto a cuestiones de salud en personas con afecciones físicas o mentales pueden distar sobremanera de las que realicen estudiantes universitarios cuyo estado de salud es desconocido, por lo que sería complicado poder relacionar unos resultados con otros.

En otro sentido, en caso de que los resultados nos llevasen a rechazar la hipótesis deberíamos revisar el resto de determinantes de la conducta estudiados en la investigación para comprobar cuáles son más significativos, de cara a proponer nuevos proyectos de investigación en esa línea. De cualquier modo, establecer cuáles son los principales determinantes que influyen en la conducta de elección de un tratamiento mediante medicinas o terapias alternativas en población usuaria de los servicios de SM públicos —Objetivo General 2— supondría un importante paso adelante en el estado de la cuestión y permitiría abrir nuevas líneas de investigación que pudiesen contribuir a la elaboración e implementación de políticas de salud más efectivas en lo que a la utilización de las terapias alternativas se refiere.

## 4. Conclusiones

La elaboración de este proyecto de investigación ha supuesto, desde el primer momento, un importante reto. Si bien era consciente de que el tema escogido iba a ser complicado de desarrollar, es un tema que tiene un especial interés para mí y hacía tiempo que venía pensándolo. La preparación de este proyecto no solo me ha permitido obtener una visión más global e integradora sobre la utilización de terapias alternativas, sino que además me ha permitido adentrarme

en profundidad en modelos teóricos que considero que pueden ser especialmente útiles en este campo concreto. De hecho, a lo largo de la elaboración de las memorias me han ido viniendo nuevas preguntas e ideas a la cabeza que he tenido que apartar momentáneamente para centrarme en el trabajo actual.

En cuanto a las lecciones que he aprendido —y que estoy aprendiendo— en el desarrollo de este trabajo, una muy importante ha sido el establecimiento de metas realistas a la hora de proponer un proyecto. Si bien inicialmente encontré bastantes problemas para definir la propuesta de trabajo, con la orientación adecuada por parte mi tutor e investigando en profundidad en la literatura académica existente, finalmente logré encontrar una propuesta realista que se adaptase a lo que yo estaba buscando. Otra lección importante que me llevo es el requisito de ir siempre un paso más allá para tratar de utilizar un punto de vista imparcial y objetivo, basado en evidencias científicas y no en ideas u opiniones subjetivas. Finalmente, otro aprendizaje importante ha sido darme cuenta del gran esfuerzo que conlleva realizar una propuesta de proyecto de investigación, algo de lo que ya era consciente, pero no hasta este punto.

En lo que a la planificación y la metodología de trabajo empleada se refiere, siempre que comienzo una nueva asignatura elaboro una planificación de trabajo en base a la información del campus y del PD de la asignatura, de modo que pueda ver cuántos días tengo para cada tarea, qué entregas se solapan unas con otras, etc. De este modo, puedo planificarme de manera anticipada y pedir días libres en el trabajo para las semanas más intensas. Sin embargo y, aunque he tratado de seguir mi planificación de trabajo como siempre hago, en algunos momentos me ha supuesto un verdadero reto, algo que probablemente está relacionado con que, además de mi trabajo a jornada completa, ahora tengo otro a jornada parcial y, además del TFG, también estoy realizando el Prácticum II y una última asignatura. Con todo, está siendo probablemente el curso más difícil de todos los que llevo en la UOC, pero me alegra poder decir que estoy logrando salir adelante.

## 4.1. Reflexión

A modo de reflexión sobre los objetivos logrados en este proyecto de investigación, considero que el acercamiento a los determinantes de la conducta que influyen en la elección de terapias alternativas, desde un modelo integrativo de los modelos de la TRA y el MCS, permite abordar este aspecto de salud pública desde una perspectiva más comprensiva e integral, desde la que tener en cuenta la subjetividad de las personas usuarias, un acercamiento que considero más ético y respetuoso que la prohibición de las terapias alternativas. En este sentido, considero que el cuestionario elaborado para este proyecto puede ser de mucha utilidad, siempre y cuando se revisen sus propiedades psicométricas y se ajusten algunos ítems e incluso la cantidad de estos en caso de ser preciso. Con todo, creo que este proyecto de investigación y el cuestionario que lo acompaña podrían contribuir a futuras investigaciones que

pretendan apoyar la elaboración e implementación de políticas de salud más centradas en las necesidades y motivaciones de las personas.

## 4.2. Limitaciones y futuras líneas de investigación

Antes de acabar, es necesario resaltar algunos aspectos que pueden suponer una dificultad o limitación y que deberían ser tenidos en consideración de cara a futuras investigaciones que sigan esta línea. En primer lugar, si bien la aplicación del cuestionario por Internet ayuda a reducir restricciones administrativas de coste y tiempo, hay que tener presente que también conlleva una serie de limitaciones inherentes: los problemas técnicos pueden aumentar la tasa de abandono, mientras que la tasa de respuesta de los cuestionarios por Internet ya es de por sí más baja que la de los cuestionarios en persona; además, cumplimentar el cuestionario por Internet ofrece menos oportunidades para aclarar dudas, lo que podría conllevar una mayor tasa de respuestas erróneas. En futuros proyectos, sería adecuado plantearse la aplicación de los cuestionarios en persona para evitar estos problemas.

Aunque se han propuesto análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario, estas no han sido llevadas a cabo, por lo que sería imprescindible analizar las propiedades psicométricas del CDCETAC antes de proceder a utilizarlo en futuras investigaciones.

También es importante notar que los diseños transversales como el que se ha utilizado solo permiten medir las variables en un momento determinado. Así pues, sería apropiado valorar la utilización de un diseño longitudinal en futuros proyectos que sigan esta línea de investigación, lo que permitirá examinar los cambios de las variables en el tiempo y examinar relaciones de causalidad.

## 5. Referencias bibliográficas

- Abad, F. J., Olea, J., Ponsoda, V. y García, C. (2011). Construcción de Tests y análisis de los ítems. En F. J. Abad, J. Olea, V. Ponsoda y C. García (Eds.), *Medición en ciencias sociales y de la salud* (pp. 24-70). Editorial Síntesis.
- Ahmet, T., y Scott, Y. J. (2022). Muslims and Mental Health Services: A Concept Map and a Theoretical Framework. *Journal of Religion and Health*, 61(1), 23-63. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01324-4>
- Akyuz, M., Oran, N., Yucel, U., Eksioglu, A., y Kocak, Y. (2019). The relationship between hopelessness level and complementary and alternative medicine use in patients with breast cancer. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 15(5), 1155-1161. [https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT\\_815\\_17](https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_815_17)
- Amigo, I. (2015). Creencias sobre la salud y el cambio de conducta. En I. Amigo (Eds.), *Manual de psicología de la salud* (2a ed., pp. 21-44). Ediciones Pirámide.
- Belmonte, M. A. (2010). Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 11(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2009.09.005>
- Bertolín, J. M. (2020). Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004>
- Blair, J., Czaja, R. y Blair, E. (2005). Selecting the method of data collection. En J. Blair, R. Czaja y E. Blair (Eds.), *Designing Surveys*, (3ª ed., pp. 33-58). Sage Publishing.
- Brems, C., Johnson, M. E., Warner, T. D., y Roberts, L. W. (2006). Patient requests and provider suggestions for alternative treatments as reported by rural and urban care providers. *Complementary Therapies in Medicine*, 14, 10–19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2005.07.009>
- Breslin, G., Shannon, S., Ferguson, K., Devlin, S., Haughey, T., y Prentice, G. (2019). Predicting athlete mental health stigma using the theory of reasoned action framework. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 13(1), 103-115. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2017-0055>
- Cano, L. y Moreno, C. (2017). Las terapias no convencionales en la campaña de las elecciones generales de 2015. *Revista de Comunicación y Salud*, 7(1), 29-47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6365828>

- Carrillo, P., Rodríguez, M. A., Quinzanos, J., Pacheco, M. R., Soto, M., Velázquez, M., Villarreal, M. F., Aguirre, I. J. y Rubalcava, M. (2023). Alternative and complementary medicine in neurological disorders and neurological disability patients: Prevalence, factors, opinions, and reasons. *Complementary Therapies in Medicine*, 72. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102920>
- Celis, M. (2019). De qué hablamos cuando hablamos de pseudoterapias. Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias. *Clínica Contemporánea*, 10(1). <https://doi.org/10.5093/cc2019a7>
- Cerda, J., Vera, C. y Rada, G. (2013). Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1329-1335. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000014>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). *Código Deontológico del Psicólogo*. <https://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>
- Corrigan, P. W., Rüsçh, N., Ben-Zeev, D., y Sher, T. (2014). The rational patient and beyond: Implications for treatment adherence in people with psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 85-98. <https://doi.org/10.1037/a0034935>
- Defensor del Pueblo (2020, enero). *Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>
- Díaz (2005). El cuestionario, “guía” de la entrevista. En V. Díaz (Eds.), *Manual de trabajo de campo en la encuesta*, (pp.99-129). Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Esmaeili, N., Alizadeh, M., Esfanjani, A. T., y Kheirouri, S. (2016). Evaluating Barriers to Adherence to Dietary Recommendations in Iranian Adults with Metabolic Syndrome: A Qualitative Study Using the Theory of Reasoned Action. *Iranian Journal of Public Health*, 45(7), 926-934. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/evaluating-barriers-adherence-dietary/docview/1814282862/se-2>
- Espada, J. P., Griffin, K. W., González, M. T. y Orgilés, M. (2015). Predicting Alcohol-Impaired Driving among Spanish Youth with the Theory of Reasoned Action. *The Spanish Journal of Psychology*, 18. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.44>
- FECYT (2017). *Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología 2016* (Publicación e-NIPO 057-17-185-2). Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Gobierno de España.

[https://www.fecyt.es/sites/default/files/users/user378/informe\\_epscyt\\_2\\_016\\_completo\\_v060718.pdf](https://www.fecyt.es/sites/default/files/users/user378/informe_epscyt_2_016_completo_v060718.pdf)

- FECYT (2022). *Desinformación científica en España* (Publicación e-NIPO 831220310). Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España. <https://www.fecyt.es/es/publicacion/desinformacion-cientifica-en-espana>
- FECYT (2023). *Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología en España 2022* (Publicación e-NIPO 831230127). Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España. <https://doi.org/10.58121/msx6-zd63>
- Fàbregues, S. y Paré, M. H. (2016). El grupo de discusión y la observación participante. En S. Fàbregues, J. Meneses, D. Rodríguez-Gómez y M. H. Paré, *Construcción de instrumentos para la investigación en las ciencias sociales y del comportamiento*, (Módulo 3). FUOC.
- Fernández, K. N., Corral, N. S. y Valenzuela, E. R. (2021). Validación y adaptación al español del cuestionario de relación médico-paciente en pacientes de diabetes mellitus tipo 2 en el norte de México (PDRQ-9). *Psicumex*, 11(1), 1-19. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i1.339>
- Fish, J. A., Prichard, I., Ettridge, K., Grunfeld, E. A., y Wilson, C. (2022). Predicting men's intentions to seek help for cancer symptoms: A comparison of the Theory of Planned Behaviour and the Health Belief Model. *Australian Journal of Psychology*, 74(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/00049530.2022.2039042>
- Gencat (s.f.). *Institut Català de la Salut. En toda Cataluña*. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 18 de abril, 2023, de <https://ics.gencat.cat/es/lics/a-tot-catalunya/>
- Ghaffari, M., Nasiri, S., Rakhshanderou, S. y Hosseini, P. (2019). Evaluation of Health Belief Model-Based Intervention on Breast Cancer Screening Behaviors among Health Volunteers. *Journal of Cancer Education*, 34, 904-912. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1394-9>
- Hernández, R. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed). McGraw-Hill.
- Hyland, M. E., Lewith, G. T. y Westoby, C. (2003). Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complementary Therapies in Medicine*, 11(1), 33-38. [https://doi.org/10.1016/s0965-2299\(02\)00113-9](https://doi.org/10.1016/s0965-2299(02)00113-9)
- Instituto Nacional de Estadística (2022a). *Cifras de Población. Datos definitivos 01/01/2022 y provisionales 01/07/2022*. Instituto Nacional de Estadística.

[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981)

- Instituto Nacional de Estadística (2022b). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2021*. Instituto Nacional de Estadística. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2021.pdf)
- León, J. M. y Medina, S. (2018). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En A. Ballesteros, S. Barriga, S. Medina y J. M. León (Eds.), *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (Módulo 3). Oberta UOC Publishing.
- León, O. G. y Montero, I. (2011). Encuestas. En O. G. León y I. Montero (Eds.), *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (pp. 105-135). McGraw-Hill.
- León, O. G. y Montero, I. (2016). Introducción y metodología de encuestas. En O. G. León y I. Montero (Eds.), *Métodos de investigación cuantitativa* (Módulo 1). FUOC.
- Ley Orgánica de Protección de Datos (España). (1999). *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre*.
- Lindly, O. J., Thorburn, S., Heisler, K., Reyes, N. M. y Zuckerman, K. E. (2018). Parents' Use of Complementary Health Approaches for Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 1803-1818. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3432-6>
- Mantler, T. (2013) A systematic review of smoking Youths' perceptions of addiction and health risks associated with smoking: Utilizing the framework of the health belief model, *Addiction Research & Theory*, 21(4), 306-317. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.727505>
- Mao, J. J., Palmer, S. C., Desai, K., Li, S. Q., Armstrong, K. y Xie, S. X. (2012). Development and Validation of an Instrument for Measuring Attitudes and Beliefs about Complementary and Alternative Medicine (CAM) Use among Cancer Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2012/798098>
- Martínez, L. M., Martínez, G. I., Molina, J. L., Vallejo, E. O., Gallego, D., Pérez, M. I., Gaviria, J. R. y Rodríguez, M. A. (2016). Uso de terapias alternativas y complementarias en pacientes con dolor crónico en una institución hospitalaria, Medellín, Colombia, 2014. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 23(6), 280-286. <https://doi.org/10.20986/resed.2016.3451/2016>
- Meneses, J. (2016). El cuestionario. En S. Fàbregues, J. Meneses, D. Rodríguez-Gómez y M. H. Paré, *Construcción de instrumentos para la investigación en las ciencias sociales y del comportamiento*, (Módulo 1). FUOC.

- Meneses, J., Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J. y Valero, S. (2016). *Psicometría*. FUOC.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. (noviembre, 2018). *Plan para la Protección de la Salud frente a las Pseudoterapias*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/20181141118135247771.pdf>
- Ministerio de Sanidad (s.f.). *Portal Estadístico. Área de Inteligencia de Gestión*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Recuperado el 17 de abril, 2023, de <https://peestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/problemas-de-salud>
- Mongeau, P. A., Liu, Y., Hashi, E. C. y Roberto, A. J. (2022). College students' influenza vaccine hesitation: a reasoned action investigation with quantitative and qualitative data. *Journal of Behavioral Medicine*, 46, 65-75. <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00310-9>
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 3(1), 91-109. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Moriana, J. A. y Gálvez, M. (2020). Psicoterapias y pseudoterapias en búsqueda de la evidencia científica. La ciencia y la práctica profesional en Psicología Clínica. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 201-210. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2946>
- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). Predicción de la conducta de salud. En V. Morrison y P. Bennett (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 133-172). Pearson Educación.
- Mountifield, R., Andrews, J. M., Mikocka-Walus, A. y Bampton, P. (2015). Doctor communication quality and Friends' attitudes influence complementary medicine use in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 21(12), 3663-3670. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i12.3663>
- Murphy, C. C., Vernon, S. W., Diamond, P. M. y Tiro, J. A. (2014). Competitive Testing of Health Behavior Theories: How Do Benefits, Barriers, Subjective Norm, and Intention Influence Mammography Behavior? *Annals of Behavioral Medicine*, 47, 120-129. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9528-0>

- Novo, I., Muñoz, J., y Calvo, C. (2011). Análisis de las actitudes de los jóvenes universitarios hacia la discapacidad: un enfoque desde la teoría de la acción razonada. *Revista Electrónica De Investigación y Evaluación Educativa*, 17(2)<https://doi.org/10.7203/relieve.17.2.4010>
- Pitpitan, E. V., Chavarin, C. V., Semple, S. J., Mendoza, D., Rodríguez, C. M., Staines, H., Aarons, G. A. y Patterson, T. L. (2017). Fidelity Moderates the Association Between Negative Condom Attitudes and Outcome Behavior in an Evidence-Based Sexual Risk Reduction Intervention for Female Sex Workers. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 470-476. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9861-1>
- Piñeiro, R., Núñez, E., Cabrera, L., Díez, I., Escrig, R., Gil, M. A., Manzano, S., Rodríguez, B. y Calvo, C. (2022). Resultados de una encuesta nacional sobre conocimiento y uso de pseudociencias por parte de los pediatras. *Anales de Pediatría*, 91(1), 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.09.010>
- Quandt, S. A., Verhoef, M. J., Arcury, T. A., Lewith, G. T., Steinsbekk, A., Kristoffersen, A. E., Wahner-Roedler, D. L. y Fønnebo, V. (2009). Development of an International Questionnaire to Measure Use of Complementary and Alternative Medicine (I-CAM-Q). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 331-339. <https://doi.org/10.1089/acm.2008.0521>
- Revuelta, G. (2019). Comportamiento de la ciudadanía respecto a la información sobre salud: exposición, acceso y usos. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 10(1), 9-20. <https://doi.org/10.20318/revhisto.2019.4448>
- Rodríguez, M., Pena, M., Sánchez, V., Real, J., Llovet, R. y Caldero, M. (2017). Utilización de las medicinas alternativas y/o complementarias entre personas que acuden a las consultas de atención primaria del sistema público de salud. *Medicina General*, 6(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6357287>
- Saral, D., Olcay, S. y Ozturk, H. (2022). Autism Spectrum Disorder: When There is no Cure, There are Countless of Treatments. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05745-2>
- Segovia, G. y Sanz-Barbero, B. (2022). "It Works for Me": Pseudotherapy Use is Associated With Trust in Their Efficacy Rather Than Belief in Their Scientific Validity. *International Journal of Public Health*, 67, 1-6. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604594>
- Şenel, H. G. (2010). Parents' Views and Experiences About Complementary and Alternative Medicine Treatments for Their Children with Autistic Spectrum

- Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 494-503. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0891-4>
- Sheppard, B. H., Hartwick, J. y Warshaw, P. R. (1988). The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *Journal of Consumer Research*, 15(3), 325-343. <https://doi.org/10.1086/209170>
- Smith, C. A., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L. Q. y Hay, P. J. (2018). Acupuncture for depression. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 3(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004046.pub4>
- Swan, L. K., Skarsten, S., Heesacker, M., y Chambers, J. R. (2015). Why psychologists should reject complementary and alternative medicine: A science-based perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(5), 325-339. <https://doi.org/10.1037/pro0000041>
- Sylvain, B., Barbara, B., Jean-Michel, G. y Favord-Coune, T. (2022). Complementary and alternative medicines in patients with alcohol or tobacco use disorder: Use, expectations and beliefs. *European Journal of Integrative Medicine*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2022.102115>
- Tomás, C. (2021). La intervención de los poderes públicos frente a las pseudoterapias: posibilidades y límites. *Academic Journal of Health Sciences: Medicina Balear*, 36(3), 64-71. <https://doi.org/10.3306/AJHS.2021.36.03.64>
- Willis, E. (2018). Applying the Health Belief Model to Medication Adherence: The Role of Online Health Communities and Peer Reviews. *Journal of Health Communication*, 23(8), 743–750. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1523260>
- Zhou, C., Yue, X. D., Zhang, X., Shangguan, F., y Zhang, X. Y. (2021). Self-efficacy and mental health problems during COVID-19 pandemic: A multiple mediation model based on the health belief model. *Personality and Individual Differences*, 179. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110893>

## 6. Anexos

### 6.1. Anexo A: Guion de Presentación.

El proyecto de investigación en el que le invitamos a participar se encuentra circunscrito a la asignatura de Trabajo de Final de Grado en Psicología Clínica y de la Salud, de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y ha sido desarrollado por el estudiante de último curso del Grado de Psicología Marc Dalmau Rodríguez.

Este proyecto de investigación pretende recoger información para analizar los determinantes de la conducta en la elección de terapias alternativas en el contexto de la salud pública y para determinar si la prevalencia de su uso en personas que acuden a los centros de salud mental públicos es mayor que en aquellas que acuden a consultas de atención primaria por otros motivos.

Sería un placer poder contar con su participación en este proyecto de investigación, que consistiría en la cumplimentación de un cuestionario de 40 preguntas cerradas relacionadas con el objeto de estudio anteriormente mencionado. En caso de estar interesado/a, se le facilitará un ejemplar del documento de Consentimiento Informado en el que encontrará las garantías necesarias sobre protección de los datos, confidencialidad y anonimato. Por favor, léalo con detenimiento y no dude en preguntar si necesita cualquier aclaración. En caso de querer participar, tan solo debe cumplimentar y firmar el documento en los espacios dispuestos para tal efecto.

Una vez rellenado y firmado el Consentimiento Informado, se le hará entrega de una tarjeta que contiene el código QR mediante el cual podrá acceder al cuestionario y un código de dos letras que deberá introducir antes de comenzar a cumplimentar el cuestionario.

En caso de tener cualquier duda o consulta en relación con el cuestionario, su contenido o su propósito, por favor, no dude en preguntarlo en este momento. Así mismo, podrá resolver cualquier duda que le surja a posteriori contactando con el responsable del proyecto de investigación en la siguiente dirección de correo electrónico: [mdalmau87@uoc.edu](mailto:mdalmau87@uoc.edu).

Le agradecemos sinceramente su colaboración y quedamos a su disposición para aclarar cualquier pregunta que le pueda surgir.

Atentamente,

## 6.2. Anexo B: Consentimiento Informado.

### DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LA ACEPTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO Y DE LA RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Marc Dalmau Rodríguez, con DNI 46989927F, informa a \_\_\_\_\_ de los objetivos del cuestionario y de la recogida de datos. En concreto le informa de lo siguiente:

#### OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario tiene como objetivo obtener información para un proyecto de investigación en psicología Clínica y de la Salud que se está llevando a cabo como parte de un Trabajo Final de Grado de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Específicamente, se pretende recoger información para analizar los determinantes de la conducta en la elección de terapias alternativas en el contexto de la salud pública y para determinar si la prevalencia de su uso en personas que acuden a los centros de salud mental públicos es mayor que en aquellas que acuden a consultas de atención primaria por otros motivos.

#### FINALIDAD

Los datos personales de la persona interesada se recogen y serán tratados con la finalidad exclusiva de elaborar el trabajo académico. No se compartirán por ningún otro medio ni con ninguna otra persona. Los resultados del cuestionario administrado se tratarán de forma completamente anónima.

#### LEGITIMACIÓN

La base legal del tratamiento de los datos de carácter personal de la persona interesada que se recogen, así como aquellos que se puedan generar de la ejecución de este proyecto, es el consentimiento de la persona interesada. En cualquier momento este/a puede optar por abandonar la participación y, en su caso, solicitar la supresión de los datos facilitados y/o de aquellos que se hayan generado hasta el momento.

#### DESTINATARIOS

Los datos personales de la persona interesada no se cederán a ninguna otra persona ni institución.

-----  
Yo, \_\_\_\_\_, declaro que:

He leído la hoja de información, he podido hacer preguntas y he recibido suficiente información sobre el proyecto de investigación. Además, he leído detenidamente la siguiente información básica sobre protección de datos:

**RESPONSABLE:** Marc Dalmau Rodríguez.

**FINALIDAD:** obtener información para un proyecto de investigación en psicología Clínica y de la Salud que se está llevando a cabo como parte de un Trabajo Final de Grado de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

**LEGITIMACIÓN:** Consentimiento del interesado o de la interesada.

**DESTINATARIOS:** Marc Dalmau Rodríguez.

**DERECHOS:** Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos.

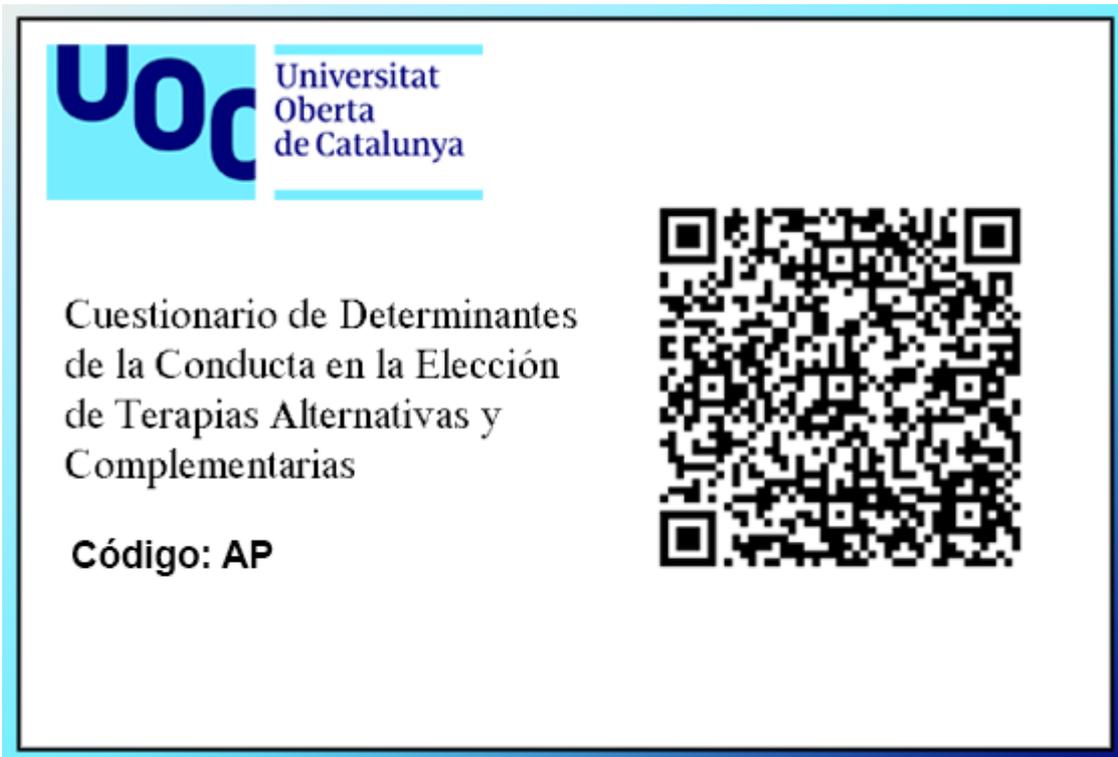
Doy libremente mi consentimiento para participar en el proyecto de investigación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_,

Firma de la persona participante:

\_\_\_\_\_

### 6.3. Anexo C: Tarjetas CDCETAC.



UOC Universitat Oberta de Catalunya

Cuestionario de Determinantes de la Conducta en la Elección de Terapias Alternativas y Complementarias

**Código: AP**



UOC Universitat Oberta de Catalunya

Cuestionario de Determinantes de la Conducta en la Elección de Terapias Alternativas y Complementarias

**Código: SM**



## 6.4. Anexo D: Cuestionario CDCETAC.

VARIABLE	CÓDIGO	Nº ÍTEM	DESCRIPCIÓN
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	FS1	1	Edad
	FS2	2	Género
	FS3	3	Región Sanitaria
	FS4	4	Nivel de Estudios Alcanzado
	FS5	5	Nivel de Ingresos
	FS6	6	Religión
FACTORES CLÍNICOS	FC1	7	¿Cuál es el pronóstico de la afección por la que acudió a los Servicios de Salud Públicos?
	FC2	8	¿Cuánto tiempo hace que se le diagnosticó la afección por la que acudió a los Servicios de Salud Públicos?
	FC3	9	¿Utiliza o ha utilizado alguna clase de terapia alternativa para tratar cualquier tipo de afección física o mental?
ACTITUD HACIA LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS	AT1	10	Teniendo en cuenta sus potenciales beneficios para la salud de las personas, creo que las terapias alternativas deberían ser aceptadas y regularizadas por el Estado
	AT2	11	Considero que las terapias alternativas pueden ser beneficiosas para la salud física y mental de cualquiera, independientemente de si está enfermo/a o no
	AT3	12	Creo que las terapias alternativas son más seguras que los tratamientos convencionales y que deberían ser ofertadas en los Servicios de Salud Públicos
NORMAS SUBJETIVAS	NS1	13	Mis padres me enseñaron desde pequeño/a los beneficios potenciales que tienen las terapias alternativas
	NS2	14	En mi familia, siempre se ha optado por utilizar terapias alternativas como primera elección ante un problema de salud
	NS3	15	Personas cercanas a mí consideran que las terapias alternativas son más seguras que los tratamientos convencionales
	NS4	16	Si una persona cercana a mí me recomendase probar una terapia alternativa en lugar de un tratamiento convencional, lo haría sin dudar
CONTROL CONDUCTUAL PERCIBIDO	CC1	17	En lo que se refiere a tomar decisiones sobre mi salud física o mental, acostumbro a ignorar las recomendaciones de los médicos y terapeutas
	CC2	18	En general, no necesito de la opinión o consejo de nadie para tomar una decisión respecto a mi salud física o mental
	CC3	19	Me siento plenamente capacitado/a para tomar decisiones en lo que a mi salud física y mental se refiere
PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD	PV1	20	Creo que cualquier persona puede verse afectada por una enfermedad física y/o mental
	PV2	21	Considero que mi estado de salud general hace que sea más fácil que me vea afectado por una enfermedad física y/o mental
	PV3	22	A parte del motivo que me llevó a consulta, en general, me preocupa ponerme enfermo/a y/o tener un problema de salud mental
PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS	GC1	23	Las terapias alternativas pueden ser peligrosas, ya que puede impedir que la gente obtenga un tratamiento apropiado o propiciar su abandono
	GC2	24	Las terapias alternativas pueden suponer un riesgo para la salud de las personas debido a sus efectos secundarios
	GC3	25	Considero que los tratamientos que se ofrecen desde la medicina y la psicología son más seguros que los tratamientos de terapias alternativas
MOTIVACIÓN DE SALUD	MS1	26	Mantengo un estilo de vida saludable (deporte, dieta equilibrada, dormir bien, etc.) para tener una buena salud física y mental
	MS2	27	Me preocupo de realizarme análisis y revisiones médicas una vez al año para conocer mi estado de salud general
	MS3	28	Hago todo lo posible para encontrar el balance entre trabajo y descanso para estar saludable
BENEFICIOS POTENCIALES PERCIBIDOS	BP1	29	Las terapias alternativas ayudan a encontrar el equilibrio entre cuerpo y mente, logrando una cura permanente
	BP2	30	Las terapias alternativas ayudan a estar en sintonía con uno/a mismo/a, con los demás y con el entorno, logrando así una mejor calidad de vida
	BP3	31	Existen problemas de salud para los que la medicina y la psicología no tienen solución, pero las terapias alternativas sí
	BP4	32	En general, los/as terapeutas alternativos/as son más cálidos, cercanos y amables que los médicos y los psicólogos
BARRERAS Y COSTES PERCIBIDOS	BC1	33	Me siento insatisfecho con el tratamiento que recibo por parte de mi médico/psicólogo de los Servicios de Salud Pública
	BC2	34	Los tiempos de espera para ser atendido/a en los Servicios de Salud Pública son demasiado elevados
	BC3	35	Mi médico/psicólogo y yo no estamos de acuerdo en la naturaleza de mi síntomas y/o en cómo abordarlos
	BC4	36	En ocasiones he encontrado ayuda en las terapias alternativas donde los tratamientos convencionales habían fallado
INTENCIÓN	IN1	37	Me gustaría explicarle a otras personas sobre los potenciales beneficios de las terapias alternativas
	IN2	38	Tengo especial interés en las terapias alternativas y me planteo utilizarlas en un futuro cercano
	IN3	39	Antes de acudir a un médico o a un psicólogo en busca de un tratamiento convencional, siempre intentaré probar con una terapia alternativa antes
	IN4	40	Tengo la intención de aprender más sobre una terapia alternativa para poder ayudarme a mí mismo/a y a los demás