

SOBRE LA PRACTICA

Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud

Training program in social skills to nurse workers in primary assistance: effects on the communication with the health services user

José M.^a LEON (*), Luis JARANA y Amalio BLANCO

RESUMEN

Se diseñó un programa de entrenamiento en habilidades sociales dirigido a profesionales de la enfermería adscritos a centros de planificación familiar o ambulatorios con competencias en educación y promoción de la salud, con el objetivo de poner a prueba la hipótesis de que después del entrenamiento: a) mejoraría la comprensión de los usuarios de los mensajes de salud facilitados por los profesionales entrenados, y b) se incrementaría la satisfacción de los usuarios respecto al trato recibido por dichos profesionales. Los sujetos sometidos a entrenamiento fueron 21, dos varones y 19 mujeres, con una edad media de 32 años y una experiencia profesional media de cinco años. Se utilizó un diseño cuasi experimental del tipo pretest-postest con una observación de seguimiento tres meses después de la implantación del programa. Los resultados confirmaron la hipótesis puesta a prueba.

ABSTRACT

A training program in social skills addressed to nursery workers in primary assistance was designed. Its main purpose was to test hypothesis: a) the program implementation would improve users' understanding of health information provided by trained personnel, and b) users' satisfaction with communication and attention provided by personnel would also be improved. 21 subjects were trained, 2 men and 19 women, and a mean age of 32 a mean professional experience of 5 years. A pretest-postest quasi experimental design was employed, with a three months following measured added. Results were in agreement with the hypothesis formulated.

PALABRAS CLAVE

Habilidades sociales. Autoayuda. Cambio actitud.

KEY WORDS

Social skills. Self helping. Attitude change.

(*) Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla. Avda. San Francisco Javier, s/n. Apartado de Correos 3.128 - 41005 Sevilla.

Desde que en 1978 la *American Psychological Association* decidiera incluir en su nomenclatura organizativa una división dedicada expresamente a la psicología de la salud, los términos de promoción, prevención y educación han acabado por consagrarse como los objetivos primordiales de este movimiento. El propio pronunciamiento de los miembros de dicha división en 1979 no deja lugar a equívoco alguno cuando defienden que la *Psicología de la salud es un conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de parte de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones con ellos relacionadas*. Tras esta declaración de principios doctrinales, amplísimamente aceptada, existían sólidas convicciones. Una, tan antigua como la propia historia de la humanidad pone de relieve la relación entre ambiente y condiciones de vida e incidencia de la enfermedad. La idea de que la patología es un reflejo del ambiente y de las condiciones en que se desenvuelve nuestra existencia (Pérez Tamayo, 1985), constituye la razón por excelencia de la medicina social. La segunda de las convicciones, especialmente relevante para la psicología, tampoco es precisamente reciente, es aquella que ha intentado poner sobre el tapete la inequívoca relación entre los modos que las personas tienen de conducirse en su vida cotidiana y la salud. Knowles (1977) resume, con gran acierto, esta doble convicción, al menos en lo que a la sociedad norteamericana se refiere: "Más del 99 % de nosotros hemos nacido sanos y nos convertimos en enfermos como consecuencia de nuestro mal comportamiento y de las condiciones ambientales. La solución a los problemas de enfermedad en la sociedad norteamericana actual implica, en primer término, la asunción de responsabilidad individual y social canalizada, en segunda instancia, a través de una legislación y de esfuerzos voluntarios" (Knowles, 1977, pág. 58, citado en Matarrazzo, 1982, pág. 4).

Tras todo ello late una idea que en el ámbito de la psicología de la salud alcanza un

lugar preeminente y sobre la que conviene volver una y otra vez: el hombre como actor de su propia conducta, una idea de profundas resonancias que intenta acabar con la tradicional pasividad y resignación determinista que ha caracterizado nuestra posición frente a las siempre opacas y sobrias razones de la enfermedad y que con tanto esmero habían manejado las teorías biomédicas y que en la actualidad vuelve a hacer preocupante acto de presencia de la mano del tan alegremente traído y llevado genoma. Promoción, educación y prevención sólo adquieren verdadero sentido desde la inequívoca convicción en las capacidades del individuo para alcanzar un determinado *status* de salud y de hacer personalmente frente a determinados ataques a su bienestar físico. Y en esa dinámica los hábitos de conducta se han contemplado, y no sin razón, como una variable especialmente objetivable y sólidamente enmarcada en la tradición psicológica.

Desde ahí se abrieron las puertas a una firme esperanza: la de lograr que los individuos pudieran cambiar masivamente ciertos hábitos de conducta que resultan, a todas luces, perniciosos para su salud, elaborando programas de educación a través de los medios de comunicación de masas (Flay, 1987), envío de correspondencia con programas de autocuidado de salud (Jefferey *et al.*, 1982), documentales de educación para la salud (Murray *et al.*, 1986) bajo la bien intencionada creencia de que estas estrategias podrían resultar de utilidad para el cambio de hábitos o para el aprendizaje de habilidades de salud, pero olvidando, quizá, algunos datos provenientes de la propia historia de la psicología cuando, en un intento de simplificación extrema, ha pretendido responsabilizar a una sola variable de la compleja dinámica del comportamiento (recuerde el lector el aventurado calvario que en este sentido ha sufrido la actitud en sus, sin duda, inequívocas relaciones con el comportamiento) y suponiendo, sin un marco sólidamente justificativo, que la información masiva resulta suficiente para introducir cambios en el comportamiento de los individuos, tal y como no hace mucho defendía Fineberg (1989).

Los resultados, francamente preocupantes, no se han hecho esperar. Becker y Joseph (1988) en el caso del SIDA, Stewart y Brook (1983) en el de la obesidad, Ross (1984) en el de la alcoholemia, por mencionar sólo algunos ejemplos, han puesto de manifiesto la escasa eficacia de las estrategias globales de intervención que se sustentan sobre la mera información. Jefferey lo resumía recientemente de manera harto concluyente: "Veinticinco años de campañas educativas han reducido la prevalencia del consumo de tabaco en Estados Unidos, pero cerca de la tercera parte de la población sigue fumando... La información sobre los riesgos de salud no necesariamente transmite a los individuos la urgente necesidad de cambiar de conducta, aun cuando esa información haya sido comprendida... Sigue en pie un asunto fundamental; el hecho de que los mensajes de salud que desde un punto de vista social son estimulantes, no tienen por qué serlo a nivel individual" (Jefferey, 1989, pág. 1.197).

Más recientemente, Rafael Bengoa, uno de los expertos de la OMS, se hacía eco en la prensa de esta misma problemática al afirmar, de manera concluyente, que el *ciudadano no puede asumir tantas órdenes* como recibe en relación con su salud y al advertir de los efectos nocivos de un bombardeo indiscriminado de información sobre la salud. Y recomienda, como contrapartida, estrategias y campañas para poblaciones de riesgo diseñadas al amparo de una sólida investigación básica previa.

Es precisamente en este contexto, tal y como exponíamos en algún otro momento (Blanco y Sánchez, 1990), cuando entra en juego el tema de las habilidades sociales, en este caso concreto las de los profesionales de la salud en su comunicación con los usuarios de los servicios sanitarios por cuanto hace tiempo que contamos con una sólida evidencia empírica que apunta a la hipótesis de una estrecha relación entre satisfacción y grado en que el paciente cumple su tratamiento y nivel de comunicación por parte del profesional de la salud.

Seguindo a Morales (1985) podría afirmarse que la esencia de la aportación psicosocial

al sistema de salud consiste en analizar todas las posibles interacciones implicadas en el mismo, y ello no sólo (como indica el profesor Morales) porque la interacción es el centro de interés de la psicología social, sino también porque cada vez es mayor la evidencia favorable a que unas buenas relaciones entre profesional-usuario de los servicios de salud contribuyen, entre otras cosas, a incrementar la eficacia de los tratamientos, mejorar la adherencia a éstos o aumentar el repertorio comportamental preventivo de los usuarios de los servicios de salud (ver al respecto, además del trabajo ya citado de Morales, las revisiones de Huici, 1983a y 1983b; y Ovejero, 1987 y 1990). Son estos buenos resultados los que han motivado que cada vez sea mayor la demanda de psicólogos sociales para participar en programas de formación del personal tradicionalmente considerado sanitario (ver, por ejemplo, León Rubio y otros, 1988).

Ahora bien, la mejora de las relaciones entre profesional-usuario de los servicios de salud puede potenciarse de diferentes maneras (Barriga, 1988; Castro y Rodríguez, 1988; León, Martínez y Fernández, 1988; Peitchinis, 1982; Roldán, 1985; Silverman, 1987), pero el procedimiento probablemente más efectivo sea el entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1988; Gil, 1984; Kelley, 1987). Por ello, el presente estudio tenía por propósito poner a prueba la *hipótesis* de que después de entrenar en habilidades sociales al personal de enfermería se lograría una comunicación más efectiva (es decir, más comprensible y satisfactoria) de estos profesionales con los usuarios de los servicios de salud.

METODO

Sujetos.—Los sujetos sometidos a entrenamiento fueron 21 profesionales de la enfermería, dos varones y 19 mujeres, con una edad media de 32 años, y una experiencia profesional media de 5,64 años. Todos ellos participaron voluntariamente en el programa que formaba parte de un curso de reciclaje más amplio dirigido a personas que habían sido destinadas a centros de planificación familiar (15 de los 21) o se les habían asignado,

dentro de sus destinos habituales, nuevas competencias relacionadas con la educación y promoción de la salud.

Diseño.—Se utilizó un diseño cuasi experimental con medidas repetidas de la variable dependiente, siendo ésta la puntuación obtenida por los usuarios en un cuestionario sobre comprensión y satisfacción con la comunicación con el personal de enfermería que les atendió y que fue elaborado al efecto.

Los usuarios de los servicios de salud donde desempeñaban sus labores el personal de enfermería entrenado, fueron considerados como una muestra escogida al azar. El *grupo 1 (control)* estaba compuesto por los primeros 42 varones (dos por cada profesional entrenado) y las primeras 42 mujeres (también dos por cada profesional entrenado) que hicieron uso de los servicios donde desempeñaba su labor el personal de enfermería *antes* de que éste fuese sometido a entrenamiento. El *grupo 2 (entrenamiento)* estuvo formado igualmente por los primeros 42 varones y las primeras 42 mujeres que hicieron uso de tales servicios inmediatamente *después* de ser entrenado el personal que les atendió. El *grupo 3 (seguimiento)*, como en los casos anteriores, lo conformaron los 42 primeros varones y las 42 primeras mujeres que fueron atendidas por el personal de enfermería que había sido entrenado hacía ya 12 semanas.

Los usuarios debían reunir los siguientes requisitos: ser mayor de edad y no estar sometido a tratamiento médico distinto al que originó la consulta de enfermería. Tenían un rango de edad comprendido entre los 18 y 76 años, siendo su edad media de 38 años.

Procedimiento e instrumento.—El programa de entrenamiento en habilidades sociales fue concebido en la forma propuesta por León y Jarana (1989 y 1990); es decir, partía de la concepción de la habilidad social como un conjunto de capacidades aprendidas por el individuo que le permiten percibir, entender, descifrar y responder a los estímulos sociales en general, especialmente a aquellos que provienen del comportamiento de los demás, incrementando la probabilidad de reforzamiento dentro de un contexto cultural determinado (ver Blanco, 1981). Y se apoyaba en las si-

guientes técnicas: instrucciones, modelado, ensayo de conducta, juego de roles, retroalimentación y reforzamiento. El entrenamiento se llevó a cabo en dos sesiones de cinco horas de duración cada una. En la primera sesión, con ayuda de un video (ver León y otros, 1990) se daba información a los participantes acerca de los tres estilos de respuesta siguientes: no asertivo, asertivo y agresivo. Igualmente, se les proporcionaba información relativa a los componentes conductuales (verbales y no verbales), cognitivos y fisiológicos de la habilidad social. En la segunda sesión, se les proporcionaba por escrito los 13 requisitos que, según Costa y López (1986, pág. 158), debe reunir un mensaje de salud para que facilite la comprensión y el recuerdo por parte del usuario. Seguidamente se invitaba a los sujetos a participar en una situación de juego de roles, en la que serían filmados, consistente en la simulación de una consulta de enfermería en la que debían dar a un supuesto usuario un mensaje de salud, siguiendo los requisitos que previamente se les habían facilitado y poniendo en práctica los conocimientos adquiridos en la primera sesión. Por último, se les proporcionaba "feedback" tomando como referencia la grabación de su representación en la consulta simulada.

Para comprobar los efectos de dicho programa de entrenamiento en habilidades sociales sobre la comunicación con los usuarios de los servicios de salud, se utilizó el juicio de éstos expresado en un cuestionario sobre comprensión y satisfacción con la comunicación con el personal de enfermería que, como ya se ha indicado anteriormente, fue elaborado al efecto. En primer lugar, los autores basándose en su conocimiento sobre la nutrida literatura al respecto y a partir del análisis de la opinión de los usuarios sobre la práctica y la atención sanitaria reflejada en estudios como el de Rodríguez Legido (1984), elaboraron 70 ítems que fueron reexaminados por un grupo de siete expertos, dos pertenecientes al Departamento de Ordenación Profesional, Información y Estudios Sanitarios de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía (en la actualidad, Consejería de Salud y Servicios Sociales), tres pertenecientes

TABLA I
Ítems del cuestionario

1. Creo que el personal se ha preocupado para que no tuviese que esperar mucho tiempo para ser atendido/a.
2. Se me ha permitido exponer extensamente mi problema.
3. Creo que el personal ha sido honesto y sincero conmigo.
4. Me han informado con palabras sencillas y comprensibles.
5. Creo que el personal se ha preocupado en comprobar si yo comprendía correctamente lo que se me decía.
6. No me ha inspirado confianza el personal que me ha atendido.
7. Se me han dado ejemplos muy rebuscados que no tienen nada que ver conmigo.
8. Ahora sé cómo actuar y qué hacer para solucionar mi problema.
9. No se me ha dedicado el tiempo que requería mi caso.
10. Creo que el tiempo que he tenido que esperar para ser atendido/a no ha valido la pena.
11. Me han tratado sin consideración y respeto.
12. Me han explicado todo lo que deseaba saber.
13. Creo que he sido tratado/a igual que cualquier otro usuario.
14. No sé cómo me pueden afectar y qué efectos pueden producirme los tratamientos a los que debo someterme para solucionar mi problema.
15. El personal que me ha atendido no está suficientemente cualificado.
16. Después de esta experiencia prefiero ir a un centro de pago que al seguro.

a la Dirección de los servicios en donde se ejercía su profesión el personal entrenado, y dos adscritos a la Dirección de Programas de Formación Continuada de Enfermería con competencias docentes en los servicios implicados. Dichos expertos redujeron el cuestionario a 16 ítems, que fueron considerados por todos ellos apropiados para que los usuarios enjuiciasen la eficacia de la comunicación con el personal de enfermería atendiendo a dos criterios: comprensión de mensaje y satisfacción con la atención prestada. Dichos ítems se exponen en la Tabla 1, tanto su orden como su sentido (positivo o negativo) fue establecido aleatoriamente.

Se utilizaron cinco categorías de respuesta: "Según mi actual experiencia estoy totalmente de acuerdo con esta afirmación"; "Según mi actual experiencia estoy de acuerdo con esta afirmación"; "No estoy seguro/a de que esta afirmación tenga relación con mi actual experiencia"; "Según mi actual experiencia estoy en desacuerdo con esta afirmación"; "Según mi actual experiencia estoy totalmente en desacuerdo con esta afirmación". Estas opciones de respuesta fueron puntuadas de 5 a 1 en el caso de ítems positivos y de 1 a 5 en el caso de ítems negativos. Por tanto, la máxima

y mínima puntuación que se puede obtener en el cuestionario es de 80 y 16 puntos, respectivamente. El cuestionario se les aplicó individualmente a todos los usuarios inmediatamente después de la consulta de enfermería. Dichas consultas versaron sobre los siguientes temas: el 70 % sobre la utilización de métodos anticonceptivos, el 20 % sobre cuestiones derivadas del seguimiento de pacientes crónicos y el 10 % sobre vacunaciones y consumo de medicamentos. No fue necesario eliminar ningún cuestionario, los datos obtenidos fueron codificados y procesados mediante un ordenador modelo DKM-2000 AT, marca Trisoft, y analizados mediante el paquete estadístico SPSS PC PLUS (versión 2.0). Como parte del proceso de datos del estudio, se elaboró un análisis de los ítems del cuestionario utilizando la correlación entre la puntuación de cada ítem y la puntuación total, obteniéndose una fiabilidad *alpha* de 0,85.

RESULTADOS Y ANALISIS

Los principales resultados obtenidos fueron: 1.º) Con los valores de la variable dependiente se efectuó un ANOVA que reveló diferencias estadísticamente significativas entre los gru-

pos de usuarios (antes, después y seguimiento) respecto a su grado de comprensión y satisfacción con la interacción con el personal de enfermería, con $F(2,249)=120$, $p<0,001$. Los contrastes posteriores de medias indicaron que el grupo de entrenamiento y seguimiento difirieron de un modo estadísticamente significativo del grupo control, con $t(83)=16,785$, $p<0,01$ y $t(83)=9,95$, $p<0,01$, respectivamente, pero no entre sí con $t(83)=0,14$. En suma, después del entrenamiento el personal de enfermería logró una comunicación más efectiva con los usuarios por ellos atendidos, manteniéndose los efectos tres meses después del entrenamiento. 2.º) Igualmente, se realizó un ANOVA con los valores de la variable dependiente según el sexo que no reveló diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres en cuanto a su apreciación de la eficacia de la comunicación con el personal de enfermería, con $F(1,124)=0,07$. Este resultado está en la línea del obtenido por Rodríguez Legido (1984) en su estudio sobre la opinión de los andaluces acerca de la atención sanitaria, en el que se halló que la satisfacción con ésta es independiente del sexo. 3.º) Los grupos de usuarios (antes, después, y seguimiento), así como los varones y mujeres no mostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, pues los respectivos ANOVAS que se realizaron arrojaron los siguientes valores $F(2,249)=0,07$ y $F(1,124)=0,035$. 4.º) Por último, en cuanto a la relación entre la edad y la puntuación en el cuestionario, se halló una correlación negativa no significativa, con $r(252)=-0,106$. Resultado este que difiere del obtenido en el

estudio ya citado de Rodríguez Legido, en el que se puso de manifiesto que a menor edad mayor insatisfacción con la atención sanitaria.

En fin, los resultados obtenidos confirman la hipótesis de partida. No obstante, para valorar éstos en su justa medida, es obligado señalar las limitaciones del presente estudio. Fundamentalmente, el hecho de que al haber empleado un diseño cuasi experimental, queda la duda de que los grupos de usuarios participantes en el mismo difieran entre sí respecto a la satisfacción con las consultas de enfermería y, consiguientemente, con la eficacia de la comunicación con este personal antes de su participación en la presente investigación. Por otro lado, queda por comprobar si el método de entrenamiento empleado es más eficaz que otros alternativos no puestos a prueba. Por último, sería necesario comprobar si el método utilizado sería eficaz empleando otras medidas de la variable dependiente, como, por ejemplo, el grado en que los usuarios siguen o no las prescripciones del personal sanitario.

CONCLUSIONES

Los hallazgos expuestos permiten concluir: 1.º) Que el entrenamiento en habilidades sociales es un buen procedimiento para mejorar la comunicación personal-usuario de los servicios de salud. 2.º) Que siguiendo esta línea de trabajo, futuros estudios deberían ir dirigidos a comprobar la eficacia diferencial de este procedimiento respecto a otros para los fines ya apuntados.

REFERENCIAS

- Barriga, S.: *Salud y Comunidad*. Sevilla. Excmo. Diputación Provincial de Sevilla, 1988.
- Becker, M., y Joseph, J. (1988): "Aids and behavioral change to reduce risk: A review". *American Journal of Public Health*, 78, págs. 394-410.
- Blanco, A.: "Evaluación de las habilidades sociales". En R. Fernández Ballesteros y J. A. I. Carrobles (Eds.): *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide, 1981, págs. 567-606.
- Blanco, A., y Sánchez, F. (1990): "Habilidades de conducta y cuidado de la salud". En S. Barriga y otros: *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla. Servicios Editoriales Alfar.
- Caballo, V.: *Teoría, evaluación y entrenamiento en habilidades sociales*. Valencia. Promolibro, 1988.
- Castro, F. G., y Rodríguez, J.: "Eficacia intercultural del modelo clásico de relación médico-paciente". En S. Barriga y otros (Coords.): *Psicología Social de los problemas sociales*. Granada. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1988, págs. 359-363.
- Costa, M., y López, E.: *Salud Comunitaria*. Barcelona. Martínez-Roca, 1986.
- Fineberg, H. (1989): "La prevención de enfermedades". *Salud Pública de México*, 31, págs. 124-126.
- Flay, B. (1987): "Mass media and smoking cessation: A critical review". *American Journal of Public Health*, 77, págs. 153-160.
- Gil, F.: "Entrenamiento en habilidades sociales". En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.): *Manual de modificación de conducta*. Madrid. Alhambra, 1984, págs. 399-429.
- Huici, C.: "La relación profesional de la salud-enfermo (I)". En J. Pérez Pareja: *Curso de nivelación ATS-Ciencias de la Conducta* (2.º ed.). Madrid. UNED, 1983a, págs. 291-311.
- Huici, C.: "La relación profesional de la salud-enfermo (II)". En J. Pérez Pareja: *Curso de nivelación ATS-Ciencias de la Conducta* (2.º ed.). Madrid. UNED, 1983a, págs. 313-345.
- Jefferey, R. (1989): "Risk behavior and health. Contrasting individual and population perspectives". *American Psychologist*, 44, págs. 1.194-1.202.
- Jefferey, R. et al. (1982): "Self-administered programs for health behavior change: Smoking cessation and weight reduction by mail". *Addictive Behaviors*, 7, págs. 57-63.
- Kelly, H. H.: *Entrenamiento en habilidades sociales*. Bilbao. DDB, 1987.
- León Rubio, J. M.º, y Jarana, L.: *Entrenamiento en habilidades sociales*. Huelva. Centro Asociado UNED, 1989.
- León Rubio, J. M.º, y Jarana, L.: *Habilidades sociales en el trabajo de enfermería*. Madrid. FUDEN, 1990.
- León Rubio, J. M.º; Martínez, M. F., y Fernández, I.: "El papel del psicólogo social en la medicina comportamental". En S. Barriga y otros (Coords.): *Psicología Social de los problemas sociales*. Granada. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1988, págs. 397-401.
- León Rubio, J. M.º (Dir.): *La psicología social en el ámbito sanitario*. Sevilla. Real e Ilustre Colegio de ATS y DE de Sevilla, 1988.
- León Rubio, J. M.º y otros: *Entrenamiento en habilidades sociales: Tres modelos de respuesta*. Sevilla. Centro de Recursos y Tecnología Educativa del ICE de la Universidad de Sevilla, 1990 (video 18 minutos duración).
- Matarazzo, J. (1982): "Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology". *American Psychologist*, 37, págs. 1-14.
- Morales, J. F.: "La relación profesional de la salud-enfermo". En J. F. Morales y otros (Eds.): *Psicología Social Aplicada*. Bilbao. DDB, 1985, págs. 83-109.
- Murray, D. et al. (1986): "Systematic risk factor screening and education: A community-wide approach to prevention of coronary heart disease". *Preventive Medicine*, 15, págs. 661-672.
- Ovejero, A.: *Psicología Social y Salud*. Oviedo. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, 1987 (Cap. 3).
- Ovejero, A.: "Relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo". En S. Barriga y otros (Eds.): *Psicología de la Salud*. Sevilla. Alfar, 1990 (Cap. 6).
- Peitchinis, J. A.: *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Madrid. Alhambra, 1982.
- Pérez Tamayo, R. (1985): *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. México. Siglo XXI.
- Rodríguez Legido, C.: *Los andaluces protagonistas de su salud*. Sevilla. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía, 1984.
- Roldán, C.: "Análisis de la comunicación doctor-paciente". *Análisis y Modificación de Conducta*, 1985, núm. 29, págs. 367-384.
- Silverman, D.: *Communication & Medical Practice*. London. Sage, 1987.
- Stewart, A., y Brook, R. (1983): "Effect of being overweight". *American Journal of Public Health*, 73, págs. 171-178.