

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

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

UAB

Universitat Autònoma
de Barcelona

TESIS DOCTORAL

**IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN
LA TECNOLOGÍA 2.0/3.0 EN LA DOCENCIA DE
ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

Doctoranda

Sònia Cibrián Sánchez

Directores

Dr Manuel Campiñez Navarro

Dr Josep Maria Bosch Fontcuberta

Dra Remedios Martín Álvarez

Tutor

Dr. Albert Selva O'Callaghan

Programa de Doctorado en Medicina

Departamento de Medicina

Barcelona, 2024

A Luca y Sira, los motores de todo lo que hago en esta vida

AGRADECIMIENTOS

No puedo presentar este trabajo sin agradecer a todos aquellos que, de un modo u otro, han colaborado a que haya llegado hasta aquí sin desfallecer en el camino.

A mi amigo y mi maestro en “esto de la Entrevista Motivacional”, Manu Campiñez, porque sin ti y si ti ayuda nada de esto hubiera sido posible.

A mi amigo y compañero Josep Maria Bosch, de quien tanto he aprendido, y no solo de Comunicación.

A Remedios Martín, quien con una sonrisa en la cara siempre alienta a seguir y es inspiración por su capacidad de trabajo.

Al Grupo Programa Comunicación y Salud de semFYC y todos sus miembros, de quien se aprende día a día, y en especial a Rosa Duro y Fernando Ros, gracias a los cuáles conocí el grupo y sembraron en mi la semilla de la Comunicación.

Por supuesto, a mi familia, a mis padres y a Juan, que han aguantado estos años de trabajo, de noches sin dormir, de preocupaciones y de horas delante del ordenador. Su apoyo y su confianza han hecho que este trabajo haya podido salir adelante.

A un montón de amigos que también han estado ahí, y que no puedo nombrar porque seguro que me olvido de alguno. Pero en especial a Judith Méndez, que con su ayuda en la parte inicial del trabajo fue clave para poder seguir con la redacción en un momento de bloqueo.

Y por último, al teatro y a la música, mis otras pasiones que ayudan a desconectar cuando es necesario.

ABREVIATURAS

Las abreviaturas utilizadas en el presente trabajo, por orden alfabético, son las siguientes:

ACCME:	Accreditation Council for Continuing Medical Education
AMEE:	Association for Medical Education in Europe
APS:	Atención Primaria de Salud
BECCI:	<i>Behavior Change Counselling Index</i> (Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta)
CCI:	Coeficiente de Correlación Interclase
CICCA:	Cuestionario de valoración de la relación clínica centrado en el paciente que cuyo acrónimo es la síntesis de C: conectar; I: identificar; C: comprender; A: acordar y A: ayudar a actuar.
CME:	Continuing Medical Education o Educación Médica Continuada
Dislip-EM:	Estudio multidiana de intervención con Entrevista Motivacional en pacientes con riesgo cardiovascular en España.
DOPS:	Observación directa de habilidades procedimentales y técnicas
ECOE:	Examen Crítico Objetivo Estructurado
ECTS:	European Credit Transfer and Accumulation System
EIR:	Enfermero/a Interno/a Residente
EM:	Entrevista Motivacional
EVEM:	Escala de Valoración de Entrevista Motivacional
GATHA:	Cuestionario GATHA, acrónimo de “aspectos Generales de la entrevista”, “Actitud del entrevistador”, “Tareas comunicativas realizadas” y “HAbilidades técnicas usadas”.
ICS:	Índice de concordancia simple
ICS:	Institut Català de la Salut
MFyC:	Medicina Familiar y Comunitaria

MIR:	Médico Interno Residente
miniCEX:	Método de observación directa de la práctica profesional con evaluación estructurada mediante un formulario y posterior provisión de feedback al residente/estudiante
MISC:	<i>Motivational Interviewing Skills Code</i> (Código de habilidades en Entrevista Motivacional)
MITI:	Motivational Interviewing Treatment Integrity Code / Código de integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional
PBI:	Problem Based Interview
semFYC:	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
TICs:	Tecnologías de la Información y la Comunicación

Índice de tablas

	Página
Tabla 01. Tipo de relación en función del control ejercido por médico y paciente	40
Tabla 02. Tipo de relación en función de las perspectivas predominantes de la relación médico-paciente	40
Tabla 03. Programa especialidad MFyC: competencias consideradas de máxima prioridad	45
Tabla 04. Discurso del cambio preparatorio	57
Tabla 05. Discurso del cambio movilizador	58
Tabla 06. Estructura de la formación presencial	97
Tabla 07. Estructura de la formación online	100
Tabla 08. Muestra del estudio	109
Tabla 09. Índice Kappa para los diferentes ítems de la escala EVEM	129
Tabla 10. Medidas en EVEM sumativo en entrevistas previas a la formación.....	130
Tabla 11. Medias del EVEM sumativo en entrevistas posteriores a la formación	132
Tabla 12. Diferencia de puntuación total EVEM sumativo previo y posterior a las formaciones	133
Tabla 13. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Muestra empatía” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.	135
Tabla 14. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Facilita que el paciente se posicione” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.	138
Tabla 15. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	141

Tabla 16. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Emplea preguntas abiertas” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.	144
Tabla 17. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Realiza una escucha reflexiva” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	147
Tabla 18. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	150
Tabla 19. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Valida de forma genuina al paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	153
Tabla 20. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	156
Tabla 21. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	159
Tabla 22. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Maneja la discordia” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	162
Tabla 23. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Evocación” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	165
Tabla 24. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Colaboración” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	168
Tabla 25. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Autonomía” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	171
Tabla 26. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Compasión” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	174
Tabla 27. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Respuesta del paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.....	177

Índice de figuras

	Página
Figura 01. Niveles de la Pirámide de Miller e instrumentos de evaluación	33
Figura 02. El espíritu de la EM	53
Figura 03. Etapas en el aprendizaje en EM	74
Figura 04. Diagrama de la muestra final del estudio	92
Figura 05. Puntuación total EVEM previo a las formaciones, por grupos	131
Figura 06. Puntuación total EVEM posterior a las formaciones, por grupos.....	133
Figura 07. Diferencia de puntuación total EVEM sumativo previo y posterior a las formaciones.....	133
Figura 08. “Muestra Empatía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	137
Figura 09. “Muestra empatía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	137
Figura 10. “Muestra empatía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	137
Figura 11. “Facilita que el paciente se posicione”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	140
Figura 12. “Facilita que el paciente se posicione”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	140
Figura 13. “Facilita que el paciente se posicione”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	140
Figura 14. “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	143

Figura 15. “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	143
Figura 16. “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	143
Figura 17. “Emplea preguntas abiertas”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	146
Figura 18. “Emplea preguntas abiertas”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	146
Figura 19. “Emplea preguntas abiertas”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	146
Figura 20. “Realiza una escucha reflexiva”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	149
Figura 21. “Realiza una escucha reflexiva”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	149
Figura 22. “Realiza una escucha reflexiva”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	149
Figura 23. “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	152
Figura 24. “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	152

Figura 25. “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	152
Figura 26. “Valida de forma genuina al paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	155
Figura 27. “Valida de forma genuina al paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	155
Figura 28. “Valida de forma genuina al paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	155
Figura 29. “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	158
Figura 30. “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	158
Figura 31. “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	158
Figura 32. “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	161
Figura 33. “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	161

Figura 34. “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	161
Figura 35. “Maneja la discordia”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	164
Figura 36. “Maneja la discordia”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	164
Figura 37. “Maneja la discordia”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	164
Figura 38. “Evocación”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	167
Figura 39. “Evocación”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	167
Figura 40. “Evocación”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	167
Figura 41. “Colaboración”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	170
Figura 42. “Colaboración”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	170
Figura 43. “Colaboración”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	170
Figura 44. “Autonomía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	173
Figura 45. “Autonomía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	173

Figura 46. “Autonomía”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	173
Figura 47. “Compasión”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	176
Figura 48. “Compasión”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	176
Figura 49. “Compasión”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	176
Figura 50. “Respuesta del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.....	179
Figura 51. “Respuesta del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.....	179
Figura 52. “Respuesta del paciente”: Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.....	179

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	20
ABSTRACT	21
1. Introducción	22
1.1. El aprendizaje	23
1.1.1. ¿Qué es el aprendizaje?	23
1.1.1.1. Conductismo	24
1.1.1.2. Psicología cognitiva	24
1.1.1.3. Constructivismo	25
1.1.1.4. Aprendizaje social	25
1.1.1.5. Constructivismo social	25
1.1.1.6. Aprendizaje experimental	26
1.1.1.7. Inteligencias múltiples	26
1.1.1.8. Aprendizaje situado y comunidad de práctica	27
1.1.1.9. Aprendizaje y habilidades del siglo XXI	27
1.1.2. En aprendizaje en Medicina: la Educación Médica	28
1.1.2.1. La educación centrada en quien aprende	29
1.1.2.2. La educación orientada a las competencias	31
1.1.2.3. La educación orientada a los valores del profesionalismo	31
1.1.2.4. La evaluación de las competencias	32
1.1.3. Las nuevas tecnologías en el aprendizaje	34
1.2. La Comunicación Asistencial	37
1.2.1. Historia de la Comunicación Asistencial	38
1.2.2. Modelos de Comunicación Asistencial	39
1.2.3. Docencia en Entrevista Clínica	44

	Página
1.3. La Entrevista Motivacional	48
1.3.1. ¿Qué es la Entrevista Motivacional?	48
1.3.2. El espíritu de la Entrevista Motivacional	53
1.3.2.1. La colaboración	54
1.3.2.2. La aceptación	54
1.3.2.3. La compasión	55
1.3.2.4. La evocación	55
1.3.3. ¿Cómo llevar a cabo la Entrevista Motivacional?	56
1.3.4. La Entrevista Motivacional en Atención Primaria	59
1.3.5. ¿Cómo evaluar la Entrevista Motivacional?	60
1.3.5.1. MISC: Motivational Interviewing Skills Code / Código de habilidades en Entrevista Motivacional	61
1.3.5.2. MITI: Motivational Interviewing Treatment Integrity Code / Código de integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional	63
1.3.5.3. BECCI: Behaviour Change Counseling Index / Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta	65
1.3.5.4. EVEM. Escala de Valoración de Entrevista Motivacional	66
1.4. La formación en Entrevista Motivacional	71
1.4.1. Las etapas del aprendizaje en Entrevista Motivacional	71
1.4.2. Evidencia científica acerca de la formación en EM	75
2. Justificación	77
3. Hipótesis	80
4. Objetivos	82
4.1. Objetivo principal	83
4.2. Objetivos secundarios	83

	Página
5. Material y métodos	84
5.1. Diseño del estudio	85
5.2. Población y muestra	87
5.2.1. Cálculo del tamaño muestral	87
5.2.2. Selección de la muestra	88
5.2.3. Criterios de inclusión	89
5.2.4. Criterios de exclusión	90
5.2.5. Descripción de la muestra	91
5.3. Fases del estudio	93
5.4. Material	94
5.4.1. El paciente estandarizado	94
5.4.2. El cuestionario previo	95
5.4.3. Las videgrabaciones	96
5.4.4. La actividad presencial	97
5.4.5. La actividad online	98
5.4.5.1. La plataforma Moodle	98
5.4.5.2. El diseño del curso	99
5.4.5.3. El feedback	100
5.4.6. El pilotaje: Estudio EIRA	102
5.4.7. La evaluación	104
5.5. Análisis estadístico	105
5.6. Aspectos éticos de la investigación	107

6. Resultados	108
6.1. Descripción de la muestra	109
6.1.1. Variables sociodemográficas	110
6.1.1.1. Edad	110
6.1.1.2. Análisis del conocimiento de informática	111
6.1.1.3. Análisis de la variable “Conexión a internet en domicilio”	112
6.1.1.4. Análisis de la variable “Ordenador portátil”	112
6.1.1.5. Análisis de la variable “Internet en el móvil”	113
6.1.1.6. Análisis de la variable “Internet en la consulta”	113
6.1.1.7. Análisis de la variable “Internet a diario”	113
6.1.1.8. Análisis de la variable “Horas semanales en internet”	113
6.1.1.9. Análisis de la variable “Uso de redes sociales”	115
6.1.1.10. Análisis de la variable “Uso de wikis”	116
6.1.1.11. Análisis de la variable “Uso de chats”	117
6.1.1.12. Análisis de la variable “Uso de blogs”	117
6.1.1.13. Análisis de la variable “Uso de videoconferencias”	118
6.1.1.14. Análisis de la variable “Uso de servicios de alojamiento de video”	119
6.1.1.15. Análisis de la variable “Uso de servicio de alojamiento de imágenes”	120
6.1.1.16. Análisis de la variable “Uso de servicio de alojamiento de presentaciones”	121
6.1.1.17. Análisis de la variable “Realización de cursos online”	121
6.1.1.18. Análisis de la variable “Utilización de la plataforma Moodle”	122

	Página
6.2. Resultados de la intervención	123
6.2.1. Análisis de las variables “Tiempo de entrevista”	123
6.2.1.1. Variable “Tiempo de entrevista previa”	123
6.2.1.2. Variable “Tiempo de entrevista posterior”	124
6.2.1.3. Análisis de las variables “Tiempo de entrevista previa” y “Tiempo de entrevista posterior”	125
6.2.2. Análisis de las variables de la escala EVEM	127
6.2.2.1. Análisis de resultados interobservador	127
6.2.2.2. Análisis de la variable “EVEM sumativo”	130
6.2.2.3. Análisis de la variable “Muestra empatía”	135
6.2.2.4. Análisis de la variable “Facilita que el paciente se posicione”	138
6.2.2.5. Análisis de la variable “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente”	141
6.2.2.6. Análisis de la variable “Emplea preguntas abiertas”	144
6.2.2.7. Análisis de la variable “Realiza una escucha reflexiva”	147
6.2.2.8. Análisis de la variable “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”	150
6.2.2.9. Análisis de la variable “Valida de forma genuina al paciente”	153
6.2.2.10. Análisis de la variable “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”	156
6.2.2.11. Análisis de la variable “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente”	159
6.2.2.12. Análisis de la variable “Maneja la discordia”	162
6.2.2.13. Análisis de la variable “Evocación”	165
6.2.2.14. Análisis de la variable “Colaboración”	168
6.2.2.15. Análisis de la variable “Autonomía”	171
6.2.2.16. Análisis de la variable “Compasión”	174
6.2.2.17. Análisis de la variable “Respuesta del paciente”	177

7. Discusión	180
7.1. Discusión de los métodos	181
7.1.1. Tamaño muestral empleado	181
7.1.2. Sesgos de selección	183
7.1.3. Sesgos de información	184
7.2. Discusión de los resultados	185
7.2.1. Discusión de las variables sociodemográficas	185
7.2.2. Discusión de los resultados de la intervención	187
7.3. Limitaciones del estudio	190
7.4. Implicaciones en la práctica	191
8. Conclusiones	192
9. Líneas de futuro	194
10. Bibliografía	196
11. Anexos	206
11.1. Anexo 01. Cuestionario previo: variables independientes	207
11.2. Anexo 02. Tareas del curso online	210
11.3. Anexo 03. Contenido descargable del curso online	216
11.4. Anexo 04. Cuestionario de la evaluación final del curso online	283
11.5. Anexo 05. Modelo de respuestas estandarizadas a las tareas propuestas	286
11.6. Anexo 06. Manual de la escala EVEM 2.0	301
11.7. Anexo 07. Consentimiento informado para las Unidades Docentes	325
11.8. Anexo 08. Consentimiento informado para los residentes participantes	329
11.9. Anexo 09. Consentimiento informado para la realización de videograbaciones	333

RESUMEN

TÍTULO. Impacto de un programa formativo basado en tecnología 2.0/3.0 en la docencia de Entrevista Motivacional en Medicina Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN. La Entrevista Motivacional (EM) es un modelo de comunicación cada vez más importante dentro de la comunicación médica, y es una competencia básica en la docencia de los médicos y enfermeros residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Además, en los últimos años las nuevas tecnologías están tomando más protagonismo dentro de los ámbitos docentes, puesto que permite adecuar las formaciones a las necesidades de los alumnos en términos de desplazamientos, conciliación y eficiencia económica.

OBJETIVOS. El objetivo principal es evaluar la eficacia y eficiencia de un programa formativo basado en la tecnología 2.0/3.0/Online en el aprendizaje de en médicos y enfermeros residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria. Además, se pretende identificar limitaciones y aspectos de mejora en la formación online de EM valorar su factibilidad en el programa de formación de la especialidad, evaluar la satisfacción de la metodología formativa basada en la tecnología 2.0/3.0 y comparar el programa formativo basado en la tecnología Online frente a la metodología presencial tradicional mediante la escala EVEM.

RESULTADOS. En el primer análisis comparativo entre grupos no se evidenciaron diferencias significativas, siendo comparables ambos grupos, a pesar que el grupo control era más joven que el grupo intervención (28 vs 31,5 años). La duración de las entrevistas no obtuvo diferencias significativas entre grupos. En la puntuación sumativa de la escala EVEM se evidencia mejores resultados en el grupo online (diferencia de 13,4 puntos en grupo control y de 21,59 puntos en grupo intervención, sig <0,001), destacando que el grupo intervención mejora en todos los ítems de la escala. Esto puede deberse a la longitudinalidad del curso online y las tareas realizadas en el mismo.

CONCLUSIONES. No existen diferencias entre la formación en EM de forma presencial y online para mejorar las habilidades de los profesionales, siendo la formación online efectiva y demostrándose que las nuevas tecnologías son una herramienta muy útil en las actividades formativas.

ABSTRACT

TITLE. Impact of a training program based on 2.0/3.0 technology on Motivational Interviewing training in Family and Community Medicine

INTRODUCTION. The Motivational Interview (MI) is an increasingly important communication model within medical communication, and it is a basic competence in the teaching of Family and Community Medicine (FCM) resident doctors and nurses. Furthermore, in recent years new technologies are taking more prominence within teaching environments, since they allow training to be adapted to the needs of students in terms of travel, work-life balance and economic efficiency.

OBJECTIVES. The main objective is to evaluate the effectiveness and efficiency of a training program based on 2.0/3.0/Online technology in the learning of resident doctors and nurses in Family and Community Medicine and Nursing. In addition, the aim is to identify limitations and aspects for improvement in online EM training, assess its feasibility in the specialty training program, evaluate the satisfaction of the training methodology based on 2.0/3.0 technology and compare the training program based on Online technology compared to traditional in-person methodology using the EVEM scale.

RESULTS. In the first comparative analysis between groups, no significant differences were evident, both groups being comparable, although the control group was younger than the intervention group (28 vs 31.5 years). The duration of the interviews did not show significant differences between groups. In the summative score of the EVEM scale, better results are evident in the online group (difference of 13.4 points in the control group and 21.59 points in the intervention group, sig <0.001), highlighting that the intervention group improves in all areas. scale items. This may be due to the longitudinality of the online course and the tasks performed in it.

CONCLUSIONS. There are no differences between face-to-face and online EM training to improve the skills of professionals, with online training being effective and demonstrating that new technologies are a very useful tool in training activities.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL APRENDIZAJE

En primer lugar, vamos a conocer a fondo qué es el aprendizaje, su metodología dentro del ámbito médico y su adaptación a las nuevas tecnologías.

1.1.1. ¿QUÉ ES EL APRENDIZAJE?

A lo largo de la historia han surgido muchas definiciones de aprendizaje. De un modo general, se puede definir el aprendizaje como “la adquisición por la práctica de una conducta duradera” (1). De forma más exhaustiva, se podría definir como un proceso que reúne las experiencias e influencias personales y ambientales para adquirir, enriquecer o modificar conocimientos, habilidades, valores, actitudes, comportamiento y visiones del mundo (2).

Está claro que los seres humanos y los animales superiores poseemos una capacidad de adaptación a la conducta y a la resolución de problemas resultado de presiones ambientales o de eventos fortuitos, pero hay que apuntar que el aprendizaje también se trata de un proceso voluntario de enseñanza (3), y en este sentido, las teorías de aprendizaje desarrollan hipótesis que describen cómo se lleva a cabo este proceso.

El estudio del aprendizaje tiene una larga historia. Hace más de 2000 años, Aristóteles ya describió el aprendizaje por asociación, teoría de la que se hicieron eco autores como John Locke y David Hume hace más de 200 años (4). Pero el estudio del proceso de aprendizaje se inició de forma rigurosa al inicio del siglo XX. Desde entonces son muchos los autores que han estudiado el proceso de aprendizaje, y existen múltiples teorías al respecto. Vamos ahora a profundizar en las 9 corrientes más importantes según la UNESCO (2):

1.1.1.1. CONDUCTISMO

Las teorías conductistas se originaron al inicio del siglo XX, y durante muchos años fueron las dominantes en el ámbito del aprendizaje. Se basa en la idea que el aprendizaje es un cambio de comportamiento debido a la adquisición, el refuerzo y la aplicación de asociaciones entre los estímulos del ambiente y las respuestas del individuo. Su interés radica en los cambios mensurables en el comportamiento.

El fisiólogo ruso Pavlov describió el “condicionamiento clásico” explorando una importante forma de aprendizaje en sus experimentos clásicos sobre el condicionamiento de los perros. Pavlov mostró cómo la investigación científica puede descubrir principios del aprendizaje aplicables a distintas especies (4).

Más tarde, Thorndike, uno de los principales teóricos del comportamiento, planteó que una respuesta a un estímulo se refuerza cuando se sigue un efecto positivo de recompensa, y que una respuesta a un estímulo se hace más fuerte a través del ejercicio y la repetición (2).

Posteriormente, Skinner propuso la variante del “condicionamiento operante”, donde defendía que recompensar las partes correctas de la conducta refuerza y estimula su recurrencia; es decir, los reforzadores controlan la aparición de los comportamientos parciales deseados. Su aplicación más conocida es la “enseñanza programada”, mediante la cual la secuencia correcta de los comportamientos parciales a aprender se especifica mediante un elaborado análisis de tareas (2,5).

1.1.1.2. PSICOLOGÍA COGNITIVA

Sus inicios se remontan a 1950. Según esta teoría se define al individuo como “procesador de información”. El aprendizaje es entendido como la adquisición de conocimientos, asemejando al alumno a un procesador que absorbe información, lleva a cabo operaciones cognitivas y las almacena en la memoria. Sus métodos docentes principales son conferencia y lectura de libros de texto, y en su forma más extrema el alumno es receptor pasivo de conocimiento por parte del maestro. Sus principales representantes son F Bartlett y J Bruner (2,6).

1.1.1.3. CONSTRUCTIVISMO

Surgió entre los años 1970 y 1980. Se basa en la teoría que los estudiantes no son receptores pasivos de información, sino que construyen su conocimiento a través de la interacción con el medio ambiente y de la reorganización de sus estructuras mentales. Así, los alumnos son los responsables de interpretar y dar sentido al conocimiento y no solamente individuos que almacenan la información recibida. El profesor se convierte en una guía cognitiva del aprendizaje y no en un mero transmisor de conocimientos. Su principal representante es J Piaget ⁽²⁾.

1.1.1.4. APRENDIZAJE SOCIAL

Esta teoría, desarrollada en 1977 por Albert Bandura, defiende que los individuos aprenden en un contexto social, facilitándose a través de conceptos como el modelado, el aprendizaje por observación y la imitación. A través de estos conceptos, Bandura propuso el “determinismo recíproco”, que sostiene que el comportamiento, medio ambiente y cualidades individuales influyen recíprocamente unos a otros. En resumen, la teoría se basa en el concepto que aprendemos en interacción con los demás ^(2,7).

1.1.1.5. CONSTRUCTIVISMO SOCIAL

Una nueva corriente dentro del pensamiento constructivista apareció a finales del siglo XX, a partir del trabajo pionero de Vygotsky, así como de la investigación antropológica y etnográfica de autores como Rogoff y Lave. La crítica de estos estudiosos se enfocaba hacia el hecho que hasta entonces, el constructivismo y la psicología cognitiva consideraban el aprendizaje como un proceso que ocurre dentro de la mente de forma aislada del entorno y de la interacción con él, considerándola autosuficiente e independiente del entorno. En cambio, sus teorías sugieren que la cognición y el aprendizaje se entienden como interacciones entre el individuo y una situación, de forma que el conocimiento es fruto de la actividad, el contexto y la cultura en la que se forma y se utiliza ⁽²⁾.

1.1.1.6. APRENDIZAJE EXPERIENCIAL

Se basa en las teorías sociales y constructivistas del aprendizaje, pero situando la experiencia como el centro del proceso de aprendizaje. El objetivo es entender las maneras de cómo las experiencias motivan a los estudiantes, promoviendo su aprendizaje. Dicho de otro modo, el aprendizaje se trata de experiencias significativas que conducen a un cambio en los conocimientos y comportamientos de un individuo. Su máximo exponente es Carl Rogers, que sugiere que el aprendizaje experimental es aquel aprendizaje por iniciativa propia, y por la cual las personas tienen una inclinación natural por aprender ^(2,8).

Algunas de las reflexiones presentadas por C Rogers son ⁽⁹⁾:

- “El aprendizaje sólo puede ser facilitado: no podemos enseñar a otra persona directamente”
- “Los alumnos se vuelven más rígidos bajo amenaza”
- “El aprendizaje significativo se produce en un entorno donde la amenaza es reducida al mínimo”
- “El aprendizaje es más probable que ocurra y más duradero cuando se da por iniciativa propia”

1.1.1.7. INTELIGENCIAS MÚLTIPLES

La teoría de las inteligencias múltiples, elaborada por Howard Gardner en 1983, sostiene que la comprensión de la inteligencia no está dominada por una sola capacidad general, sino que el nivel de inteligencia de cada persona se compone de numerosas y distintas “inteligencias”: lógico-matemática, lingüística, espacial, musical, cinético-corporal, interpersonal e intrapersonal. Más tarde se añadirían trabajos como el de D Goleman referidos a la inteligencia emocional ^(2,10) entendida como la capacidad para dirigirnos con efectividad a los demás, a través de la conciencia de uno mismo y también de la conciencia social, siendo capaces de reconocer las emociones en el entorno del individuo.

1.1.1.8. APRENDIZAJE SITUADO Y COMUNIDAD DE PRÁCTICA

Esta teoría, desarrollada por Jean Lave y Etienne Wenger, hace hincapié en el carácter relacional del conocimiento y del aprendizaje, es decir, sostiene que el aprendizaje se lleva a cabo con más eficacia dentro de las comunidades. Posteriormente Thomas Sergiovanni refuerza la teoría afirmando que los resultados académicos y sociales mejorarán cuando los alumnos cambien las aulas tradicionales por comunidades de enseñanza y aprendizaje ^(2,11).

1.1.1.9. APRENDIZAJE Y HABILIDADES DEL SIGLO XXI

El aprendizaje en el siglo XXI se caracteriza por el conocimiento impulsado por la tecnología. Las nuevas habilidades en este siglo han llevado a fomentar el desarrollo del conocimiento a través de medios de comunicación, pensamiento crítico, sistemas, habilidades interpersonales y aprendizaje autodirigido. Uno de los principales métodos utilizados para apoyar el aprendizaje de estas habilidades es el aprendizaje en grupo y por proyectos, lo que implica un trabajo colaborativo basado en la investigación de problemas y preguntas del mundo real, siempre contando con cada vez mayor presencia de las TICs ^(2,12,13,14).

1.1.2. EL APRENDIZAJE EN MEDICINA: LA EDUCACIÓN MÉDICA

En primer lugar, deberíamos conocer la definición de educación médica. Existen muchas definiciones, pero el glosario que ofrece Wojtczak ⁽¹⁵⁾ presenta una de las más completas de la literatura:

“Proceso de enseñanza, aprendizaje y formación de los estudiantes, con una integración progresiva de conocimientos, experiencias, habilidades, actitudes, responsabilidad y valores de manera que finalmente puedan ejercer la medicina. Clásicamente se divide en enseñanza pregraduada, posgraduada y formación continua aunque se insiste cada vez más en que la educación médica es un *continuum*. La educación médica pregraduada o educación médica básica se refiere al período que comienza en el momento en que el estudiante ingresa en la facultad de medicina y que termina con el examen final de la licenciatura. Este período de educación acostumbra a dividirse en un período preclínico y uno clínico. Finaliza con el otorgamiento de la autorización para la práctica de la medicina, que puede ser provisional y sometida a supervisión que permite iniciar la formación médica postgraduada. La educación postgraduada o formación de especialistas, es el período más o menos continuo de aprendizaje tras el período de formación básica, que permite adquirir las competencia para el ejercicio en la especialidad médica elegida.”

De todos modos ya se ha avanzado que la educación médica no termina al graduarse el alumno, sino que posteriormente un médico se ha de formar durante toda su vida. Hablamos entonces de la Educación Médica Continuada (Continuing Medical Education o CME), que , según la ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education) ⁽¹⁶⁾ se trata del conjunto de actividades educativas que sirven para mantener, desarrollar y mejorar los conocimientos, habilidades, práctica clínica y relaciones personales que el médico utiliza para proveer servicios a los pacientes, a la población general o a la profesión.

Existen diversos organismos que regulan la Educación Médica en todo el mundo, para intentar crear una marco teórico común sustentado en evidencias científicas con el objetivo conocer qué actividades formativas son las más efectivas para aumentar el los conocimientos y las habilidades de los médicos. El organismo más importante es la AMEE (Association for Medical Education in Europe), fundada en 1972, actualmente hay 90 países miembros de los 5 continentes. Se compone de diversos grupos de trabajo que abordan distintos ámbitos de la educación médica.

Un importante punto de inflexión en la regulación de la educación fue la Declaración de Bolonia ⁽¹⁷⁾, firmada en 1999. Este documento fijaba el marco de desarrollo de la educación superior en Europa, y fue firmado inicialmente por 29 países. El compromiso adquirido por los firmantes de la Declaración consiste en promover un modelo común de educación superior a nivel europeo, y se puede resumir en 6 objetivos ⁽¹⁸⁾:

- Adopción de un sistema de titulaciones comparables y comprensivas, facilitada por la implementación del denominado Suplemento al Título.
- Adopción de un sistema basado en dos principales ciclos: graduado y postgraduado.
- Implementación de un sistema común de créditos (ECTS) como forma de promover al máximo la movilidad de los estudiantes.
- Promoción de la movilidad de los estudiantes, profesores, investigadores y personal de administración.
- Promoción de la cooperación europea para asegurar la calidad con el objetivo de desarrollar criterios y metodologías comparables.
- Promoción de una dimensión europeísta a nivel de la Educación Superior en especial en lo que se refiere al desarrollo curricular, cooperación interinstitucional, movilidad, programas de estudios integrados, docencia e investigación.

Esta declaración se aprobó en relación a todos los estudios superiores, pero en el caso de la Medicina no fue hasta 2004 cuando las facultades empezaron a concienciarse del cambio y se empezó a discutir cómo aplicarlo. Progresivamente se fueron instaurando cambios en las facultades como la introducción del Suplemento al título, la implementación de los ECTS, la adopción de un currículum transparente y comprensible o la implementación de un proceso de garantía de calidad. Pero hay otros puntos que han suscitado más controversias, como el caso de la estructuración de la educación en dos ciclos.

De todos modos, se puede decir que la Declaración de Bolonia marca unas directrices puramente estructurales en cuanto a la organización de la educación superior, pero hay otros aspectos fundamentales que subyacen a la declaración de Bolonia ^(18,19):

- La educación centrada en quién aprende.
- La educación orientada a las competencias.
- La educación orientada a los valores del profesionalismo.
- La evaluación de las competencias.

1.1.2.1. LA EDUCACIÓN CENTRADA EN QUIEN APRENDE

El principio fundamental de la Declaración de Bolonia es que el alumno se haga el principal responsable de su propio aprendizaje. Puesto que actualmente se considera el aprendizaje como un proceso constructivista, autodirigido, colaborativo y contextual ^(18,20), se tiende a considerar mediante la implantación de los créditos ECTS no solamente el tiempo que el alumno está en contacto con el profesor, sino también el tiempo que el estudiante dedica al aprendizaje más allá de la dedicación del docente.

Estas afirmaciones tienen, por tanto, implicaciones para el docente, ya que pasa de ser un mero transmisor de información a los estudiantes, a un facilitador de su aprendizaje ⁽²⁰⁾. En el ámbito de la medicina, así como en todas las profesiones con carácter social y práctico, es preciso resaltar el carácter sociocultural del aprendizaje y su dimensión relacional. Teniendo en cuenta que el aprendizaje con un tutor es limitado en el tiempo, dentro de la formación se ha de hacer hincapié también en la capacidad que tendrá el alumno para seguir aprendiendo de forma autónoma durante el resto de su vida ⁽²¹⁾. En resumen, el aprendizaje debe ser desarrollado personalmente, para ello el alumno, con ayuda del docente, tiene que adquirir capacidades para autodirigirlo.

“En lo que realmente hay que insistirle a un principiante es que el proceso educativo en el que se ha embarcado no es un curso de medicina o un período de residencia, sino un curso que dura toda la vida, para el cual el trabajo de unos pocos años con tutores o profesores, es sólo la preparación.”

W Osler (1897)

Este concepto de aprendizaje autodirigido no es nuevo, y es un claro ejemplo de que en muchas ocasiones la educación médica se avanza a la educación superior en general. Ya en 1897 W Osler ⁽²¹⁾ hizo referencia a ello, pero la idea de la educación centrada en el estudiante, y del rol facilitador del profesor fueron desarrolladas por R Harden ^(22,23) entre 1984 y 2000.

1.1.2.2. LA EDUCACIÓN ORIENTADA A LAS COMPETENCIAS

La educación orientada a las competencias es un modelo educativo en el que el énfasis recae en el producto de la educación más allá del proceso, es decir, en las competencias finales que se espera que haya adquirido el estudiante al finalizar su aprendizaje. Así, se considera que un alumno al terminar su periodo docente debe haber adquirido una serie de conocimientos profesionales y habilidades, así como valores y actitudes, que serán objeto de evaluación.

Este concepto de aprendizaje se basa en fijar aquello que se debe aprender y aquello que debe ser evaluado, para que tanto el alumno como el profesor sepan en todo momento lo que se espera de ellos, y que ambos puedan establecer la organización del curriculum, el contenido y la metodología docente para alcanzar estos objetivos ^(18,24), que finalmente deben ser evaluados.

A la hora de definir qué competencias deben incluirse en el curriculum y, por tanto, ser evaluadas como objetivo del aprendizaje, en cada facultad se debe establecer el procedimiento implicando todos los miembros participantes del proceso docente: estudiantes, académicos, profesionales en formación o colegios profesionales y sociedades científicas ⁽²⁵⁾. Existen distintos modelos para definir competencias publicados en los últimos años, los más utilizados en nuestro país son el modelo escocés (The Scottish Doctor)⁽²⁶⁾ y el modelo del Global Minimum Essential Requirements in Medical Education (Institute for International Medical Education)⁽²⁶⁾.; y a partir de aquí cada facultad tiene su documento adaptado.

1.1.2.3. LA EDUCACIÓN ORIENTADA A LOS VALORES DEL PROFESIONALISMO

A la hora de hablar de competencias, más allá de los conocimientos y habilidades de los alumnos, no debemos olvidar que es esencial para un buen profesional adquirir valores y actitudes, que se enmarcan dentro de las denominadas competencias esenciales o transversales en todos los planes docentes. A estos valores y actitudes se los conoce como profesionalismo.

Es necesario, en este sentido, incorporar estos valores al curriculum del estudiante desde el inicio de su formación, puesto que su aprendizaje debe darse a lo largo de todo el proceso educativo de forma continuada y constante ⁽²⁷⁾. Y para ello, hay que reconsiderar los modelos educativos tradicionales en que los alumnos asisten a clase y se limitan a tomar notas del profesor, y evolucionar hacia nuevas modalidades como clases interactivas, seminarios y talleres, grupos de trabajo o prácticum ⁽²⁸⁾. De hecho, se considera que la mejor manera para que los estudiantes aprendan estas actitudes y valores es a través del modelaje de otros miembros del contexto clínico y educativo ⁽²⁹⁾. Esto no significa que sea necesario tener un tutor excelente en todos los ámbitos, puesto que no existe el modelo perfecto, pero sí que es necesario que se genere una reflexión consciente o inconsciente sobre situaciones concretas que ayuden al estudiante a crear su propio rol profesional. Y es precisamente la reflexión uno de los elementos esenciales para el aprendizaje y la evaluación de los valores del profesionalismo, siendo necesario que este proceso de reflexión esté estructurado y con soporte del profesorado, ya que los estudiantes pueden tener poca práctica en el autoaprendizaje.

1.1.2.4. LA EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS

Es uno de los puntos más importantes de la Declaración de Bolonia, ya que no tiene sentido adquirir competencias si éstas no se pueden evaluar. En el proceso de evaluación se pretende dar información acerca de lo que se ha aprendido, con el objetivo de orientar hacia dónde seguir aprendiendo ⁽³⁰⁾.

En los últimos años se ha avanzado mucho en el campo de la evaluación de competencias, y cada vez disponemos de más métodos e instrumentos para evaluar los conocimientos adquiridos por los estudiantes. Existen dos tipos de evaluación: la **evaluación formativa** es aquella que tiene por objetivo informar al estudiante de su progreso para mejorar en su proceso de aprendizaje; se trata de una herramienta educativa. La **evaluación sumativa** pretende otorgar un valor a los conocimientos adquiridos por el estudiante, certificando la aptitud o falta de ella para una tarea concreta. Hay también evidencia que apunta a que a lo largo de un periodo formativo, es necesario aumentar el número y sobretodo la diversidad de evaluaciones, siendo también importante el feed-back de cada una de estas pruebas. El objetivo es que todas las evaluaciones sean formativas y sumativas ⁽³¹⁾.

Uno de los autores que más recientemente ha presentado su teoría acerca de la evaluación de las competencias es George Miller ⁽³²⁾, quien describió cuatro niveles que facilitan el desarrollo de los profesionales médicos. Si nos fijamos en la pirámide de Miller ⁽³³⁾ (Figura 01), la evaluación de los conocimientos y la capacidad de aplicarlos se correspondería con los dos primeros escalones (el saber y el saber cómo), utilizando métodos de evaluación que evalúen los conocimientos como exámenes o pruebas de resolución de problemas; la aplicación en situaciones estandarizadas y controladas se correspondería con el tercer escalón (mostrar cómo) y se evaluarían con técnicas como uso de maniqués, ECOEs (Examen Crítico Objetivo Estructurado en el que se evalúan de forma práctica las competencias clínicas) o simuladores; y la demostración de la competencia en el lugar de trabajo sería el cuarto escalón (el hacer). En este cuarto escalón se utilizan técnicas de evaluación a través de observación directa de situaciones reales como análisis de registro, miniCEX (método de observación directa de la práctica profesional con evaluación estructurada mediante un formulario y posterior provisión de feedback al residente/estudiante)⁽³⁴⁾, técnica 360° (conjunto de retroalimentación sobre competencias profesionales y personales que recibe un colaborador por parte de sus compañeros de trabajo, que sirve como apoyo para identificar sus principales fortalezas y áreas de oportunidad)⁽³⁵⁾, portfolio o DOPS (observación directa de habilidades procedimentales y técnicas)⁽³⁶⁾.

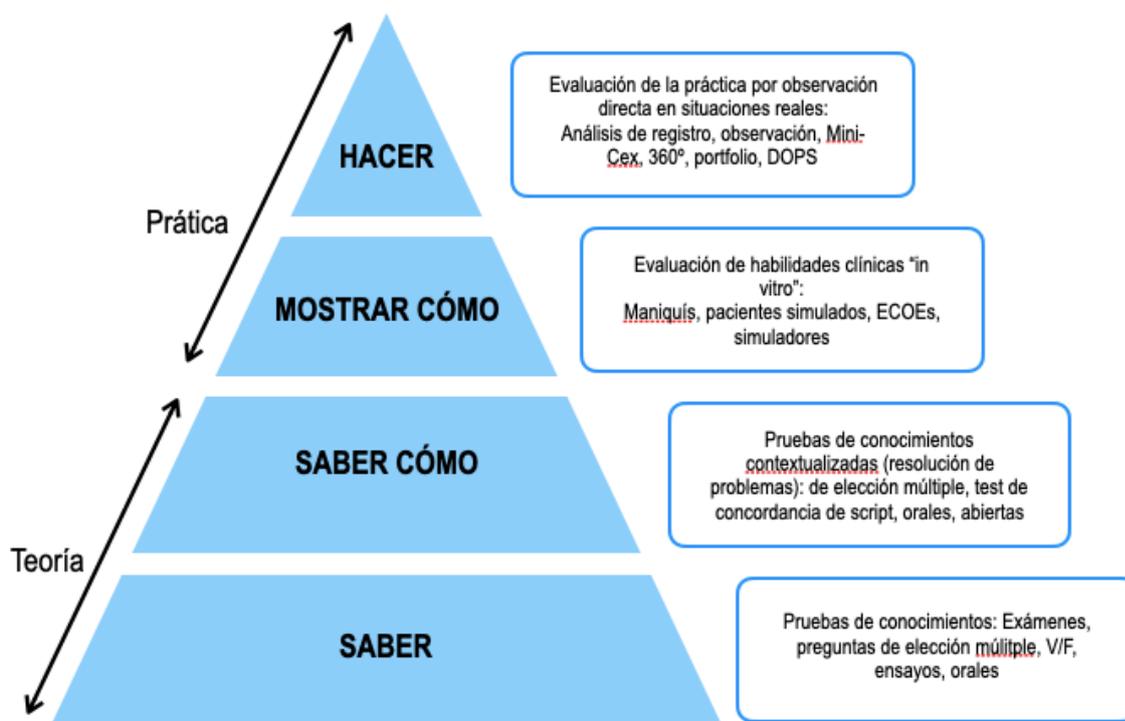


Figura 01. Niveles de la Pirámide de Miller e instrumentos de evaluación ^(33,30).

1.1.3. LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL APRENDIZAJE

“Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas”

Mario Benedetti

Tradicionalmente, la educación se ha basado en actividades presenciales, donde existían dos protagonistas fundamentales: el profesor y el alumno, con el objetivo que se diese una transferencia de conocimientos del primero al segundo. Pero ya desde el siglo XIX se gestaron proyectos para iniciar la formación a distancia, aunque éstos siempre estaban asociados a situaciones límite que requerían soluciones de emergencia.

Si nos remontamos a 1840, por ejemplo, nos encontramos con la creación de la estenotipia debido a la necesidad de formación de taquígrafos en el Reino Unido, y al coste tan elevado de enviar formadores por todo el país. De esta manera el acceso a la formación estaba garantizado para todo el mundo, con independencia de su lugar de residencia ⁽³⁷⁾. Y este es precisamente el objetivo de la educación a distancia ⁽³⁸⁾: desarrollar una propuesta educativa que permita aplicar la equidad a los sistemas docentes, facilitando el acceso a la educación a las personas que por razones geográficas, laborales, económicas o culturales no pueden tener acceso a ella en las mismas condiciones que los demás.

Muy lentamente, y habitualmente con el objetivo de dar respuesta a situaciones que dificultaban la docencia en formato presencial, la formación a distancia fue abriéndose camino en las principales Universidades. En Estados Unidos, el 31,6% de los estudiantes de educación superior estaba matriculado en al menos un curso online, y casi el 15% en un título online completo en el 2018 ⁽³⁹⁾. Ese mismo año, en Canadá, 17% de los alumnos seguían programas completos en línea, y las instituciones de educación superior también incrementaron en un 17% su oferta online ⁽⁴⁰⁾. En Australia ⁽⁴¹⁾ un 20% de los alumnos cursaban sus estudios completamente en línea, y el 45% cursaba alguna materia online en 2019. En Europa también crece progresivamente el número de alumnos cursando materias online, de hecho en España, en el 2018, el 15% de los estudiantes obtuvieron sus grados y postgrados completamente online ⁽⁴²⁾. Hay estudios que avalan que el aprendizaje online es igual de eficaz e incluso superior al presencial ^(39,43).

Todos estos cambios que se venían dando en la introducción de nuevas tecnologías en el aprendizaje se vieron acelerados de forma brusca con la llegada del COVID en Enero de 2020, especialmente tras el confinamiento que se inició en Marzo de 2020 y las posteriores restricciones, que se prolongaron durante meses. Las instituciones docentes tuvieron que adaptarse para poder seguir dando cobertura a sus alumnos, y la transición hacia la educación online fue la solución en ese momento de crisis; en la mayoría de los casos la migración de la formación presencial a la formación online se realizó a toda prisa, sin conocimientos prácticos y con la tecnología disponible en el momento. La mayor parte del profesorado no tenía experiencia en docencia digital, y esto hizo que los resultados no fueran los esperados en un inicio ⁽³⁷⁾. Por tanto, no debemos culpar de estos resultados a la docencia online, porque no todo lo que se ha hecho en este periodo de pandemia puede catalogarse como educación en línea ⁽⁴⁴⁾. Para realizar una docencia online exitosa y satisfactoria para alumnos y profesores, todos deben estar implicados y tener la formación necesaria para llevarla a cabo adecuadamente.

Una primera barrera que encontramos en la formación a distancia es, precisamente, la distancia social de alumnos y docentes. A la hora de superar esta distancia social en la formación hay una serie de consideraciones imprescindibles. En primer lugar es necesario conocer muy bien a los estudiantes, teniendo en cuenta su edad, capacidades y grado de autoorganización y autonomía; esto ayudará a que los docentes sean capaces de motivarlos en el nuevo entorno de aprendizaje. Por otro lado, hay que tener muy en cuenta que el tiempo presencial no es equiparable al tiempo en una plataforma virtual, el contexto y la organización del tiempo son diferentes y hay que flexibilizar las rutinas ofreciendo plazos más dilatados que en el caso de la docencia presencial. Además, algo imprescindible para una formación online eficiente es mantener un grado elevado de interacción con los alumnos, ofreciendo feedback continuado al trabajo realizado. Y quizás lo más importante a la hora de ponerse al frente de una formación online es el apoyo a los estudiantes, sobretodo ofreciendo ayuda para que se puedan organizar de forma adecuada, estableciendo una buena rutina de tiempo y espacios y ofreciendo guías de estudio ⁽³⁹⁾.

Por otro lado, una de las ventajas de la formación online, gracias a las herramientas actuales, es que en todo momento podemos realizar seguimiento de la evolución del estudiante. Por ello, a la hora de realizar la evaluación podemos enfocarla de modo formativo y continuo, es decir, centrándonos más en el procedimiento que en el dato de resultado final. Como ya se ha comentado, es imprescindible un feedback adecuado para que la evaluación cumpla su objetivo formativo ⁽³⁷⁾.

En resumen, es un reto transformar la práctica presencial habitual a un contexto de digitalización , puesto que supone cambiar la manera de concebir, interpretar y crear situaciones que propicien un aprendizaje significativo, a la vez que se requiere motivar al alumno empoderando su organización y autonomía y ofreciendo una evaluación formativa y continua.

1.2. LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

La comunicación asistencial es aquella que se da entre el médico y el paciente, es la manera en que interacciona el profesional con el paciente y/o con su familia, y al trato que se dispensan ambos ⁽⁴⁵⁾. Es uno de los aspectos básicos de la atención médica, tanto en atención primaria como en el resto de especialidades⁽⁴⁶⁾. Se trata, pues, de un aspecto de la medicina que es considerado como un pilar esencial en la práctica clínica, ya que tiene como objetivo ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar al paciente ⁽⁴⁷⁾, así como mejorar la práctica clínica⁽⁴⁸⁾. De hecho las habilidades comunicacionales deben ayudar a que tanto la historia clínica como el proceso de resolución de problemas sean más precisos y eficaces. Además, se ha evidenciado que determinados estilos de relación médico-paciente son más eficaces que otros en términos de cumplimiento terapéutico y evolución de problemas clínicos ⁽⁴⁹⁻⁵²⁾, así como para disminuir problemas judiciales por prácticas no adecuadas ⁽⁵³⁾. Es tan importante lo que se comunica como la forma de hacerlo ⁽⁴⁸⁾.

En la actualidad la comunicación clínica es una parte fundamental en los currículos de medicina, tanto en pregrado como en posgrado, y está también incluida en la formación del médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria ⁽⁴⁶⁾.

1.2.1. HISTORIA DE LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

Los primeros estudios que encontramos en el ámbito de la comunicación asistencial y de la relación médico-paciente se remontan a Estados Unidos en la década de 1930 ⁽⁵⁴⁾, utilizando las audiograbaciones como base del trabajo. Posteriormente, ya a mediados del siglo XX, en Países Bajos, se empezó a trabajar con videograbaciones ⁽⁵³⁾. Estos trabajos iniciales no tuvieron continuidad, hasta que en 1976 se publica “Doctors Talking to Patients” ⁽⁵⁵⁾, que marca un punto de inflexión ya que introduce ideas que son el punto de partida de conceptos que siguen en desarrollo hasta la actualidad: la entrevista centrada en el médico o en el paciente, la distinción entre fase exploratoria y resolutoria en la entrevista clínica, y la codificación de las interacciones para su estudio. A partir de ese momento la comunicación asistencial se convierte en un campo de investigación dentro de la medicina, y en la década de los 80 y 90 se empiezan a validar instrumentos de codificación de entrevista clínica en general (GATHA, ACIR o MAAS), de elementos verbales (Stiles) y no verbales (Facial Action Coding System) o del paralenguaje ⁽⁵⁶⁾.

En España, hace ya más de 30 años que se está llevando a cabo la docencia y la investigación en el campo de la Entrevista clínica ⁽⁵⁴⁾.

1.2.2. MODELOS DE COMUNICACIÓN ASISTENCIAL

Podemos afirmar que existen tantos modelos de comunicación asistencial como encuentros médico-paciente, y además a lo largo de la historia esta interacción ha evolucionado desde modelos más paternalistas a las corrientes actuales centradas en el paciente y atendiendo a un modelo biopsicosocial. Pero podemos encontrar rasgos comunes en los encuentros clínicos que nos permiten definir algunos grandes grupos⁽²¹⁾.

En primer lugar, podemos diferenciar la comunicación asistencial entre modelos de relación centrados en el médico, o modelos centrados en el paciente ⁽⁵⁴⁾. En los modelos centrados en el médico (o en la enfermedad) observamos que el centro de la entrevista está basada en los síntomas físicos del paciente. Estamos en una relación asimétrica, puesto que el control de la entrevista lo lleva el médico, no existe bidireccionalidad, y no se tiene en cuenta el contexto social y familiar del paciente, sino que se enfoca al diagnóstico y tratamiento. En cambio, en los modelos centrados en el paciente se tiene en cuenta el entorno del mismo, y la responsabilidad y el control de la entrevista son compartidos, existiendo simetría en la relación, y haciendo que la información fluya en ambos sentidos. Se integra a la toma de decisiones los sentimientos, vivencias, expectativas e ideas del paciente.

La importancia de conocer los dos modelos relacionales radica en saber cuándo integrarlos en nuestra práctica clínica, ya que no existe un modelo que sea la panacea a la hora de comunicarse con el paciente. Lo interesante es disponer de las capacidades y las habilidades para integrar ambos en la entrevista clínica en función de la necesidad de cada encuentro.

Si nos introducimos un poco más en los modelos relacionales, podemos intentar definir más categorías, con distintas nomenclaturas según los diferentes, autores. Así, Ruiz Moral ⁽⁴⁵⁾ los describe en función del control ejercido por médico y paciente (Tabla 01) y en función de las perspectivas predominantes de la relación (Tabla 02).

		Control ejercido por el paciente	
		Alto	Bajo
Control ejercido por el médico	Alto	MUTUAL	PATERNALISTA
	Bajo	CONSUMISTA	AUSENTE

Tabla 01. Tipo de relación en función del control ejercido por médico y paciente

ENFOQUE	PAPEL DEL MÉDICO	VALORES Y SUPOSICIONES
Paternalista	Decide qué hacer Más tranquilizador que explicativo Filantrópico	El médico sabe cómo fomentar los mejores intereses para el paciente Médico y paciente tienen los mismos valores
Consumista - informativo	Técnico experto Informa al paciente de sus opciones y éste elige	El paciente basa las decisiones en sus propios valores y es consciente y responsable de ello
Centrado en el paciente - deliberativo	Desarrolla los valores del paciente Busca campos comunes en los cuales basar la toma de decisiones	La enfermedad entendida desde dos perspectivas: la del paciente y la diagnóstica Los valores del paciente son maleables y discutidos abiertamente Responsabilidad moral compartida entre el médico y el paciente
Sistémico	Entiende el contexto sociofamiliar Escoge valores individuales y familiares Ayuda al sistema familiar	La responsabilidad moral es compartida entre el médico, el paciente y la familia

Tabla 02. Tipo de relación en función de las perspectivas predominantes de la relación médico-paciente

En cambio Emanuel ⁽⁵⁷⁾ describía los cuatro modelos con una nomenclatura diferenciada:

- Modelo paternalista. En este modelo es el médico quien toma la iniciativa en la relación y en la toma de las decisiones, de modo que el control ejercido por el paciente es bajo. Se presupone que es el médico quien dispone de un criterio objetivo para tomar las decisiones por encima del paciente, sin la participación de éste. En definitiva, el médico paternalista hace más hincapié en el bienestar y en la salud que (según su criterio) deben conseguir los pacientes, que en respetar su autonomía o su capacidad de elección. Debe asumirse que tanto médico como paciente tienen los mismos valores.
- Modelo informativo. El objetivo fundamental en este caso es proporcionar al paciente toda la información disponible de la forma más técnica posible para que pueda tomar una decisión en cuanto a la intervención a realizar. En este caso la autonomía del paciente se entiende como la capacidad que tiene de decidir una vez conoce toda la información médica acerca de su proceso y de las diferentes posibilidades. El médico adopta una postura cercana a un técnico experto.
- Modelo deliberativo (centrado en el paciente). Como en el caso anterior, el médico ha de informar al paciente de su patología y diferentes opciones terapéuticas. A partir de aquí debe ayudar a dilucidar los diferentes valores incluidos en las opciones. El médico influye en la opción que el paciente debe tomar, actúa como “maestro o amigo”. La responsabilidad moral es compartida entre médico y paciente.
- Modelo interpretativo (sistémico). El médico pone a disposición del paciente toda la información disponible acerca de su afección y de las posibles soluciones. A partir de aquí, el médico ayuda al paciente a interpretar sus valores, a menudo poco definidos. Dicho de otro modo, el médico se convierte en un consejero que acompaña al paciente a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico. Para ello debe conocer su contexto sociofamiliar y entenderlo. La responsabilidad moral de las decisiones son compartidas no sólo entre médico y paciente, sino que la familia juega también un papel principal.

Una vez descritos los principales modelos relacionales, podemos conocer hacia dónde van las tendencias actuales en comunicación asistencial. En las últimas décadas del siglo XX, y sobretodo desde mitad de los años 80, la tendencia se ha inclinado hacia la adopción de una postura centrada en la vivencia de enfermedad y en los intereses del paciente ⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. El eje de la relación pasa del “médico que sabe de la enfermedad” al “paciente que vive la enfermedad”. A esta orientación se la conoce como «modelo centrado en el paciente», y lo que persigue es reforzar el principio bioético de la autonomía del paciente ⁽⁶¹⁾, entendido como el derecho que tiene el paciente de ser informado acerca de su estado, así como de ser respetado en las decisiones que él mismo tome de manera libre y voluntaria.

El modelo centrado en el paciente se define como “una relación en la que el entrevistador o profesional de la salud promueve una relación de cooperación en la cual ambos protagonistas encuentran un terreno común para abordar la naturaleza de las preocupaciones del paciente, decisiones que tomar, ideas del paciente sobre lo que le ocurre y debiera hacerse, y decisiones relativas a lo que hacer, tomándose en cuenta las expectativas y experiencia personal y cultural de enfermedad, en tanto que miembro de una comunidad” ^(54, 62). Dicho de otro modo, el profesional debe conocer el contexto del paciente (familiar, laboral, social, relacional) para poder aplicar sus conocimientos teóricos y los recursos que tiene disponibles, pero siempre en función de los que en enfermo “quiere hacer”. Para ello, el paciente debe estar debidamente informado y debe ser competente para tomar una decisión, que será plenamente respetada por el profesional. Así, la eficacia de la intervención médica aumenta al ser el paciente participe en la toma de las decisiones que atañen a su salud.

Características operativas de la relación centrada en el paciente⁽⁵⁴⁾:

Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes.

Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.

Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/expectativas sobre sus enfermedades.

Facilita la expresión emocional de los pacientes.

Proporciona información a los pacientes.

Incrimina a los pacientes en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.

1.2.3. DOCENCIA EN ENTREVISTA CLÍNICA

En España la docencia en entrevista clínica se inició hace más de 30 años, y en la actualidad prácticamente todos los estudiantes de medicina y enfermería, así como los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, y de muchas otras especialidades reciben formación en este área.

Durante la etapa de pregrado, en general, el estudiante no es consciente realmente de la importancia de la entrevista clínica en la práctica médica. Además los conocimientos acerca de comunicación asistencial no se integran junto a los conocimientos “clínicos”, de modo que el estudiante no percibe la importancia de la comunicación en determinadas situaciones clínicas, como en el caso de enfermedades mentales⁽⁵⁴⁾. En este periodo formativo es importante transmitir al estudiante las actitudes y características fundamentales del entrevistador, dejando las habilidades de comunicación para los cursos clínicos.

Es durante la etapa de residencia cuando el estudiante empieza a darse cuenta de la importancia de la comunicación asistencial. El problema es que los profesionales que están interesados en mejorar sus capacidades en este campo son normalmente los que ya de base tienen buena actitud y unas buenas habilidades, mientras que los profesionales con menos capacidades comunicativas suelen ser más reacios a solicitar este tipo de formación⁽⁵⁴⁾. Una forma de minimizar este aspecto es incluir en el periodo formativo un entrenamiento obligatorio en entrevista clínica, no solamente en la especialidad de MFyC sino en todas las especialidades médicas. La docencia durante el posgrado debe estar orientada a hacer relevante para el residente que la manera de estar frente al paciente va a influir en el diagnóstico y disposiciones finales, y estos objetivos se consiguen mediante diversas herramientas, pero la principal es la tutorización directa⁽⁵⁴⁾.

En cuanto a las competencias en comunicación que reclaman los profesionales de la salud, son diversos los autores que han querido aportar su visión. Lipkin ⁽⁶³⁾ definió competencia como un constructo que incorpora conocimiento, habilidad, actitud y conducta, es decir, expresa lo que el clínico es capaz de hacer en una situación determinada. Su trabajo ha derivado en una serie de competencias concretas en las diferentes especialidades médicas hasta definir un cuerpo competencial que se puede adaptar a cualquier práctica profesional. Si nos enfocamos en la Medicina Familiar y Comunitaria, podemos ver las competencias fundamentales en la tabla 03.

Conectar adecuadamente con el paciente y/o familia
Facilitar la disposición del paciente y/o familia a proporcionar información diagnóstica
Averiguar la naturaleza y la historia del problema de salud del paciente
Indagar la información relevante de la vertiente biopsicosocial del problema de salud
Percatarse de la información de la vertiente biopsicosocial del problema de salud
Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o familia
Asegurarse que el paciente y/o familia comprenden la naturaleza del problema
Asegurarse que el paciente y/o familia comprenden el proceso y los estudios diagnósticos recomendados
Asegurarse que el paciente y/o familia comprenden las medidas terapéuticas propuestas
Llegar a un acuerdo con el paciente y/o familia sobre los problemas, proceso diagnóstico y tratamiento
Promover la disposición de paciente y/o familia a aceptar el plan de tratamiento
Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o familia
Asegurar la satisfacción del paciente y/o familia
Asegurar la satisfacción del médico

Tabla 03. Programa especialidad MFyC: competencias consideradas de máxima prioridad ^(54,64).

Pero que un profesional sea un buen comunicador no lo convierte en un buen docente en entrevista clínica. Es evidente que un buen profesor ha de saber de comunicación, pero también ha de saberla explicar, y debe asimilar una serie de conceptos pedagógicos que hagan que su propuesta sea atractiva y dinámica. En este aspecto, el Grupo de Comunicación y Salud de la semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) tiene gran experiencia, ya que lleva trabajando en la docencia de Entrevista Clínica con el objetivo de mejorar la relación médico-paciente desde su inicio en los años 80 ⁽⁶⁵⁾.

Uno de los fundamentos considerados imprescindibles en la formación es el diseño de un guión de la sesión adecuado a los objetivos, la modalidad y el público al que va dirigida la propuesta formativa. Es fundamental no tanto definir los contenidos teóricos sino las situaciones docentes que se pretenden crear. En primer lugar se debería establecer qué se pretende que los estudiantes recuerden o sepan hacer al acabar el taller, para adecuar los ejercicios, escenificaciones o videograbaciones que les ayudarán con esta finalidad. Se debe diseñar el material auxiliar (si procede) que se entregará en la sesión, así como si se necesita material audiovisual (presentación) de apoyo.

Y en cuanto a técnicas docentes concretas, hay muchas que se pueden utilizar y son adecuadas para la docencia en entrevista clínica. El Grupo Comunicación y Salud llevan trabajando con escenificaciones desde 1984, y con videograbaciones desde el 1989 ⁽⁵⁴⁾.

La técnica de la escenificación solía hacerse con un paciente simulado, interpretado por un actor entrenado para ello. Pero la dificultad de disponer de actores para las formaciones derivó en que, en la mayoría de las ocasiones, el docente o uno de los alumnos adopta este rol. De este modo, un participante toma el rol de profesional, y otro de paciente, con el objetivo de trabajar aspectos concretos de la comunicación. Habitualmente las escenificaciones se llevan a cabo en un espacio central, mientras que el resto de alumnos rodean la escena para poder proporcionar feedback, pero cada profesional puede adaptar la técnica libremente ⁽⁵⁴⁾.

En cuanto a las videograbaciones, es una técnica que ha evolucionado mucho. Se utilizan ampliamente, tanto con pacientes simulados como con pacientes reales (en este caso ambos han de dar el consentimiento previo a la realización de la grabación)⁽⁵⁴⁾. Son muy potentes puesto que permite visualizar determinados aspectos de la entrevista en diversas ocasiones para poder realizar un análisis más detallado de la misma.

Tras realizar la actividad docente, es muy importante dar un feedback de calidad. Ya en 1987, Pendleton hizo hincapié en la importancia del feedback para mejorar en la enseñanza, siempre desde un punto de vista positivo, enfatizando lo que se puede mejorar en vez de mostrando lo negativo. Posteriormente, en 1993, RM Frankel insistió en la necesidad de que estos feedbacks se llevaran a cabo en entornos amigables, siempre dejando que el alumno que ha participado en la entrevista sea quien dé su opinión en primer lugar, para posteriormente invitar al resto de alumnos a aportar su opinión desde una perspectiva constructiva⁽⁵⁴⁾.

En el Grupo Comunicación y Salud se utiliza de forma habitual la técnica Problem Based Interview (PBI) para realizar feedback aplicado a videograbaciones de entrevistas, tanto con pacientes simulados como con pacientes reales. La técnica PBI consiste en un grupo multidisciplinar, estable, no existe límite en su duración. Habitualmente, los participantes en el grupo asumen la responsabilidad de aportar entrevistas propias grabadas en vídeo en alguna de las sesiones. Durante el encuentro, se designa un conductor-facilitador, que tendrá el control del vídeo, e irá deteniendo la grabación cuando algún miembro del grupo así lo solicite. En el momento en que alguno de los asistentes solicita detener la grabación, el clínico que aporta la misma tiene prioridad para opinar o explicar qué sentía o la razón de su conducta, siempre centrada en términos de comunicación, nunca en aspectos clínicos de la entrevista. El facilitador debe, en todo momento, estar alerta para que el grupo avance en el análisis de las emociones y aspectos de comunicación prácticos, desde un punto de vista constructivo. El objetivo del PBI es que los profesionales aprendan a detectar las oportunidades de empatía y las claves de comunicación sobre la entrevista aportada ⁽⁵⁴⁾.

1.3. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

1.3.1. ¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

Para poder definir lo que es la Entrevista Motivacional conviene, en primer lugar, conocer su origen. En 1982, el psicólogo William Miller, durante una estancia en Noruega supervisando la actividad clínica de un grupo de psicólogos que atendían pacientes con problemas relacionados con el abuso del alcohol y otras drogas ⁽⁶⁶⁾, evidenció que tenía una forma muy personal en su abordaje. Llevar a cabo preguntas como “¿Qué piensas mientras dices eso?” o “¿Qué modelo subyace en los métodos que utilizas?” hicieron que se planteara la necesidad de explicar el método que había aprendido con sus pacientes.

De ahí surgió, en 1983, el artículo “Motivational Interviewing with Problem Drinkers” ⁽⁶⁷⁾, publicado en Behavioural Psychotherapy. En este artículo se presentan por primera vez algunos de los principios en los que basaba sus intervenciones:

- Desenfaticar la “etiqueta”. Miller defiende que la aceptación del problema no predice necesariamente buenos resultados, citando experiencias propias en que a pesar de que los pacientes rehuían la etiqueta de “alcohólico” los resultados de la terapia fueron positivos.
- Responsabilidad individual. El adulto es tratado como un individuo responsable, capaz de tomar decisiones adecuadas y dar con la solución correcta a su problema. Esto conlleva que la opción del paciente de “no cambiar” se ha de aceptar, puesto que se trata de su libertad de elección.
- Atribución interna. En la EM el locus de control se localiza en el interior del paciente. Dicho de otro modo, la persona ha de ser la responsable del propio cambio.

- Disonancia cognitiva. Es responsabilidad del terapeuta provocar la disonancia cognitiva en el paciente, es decir, generar un conflicto entre lo que el paciente hace y lo que piensa acerca de cómo su conducta puede afectarlo, para que este comportamiento entre en conflicto con las creencias, actitudes o sentimientos del cliente. De esta manera se pretende cambiar el comportamiento pero sin cambiar creencias ni bajar la autoestima del paciente.

Unos años más tarde, en el *National Drug and Alcohol Research Centre* en Sydney, William Miller coincide con Steve Rollnick, un psicólogo que había profundizado en el conocimiento y divulgación de la Entrevista Motivacional, e incluso había entrenado a profesionales en el Reino Unido. Juntos siguen con la investigación de este método de abordaje, y se materializa la primera edición del libro "Entrevista Motivacional" en 1991 ⁽⁶⁸⁾. En esta primera edición del libro se exponen de nuevo los "principios" de la Entrevista Motivacional, con sensibles cambios respecto al primer artículo de Miller.

Los cambios más destacables en la segunda edición son los siguientes:

- Expresar empatía. Entendemos por empatía la capacidad que tiene un profesional para comprender las ideas y los sentimientos del paciente, haciéndola evidente mediante respuestas verbales y no verbales. Para expresar una empatía franca es imprescindible la aceptación incondicional del individuo. Para ello se debe evitar emitir juicios, críticas o culpabilizar al paciente. No significa que sea necesario estar de acuerdo con el paciente, pero se debe afrontar este desacuerdo con actitud de aceptación, respeto y huyendo de la confrontación, para construir una alianza terapéutica y reforzar la autoestima del paciente.

- Desarrollar la discrepancia. Se trata de un concepto evolucionado de la “disonancia cognitiva” anterior. Se trata del proceso de ayudar al paciente a conseguir sus objetivos, generando conflicto entre el objetivo del paciente y el estado actual. Se hace hincapié de nuevo en el concepto de “locus de control” interno, ya que se asocia la probabilidad de cambio a que el paciente perciba el objetivo como propio.
- Manejar las resistencias. Se aceptan las resistencias como algo natural en el proceso del cambio, y se consideran como una señal para responder de un modo diferente.
- Apoyar el sentido de autoeficacia. Podríamos describirla como la confianza del paciente en su capacidad de llevar a cabo una determinada tarea. Apoyando la autoeficacia el diálogo del cambio surge como una respuesta natural del paciente.

Más adelante, pero previo a la Tercera Edición del libro, se reformulan de nuevo los principios de la EM ⁽⁶⁹⁾, que se resumen en:

- Resistir el reflejo de redireccionamiento. Se consideran las resistencias como parte de la interacción del paciente con el terapeuta. Se hace hincapié en evitar resistencias mediante la evitación del reflejo de direccionamiento, es decir, no se debe conducir al paciente hacia el objetivo del terapeuta, sino que lo adecuado es exponer la situación y evocar discurso del cambio para que sea el propio paciente quien decida cuál es su objetivo. Dicho de otro modo, se ha de evitar, en la medida de lo posible, decirle al paciente lo que debería hacer.
- Entender las motivaciones del paciente. Se trata de elicitación y evocar los propios motivos del paciente que lo orientan hacia el cambio, explorando las creencias del paciente sobre su problema. Para llevar a cabo este trabajo, será necesario que el paciente pueda evocar el diálogo o discurso del cambio.
- Escuchar con empatía. Tal cual se planteó en la segunda edición del libro.

- Empoderar al paciente. De la misma forma que se planteó en la segunda edición del libro el apoyar el sentido de autoeficacia.

A partir de aquí podemos intentar acotar una definición para lo que realmente es la Entrevista Motivacional. Fue en Sitges, en el año 2009, donde surgió la primera propuesta de definición, y se consensuó la siguiente:

1. Es una forma refinada de guiar; un punto medio en la relación con el paciente, entre acompañarlo y dirigirlo.
2. Con la mira puesta en el *cambio* en la charla. No hay que perder de vista que el objetivo final es un cambio en la conducta del paciente.
3. Que evoca y fortalece la motivación personal. La solución viene dada desde el interior de la persona (del paciente).
4. Centrada en la persona, honrando su autonomía.
5. Que usa estrategias específicas.
6. Orientada hacia una diana de cambio. Es por ello que hablamos de intencionalidad de cambio.
7. Modulada y guiada por el discurso del paciente. El paciente es quien ha de llevar el peso de la conversación en la EM.
8. Breve. No es necesario una consulta muy extensa, bastan los 10 minutos de una consulta de Atención Primaria para poder llevar a cabo la EM.
9. Adaptable a diferentes culturas, personas y problemas. Es decir, es intercultural.
10. Específica y aprehensible. No es etérea, está bien delimitada.

Ya en la tercera edición del libro ⁽⁷⁰⁾, se propone una definición más breve de Entrevista Motivacional:

“Es un estilo de conversación colaborativa para fortalecer la propia motivación y el compromiso de una persona con el cambio”.

1.3.2. EL ESPÍRITU DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En la Entrevista Motivacional subyace una manera de estar con el paciente que denominamos el “Espíritu de la Entrevista Motivacional” (71). Según su propia definición, “el espíritu de la EM es el conjunto de corazón y mente con la que uno entra en la práctica de la EM”, en referencia a que depende de la actitud del profesional, y no del entrenamiento en habilidades específicas.

El Espíritu de la EM integra cuatro elementos interrelacionados (70), que incluyen la asociación o colaboración, la aceptación, la compasión y la evocación (Figura 02). Y cada uno de ellos posee un componente experiencia y uno de comportamiento. Es decir, no basta simplemente con sentir aceptación o compasión por los demás, puesto que si no lo expresamos, no sirve para nada. Aunque cabe decir que estos elementos no son prerrequisitos para poder practicar la EM, sino que la propia práctica ya enseña estos hábitos.

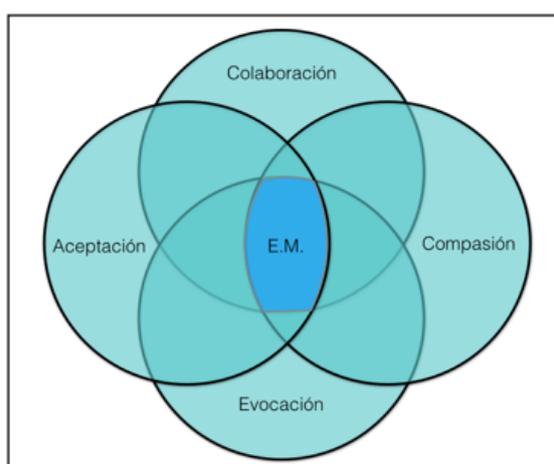


Figura 02. El espíritu de la EM.

1.3.2.1. LA COLABORACIÓN

Al inicio fue descrita por Miller y Rollnick como “asociación” (del inglés *partnership*).

Este primer aspecto de los cuatro fundamentales de la EM hace referencia a la relación que existe entre profesional y paciente. La EM se hace “para y con” un persona, es una colaboración entre expertos para conseguir la activación de la propia motivación del paciente y sus recursos para conseguir el cambio.

Para ello, el profesional busca activamente las aportaciones, perspectivas o dificultades del paciente respecto al cambio de conducta. Hay un control simétrico de la entrevista: el profesional se muestra dispuesto a colaborar con lo que el paciente le aporta, y a la vez le pide que se comprometa en la negociación.

En este caso el antagonismo sería “confrontación”, entendida como la actitud beligerante del profesional por imponer su criterio con una escasa aceptación de la realidad del paciente.

1.3.2.2. LA ACEPTACIÓN

Está relacionado con la colaboración, consiste en la plena aceptación de lo que el paciente trae consigo, aunque ello no implique su aprobación. Está íntimamente relacionado con el trabajo de Carl Rogers⁽⁵⁹⁾ acerca de la teoría centrada en el paciente.

Este elemento se divide en 4 subelementos:

- Valor absoluto. La aceptación implica reconocer el valor inherente y el potencial de cada persona. Cuando alguien se siente “inaceptable” se encuentra bloqueado, si se siente “aceptado” es libre para cambiar y, según Rogers, el cambio natural es siempre a positivo: “La habilidad de ver a una persona como realmente es, ser consciente de su única individualidad. El respeto supone asumir que la otra persona puede crecer y desarrollarse tal y como es. El respeto implica asimismo la ausencia de abuso”.

- Empatía precisa. Se refiere al interés activo y al esfuerzo por entender la perspectiva interna de la otra persona.
- Apoyo a la autonomía. Consiste en ofrecer a la persona la libertad de ser y decidir. El profesional ayuda al paciente en la toma de decisiones, buscando un espacio común de decisión compartida. El profesional respeta la decisión final del paciente sobre su conducta.
- Validación o afirmación (del inglés *affirmation*). Consiste en buscar y reconocer los esfuerzos y fortalezas de las personas.

1.3.2.3. LA COMPASIÓN

En este caso, la compasión no se refiere a sufrimiento, sino a promover el bienestar del otro, a anteponer sus necesidades. El profesional demuestra, pues, de manera evidente, que su intención se dirige a una relación de ayuda incondicional y genuina, por encima de sus propios intereses.

1.3.2.4. LA EVOCACIÓN

El mensaje implícito de la evocación es “tú tienes lo que necesitas, y juntos vamos a encontrarlo”. Es decir, el espíritu parte de la premisa de que la gente ya tiene en su interior gran parte de lo que necesita para cambiar.

Este elemento tiene relación con la ambivalencia. Las personas que se encuentran ambivalentes acerca de un cambio muestran argumentos a favor y en contra del mismo. Por tanto, dentro de ellos ya existen sus propias motivaciones para lograr el cambio. La tarea del terapeuta es tratar de conocer y hacer emerger del paciente estos argumentos motivadores, en contra de imponer los propios puntos de vista.

1.3.3. HABILIDADES EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Para desarrollar el método clínico de manera adecuada, disponemos de una serie de estrategias o habilidades específicas que se pueden resumir en las cinco siguientes ⁽⁷⁰⁾.

- Preguntas abiertas. Permiten conocer aspectos importantes para el paciente sobre una conducta determinada que a través de preguntas cerradas sería tedioso abordar. Son la forma más sencilla de iniciar un diálogo que permite explorar en profundidad diversas esferas del paciente. Además, con las preguntas abiertas también propiciamos y provocamos afirmaciones de automotivación.
- Validación. La validación tiene por objeto potenciar el sentido de la autoeficacia y la autoestima del paciente. Mostrar el elogio no es sencillo, pero es una de las habilidades que ha demostrado en mayor medida mejorar las expectativas de autoeficacia en los ensayos clínicos de EM.
- Escucha reflexiva. Se trata de la habilidad clave en la EM. Consiste en estar atento al diálogo del paciente y devolverle de forma estratégica aquellos elementos del discurso que nos parezcan relevantes para motivar el cambio. De este modo, la escucha reflexiva permite que el paciente escuche de nuevo las ideas y las emociones que ha estado expresando y poder reflexionar sobre ellas. La escucha reflexiva puede ser simple (repeticiones o rephraseados) o compleja (metáforas, parafraseados, reestructuraciones...). Es, pues, un método efectivo para potenciar el diálogo del cambio.

- Sumarios. Son un resumen de la información ofrecida por el paciente hasta un determinado momento de la entrevista con el objetivo de organizarla, devolvérsela y comprobarla. Refuerzan todo lo que se ha dicho de importancia, demuestran que se ha escuchado con atención, y preparan al paciente para proseguir. Después de un sumario es muy efectivo plantear una pregunta activadora: “Después todo lo que me ha contado, ¿qué piensa hacer?”. Esta pregunta invita al paciente a seguir el curso del camino hacia el cambio, incentivando una actitud dinámica.

El objetivo de utilizar estas estrategias en la EM es explorar la ambivalencia del paciente para impulsar un discurso de cambio. La ambivalencia es un estado natural en el camino hacia el cambio, en que el paciente tiene dos motivaciones encontradas en su interior de forma simultánea. La idea mediante el uso de las estrategias explicadas anteriormente es saber detectar el discurso del cambio para poder potenciar las afirmaciones de automotivación y ayudar al paciente a salir de ese estado de ambivalencia y que la balanza se incline hacia el cambio.

Existen diversas subcategorías dentro del discurso del cambio. Algunas de ellas son consideradas como discurso de cambio preparatorio (Tabla 04), y otras como discurso del cambio movilizador (Tabla 05).

- Deseo de cambio: “Me gustaría dejar de fumar”.
- Habilidad para cambiar: “Podría dejar de fumar”.
- Motivo para cambiar: “Fumar perjudica mi asma”.
- Necesidad de cambio: “Tengo que dejar de fumar”.

Tabla 04. Discurso del cambio preparatorio

- Compromiso de cambio: "Voy a dejar de fumar".
- Activación: "Mañana dejo de fumar"
- Primeros pasos: "Hace una semana que no fumo".

Tabla 05. Discurso del cambio movilizador

1.3.4. APLICABILIDAD DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA _____

Durante el siglo XX la medicina evolucionó rápidamente en lo que a enfermedades agudas se refiere. La capacidad de tratar y curar enfermedades infecciosas, así como eventos traumáticos que antes eran potencialmente mortales o incapacitantes ha hecho que la expectativa de vida haya aumentado de forma considerable. Pero al mismo tiempo estamos observando que aunque estos avances deberían llevar hacia la población más sana hasta el momento, vemos signos que contradicen esta teoría: los adultos jóvenes del siglo XXI son la primera generación de la historia moderna en ser menos saludables que sus padres. Patologías como enfermedades respiratorias, cáncer, diabetes y obesidad, patología hepática, cardiopatías y trastornos mentales están íntimamente ligados a un estilo de vida poco saludable. La mayor parte de estas enfermedades podrían prevenirse o solucionarse mediante una modificación de hábitos de vida ⁽⁷²⁾.

En nuestra sociedad y en nuestro sistema sanitario la prevención y la promoción de la salud se realiza principalmente desde la Atención Primaria, es por ello que, a pesar de que en sus inicios la EM se describió en pacientes con problemas de adicciones y en un entorno de atención especializada, la EM cada vez toma más fuerza en APS, y muchos estudios han avalado su utilidad en este ámbito ⁽⁷³⁾.

Por otro lado, la aplicación de la EM en APS está condicionada, sobretodo, por el hecho de tener muy poco tiempo para desarrollar la entrevista por un lado, y por otro a la gestión de la polidemanda. Es importante gestionar estas dificultades para que el uso de la EM en la práctica diaria sea confortable para el profesional y útil para el paciente.

Es importante ofrecer información sobre los aspectos a tratar después de escuchar la demanda del paciente. Es aconsejable que la información se ofrezca siempre a petición del paciente y, en caso que esto no suceda, pedir permiso para dar información. La información que se ofrece cuando el paciente no desea escucharla es altamente contraproducente para promover cambios en los estilos de vida.

Tras conocer la demanda y haber ofrecido la información, es clave marcar un objetivo de cambio, y en el momento en que hayamos delimitado este objetivo en común poder aplicar estrategias para evocar el diálogo de cambio, escuchando y reflejando este diálogo sin menoscabar la importancia de empatizar con las dificultades del paciente. Por último, planificar un seguimiento y un plan de acción, dejando siempre la puerta abierta a futuras intervenciones con un espíritu colaborativo cuando el paciente no se sienta con energía para comprometerse a un cambio todavía, nos será de utilidad para acompañar al paciente a través de este proceso.

Es aconsejable delimitar al principio de la entrevista si hay otras demandas, cómo y cuándo se van a abordar, incluso si hay alguna demanda que no tenga nada que ver con el cambio de conducta pero que resulta prioritaria para el paciente. Con estos datos, es posible que encontremos que no disponemos de tiempo para abordar el cambio de conducta en esa sesión. A pesar de que se ha demostrado que intervenciones de unos 10 minutos de duración pueden ser efectivas para lograr diversos cambios de conducta, es importante planificar siempre que sea posible la agenda para que podamos disponer, como mínimo, de ese tiempo sin interrupciones para realizar la entrevista.

1.3.5. ¿CÓMO EVALUAR LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

El rápido desarrollo en la implementación de la EM ha llevado a que diversos autores evidenciaran la necesidad de desarrollar herramientas para evaluar el método utilizado en las entrevistas, ya que existía una evidente falta de homogeneidad en lo que se denominaba “EM” en los diversos ensayos clínicos. En 2002 Burke ⁽⁷⁴⁾ señalaba que la causa se debía a que en los inicios de la EM se focalizó en exceso el enseñar “cómo se hacía”, y las habilidades se transmitían sin un claro patrón, y sin prestar atención a si se realizaba de forma correcta y con una buena calidad. En la tercera edición del libro “Entrevista Motivacional” ⁽⁷⁰⁾, Miller incluso lamenta que en ocasiones se ha malinterpretado el objetivo de la EM, llegando a ser descrita como “una forma de hacer que alguien haga algo”.

Se describen a continuación algunas de estas herramientas que han ido surgiendo a lo largo de la historia de la EM para su evaluación.

1.3.5.1. MISC: Motivational Interviewing Skills Code / Código de habilidades en Entrevista Motivacional ⁽⁷⁵⁾

Se trata de un sistema de codificación desarrollado para evaluar la adherencia del terapeuta a la EM. Se desarrolló en 1997, y en un inicio se planteó como un método de asesoramiento individual mediante el análisis de audio y videograbaciones. Es útil para realizar una investigación de proceso detallada que investiga los elementos críticos y los mecanismos causales dentro de las EM ⁽⁷⁶⁾.

Los posibles usos del MISC incluyen:

- Documentar la adherencia del terapeuta a la EM en ensayos clínicos.
- Proporcionar un feedback detallado a los terapeutas en proceso de formación en EM, incluyendo metas concretas para mejorar las habilidades.
- Evaluar la efectividad de la formación en EM mediante la comparación de las habilidades del entrevistador antes y después de la formación.

- Guiar la investigación del proceso psicoterapéutico para evaluar la relación entre las respuestas del paciente y el entrevistador.
- Predecir resultados del paciente mediante medidas del proceso psicoterapéutico.
- Generar nuevo conocimiento acerca de la EM y sus procesos de eficacia.

Según la actual versión de la guía, se recomiendan 3 pases de las grabaciones para la correcta evaluación. En un primer pase se evalúan las escalas de calificación global, en un segundo pase se evalúa el comportamiento del entrevistador, y en un tercer pase el comportamiento del paciente.

En cuanto a las escalas de clasificación global, se evalúan en una escala Likert del 1 al 7, y se valoran tres dimensiones: la aceptación, la empatía y el espíritu motivacional.

En relación a las evaluación del comportamiento del entrevistador, se contabilizan las siguientes conductas: consejo, validación, confrontación, redirección, énfasis sobre el control, facilitación, rellenos, obtener información, preguntas (abiertas o cerradas), preocupación, reflexión (simple o compleja), reformulación, apoyo, estructuración y aviso.

Para evaluar las al paciente se utiliza una escala Likert de 7 ítems, y se realiza sobre la autoexploración del paciente durante una entrevista. La calificación debe reflejar la puntuación más alta del paciente durante la sesión.

Con toda la información codificada, se construyen los siguientes indicadores, que son provisionales de la calidad de las entrevistas motivacionales:

- Ratio de reflexiones / preguntas totales
- Porcentaje de preguntas abiertas
- Porcentaje de reflexiones complejas

- Respuestas consistentes con la EM (MICO)
- Respuestas no consistentes con la EM (MIIN)
- Porcentaje de respuestas consistentes sobre el total de respuestas (MICO / [MICO+MIIN])
- Porcentaje de discurso del cambio del paciente

Con todo este proceso, se puede afirmar que la evaluación de las entrevistas por medio de la MISC no es sencillo, aunque nos proporcione una alta potencia en el análisis de la EM. En 2005 se publicó un metaanálisis ⁽⁷⁷⁾ que evaluó la fiabilidad de esta escala a la hora de evaluar a los terapeutas que usaban la EM en sus intervenciones, usando 5 codificadores para su análisis. Se concluyó que se trata de una herramienta fiable que, aunque es útil para la investigación, el hecho de que precisa mucha mano de obra hacía complicado su uso en la práctica habitual.

Fue por esta complicación y el hecho de que fuera poco manejable para la evaluación de las entrevistas en un ensayo clínico que se desarrolló posteriormente el Código de Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional (“Motivational Interviewing Treatment Integrity Code”, MITI).

[1.3.5.2. MITI: Motivational Interviewing Treatment Integrity Code / Código de integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional ^{\(76\)}.](#)

A diferencia del MISC, el MITI responde a una pregunta mucho más sencilla: “¿En qué se parece este tratamiento a una EM?”. Es también muy útil cuando se precisa una retroalimentación más específica: “¿Cómo pueden nuestros médicos mejorar en el uso de las EM?”.

Las diferencias entre la MISC y la MITI son:

- Mientras que el MISC proporciona una evaluación completa de los comportamientos del entrevistador y del paciente y de la interacción de ambos, el MITI solo evalúa el comportamiento del entrevistador.
- El MISC requiere hasta 3 pases de la grabación para completar el análisis, mientras que en el MITI habitualmente 1 solo pase es suficiente.
- En el MISC se consideran las dimensiones de la preparación para el cambio y del compromiso del paciente, no así en el MITI. Este comportamiento del paciente puede ser importante a la hora de predecir los resultados.
- El MISC es un sistema de codificación exhaustivo y mutuamente excluyente, en cambio el MITI agrupa algunos comportamientos específicos en una única categoría, y deja otros sin codificar.

El MITI tiene dos componentes de puntuaciones globales y de contabilización de conductas.

En cuanto a las puntuaciones globales, se evalúan mediante una escala Likert del 1 al 5, y comprenden: evocación, colaboración, apoyo a la autonomía, dirección, empatía.

En cuanto a la contabilización de conductas, se evalúa: dar información, comportamientos consistentes con la EM (MiA; como pedir permiso antes de dar un consejo, validar, enfatizar el control del cliente, apoyar y facilitar), comportamientos inconsistentes con la EM (MiNa; como dar consejo sin pedir permiso, confrontar o redirigir), preguntas y reflexiones.

Al igual que en MISC, con toda la información ya evaluada se construyen los indicadores de sumario:

- Espíritu global (media de la puntuación de evocación, colaboración y apoyo a la autonomía).
- Porcentaje de reflexiones complejas sobre el total de reflexiones.
- Ratio de reflexión / pregunta.
- Porcentaje de comportamientos consistentes con la EM ($MiA / [MiA + MiNa]$)

El MITI no es un sistema de codificación complejo, está diseñado para usarse como una medida de integridad del tratamiento y como medio para proporcionar feedback. Hay que tener en cuenta que la codificación comprende 20 minutos de la entrevista, y está diseñado para codificar y evaluar únicamente audiograbaciones, de hecho los autores no recomiendan explícitamente aplicar este código a videograbaciones para mejorar su fiabilidad.

1.3.5.3. BECCI: Behaviour Change Counseling Index / Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta

Se trata de una escala desarrollada en 2002, publicada ese mismo año por Claire Lane, una lingüista y psicóloga clínica próxima a Steve Rollnick ⁽⁷⁸⁾.

Sin ser expresamente una escala diseñada para la evaluación de la EM, sino que parte de un constructo teórico más próximo al counseling centrado en el paciente, es ampliamente utilizada por muchos clínicos para los ensayos clínicos.

Se trata de una herramienta autoadministrada mediante una escala Likert del 0 al 4 sobre 11 ítems. De estos 11 ítems, 3 pueden ser considerados *no aplicables*. La escala valora los siguientes aspectos ^(78,80):

- El clínico invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta (si aplicable).
- El clínico se muestra abierto a abordar otras cuestiones.

- El clínico anima al paciente a hablar sobre la conducta actual o sobre el status quo.
- El clínico anima al paciente a hablar sobre el cambio de conducta.
- El clínico hace preguntas para averiguar las creencias y sentimientos del paciente sobre el tema a tratar.
- El clínico usa frases de escucha empática cuando el paciente habla del tema a tratar
- El clínico hace sumarios de lo que el paciente aporta sobre el tema a tratar.
- El clínico reconoce explícitamente los retos de cambio de conducta a los que se enfrenta el paciente.
- Cuando el clínico aporta información, es sensible al nivel de comprensión e intereses del paciente (si es aplicable).
- El clínico se esfuerza en mostrar respeto por la elección del paciente sobre el cambio de conducta.
- Clínico y paciente intercambian ideas sobre cómo el paciente podría cambiar su conducta actual (si es aplicable).

En esta herramienta no existe una diferenciación entre puntuaciones globales y de comportamientos concretos, sino que evalúa de forma más genérica la entrevista y la narrativa, de modo que tiene más semejanzas con otras escalas como el GATHA ⁽⁸¹⁾ o el CICCA ⁽⁸²⁾.

1.3.5.4. EVEM: Escala de Valoración de Entrevista Motivacional ⁽⁸⁰⁾

La Escala de Valoración de Entrevista Motivacional es una herramienta que nace de la necesidad de disponer, en nuestro entorno de Atención Primaria de Salud (APS), de una herramienta alternativa a las anteriormente descritas.

Esto se justifica mediante los siguientes supuestos:

1. La evaluación cualitativa de las habilidades del terapeuta.

Los encuentros clínicos en los que se utiliza la Entrevista Motivacional en el entorno de la APS suceden en un breve periodo de tiempo. A diferencia de los entornos para los que fueron desarrollados el MISC y la MITI (entrevistas en el ámbito de las conductas adictivas llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos, de larga duración), los profesionales de APS no disponen en la práctica de más de 10 minutos por visita en el mejor de los casos. Es por medio de la longitudinalidad en la atención que se pueden abordar los diferentes problemas de salud en la APS. Ello implica que, en la observación de un solo encuentro -y por tanto en la evaluación de lo que sucede en ese encuentro-, afloran datos sutiles, difíciles de captar, y que resulte injusto -y probablemente poco realista- evaluar a un profesional por la “cantidad” de comportamientos que pone en juego en una sola entrevista. Tomando el ejemplo de los sumarios de la MITI o el MISC, un profesional que solo utilice dos frases reflectivas a lo largo de una conversación, pero de gran complejidad y en un momento clave, que generan discurso de cambio y vínculo terapéutico, sería evaluado pobremente.

La propuesta es la de huir de la contabilización de conductas (con algunos matices), y evaluar si aparecen o no aparecen, por un lado, y su calidad, por otro. La escala EVEM pretende captar las estrategias que el profesional pone en juego al aplicar la Entrevista Motivacional en entornos de APS de modo cualitativo, en lugar de cuantitativo, para ajustarse a esta realidad.

2. El abordaje de la diana terapéutica se produce en un entorno de polidemanda.

Como recoge el BECCI, el abordaje de una determinada diana terapéutica -o de varias a la vez, cuando aumenta la complejidad de la intervención- se produce en un entorno de polidemanda.

La polidemanda implica que en la misma entrevista se deban de abordar varias dianas terapéuticas a la vez o que se deban de resolver otros problemas de salud de manera paralela al abordaje del cambio de conducta. De nuevo eso resta tiempo de dedicación a la puesta en escena de las habilidades en Entrevista Motivacional. Sin embargo, si se ignora de la entrevista todo lo que no tiene que ver con el abordaje motivacional propiamente dicho, se pierde una interacción que crea relación asistencial, y que puede ser igualmente evaluada, porque ayuda a valorar los comportamientos globales del terapeuta.

La propuesta es que la escala EVEM tenga en cuenta el entorno de polidemanda en su construcción y método evaluativo, incorporando todas las habilidades mostradas por el profesional en el encuentro clínico a una evaluación coherente con su realidad de aplicación.

3. La importancia de la comunicación no verbal y del paralenguaje.

En los encuentros que suceden en la APS, la comunicación no verbal y el paralenguaje juegan un papel fundamental. Basar la evaluación de la adherencia al método solo en el transcrito de lo que se dice en una entrevista permite ganar en fiabilidad, pero se pierde una cantidad de información considerable, y dificulta mucho la evaluación cualitativa de la que se puede analizar. La misma frase dicha en un tono diferente puede tener significados muy distintos y provocar, por tanto, una respuesta del paciente en sentidos divergentes. La actitud del profesional cuando dice esa frase también. El equipo de investigación que desarrolló el EVEM contaba con una amplia experiencia, de más de 25 años, en el análisis de videograbaciones de consultas reales con pacientes. Desde esa experiencia, y teniendo en cuenta lo anterior, se hizo una propuesta de escala de valoración que ponga atención al paralenguaje y al lenguaje no verbal a lo largo de la entrevista, y de cómo marcaba la utilización de las estrategias de la Entrevista Motivacional y la actitud coherente con el método por parte de los profesionales.

Esta propuesta se basaba, a su vez, en la ausencia de herramientas que valoraran la influencia de los aspectos de la comunicación no verbal en la aplicación de la Entrevista Motivacional.

Por último, ninguna de las 3 escalas contemplaba explícitamente el proceso longitudinal de la APS en cuanto a la secuencia involucrar-focalizar-evocar-planificar y el posterior seguimiento, en la línea de lo que postulan los procesos descritos en la tercera edición del libro *La Entrevista Motivacional*. La propuesta de creación de la escala EVEM contemplaba ese proceso.

En resumen, se trata de una herramienta validada de fidelidad al modelo motivacional que permite evaluar la competencia de los profesionales durante la implementación de la EM. Resulta especialmente adecuada porque el entrenamiento para su uso es muy asequible, está probada en población española y posibilita evaluar situaciones clínicas en entornos de APS ⁽⁸³⁾

Consta de 14 ítems que el observador evalúa con una escala tipo Likert de 0 a 4, pudiendo alcanzar una puntuación máxima de 56 puntos.

A modo de resumen, podemos afirmar que:

- La escala EVEM posee una validez aparente, de consenso y de contenido adecuadas para ser utilizada con fines docentes o de investigación en la aplicación de la Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM muestra globalmente una buena reproducibilidad en términos de concordancia intra e interobservador elevada, incluso en evaluadores no expertos en Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM demuestra ser muy homogénea y poseer una elevada consistencia interna.

- El estudio de la dimensionalidad de la escala revela que está compuesta por dos factores: el componente relacional y el componente direccional, que están íntimamente imbricados con el modelo teórico propuesto por la Entrevista Motivacional.
- El número de encuentros clínicos que un observador debe de valorar con la escala EVEM para obtener evaluaciones suficientemente fiables es de 6 entrevistas.
- La valoración de la integridad de la Entrevista Motivacional con la escala EVEM es factible, pues requiere de poco tiempo para su evaluación, contiene un número de ítems adecuado y el entrenamiento en su uso es asequible.
- La escala EVEM presenta una correlación excelente con la escala BECCI, con la que presenta una buena validez convergente.
- La escala EVEM demuestra sensibilidad al cambio, ya que es capaz de detectar cambios en el proceso formativo y en las habilidades clínicas aplicadas a la práctica real en profesionales formados en Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM puede ser aplicada en contextos de APS, por profesionales médicos, en diversos entornos culturales y en diversidad de situaciones clínicas.

Es por estos motivos que fue la escala EVEM la escogida para ser el método de evaluación de las entrevistas videograbadas del presente estudio ⁽⁸⁴⁾.

1.4. LA FORMACIÓN EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Aprender EM se trata tanto de estar en sintonía para evitar comportamientos que pueden ser obstáculos para la comunicación, como de aprender y fortalecer nuevas estrategias para el cambio de comportamiento ⁽⁸⁵⁾. Se trata de un proceso que requiere mucho más que un estudio del “método”, requiere práctica y feedback ⁽⁷⁰⁾. Por ello, uno de los aspectos claves en la formación en EM es recibir supervisión y entrenamiento regulares por parte de un mentor que acompañe en el proceso de aprendizaje. Además, realizar videograbaciones de consultas seleccionadas puede también ayudar al proceso de aprendizaje ⁽⁸⁵⁾.

1.4.1. LAS ETAPAS DEL APRENDIZAJE EN ENTREVISTA MOTIVACIONAL

En 2006, Miller y Moyers describieron ocho etapas que se propusieron como peldaños para desarrollar la formación en EM ⁽⁸⁶⁾. Es útil identificar la etapa donde se encuentra el profesional para poder facilitar el aprendizaje continuado, y avanzar firmemente en la adquisición de las habilidades en EM ⁽⁸⁵⁾ (Figura 03).

ETAPA 1. Entender el espíritu de la EM es fundamental. Originalmente, el espíritu incluía los conceptos de Colaboración, Evocación y Soporte a la autonomía del paciente. Más recientemente se incorporó la Compasión, definida cómo anteponer las necesidades del paciente a los intereses del propio profesional, ofreciendo una ayuda genuina. Además, se reformuló Soporte a la autonomía por Aceptación, definida como la creación de una atmósfera amigable como soporte a la autonomía. Es fundamental interiorizar estos conceptos del espíritu de la EM de forma temprana para que el aprendiz no se quede atascado y pueda avanzar en la formación en EM.

ETAPA 2. La escucha reflexiva puede ser una habilidad complicada de asimilar, que requiere un continuo entrenamiento para su correcto desarrollo. Las reflexiones pueden expresar empatía, mejorar la confianza del paciente, reforzar la colaboración, transmitir compasión, desarrollar discrepancias y aumentar las motivaciones expresadas para el cambio. Las habilidades para el desarrollo de la escucha reflexiva se pueden resumir en el acrónimo OARS, y son el uso de las preguntas abiertas (Open questions), la validación (Affirmation), las reflexiones (Reflective listening), y el uso de sumarios (Summaries). Estas habilidades son muy útiles y refuerzan el éxito en posteriores etapas de la EM.

ETAPA 3. Durante la entrevista con el paciente, el profesional debe tener una meta específica en mente, y éste debe hacer un esfuerzo consciente para enfocar y guiar la sesión para conseguir esta meta. No debemos olvidar que somos los encargados de ayudar al paciente a resolver la ambivalencia y obtener sus propias motivaciones para el cambio. Para ello, es imprescindible reconocer y trabajar el Discurso del Cambio (Deseo, Habilidades, Necesidades, Razones [acrónimo inglés: DARN]; Compromiso, Activación, Primeros Pasos [acrónimo inglés: CAT]).

ETAPA 4. Uno de los puntos clave que distingue la EM de otras modalidades de comunicación es la capacidad de provocar y reforzar activamente el discurso del cambio. Necesitamos escuchar atentamente para captar el discurso del cambio. Sin embargo, la presencia del discurso del cambio no garantiza un lenguaje de compromiso, por lo que es importante no querer avanzar demasiado rápido para obtener un lenguaje de compromiso.

ETAPA 5. Responder al discurso de mantenimiento es diferente de confrontar u oponerse a la conversación. La técnica adecuada es no evocar un discurso de mantenimiento, pero tampoco ignorarlo, sino permitirlo y aceptarlo. Oponerse al discurso de mantenimiento va a llevar al paciente a defender su status quo, mientras que apoyar su autonomía va a reforzar sus razones hacia el cambio.

ETAPA 6. La presencia de discurso de mantenimiento sugiere que el paciente no está listo para implementar un plan de cambio. A medida que va apareciendo discurso del cambio de forma más frecuente, es más probable que surja y crezca un lenguaje de compromiso. La transición del discurso de compromiso a la planificación de los cambios requiere tacto y oportunidad. Si no se está seguro de que un paciente está listo para involucrarse en un lenguaje de compromiso, usar reflexiones para valorar su preparación es una buena estrategia.

ETAPA 7. Una vez que se discute un plan de cambio, puede ser perjudicial querer obtener nuevas motivaciones para el cambio, ya que esto puede derivar en nuevo discurso de mantenimiento.

Cuando detectamos el lenguaje de compromiso y el paciente se prepara para esto, se debe hacer la transición y apoyarlo en el cambio, sin olvidar que el plan ha de ser diseñado por el propio paciente en base a sus motivaciones.

ETAPA 8. La EM nunca fue concebida como un método terapéutico completo y definitivo, ni siquiera como una terapia a largo plazo. La EM debe usarse como parte del proceso de participación del paciente en la toma de decisiones, sin asumir nada sobre el síntoma, problema o tema en cuestión sino dejando que sea el paciente quien lo defina. A medida que se reduce la ambivalencia, el proceso de cambio funciona de manera óptima cuando la EM se integra con otras modalidades terapéuticas, como la terapia cognitivo-conductual.

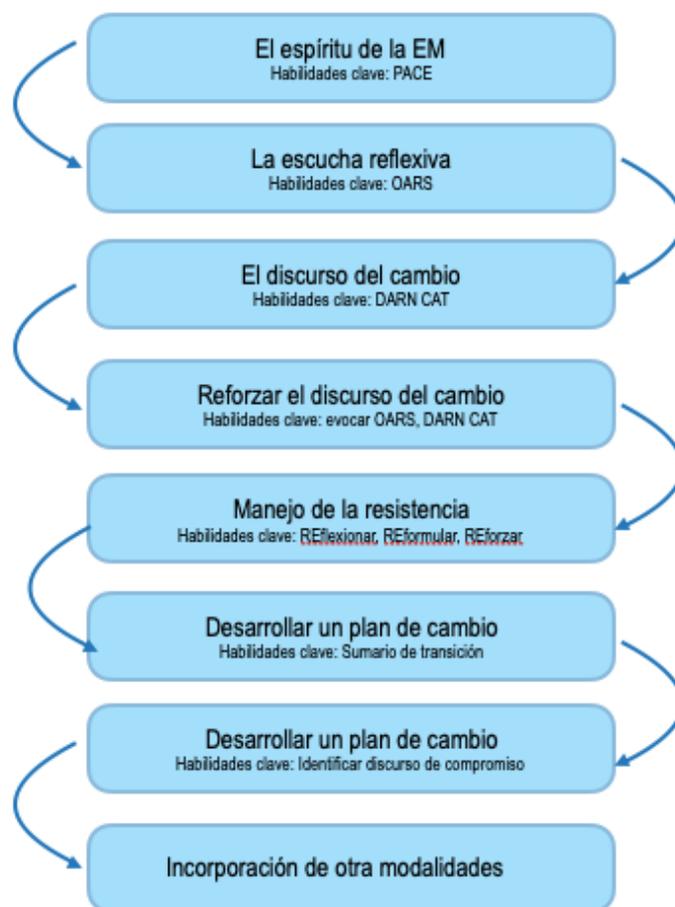


Figura 03. Etapas del aprendizaje en EM

1.4.2. EVIDENCIA CIENTÍFICA ACERCA DE LA FORMACIÓN EN EM

Existen muchas evidencias en cuanto a la eficacia en la formación en competencias de EM. Las primeras revisiones sistemáticas sobre este tema que encontramos se remontan a 2009 ^(87,88), pero a partir de entonces el número de publicaciones aumenta exponencialmente, indicando que cada vez se presta más atención a la capacitación en EM.

De la investigación empírica acerca del entrenamiento en EM se concluye que tras la mayoría de formaciones se evidencian mejoras en las competencias de una variedad de profesionales tanto del campo de la salud general, como mental y/o de abuso de sustancias ^(87,88,89), y que al medir el efecto de su eficacia, este resulta entre moderado y grande ^(90,91).

Un aspecto poco estudiado de la formación en EM son las variables relativas a la actitud de los participantes frente a los aspectos puramente centrados en la adquisición de las habilidades de la EM ⁽⁹²⁾. Considerando que estas variables pueden influir en el proceso de aprendizaje, y por tanto en los resultados del mismo, se examinó la relación del interés, la confianza y el compromiso del clínico con el dominio del EM. El resultado encontrado es que no se convierten en predictoras de la adherencia al EM, ni de la adquisición de competencias, exceptuando la confianza, asociada al uso de estrategias avanzadas de EM.

Por otra parte, encontramos una revisión sistemática ⁽⁸⁸⁾, donde se señala que sólo 4 de los 10 estudios valoran la reacción de los participantes a distintos aspectos de la formación, con resultados generalmente favorables (satisfacción, relevancia percibida, etc.). Pero existe una falta de vinculación de estos resultados con los de la evaluación de la adquisición de competencias, y convendría aclarar si las reacciones de los participantes (a nivel de interés, atención o motivación) podrían facilitar el aprendizaje de habilidades.

Además, desde hace unos años hacia aquí, varios autores ^(89,90) conciben la capacitación de profesionales como una forma de incorporar prácticas basadas en la formación online para la adquisición de habilidades en EM.

En este sentido, un importante estudio multicéntrico es el proyecto MOTIVA ⁽⁹¹⁾. Se trata de un programa de formación consistente en un curso inicial de 16h seguido de actividades en línea durante 12 meses, junto a reuniones presenciales basadas en problemas con feedback de expertos. Los resultados obtenidos mediante grabaciones analizadas con la escala EVEM evidenciaron una mejoría significativa en las habilidades de EM tras el curso presencial y las actividades de mantenimiento. El proyecto MOTIVA fue la mayor influencia formativa del estudio DISLIP-EM ⁽⁹²⁾, una intervención multifactorial basada en entrevistas motivacionales realizadas por médicos generales para mejorar los niveles de lípidos en pacientes con dislipidemia, en comparación con la atención estándar. En dicho estudio multicéntrico se evidenció una reducción significativa de todos los parámetros lipídicos, el riesgo cardiovascular, la reducción de peso y la adherencia a la dieta mediterránea similar a la intervención habitual, y superior en la proporción de pacientes que lograron objetivos combinados de control de lípidos y el nivel de ejercicio físico. Además, el estudio MOTIVA ha sido uno de los estudios incluidos en un metaanálisis reciente ⁽⁹³⁾ donde se realiza una revisión de programas que utilizan la EM para facilitar cambios del estilo de vida, evidenciando que es necesario explorar más a fondo las fortalezas y limitaciones de la EM mediante estudios sólidos.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Al inicio de este proyecto de investigación ya era evidente que en los años previos se había evidenciado la necesidad del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en diversos ámbitos, y que la medicina y la docencia no eran una excepción. Quedaban ya evidentes las indudables ventajas de estas herramientas, lo que hizo que muchas de ellas salieran del ámbito lúdico para emerger como herramientas de trabajo en muchas áreas.

En ese momento no existía apenas bibliografía que avalara el uso de nuevas tecnologías en el ámbito formativo, y la ausencia de estudios aplicados a un uso extendido de TICs era evidente. Así, surgió la necesidad de diseñar un estudio para demostrar la utilidad de estas herramientas en el campo de la docencia.

Posteriormente, en el primer trimestre de 2020, con la llegada del COVID19 a nuestro país todo cambió. El inicio de la pandemia ocasionó una aceleración de cambios sobre la forma de organizarnos y, por ende, de enseñar. La docencia en remoto llegó a todos los niveles educativos. En ese momento el propósito de este estudio cobró más sentido, aunque el hecho de que viviéramos una situación de emergencia condicionó el desarrollo del mismo.

El diseño de este proyecto está orientado a intentar demostrar la calidad de la formación a distancia con el objetivo de promover un avance en los métodos docentes. Los resultados obtenidos pueden suponer un punto de inflexión en la innovación de la metodología docente habitual aplicada a la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Se pretende mejorar la formación y las habilidades de los médicos de familia en el ámbito de la Entrevista Motivacional, competencia esencial en el programa de la especialidad de MFyC. Los resultados pueden también ser extensibles a la docencia en el resto de especialidades médicas, así como a la docencia médica en el ámbito de la Universidad.

Por otro lado, hay que destacar que un programa formativo basado en nuevas tecnologías puede mejorar la calidad de la docencia ofrecida a los residentes por el hecho de poder contar con expertos en cada materia sin necesidad de desplazamiento. Esto significaría poder ofrecer parte de las actividades directamente con un docente experto en el tema de cada una de las actividades, o bien ofrecer seminarios o colaboración con el mismo en caso de ser preciso para mejorar la calidad docente.

Otro punto donde pretende incidir el proyecto es sobre la motivación de los residentes. No debemos olvidar que el perfil de los residentes suele ser el de una persona con inquietudes y necesidades de actualización continuada, y en este aspecto se plantea que la introducción de nuevas tecnologías puede ser un método eficaz para aumentar su interés al aportar una nueva imagen de evolución permanente en la especialidad. Por otra parte, los residentes suelen tener cada vez más edad y es habitual que deban compatibilizar la formación con una vida familiar, y el hecho de poder flexibilizar la formación y conciliar ambas facetas puede mejorar su predisposición a la docencia recibida y mejorar su participación.

Además, es importante destacar que el sistema online es más eficiente desde el punto de vista económico, ya que el hecho de poder evitar desplazamientos de los docentes, o incluso de los residentes, puede influir en el ahorro por parte de las Unidades Docentes y de los implicados directamente.

3. HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS

- El proyecto pretende demostrar la hipótesis que un programa formativo basado en una metodología docente con tecnología 2.0/3.0 será igual de efectivo comparado con la metodología presencial tradicional, siendo más coste-efectivo.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Valorar la eficacia y eficiencia de un programa formativo basado en la tecnología 2.0/3.0/Online en el aprendizaje de competencias esenciales (habilidades en Entrevista Motivacional) en médicos y enfermeros residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria.

4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Identificar limitaciones y aspectos de mejora en la formación online de EM.
- Valorar su factibilidad en el programa de formación de la especialidad en MFyC.
- Evaluar la satisfacción de la metodología formativa basada en la tecnología 2.0/3.0.
- Comparar el programa formativo basado en la tecnología Online frente a la metodología presencial tradicional.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El estudio fue planteado como un diseño experimental, longitudinal, multicéntrico, basado en intención de tratar.

Se diseñaron los grupos control e intervención de la siguiente manera:

- GRUPO CONTROL. Los médicos residentes de MFyC y de enfermería comunitaria participantes recibieron la formación mediante herramientas presenciales tradicionales. No tuvieron acceso a la plataforma Moodle.
- GRUPO INTERVENCIÓN. Los médicos residentes de MFyC y de enfermería comunitaria participantes recibieron la formación utilizando una metodología docente basada en la tecnología 2.0/3.0. Los alumnos asignados a este grupo tuvieron acceso a la plataforma Moodle diseñada para llevar a cabo el proyecto, así como al foro de la misma y al correo electrónico creado para resolver dudas con motivo del proyecto. El feedback de las actividades propuestas en la formación se proporcionó también mediante plataforma Moodle.

Las intervenciones se realizaron sobre una de las competencias esenciales dentro del programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria como es la comunicación asistencial, y más específicamente las competencias referentes a la entrevista motivacional. Estas competencias están descritas en el punto 8.1 del programa formativo⁽⁹²⁾. Las variables fueron medidas de manera cualitativa y cuantitativa mediante cuestionarios ad hoc de elaboración propia y videgrabaciones de consultas estandarizadas.

Las videograbaciones se realizaron al inicio y al final de cada una de las actividades, a cada participante del estudio, como método de evaluación de las habilidades comunicativas. Fueron consultas estandarizadas, de manera que el paciente y la situación a evaluar fueron similares para los participantes de cada actividad. La escala utilizada para la evaluación de las competencias fue la escala EVEM ⁽⁸⁰⁾.

La docencia de ambos grupos fue impartida por el mismo profesor. Se preparó el curso presencial, que se llevó a cabo en un dos sesiones para todos los participantes. El curso online fue diseñado y tutorizado por el mismo docente que impartió el curso presencial, adaptando todos los contenidos para que la docencia recibida fuera equivalente en ambos grupos. En ambas modalidades del curso se siguieron fielmente las recomendaciones sobre formación en EM descritas por Moyers y Miller⁽⁸⁶⁾.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Se decidió incluir en la población de estudio médicos residentes de 4º año de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria, puesto que en programa formativo de ambas especialidades se exige formación en el ámbito de la Comunicación y Salud de forma general, y más específicamente en el ámbito de la Entrevista Motivacional en los últimos años de formación ⁽⁹⁵⁾.

5.2.1 CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

No existen estudios similares previos para poder determinar la diferencia a detectar, por lo que para realizar el cálculo del tamaño muestral se tomaron los datos del estudio DISLIP-EM ⁽³⁰⁾, donde se vio que en el proyecto MOTIVA ⁽⁹¹⁾ se detectó una diferencia positiva de 16,37 puntos sumatorios en el grupo experimental tras el curso formativo presencial en Entrevista Motivacional. A partir de aquí, se determinó que el tamaño muestral necesario era de 60 residentes ⁽⁹⁶⁾.

5.2.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para el desarrollo del estudio se contactó con Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Catalunya para ofrecerles la posibilidad de participación.

Desde la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Barcelona Ciudad - ICS se solicitó formar parte del estudio, siendo grupo control. El motivo fue que en años anteriores se había llevado a cabo la formación de forma presencial, siendo muy bien valorada por parte de los residentes, y no querían abandonar ese formato.

Por otra parte, la Unidad Docente Mutiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Tarragona manifestó estar interesada en pertenecer al grupo intervención, puesto que no disponían de docentes en Entrevista Motivacional en su territorio, y consideraban el estudio una buena oportunidad para ofrecer la formación a los residentes de la Unidad Docente.

Tras mantener una reunión presencial con cada uno de los coordinadores de las Unidades Docentes, ambas aceptaron la participación en el estudio.

5.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes del programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria que desarrollaban su formación en las Unidades Docentes Mutiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Barcelona Ciudad - ICS y de Tarragona, que tuvieran actividades formativas relacionadas con la Entrevista Motivacional dentro del plan docente del curso 2018-2019 y 2019-2020, y que aceptasen participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.
- Residentes del programa formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria que desarrollaban su formación en las Unidades Docentes Mutiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria de Barcelona Ciudad - ICS y de Tarragona, que tuvieran actividades formativas relacionadas con la Entrevista Motivacional dentro del plan docente del curso 2018-2019 y 2019-2020, y que aceptasen participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.

5.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Negativas a participar por cualquier motivo.
- Pérdida de material videograbado a estudio.
- No disponer de ordenador y acceso a internet en el caso de los participantes del grupo intervención.

5.2.5 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra inicial era de 70 participantes, 31 de ellos en el grupo control, y 39 en el grupo intervención.

De todos ellos, 1 participante del grupo control no aceptó participar en el estudio y no firmó el consentimiento informado, por lo que fue descartado de los análisis de resultados. El motivo de declinar la participación fue la negativa a ser videograbado.

En el grupo intervención, hubo 8 pérdidas de residentes que no acudieron a realizar la videograbación posterior a la formación. De ellos, 5 no habían completado la formación online. Los otros 3 residentes que habían completado la formación se encontraban realizando una rotación externa y no fue posible recitarlos en otro momento.

En el grupo control hubo 21 pérdidas, siendo la muestra final de 9 videograbaciones post formación. El motivo fue el estallido de la primera ola COVID en febrero-marzo de 2020, tras las formación presencial que se realizó en Octubre de 2019. Este hecho ocasionó que se tuvieran que interrumpir las grabaciones posteriores a la formación, y que los residentes terminaran la formación antes de lo previsto, motivo por el cual no fue posible contactar con ellos para reprogramar las videograbaciones.

La muestra final se describe en el siguiente diagrama (Figura 04):

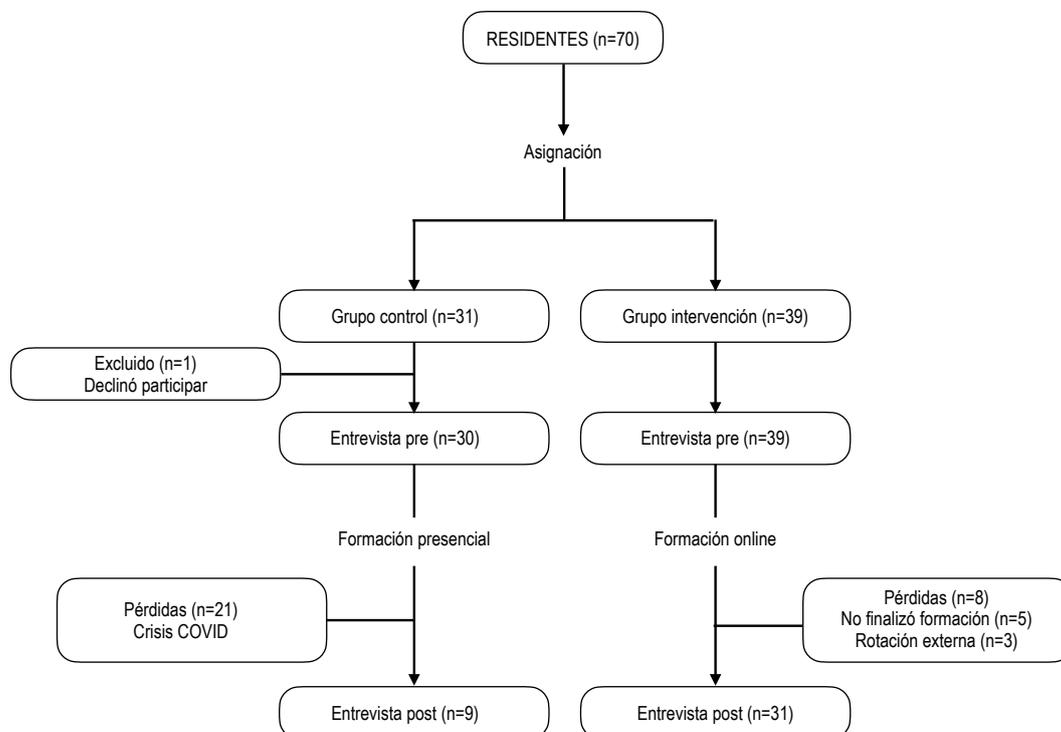


Figura 04. Diagrama de la muestra final del estudio.

5.3. FASES DEL ESTUDIO

Durante el diseño del proyecto, y tras haber seleccionado las Unidades Docentes que participarían en el mismo, se planificaron diversas fases para su desarrollo.

Durante la FASE DE DISEÑO se elaboraron la forma y contenidos de la actividad formativa basada en las nuevas tecnologías que se incluiría en el estudio. Se diseñó una plataforma Moodle como herramienta para la actividad de estudio. Se elaboraron, asimismo, los cuestionarios que se utilizarían para evaluar las diferentes variables a estudio.

Posteriormente, durante la FASE CONSENSO, se presentó la actividad elaborada a las Unidades Docentes para que éstas dieran su conformidad en cuanto al diseño y contenido de las mismas.

Tras haber consensado las actividades con las Unidades Docentes, se realizó un pilotaje en la FASE PILOTO, para lo que se aprovechó la participación en el proyecto EIRA⁽⁷³⁾. Esta fase de pilotaje sirvió para modificar el curso online hasta obtener la versión definitiva.

Tras el pilotaje, se inició la fase de aplicación de la metodología docente basada en las nuevas tecnologías a lo largo de la FASE DE ACCIÓN. En esta fase se administraron también los cuestionarios destinados a la evaluación de los conocimientos previos y recogida de variables sociodemográficas. Se realizaron las videograbaciones antes y después de cada actividad formativa, y se utilizó la escala EVEM para la evaluación de las competencias comunicacionales adquiridas en las actividades a estudio.

Al terminar la fase de acción, se realizó una evaluación de la metodología de estudio por parte de los residentes y docentes participantes en la FASE DE EVALUACIÓN, mediante la administración de los cuestionarios diseñados a tal efecto. Asimismo, se evaluaron las dificultades surgidas en relación con la aplicación de la tecnología al proceso.

5.4. MATERIAL

5.4.1. EL PACIENTE ESTANDARIZADO

Con el objetivo de estandarizar las videograbaciones previas y posteriores a la formación de cada grupo, se planteó un escenario clínico adecuado para poder trabajar las competencias a evaluar.

La actriz estandarizada fue, en todos los casos, la propia doctoranda.

CASO CLÍNICO.

Sònia es una mujer de 38 años, poco frecuentadora, que acude a la consulta para solicitar renovación de la receta de ácido fólico.

Lo está tomando hace 3 meses por indicación de la comadrona, porque desea quedar embarazada.

Al revisar la historia clínica, el profesional detecta que en la última visita consta el antecedente de "Fumadora".

El objetivo de la entrevista es abordar el tema del tabaco utilizando para ello la entrevista motivacional.

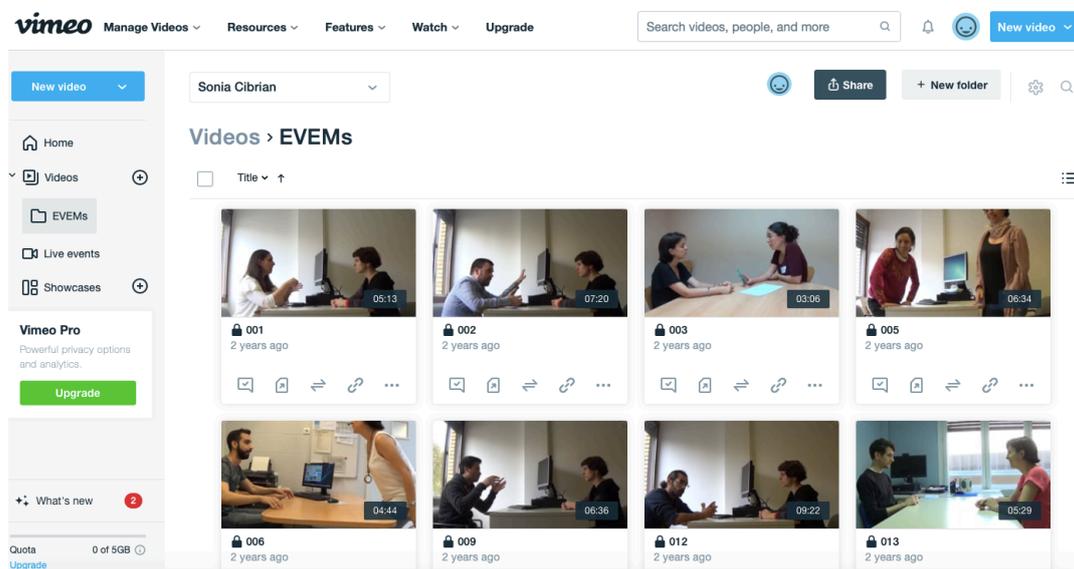
5.4.2. EL CUESTIONARIO PREVIO

Con el objetivo de recoger los datos demográficos de los participantes (sexo, edad, año de residencia), así como el conocimiento previo de las TICs y su manejo, se diseñó un cuestionario anónimo para ser autoadministrado a los residentes (Anexo 01). Fue administrado a todos los participantes con independencia del grupo asignado, en el momento de la inclusión al estudio.

5.4.3. LAS VIDEOGRABACIONES

Para cada uno de los participantes del estudio se realizó una videograbación con paciente estandarizada antes y después de la formación. Las videograbaciones se realizaron mediante cámaras de video con tarjetas SD, y los videos se volcaron en una videoteca en la plataforma Vimeo (www.vimeo.com), creada en modo privado para el desarrollo del proyecto.

Con el objetivo de mantener la confidencialidad de los residentes, y no poder determinar si se trataba de una videograbación previa o posterior a la formación, los archivos fueron numerados de forma aleatoria, siendo registrada su información (fecha, residente, previa o posterior) en una base de datos independiente.



5.4.4. LA ACTIVIDAD PRESENCIAL

La actividad presencial ya se encontraba diseñada previamente al inicio del proyecto. Desde hace años, el Dr JM Bosch y el Dr Manuel Campiñez, ambos directores de esta tesis doctoral, imparten el curso de EM en la Unidad Docente Multidisciplinar de MFyC de Barcelona Ciutat-ICS.

El curso tiene duración total de 10 horas, divididas en 2 sesiones de 5 horas cada una, con 1-2 días de intervalo entre sesiones. Se calcula además un trabajo personal de lectura de material y tareas de unas 6 horas. La metodología docente combina teoría y práctica, mediante desarrollo de role-playings y visualización de material audiovisual para su discusión, y se basa en la estructura de 8 etapas propuestas por Miller y Moyers para el proceso de aprendizaje ⁽⁸⁶⁾ (Tabla 06).

DÍA 1 (5 horas)
- Introducción / presentación (20min)
- ¿Qué es la EM? (30min)
- Espíritu de la EM (40min)
- Role playing (30min)
- Descanso (30min)
- Principios y habilidades en EM (1 hora)
- Role playings (1 hora)
- Discusión de casos prácticos (30min)
Día 2 (5 horas)
- Repaso de conceptos anteriores (20min)
- El discurso del cambio (30min)
- Cómo evocar el discurso del cambio (30min)
- Role playing (30min)
- Descanso (20min)
- El discurso de mantenimiento y desacuerdos (20min)
- Desarrollar el plan de cambio y consolidar el compromiso (20min)
- Role playings (1 hora)
- La EM en APS y escala EVEM (30min)
- Role playings (30min)
- Cierre de sesión (10min)

Tabla 06. Estructura de la formación presencial.

5.4.5. LA ACTIVIDAD ONLINE

El diseño de la actividad online se llevó a cabo por parte de la doctoranda, por el Dr JM Bosch y por el Dr Manuel Campiñez, basándose en la actividad presencial que ya estaba diseñada y se venía impartiendo en la Unidad Docente Multidisciplinar de MFyC de Barcelona Ciutat-ICS hacía ya algunos años.

Para ello, la doctoranda recibió formación para conocer el uso de la plataforma Moodle, y se procedió a preparar el material audiovisual necesario para el correcto desarrollo de la actividad formativa.

5.4.5.1. LA PLATAFORMA MOODLE

Para alojar la actividad online se decidió utilizar la plataforma Moodle, ya que se trata de una herramienta sencilla y eficaz que se podía integrar el aula virtual de la unidad docente donde se iba a llevar a cabo la formación a distancia.

La plataforma Moodle es un sistema de gestión de aprendizaje creada en 2002, de código abierto y uso gratuito. Es comúnmente utilizado para la educación a distancia a través de cursos en línea, y se trata de la plataforma más extendida actualmente en el sistema educativo. Uno de sus puntos fuertes es la posibilidad de trabajar de forma colaborativa, y presenta rasgos generales muy útiles para el actual enfoque pedagógico basado en las TIC: flexibilidad, interactividad, participación y posibilidad de realizar un seguimiento constante al alumno ⁽⁹⁷⁾.

Dentro del proceso educativo, Moodle nos proporciona usos muy interesantes, pudiendo utilizarse tanto para educación a distancia como para complementar la educación presencial. En primer lugar, permite realizar una gestión de contenidos adaptada a cada situación, ya que el docente puede presentar de forma ordenada y coherente el material, de manera que los alumnos pueden conectarse y compartir información y feedback entre ambos de un modo fluido y sencillo ya que no se necesitan conocimientos técnicos para ello. Por otro lado, tiene una excelente capacidad de comunicación, ya que permite enviar mensajes, realizar tutorías y disponer de foros para facilitar los intercambios comunicativos de forma activa y directa, creando una comunidad educativa y dando lugar al aprendizaje cooperativo gracias a una red social de aula protegida y segura. Por último, la plataforma posibilita la evaluación de los alumnos de forma fácil ya que permite que haya un feedback inmediato tras la realización de tareas y actividades, que puede ser llevado a cabo tanto por los docentes como por el resto de alumnos ⁽⁹⁷⁻⁹⁸⁾.

De todos modos, dentro del contexto educativo, Moodle tiene algunas barreras. Por una parte, la estructura y diseño de las actividades formativas dependen en gran medida del conocimiento que posea el docente sobre la herramienta o los recursos que tenga disponibles en cuanto a material digital. Por otro lado, no se debe caer en el error de priorizar las TIC a las necesidades de los alumnos, se ha de adaptar la formación al proceso de enseñanza ⁽⁹⁷⁾.

5.4.5.2. EL DISEÑO DEL CURSO

El diseño del curso se planteó en base a los contenidos y la estructura del curso presencial que ya se impartía desde hacía unos años en la Unidad Docente Multidisciplinar de MFyC de Barcelona Ciutat-ICS.

Se diseñó una actividad de 16 horas lectivas, calculando 10 horas en la plataforma y 6 horas de trabajo personal basado en lectura de material y realización de las tareas correspondientes a cada tema.

El curso se estructuró en 10 temas (tabla 07), siguiendo las etapas propuestas por Miller y Moyers para el proceso de aprendizaje ⁽⁸⁶⁾, y para cada tema se incluyeron 2 tareas con el objetivo de evaluar los conocimientos adquiridos (Anexo 02). Los alumnos podían acceder al material tanto de forma online en la plataforma Moodle, como descargando los PDF con la formación teórica para cada uno de los módulos (Anexo 03).

- TEMA 1. Qué es la EM.
- TEMA 2. El espíritu de la EM.
- TEMA 3. Principios y habilidades en EM.
- TEMA 4. El discurso del cambio.
- TEMA 5. Cómo evocar el discurso del cambio.
- TEMA 6. Manejo del discurso de mantenimiento y de los desacuerdos.
- TEMA 7. Desarrollando el plan de cambio.
- TEMA 8. Consolidar el compromiso.
- TEMA 9. Entrevista motivacional y Atención Primaria.
- TEMA 10. Evaluación de la EM. La escala EVEM.

Tabla 07. Estructura de la formación online.

Además, se preparó material audiovisual para reforzar la parte práctica del curso, que consistió en 2 videograbaciones con actores para ejemplificar la estructura de una Entrevista Motivacional, con el objetivo de trabajar sobre este material tanto los aspectos teóricos como la parte práctica de evaluación de tareas.



Al finalizar los módulos del curso, los alumnos realizaron una prueba de evaluación tipo test consistente en 20 preguntas con 4 opciones de respuesta para cada una de ellas. Se exigió un 80% de respuestas correctas para dar como apta la evaluación del cuestionario (Anexo 04).

5.4.5.3. EL FEEDBACK

Tras cada tema, el alumno debía completar 2 tareas en formato online, bien escribiendo la respuesta directamente en la plataforma Moodle, o bien adjuntando un archivo adjunto (word o pdf) con la respuesta propuesta. Al recibir las respuestas, y en un plazo de 24-48 horas, el alumno recibía por parte de los docentes un feedback personalizado, con una valoración numérica (nota del 1 al 100) de la respuesta enviada. Asimismo, para alguna de las tareas se diseñó un modelo de respuesta estandarizado para que los alumnos pudieran tener más material docente (Anexo 05).

5.4.6. EL PILOTAJE: ESTUDIO EIRA

Previo a la utilización del curso online en el trabajo de campo de la actual tesis, éste se pilotó en el contexto del proyecto EIRA ⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾. Se trata de un estudio multicéntrico en el que participan 7 comunidades autónomas que propone impulsar conductas que promuevan la salud de la población entre 45 y 65 años, en el ámbito de la Atención Primaria, para mejorar su calidad de vida, evitar las enfermedades crónicas y contribuir a un envejecimiento activo y saludable.

En el contexto de este estudio, los profesionales que entraron a formar parte del mismo recibieron formación en Entrevista Motivacional como una herramienta clave para la promoción de conductas saludables, y dada la dificultad de realizar la formación de forma presencial por la dispersión geográfica de los profesionales participantes, ésta se realizó mediante el curso online diseñado para la actual tesis, lo que proporcionó la posibilidad de realizar el pilotaje. Este pilotaje de la actividad online dio lugar a un Trabajo de Fin de Máster de la Universitat Autònoma de Barcelona ⁽¹⁰¹⁾.

El diseño del pilotaje de la actividad formativa fue el mismo que en el caso de la actual tesis. Se realizaron dos videograbaciones (antes y después de la actividad formativa online) con una paciente estandarizada, que en este caso era representada por una actriz que había realizado un entrenamiento previo de una única sesión de 2 horas, en el que recibió indicaciones del tipo de respuesta que debía dar según el estilo manifestado por el profesional. Para homogeneizar las condiciones, la situación clínica que se reproducía era la misma en todos los profesionales que participaban en las videograbaciones: “Paciente embarazada de 8 semanas de gestación que acude al Centro de Atención Primaria con el objetivo de recibir atención para dejar de fumar, después de iniciar por sí misma una reducción progresiva que manifiesta dificultades para continuar”. Estas videograbaciones fueron evaluadas mediante la escala EVEM por profesionales entrenados para ello.

Finalmente, la formación se llevó a cabo por 78 profesionales sanitarios (muestra final del estudio, con un total de 154 videograbaciones analizadas), que cumplieron los criterios de inclusión: (1) permanencia en el equipo profesional un mínimo de 30 meses, (2) haber finalizado el curso online de EM, y (3) disponer de videograbaciones pre y post formación codificada. Se objetivó una diferencia estadísticamente significativa (aumento medio de 12,66 puntos, IC 95%: 9,67-15,66) entre la media de la puntuación total en la escala EVEM antes y después de realizar la formación online ($t=8,42$; $p<0,001$). En cuanto a la diferencia de puntuaciones en los diferentes ítems que conforman la escala EVEM, en todos ellos se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones antes y después de realizar la actividad online. Por tanto, podemos concluir que la primera aproximación realizada a través de este estudio para evaluar la formación online en EM es positiva, puesto que se demuestra la eficacia del curso en la mejora de las competencias en EM de los profesionales participantes en el mismo ⁽¹⁰¹⁾.

5.4.7. LA EVALUACIÓN

La evaluación de las videgrabaciones para valorar los cambios en cuanto a las habilidades adquiridas se realizó mediante la escala EVEM (Anexo 06).

Como ya se ha comentado previamente, se trata de una herramienta validada de fidelidad al modelo motivacional que permite evaluar la competencia de los profesionales durante la implementación de la EM, y está validada en población española y en entornos de APS ⁽⁸³⁾

Consta de 14 ítems que el observador evalúa con una escala tipo Likert de 0 a 4, pudiendo alcanzar una puntuación máxima de 56 puntos.

5.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis “por intención de tratar”: los sujetos evaluados han sido todos aquellos que aceptaron la inclusión en el estudio completando los cuestionarios de inicio y, por tanto, disponen de los datos de las variables independientes.

La mecanización de los datos y posterior análisis se ha realizado con el programa “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)” para iOS.

Al analizar las distintas variables descriptivas, en primer lugar se evaluó la normalidad de la muestra con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Dado que en todos los casos la muestra no siguió un patrón de normalidad, se utilizó la prueba no paramétrica U Mann-Whitney para evaluar si existían diferencias significativas entre grupos.

En la evaluación del tiempo de entrevista, se evaluó la distribución de normalidad mediante el test Kolmogorov-Smirnov. En los casos en que la muestra no seguía la normalidad, se comparó la diferencia entre grupos mediante la prueba no paramétrica U Mann-Whitney. En los casos en que la muestra seguía un patrón de normalidad, se utilizó la prueba T-student.

En la evaluación de las diferencias entre los tiempos de entrevista pre y post formación, dado que no seguía patrón de normalidad, se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon.

Previamente a la evaluación de las variables del EVEM, y para asegurar una correcta evaluación de las entrevistas, se procedió a realizar un estudio de la fiabilidad interobservador entre la doctoranda y los directores que realizaron el entrenamiento, y se analizó el CCI y el índice ponderado Kappa (k) de Cohen para confirmar su fiabilidad.

En la evaluación de las diferencias en los diferentes ítems del EVEM se evaluó la normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff, y posteriormente, tras objetivar que la distribución no seguía un patrón normal, se utilizó el test no paramétrico U Mann-Whitney para la comparación entre grupos, y el test no paramétrico de Wilcoxon para la comparación de los valores pre y post formación.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La participación de los residentes y la Unidad Docente que cumplieron los criterios de inclusión fue voluntaria e informada. Se realizó una reunión con los coordinadores de las Unidades Docentes para exponer el estudio, y se entregó un documento a firmar al aceptar participar en el estudio (ANEXO 07). Posteriormente, se proporcionó a los participantes una hoja con un consentimiento informado que firmaron en el momento de aceptar participar en el estudio (ANEXO 08). Los participantes que aceptaron la inclusión en el estudio pudieron retirarse del mismo en el momento que lo desearan, así como solicitar la eliminación del material videograbado y de los datos que el trabajo había generado hasta ese momento.

Desde el punto de vista de la confidencialidad, se tuvo en cuenta la normativa que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) establece para los datos de salud, Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999. Los datos personales y de filiación quedaron bajo custodia del responsable del estudio nombrado a tal efecto (la doctoranda). A todo participante incluido en el estudio se le identificó con un único número (el número de selección). El código identificador figuró en cada una de las fuentes del estudio. La base de datos donde figuran los códigos identificadores de los participantes se halla independiente de la base de datos donde los datos derivados de la investigación fueron introducidos.

No existieron riesgos o beneficios físicos, psíquicos, sociales o legales para los participantes del estudio. En relación a las repercusiones legales de violar la intimidad mediante el uso de videograbaciones, éstas están ampliamente trabajadas, y se ha definido claramente cuáles deben de ser las directrices del consentimiento informado para no perjudicar ni a paciente ni a profesional en este sentido (ANEXO 09).

Tras la finalización del estudio, se informó de los resultados obtenidos a las Unidades Docentes participantes en el mismo, siendo éstas quienes difundan los resultados, en caso de creerlo conveniente, a los residentes participantes en el proyecto.

6. RESULTADOS

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Tras finalizar el trabajo de campo, la muestra final se especifica en la Tabla 08.

	GRUPO CONTROL (n=30)	GRUPO INTERVENCIÓN (n=39)
Entrevista previa	30	39
Entrevista posterior	9	31
Hombres	7	11
Mujeres	23	28
MIR	26	37
EIR	4	2
Media edad (años)	28,07	31,55

Tabla 08. Muestra del estudio.

Todos los residentes de MFyC fueron de 40 años. En el grupo control había 4 participantes EIR, pero solo 1 de ellos realizó la segunda entrevista. En el grupo intervención había 2 participantes EIR, y ambos completaron las dos entrevistas.

6.1.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

6.1.1.1. EDAD

Con el objetivo de valorar si la diferencia de la media de edad entre grupos es estadísticamente significativa, se llevaron a cabo tests estadísticos para muestras independientes.

En primer lugar, se analizó la normalidad de la muestra mediante un test de Kolmogorov-Smirnov:

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,250	67	<,001	,793	67	<,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tras comprobar que la variable no sigue una distribución de normalidad (sig<0,001), se analizó la diferencia entre grupos mediante la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney:

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La distribución de Edad es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,002

Resumen de contrastes de hipótesis

	Decisión
1	Rechace la hipótesis nula.

a. El nivel de significación es de ,050.

b. Se muestra la significancia asintótica.

Por tanto, al rechazar la hipótesis nula de distribución igual entre categorías se concluye que la diferencia de edad entre grupos es estadísticamente significativa, siendo el grupo intervención significativamente más mayor que el grupo control.

6.1.1.2. ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA

Se preguntó a los participantes cuál era el nivel autopercebido de conocimientos de informática, que debían valorar como básico, intermedio o avanzado (ver ANEXO 01).

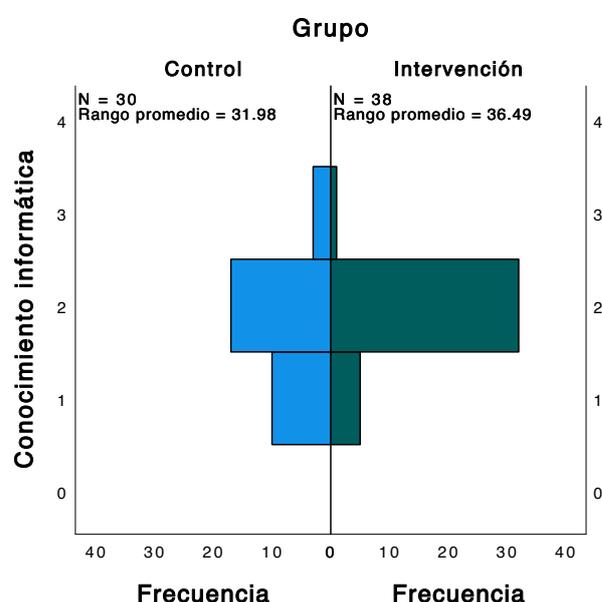
Del total de la muestra, un 72,1% de los participantes afirmaban tener un conocimiento intermedio de informática. Entre los participantes del grupo intervención, el 86,8% afirmaban tener conocimiento intermedio o avanzado de informática, frente a un 66,7% del grupo control.

Tras comprobar que la variable no seguía una distribución de normalidad ($\text{sig} < 0,001$) se analizó si existían diferencias entre ambos grupos. A pesar de la diferencia entre porcentajes, ésta no fue estadísticamente significativa (U MannWhitney $p = 0,234$).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	645.500
W de Wilcoxon	1386.500
Estadístico de prueba	645.500
Error estándar	63.494
Estadístico de prueba estandarizado	1.189
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.234

Prueba U de Mann-Whitney para muestras ...



6.1.1.3. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “CONEXIÓN A INTERNET EN DOMICILIO”

La siguiente cuestión realizada a los participantes consistía en informar si disponían de conexión a internet en el domicilio. La respuesta fue afirmativa en el 100% de los participantes de ambos grupos.

6.1.1.4. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “ORDENADOR PORTÁTIL”

A la pregunta de si disponían de ordenador portátil, 66 de los 69 participantes contestó afirmativamente, tenía ordenador portátil. Tan solo 2 participantes del grupo control y 1 del grupo intervención no disponían de portátil.

6.1.1.5. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “INTERNET EN EL MÓVIL”

Cuando se preguntó si los participantes disponían de conexión a internet desde su dispositivo móvil, tan solo 1 participante del grupo control respondió con un “No”. El resto de participantes disponían de conexión en el teléfono móvil.

6.1.1.6. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “INTERNET EN LA CONSULTA”

A la cuestión acerca de si utilizaban internet como herramienta en la consulta, el 100% de los participantes de ambos grupos respondieron afirmativamente.

6.1.1.7. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “INTERNET A DIARIO”

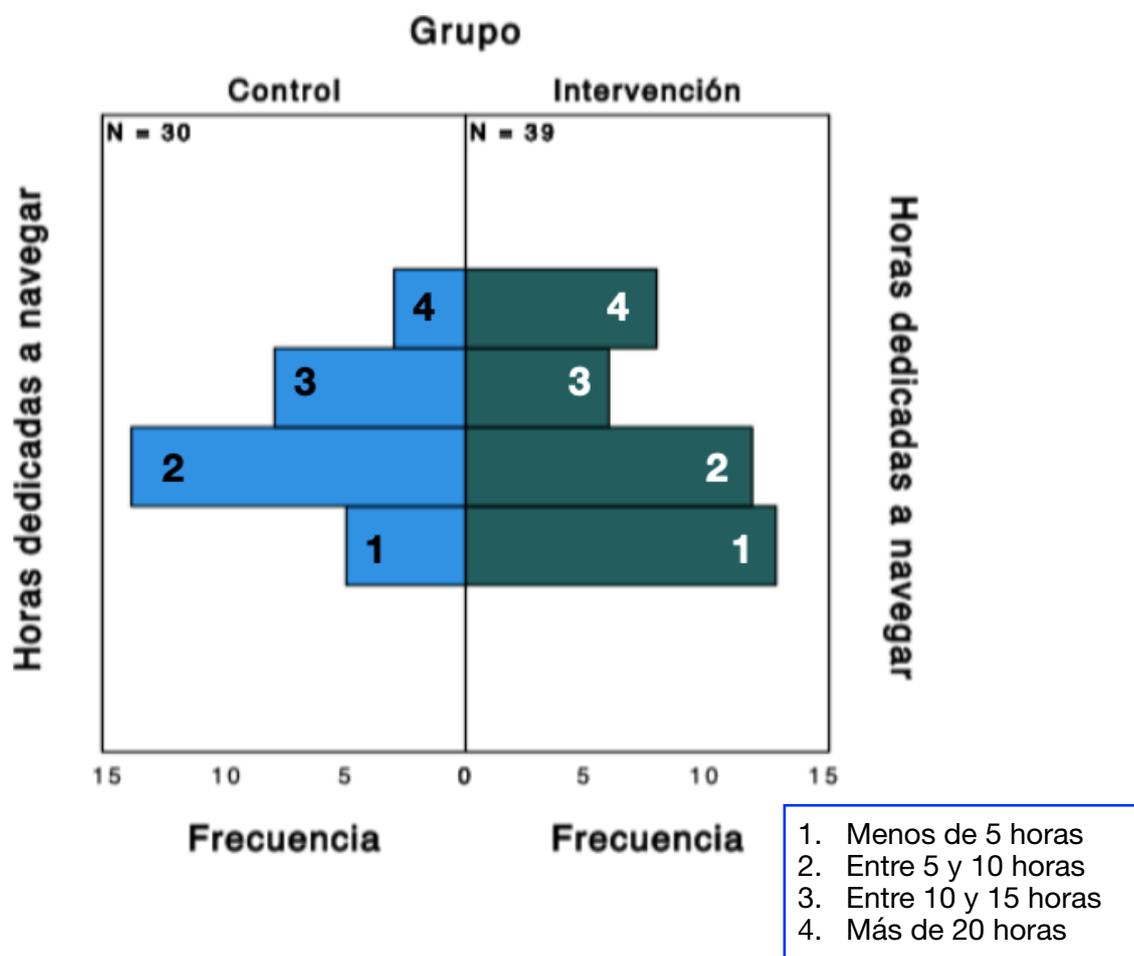
Del total de participantes, 68 de los 69 afirmaban usar internet a diario. Tan solo 1 participante del grupo control contestó que no lo utilizaba diariamente.

6.1.1.8. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “HORAS SEMANALES EN INTERNET”

Se preguntó a los participantes cuántas horas dedicaban semanalmente a navegar por internet, excluyendo el uso en consulta destinado al trabajo. Se les proporcionaban rangos de tiempo que debían seleccionar (ANEXO 01).

Del total de la muestra, un 58% afirmaba usar internet entre 5 y 15 horas semanales, mientras que el 26,1% lo utilizaba menos de 5 horas a la semana, y un 15,9% más de 15 horas a la semana.

En el grupo control, un 73,4% utilizaba internet entre 5 y 15 horas a la semana, con un 16,7% de participantes que lo usaba menos de 5 horas, y un 10% usando más de 15 horas. En el grupo intervención, un 46,2% utilizaba internet entre 5 y 15 horas a la semana, con un 33,3% de participantes que lo usaba menos de 5 horas, y un 20,5% usando más de 15 horas.



Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La distribución de Horas dedicadas a navegar es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	.591
2	La distribución de Horas dedicadas a navegar es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para muestras independientes	.734

Al analizar la variable, se observa que no sigue un patrón de normalidad, y que la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney aporta una significación de 0,591, por lo que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en relación al tiempo dedicado a navegar en internet.

6.1.1.9. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE REDES SOCIALES”

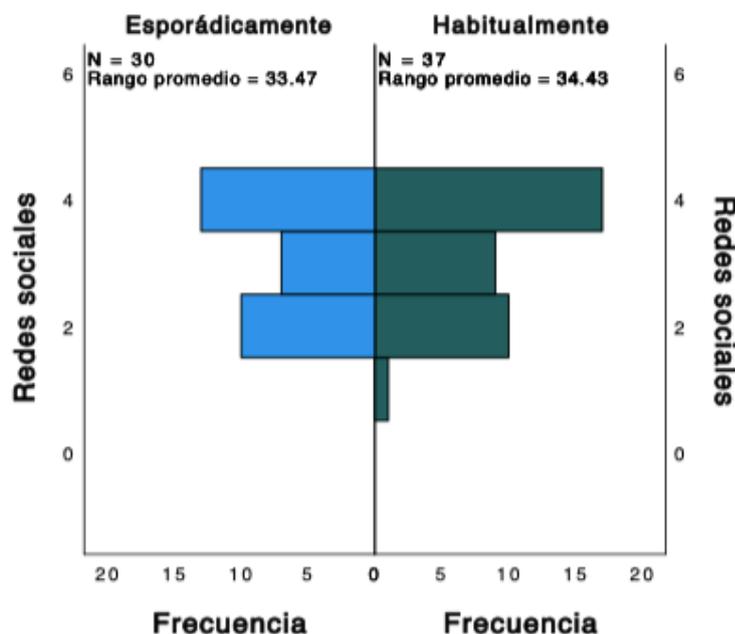
El siguiente bloque de preguntas iba dirigido a conocer qué herramientas usaban los participantes y con qué frecuencia, debiendo responder en una escala con los enunciados “nunca lo he utilizado”, “esporádicamente”, “habitualmente” o “a diario”.

Cuando fueron preguntados acerca del uso de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram...), el 68,7% del total afirmaron utilizarlas “habitualmente” o “a diario”. Este porcentaje fue del 66,6% en el grupo control y del 70,2% en el grupo intervención.

En el análisis de la variable se observa que no sigue un patrón de normalidad, y que la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney aporta una significación de 0,829, por lo que se concluye que no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	67
U de Mann-Whitney	571.000
W de Wilcoxon	1274.000
Estadístico de prueba	571.000
Error estándar	73.984
Estadístico de prueba estandarizado	.216
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.829



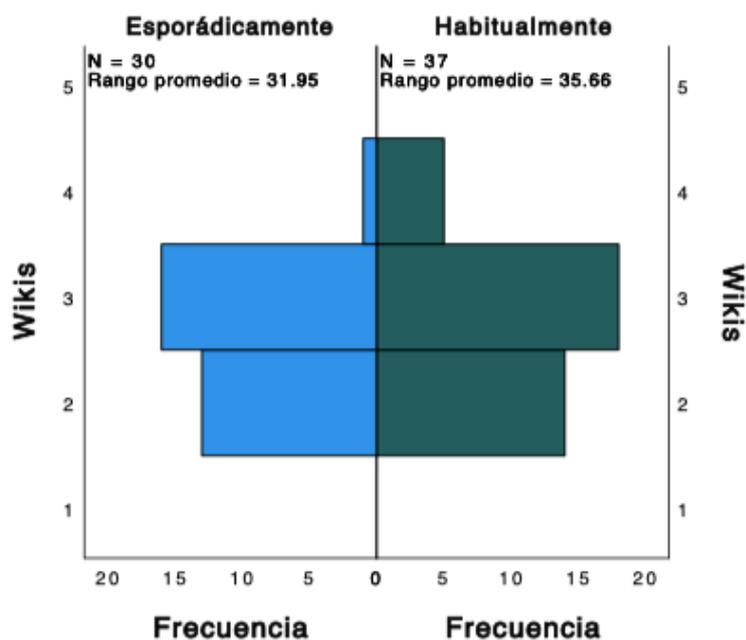
6.1.1.10. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE WIKIS”

Al preguntarse acerca del uso de wikis (Wikipedia...), el 59,7% del total afirman utilizar wikis habitualmente o a diario. Este porcentaje es del 56,6% en el grupo control y del 62,1% en el grupo intervención.

En el análisis de la variable no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (variable no normal, U Mann-Whitney con significación de 0,387)

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	67
U de Mann-Whitney	616.500
W de Wilcoxon	1319.500
Estadístico de prueba	616.500
Error estándar	71.084
Estadístico de prueba estandarizado	.865
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.387



6.1.1.11. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE CHATS”

Al ser preguntado acerca del uso habitual de chats (Whatsapp...), el 100% del total afirman utilizar chats habitualmente o a diario.

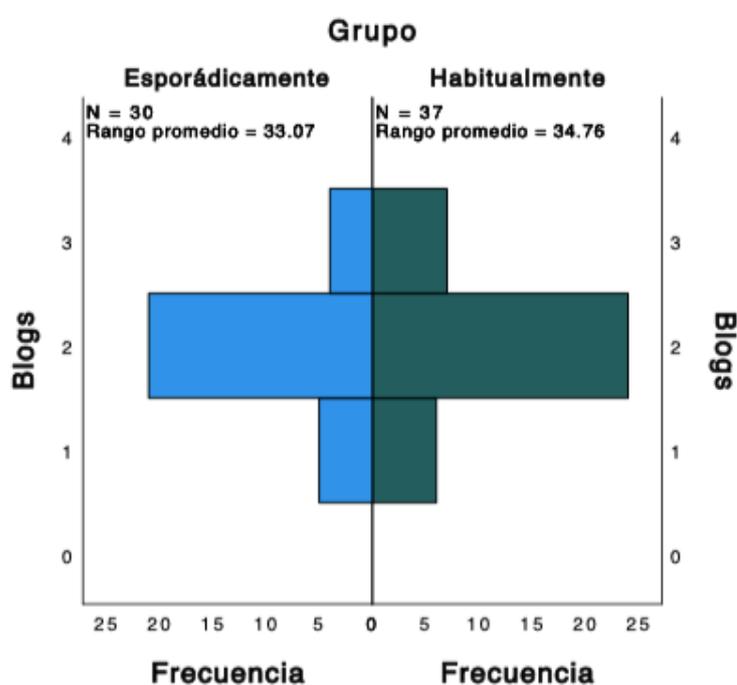
6.1.1.12. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE BLOGS”

De entre todos los participantes, el 83,6% afirman ser usuarios de blogs de forma habitual o a diario. Este porcentaje es del 83,3% en el grupo control y del 83,8% en el grupo intervención.

En el análisis estadístico de la variable se objetivó que no seguía una distribución normal, y la significación del test no paramétrico U Mann-Whitney fue de 0,670, por tanto no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	67
U de Mann-Whitney	583.000
W de Wilcoxon	1286.000
Estadístico de prueba	583.000
Error estándar	65.799
Estadístico de prueba estandarizado	.426
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.670



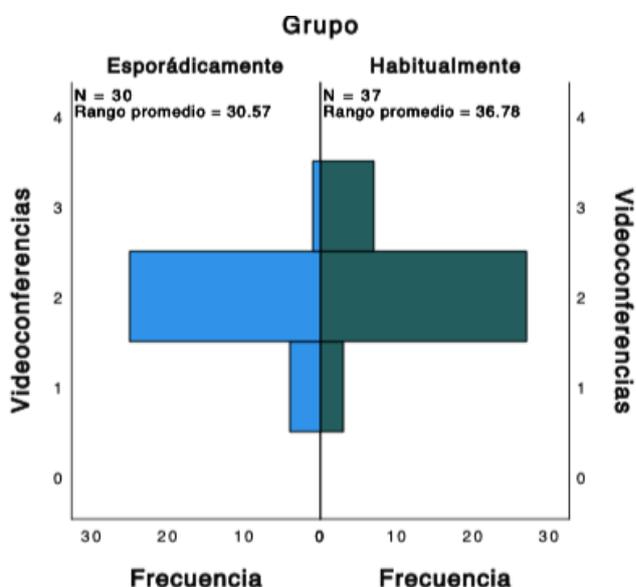
6.1.1.13. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE VIDEOCONFERENCIAS”

Al ser preguntados por el uso habitual de videoconferencias (MSN Messenger, Skype, Zoom...), el 89,5% del total afirman realizar haber realizado videoconferencias, con una frecuencia de esporádica o habitualmente. Este porcentaje es del 86,6% en el grupo control y del 91,9% en el grupo intervención.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con una variable que no sigue patrón de normalidad, y una significación en la prueba no paramétrica U Mann-Whitney de 0,074.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	67
U de Mann-Whitney	658.000
W de Wilcoxon	1361.000
Estadístico de prueba	658.000
Error estándar	57.726
Estadístico de prueba estandarizado	1.784
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.074



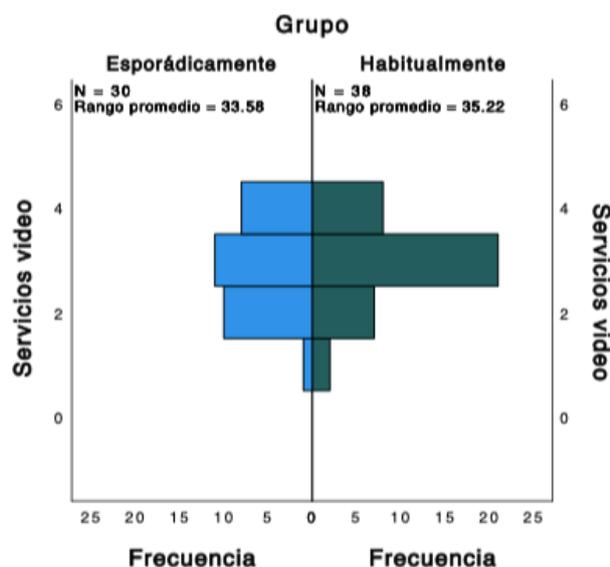
6.1.1.14. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO DE VIDEO”

El 70,6% del total de participantes afirman utilizar los servicios de alojamiento de video (Vimeo, Youtube...) habitualmente o a diario. Este porcentaje es del 63,4% en el grupo control y del 76,4% en el grupo intervención.

En el análisis de la variable no se detectan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (variable no normal, significación de 0,715 en test no paramétrico U Mann-Whitney).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	597.500
W de Wilcoxon	1338.500
Estadístico de prueba	597.500
Error estándar	75.397
Estadístico de prueba estandarizado	.365
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.715



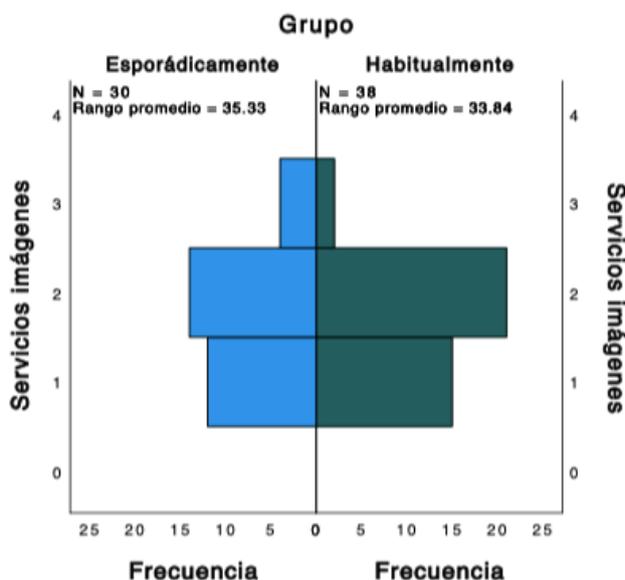
6.1.1.15. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO DE IMÁGENES”

Del total de participantes, el 60,3% afirman utilizar los servicios de alojamiento de imágenes (Flickr, Picassa...) esporádica o habitualmente. Ningún participante lo utiliza a diario. Este porcentaje es del 60% en el grupo control y del 60,6% en el grupo intervención.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, la variable sigue una distribución no normal, y la significación es de 0,730 en el test no paramétrico U Mann-Whitney.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	545.000
W de Wilcoxon	1286.000
Estadístico de prueba	545.000
Error estándar	72.439
Estadístico de prueba estandarizado	-.345
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.730



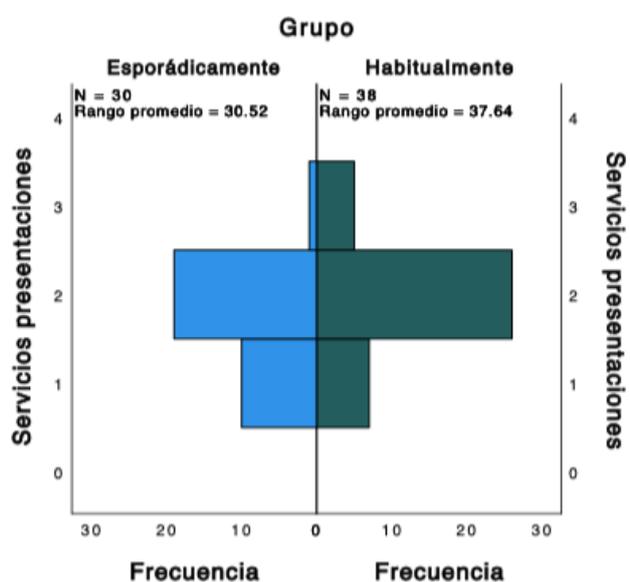
6.1.1.16. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “USO DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO DE PRESENTACIONES”

El 75% del total de participantes afirman utilizar los servicios de alojamiento de presentaciones (Slideshare...) habitualmente o a diario. Ningún participante lo utiliza a diario. Este porcentaje es del 66,6% en el grupo control y del 81,6% en el grupo intervención.

En el análisis estadístico de la variable se observa que no sigue un patrón de normalidad, y la significación en el test no paramétrico U Mann-Whitney es de 0,076, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	689.500
W de Wilcoxon	1430.500
Estadístico de prueba	689.500
Error estándar	67.449
Estadístico de prueba estandarizado	1.772
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.076



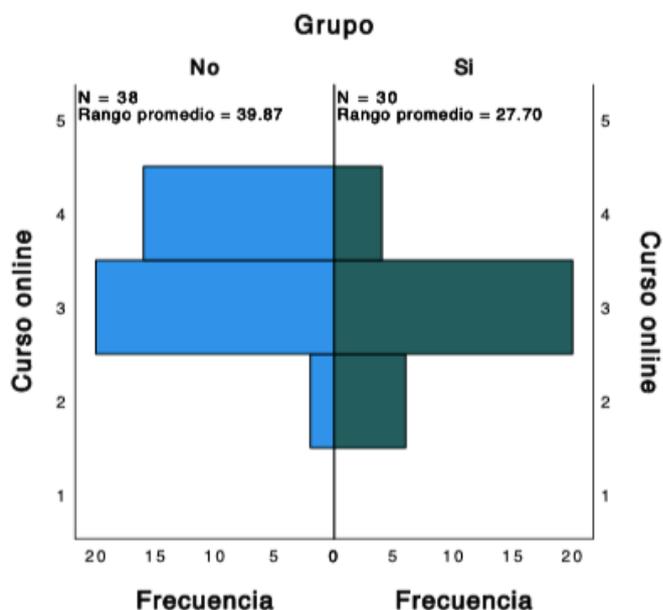
6.1.1.17. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “REALIZACIÓN DE CURSO ONLINE”

Cuando los participantes fueron preguntados acerca de si habían realizado algún curso online, el 100% de ellos respondieron de forma afirmativa. De ellos el 88,2% de ellos realizaron al menos 1 curso online en el último año. En el grupo control, el porcentaje de participantes que realizaron un curso online en el último año fue del 80%, mientras que en grupo intervención fue del 94,7%.

En este caso sí que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, siendo la variable no normal, con una significación en el test no paramétrico U Mann-Whitney del 0,004.

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	774.000
W de Wilcoxon	1515.000
Estadístico de prueba	774.000
Error estándar	71.024
Estadístico de prueba estandarizado	2.872
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.004

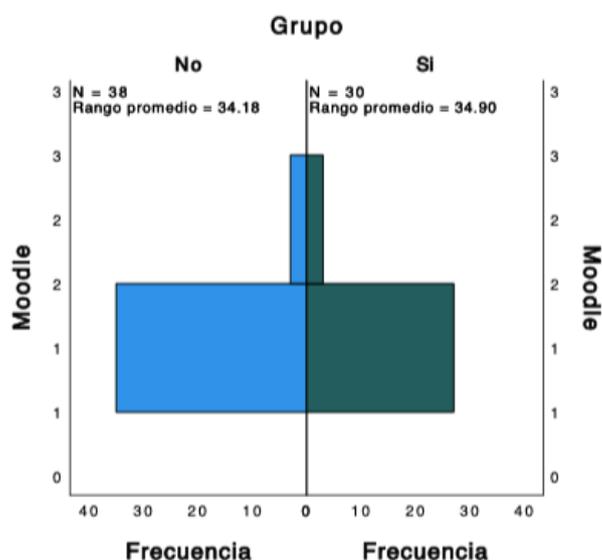


6.1.1.18. ANÁLISIS DE LA VARIABLE "UTILIZACIÓN DE LA PLATAFORMA MOODLE"

El 91,2% de los participantes había utilizado la plataforma Moodle previamente (90% en grupo control, y 92,1% en grupo intervención), sin existir diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (distribución no normal, U Mann-Whitney con significación de 0,763).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes

N total	68
U de Mann-Whitney	558.000
W de Wilcoxon	1299.000
Estadístico de prueba	558.000
Error estándar	39.779
Estadístico de prueba estandarizado	-.302
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.763



6.2. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

6.2.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES "TIEMPO DE ENTREVISTA"

6.2.1.1. VARIABLE "TIEMPO DE ENTREVISTA PREVIA"

En primer lugar, al codificar las entrevistas videograbadas antes de la formación mediante la escala EVEM, se midió la duración total de las mismas, en segundos.

La duración media de las grabaciones fue de 291 segundos. En el grupo control, la duración media fue de 288 segundos, y en el grupo intervención de 294 segundos.

Se analizó la normalidad de la muestra mediante un un test de Kolmogorov-Smirnov para evaluar si la muestra seguía una distribución de normalidad.

Tras comprobar que la variable no sigue una distribución normal, se analizó si existían diferencias entre grupo control y grupo intervención mediante la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

Resumen de contrastes de hipótesis		
	Hipótesis nula	Prueba
1	La distribución de Segundos video pre es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes
		Sig. ^{a,b} ,753
Resumen de contrastes de hipótesis		
	Decisión	
1	Conserve la hipótesis nula.	
<p>a. El nivel de significación es de ,050. b. Se muestra la significancia asintótica.</p>		

El resultado del test U Mann-Whitney para muestras independientes obtuvo una significación de 0,753, por tanto no existen diferencias estadísticamente significativas en la duración de la entrevista previa entre los grupos control e intervención.

6.2.1.2. VARIABLE “TIEMPO DE ENTREVISTA POSTERIOR”

Más tarde se codificaron las entrevistas videograbadas tras la formación mediante la escala EVEM, midiendo también su duración en segundos.

La duración media de las grabaciones fue de 322 segundos. En el grupo control, la duración media fue de 336 segundos, y en el grupo intervención de 318 segundos.

Se analizó la normalidad de la muestra mediante un test de Kolmogorov-Smirnov para evaluar si la muestra seguía una distribución de normalidad, obteniendo una significación de 0,156 y concluyendo que la variable sigue una distribución normal.

Se aplicó por tanto una T-student para muestras independientes, obteniendo una significación de 0,159, por lo que se concluyó que no había diferencias estadísticamente significativas en la duración de las entrevistas entre grupo control y grupo intervención.

		F	Sig.	t
Segundos video post	Se asumen varianzas iguales	2,066	,159	,402
	No se asumen varianzas iguales			,321

6.2.1.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES “TIEMPO DE ENTREVISTA PREVIA” Y “TIEMPO DE ENTREVISTA POSTERIOR”

Tras observar que no existen diferencias en la duración de las entrevistas entre ambos grupos, analizamos si la intervención ha influido en la duración de las entrevistas, comparando el tiempo de las videograbaciones anteriores a la formación con el tiempo de las videograbaciones posteriores.

Cuando analizamos si existían diferencias entre la duración de la entrevista previa y la posterior a la formación en la totalidad de los participantes de ambos grupos, se llegó a la conclusión de que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables (Test no paramétrico de Wilcoxon, Sig 0,550).

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Segundos video pre y Segundos video post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,550
Resumen de contrastes de hipótesis			
	Decisión		
1	Conserve la hipótesis nula.		
a. El nivel de significación es de ,050.			
b. Se muestra la significancia asintótica.			

De igual modo, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en dichas variables cuando se analizaron los grupos control e intervención por separado, con una significación en el test no paramétrico de Wilcoxon de 1 para el grupo control, y de 0,570 para el grupo intervención.

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Segundos video pre y Segundos video post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	1,000
Resumen de contrastes de hipótesis			
Decisión			
1	Conserve la hipótesis nula.		
a. El nivel de significación es de ,050.			
b. Se muestra la significancia asintótica.			

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Segundos video pre y Segundos video post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	,570
Resumen de contrastes de hipótesis			
Decisión			
1	Conserve la hipótesis nula.		
a. El nivel de significación es de ,050.			
b. Se muestra la significancia asintótica.			

Por tanto, podemos concluir que la formación ofrecida tanto en el grupo control como en el grupo intervención no afecta a la duración de la entrevista con el paciente simulado.

6.2.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE LA ESCALA EVEM

6.2.2.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS INTEROBSERVADOR

La evaluación de las entrevistas fue realizada íntegramente por la doctoranda, tras una sesión de entrenamiento en cuanto a la utilización de la escala EVEM 2.0 por parte del Dr Manuel Campiñez Navarro (MC) y el Dr Josep Maria Bosch Fontcuberta (JM).

La escala EVEM 2.0, utilizada para la evaluación de las entrevistas videograbadas en el presente estudio, posee una concordancia interobservador muy elevada ⁽⁸⁰⁾. A pesar de ello, para asegurar que el entrenamiento fue adecuado y que las evaluaciones realizadas eran correctas, se llevó a cabo un estudio de fiabilidad interobservador entre la doctoranda y los directores que realizaron el entrenamiento. El cálculo de entrevistas necesarias para el estudio de generalizabilidad de la fiabilidad fue de 6, a pesar de ello en el estudio EIRA se utilizaron un total de 8 en el pilotaje, y en el caso del presente estudio se optó por realizar la evaluación de 19 entrevistas (9 entrevistas evaluadas por JM, 10 entrevistas evaluadas por MC), y se analizó el CCI y el índice ponderado Kappa (k) de Cohen para confirmar su fiabilidad ⁽¹⁰²⁾.

El CCI ⁽¹⁰³⁾ tiene por objetivo determinar el grado de concordancia de las observaciones por diferentes observadores e instrumentos. Está aceptado como índice de concordancia para datos continuos. Si se evalúa el tamaño de los componentes de la varianza entre los grupos y dentro de éstos, el ICC describe la proporción de la variación total, la cual es explicada por las diferencias entre los observadores e instrumentos.

En cuanto al índice ponderado Kappa (k) de Cohen, calcula la variación interobservador, pudiendo ser medida en cualquier situación en la que dos o más observadores independientes están evaluando la misma variable ⁽¹⁰¹⁾. Es utilizada para evaluar la concordancia o reproducibilidad de instrumentos de medida cuyo resultado es categórico (2 o más categorías). El índice kappa (κ), expresado en forma de proporción, indicaría la fracción de acuerdos entre observadores no debidos al azar del total de posibles acuerdos. En la interpretación del índice kappa (κ) hay que tener en cuenta que el índice depende del acuerdo observado, pero también de la prevalencia del carácter estudiado y de la simetría de los totales marginales ⁽¹⁰⁵⁾. A diferencia del índice de concordancia simple (ICS) o concordancia global, que mide de forma bruta la proporción de respuestas en la que existe acuerdo entre los observadores, sin ponderar ni tener en cuenta las potenciales fuentes de error ni el azar (lo cual supone una importante limitación que obliga a complementarlo con otros indicadores ^(106,107)), el índice ponderado Kappa (k) de Cohen, sin embargo, sí tiene en cuenta el nivel de acuerdo esperado debido al azar.

Los resultados obtenidos para los diferentes evaluadores se presentan en la Tabla 09. Tras concluir que la concordancia entre observadores es muy buena, se procedió a efectuar todos los análisis estadísticos sobre las evaluaciones realizadas por la doctoranda.

ITEM	Kappa JM	Kappa MC
1	1	1
2	0,939	1
3	1	1
4	0,933	1
5	0,727	1
6	-*	1
7	1	1
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	1	0,919
12	0,934	0,933
13	0,939	1
14	0,924	1
Respuesta	0,836	1
TOTAL	0,934	0,943
CCI evaluaciones JM: 0,999 (IC95%: 0,996 - 1) CCI evaluaciones MC: 0,999 (IC95%: 0,997 - 1) * No calculable al ser 0 todos los valores.		

Tabla 09. Índice Kappa para los diferentes ítems de la escala EVEM.

6.2.2.2. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “EVEM SUMATIVO”

La variable EVEM sumativo es la suma de las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems de los que consta la escala EVEM ⁽⁸⁰⁾. Fue calculado para cada entrevista videograbada.

En primer lugar se comprobó que la variable tanto en las entrevistas previas a la formación como en las posteriores, no seguía una distribución de normalidad, por tanto se aplicaron tests no paramétricos para su análisis.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra				
		Puntuación total pre			Puntuación total post		
N		69	N		40		
Parámetros normales ^{a,b}	Media	22.09	Parámetros normales ^{a,b}	Media	41.03		
	Dev. estándar	8.581		Dev. estándar	7.191		
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.081	Máximas diferencias extremas	Absoluta	.087		
	Positivo	.061		Positivo	.049		
	Negativo	-.081		Negativo	-.087		
Estadístico de prueba		.081	Estadístico de prueba		.087		
Sig. asin. (bilateral) ^c		.200 ^d	Sig. asin. (bilateral) ^c		.200 ^d		
Sig. Monte Carlo (bilateral) ^e	Sig.	.318	Sig. Monte Carlo (bilateral) ^e	Sig.	.617		
	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior		.306	Intervalo de confianza al 99%	Límite inferior	.605
		Límite superior		.330		Límite superior	.630

La media de la puntuación del EVEM sumativo en las entrevistas videograbadas previas a la formación fue de 22,09 para el total de la población. Esta puntuación fue de 24,27 en el grupo control y de 20,41 en el grupo intervención (Tablas 10 y Figura 05).

Media de EVEM sumativo en entrevistas previas a la formación	
GLOBAL	22,09
Grupo control	24,27
Grupo intervención	20,41

Tabla 10. Medias del EVEM sumativo en entrevistas previas a la formación

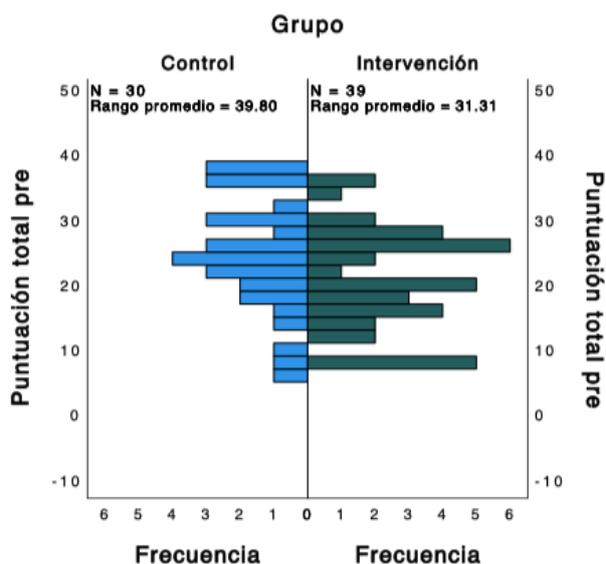


Figura 05. Puntuación total EVEM previo a las formaciones, por grupos.

Como ya se ha comentado, la variable no sigue distribución de normalidad, por lo que se realizó un análisis para comparar ambos grupos mediante el test no paramétrico U Mann-Whitney, obteniendo una significación de 0,081. Se concluye, por tanto, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y grupo intervención en cuanto a las puntuaciones de las entrevistas previas.

Resumen de contrastes de hipótesis		
	Hipótesis nula	Prueba
1	La distribución de Puntuación total pre es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes
		Sig. ^{a,b}
		.081

Cuando analizamos las entrevistas posteriores a la formación, la media de la puntuación del EVEM sumativo fue de 41,03 para el total de la población. Esta puntuación fue de 37,67 en el grupo control y de 42 en el grupo intervención (Tabla 11 y Figura 06).

Media de EVEM sumativo en entrevistas posteriores a la formación	
GLOBAL	41,03
Grupo control	37,67
Grupo intervención	42

Tabla 11. Medias del EVEM sumativo en entrevistas posteriores a la formación

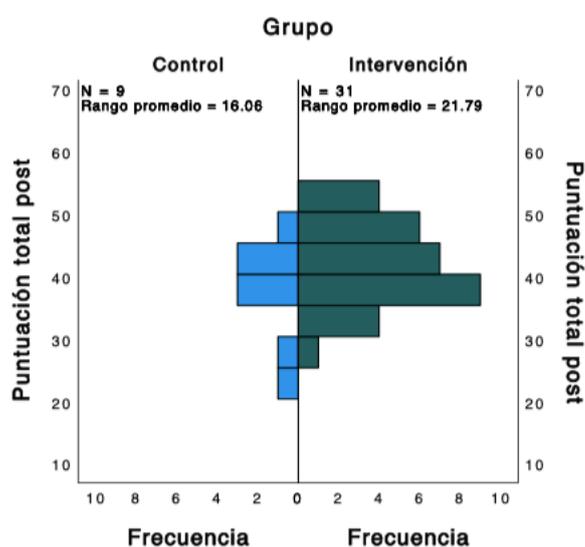


Figura 06. Puntuación total EVEM posterior a las formaciones, por grupos.

Dado que la variable no sigue distribución de normalidad, se realizó un análisis para comparar ambos grupos mediante el test no paramétrico U Mann-Whitney, obteniendo una significación de 0,199. Se concluye, por tanto, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y grupo intervención en cuanto a las puntuaciones de las entrevistas posteriores a la formación.

Resumen de contrastes de hipótesis		
	Hipótesis nula	Prueba
1	La distribución de Puntuación total post es la misma entre categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes
		Sig. ^{a,b} .199 ^c

Analizamos ya la diferencia entre la puntuación obtenida en las videgrabaciones previas a la formación y las posteriores a la formación para muestras relacionadas.

En el total de la población observamos una diferencia de 18,94 puntos entre las puntuaciones obtenidas previas a la formación y las posteriores. Esta diferencia es de 13,4 puntos en el grupo control y de 21,59 puntos en el grupo intervención (Tabla 12 y Figura 07).

Diferencias entre puntuaciones pre y post	
GLOBAL	18,94
Grupo control	13,4
Grupo intervención	21,59

Tabla 12. Diferencia de puntuación total EVEM sumativo previo y posterior a las formaciones.

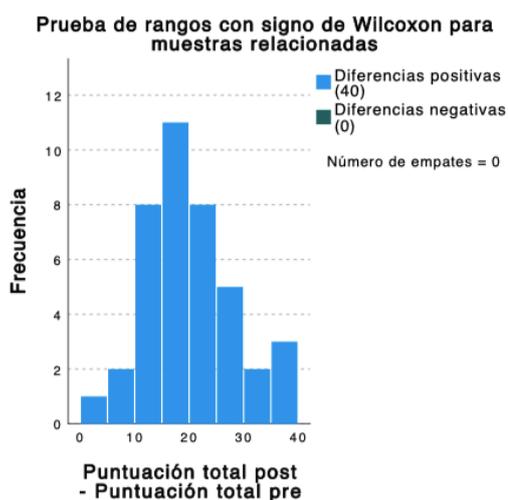


Figura 07. Diferencia de puntuación total EVEM sumativo previo y posterior a las formaciones

Al analizar el total de la población mediante el test de Wilcoxon obtenemos una significación inferior a 0,001, por lo tanto observamos que hay diferencias entre las puntuaciones previas y posteriores estadísticamente significativas.

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Puntuación total pre y Puntuación total post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	<.001

Cuando realizamos el análisis para cada grupo obtenemos una significación de 0,008 en el test de Wilcoxon para el grupo control, e inferior al 0,001 para el grupo intervención. Concluimos así que en ambos grupos hay un incremento de la puntuación del EVEM sumativo entre las videgrabaciones previas y las posteriores que es estadísticamente significativo.

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Puntuación total pre y Puntuación total post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.008

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Puntuación total pre y Puntuación total post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	<.001

6.2.2.3. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Muestra empatía”

La variable “Muestra empatía” evalúa si el profesional demuestra solidarizarse con el paciente a lo largo de la entrevista, mostrando interés en las ideas, creencias, emociones, expectativas y experiencias del paciente, y manifestando su comprensión ⁽⁸⁰⁾. Se puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 13.

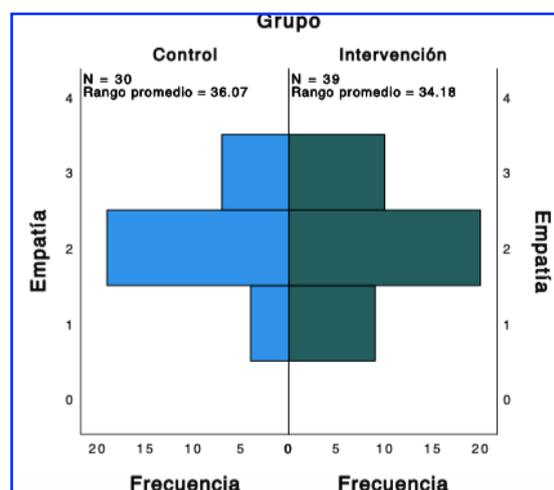
Variable 1: Muestra empatía				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 1	13	Punt 1	9
	Punt 2	39	Punt 2	27
	Punt 3	17	Punt 3	29
	Punt 4	0	Punt 4	5
Grupo control	Punt 1	4	Punt 1	1
	Punt 2	19	Punt 2	5
	Punt 3	7	Punt 3	3
	Punt 4	0	Punt 4	0
Grupo intervención	Punt 1	9	Punt 1	0
	Punt 2	20	Punt 2	7
	Punt 3	10	Punt 3	19
	Punt 4	0	Punt 4	5

Tabla13. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Muestra empatía” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,289).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,665).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	553.000
W de Wilcoxon	1333.000
Estadístico de prueba	553.000
Error estándar	73.797
Estadístico de prueba estandarizado	-.434
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.665



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 08). Pero al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 09), pero no así en el grupo control, donde tras la formación no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de este ítem (Wilcoxon de 0,317) (Figura 10).

	Hipótesis nula	Prueba	Sig. ^{a,b}
1	La mediana de diferencias entre Empatía pre y Empatía post es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	<.001

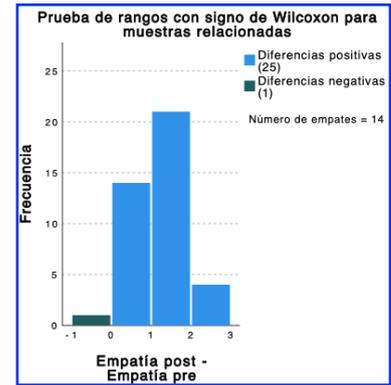


Figura 08. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	253.000
Error estándar	28.747
Estadístico de prueba estandarizado	4.400
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

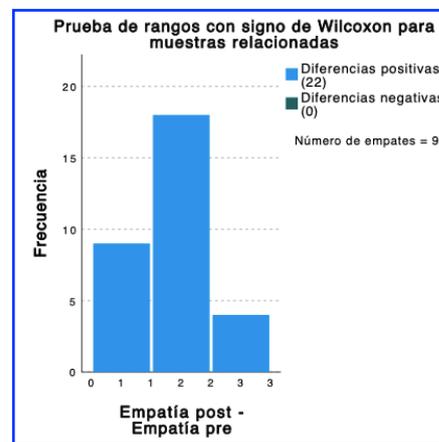


Figura 09. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	7.500
Error estándar	2.500
Estadístico de prueba estandarizado	1.000
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.317

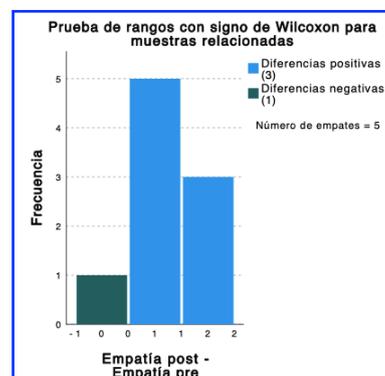


Figura 10. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.4. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Facilita que el paciente se posicione”

La variable “Facilita que el paciente se posicione” evalúa si el profesional se interesa por las experiencias, creencias y opiniones del paciente respecto de la conducta del problema, así como por su actitud actual hacia un posible cambio de conducta ⁽⁸⁰⁾. Se puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 14.

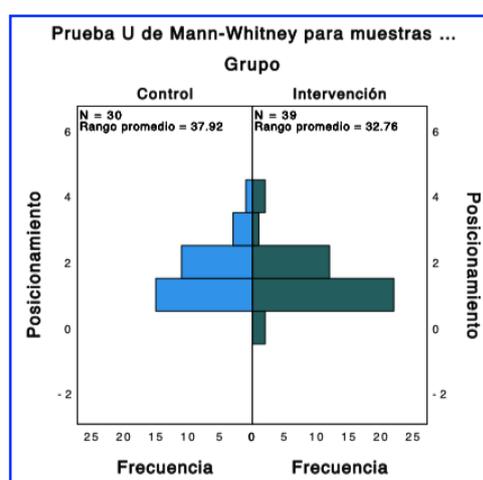
Variable 2: Facilita que el paciente se posicione				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	2	Punt 0	1
	Punt 1	37	Punt 1	0
	Punt 2	23	Punt 2	25
	Punt 3	4	Punt 3	1
	Punt 4	3	Punt 4	13
Grupo control	Punt 0	0	Punt 0	1
	Punt 1	15	Punt 1	0
	Punt 2	11	Punt 2	8
	Punt 3	3	Punt 3	0
	Punt 4	1	Punt 4	0
Grupo intervención	Punt 0	2	Punt 0	0
	Punt 1	22	Punt 1	0
	Punt 2	12	Punt 2	17
	Punt 3	1	Punt 3	1
	Punt 4	2	Punt 4	13

Tabla 14. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Facilita que el paciente se posicione” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,311).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,239).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	497.500
W de Wilcoxon	1277.500
Estadístico de prueba	497.500
Error estándar	74.290
Estadístico de prueba estandarizado	-1.178
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.239



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 11). Pero al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 12), pero no así en el grupo control, donde tras la formación no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de este ítem (Wilcoxon de 0,655) (Figura 13).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	390.000
Error estándar	42.959
Estadístico de prueba estandarizado	4.353
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

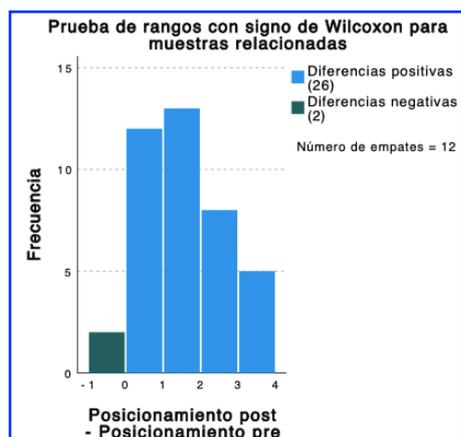


Figura 11. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	276.000
Error estándar	32.363
Estadístico de prueba estandarizado	4.264
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

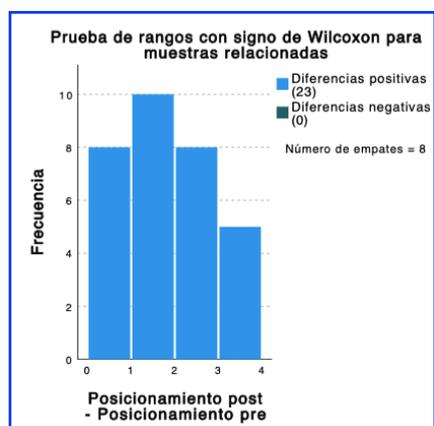


Figura 12. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	9.000
Error estándar	3.354
Estadístico de prueba estandarizado	.447
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.655

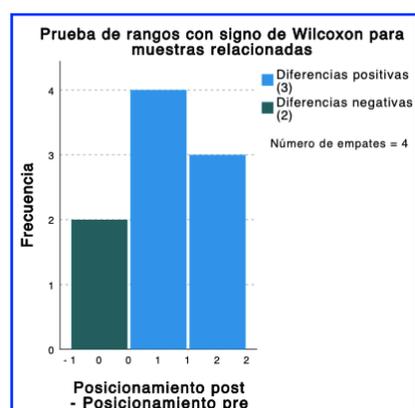


Figura 13. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.5. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente ”

La variable “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente” evalúa si el profesional trabaja de forma colaborativa con el paciente, ofreciendo información y recursos, y evitando redirigir su conducta ⁽⁸⁰⁾. Se puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 15.

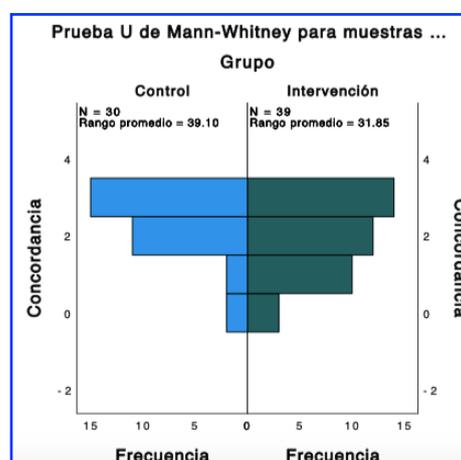
Variable 3: Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	5	Punt 0	0
	Punt 1	12	Punt 1	0
	Punt 2	23	Punt 2	1
	Punt 3	29	Punt 3	23
	Punt 4	0	Punt 4	16
Grupo control	Punt 0	2	Punt 0	0
	Punt 1	2	Punt 1	0
	Punt 2	11	Punt 2	1
	Punt 3	15	Punt 3	6
	Punt 4	0	Punt 4	2
Grupo intervención	Punt 0	3	Punt 0	0
	Punt 1	10	Punt 1	0
	Punt 2	12	Punt 2	0
	Punt 3	14	Punt 3	17
	Punt 4	0	Punt 4	14

Tabla 15. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente” en las videgrabaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,250).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,113).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	462.000
W de Wilcoxon	1242.000
Estadístico de prueba	462.000
Error estándar	77.642
Estadístico de prueba estandarizado	-1.584
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.113



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de $<0,001$ (Figura 14). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de $<0,001$) (Figura 15), así como en el grupo control (Wilcoxon de 0,024) (Figura 16).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	561.000
Error estándar	54.889
Estadístico de prueba estandarizado	5.110
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

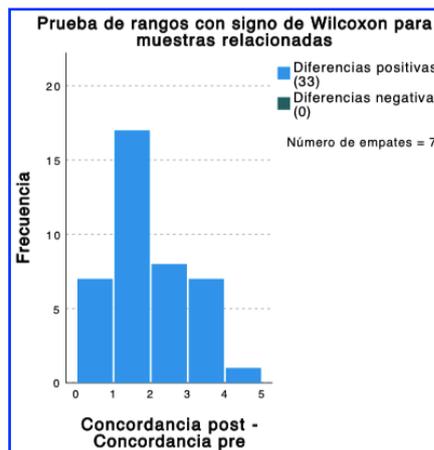


Figura 14. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	378.000
Error estándar	40.902
Estadístico de prueba estandarizado	4.621
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

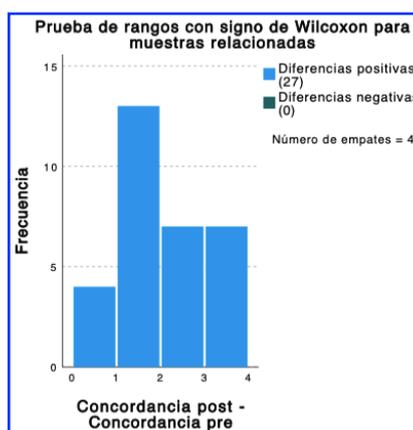


Figura 15. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	21.000
Error estándar	4.637
Estadístico de prueba estandarizado	2.264
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.024

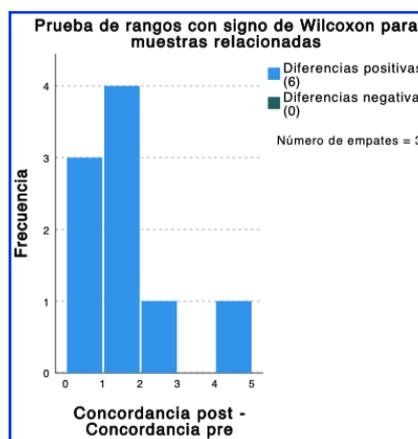


Figura 16. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.6. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Emplea preguntas abiertas”

La variable “Emplea preguntas abiertas” evalúa si el profesional emplea preguntas abiertas cuando explora las ideas, creencias, experiencias previas o expectativas de forma evocativa ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 16.

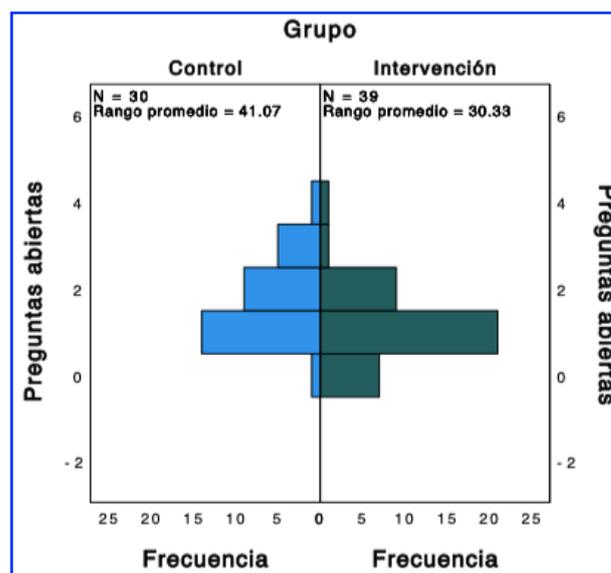
Variable 4: Preguntas abiertas				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	8	Punt 0	0
	Punt 1	35	Punt 1	1
	Punt 2	18	Punt 2	5
	Punt 3	6	Punt 3	24
	Punt 4	2	Punt 4	10
Grupo control	Punt 0	1	Punt 0	0
	Punt 1	14	Punt 1	1
	Punt 2	9	Punt 2	1
	Punt 3	5	Punt 3	4
	Punt 4	1	Punt 4	3
Grupo intervención	Punt 0	7	Punt 0	0
	Punt 1	21	Punt 1	0
	Punt 2	9	Punt 2	4
	Punt 3	1	Punt 3	20
	Punt 4	1	Punt 4	7

Tabla 16. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Emplea preguntas abiertas” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,295).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que existen diferencias, con una puntuación mayor en el grupo control que en el grupo intervención (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,017).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	403.000
W de Wilcoxon	1183.000
Estadístico de prueba	403.000
Error estándar	76.151
Estadístico de prueba estandarizado	-2.390
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.017



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 17). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 18), así como en el grupo control (Wilcoxon de 0,006) (Figura 19).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	773.000
Error estándar	70.516
Estadístico de prueba estandarizado	5.431
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

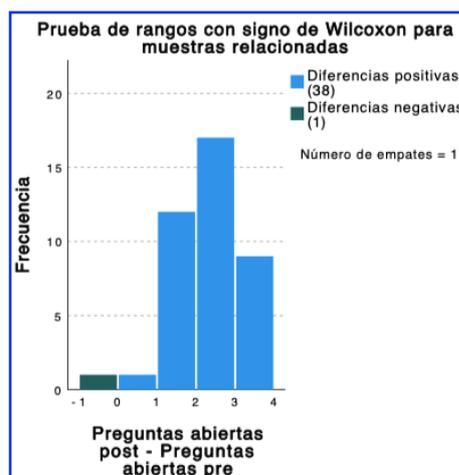


Figura 17. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	461.000
Error estándar	47.710
Estadístico de prueba estandarizado	4.789
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

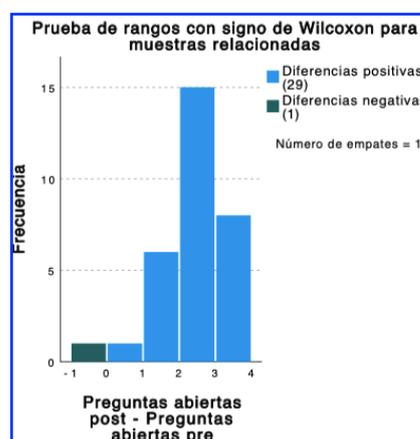


Figura 18. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	45.000
Error estándar	8.170
Estadístico de prueba estandarizado	2.754
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.006



Figura 19. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.7. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Realiza una escucha reflexiva”

La variable “Realiza una escucha reflexiva” evalúa si el profesional refleja al paciente los comentarios que éste hace acerca de su conducta ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 17.

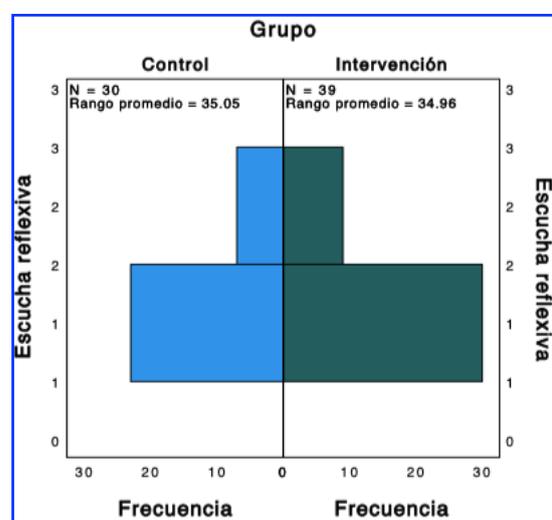
Variable 5: Realiza una escucha reflexiva				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	0	Punt 0	0
	Punt 1	53	Punt 1	2
	Punt 2	16	Punt 2	17
	Punt 3	0	Punt 3	21
	Punt 4	0	Punt 4	1
Grupo control	Punt 0	0	Punt 0	0
	Punt 1	23	Punt 1	2
	Punt 2	7	Punt 2	5
	Punt 3	0	Punt 3	3
	Punt 4	0	Punt 4	0
Grupo intervención	Punt 0	0	Punt 0	0
	Punt 1	30	Punt 1	0
	Punt 2	9	Punt 2	12
	Punt 3	0	Punt 3	18
	Punt 4	0	Punt 4	1

Tabla 17. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Realiza una escucha reflexiva” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,475).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,980).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	583.500
W de Wilcoxon	1363.500
Estadístico de prueba	583.500
Error estándar	60.396
Estadístico de prueba estandarizado	-.025
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.980



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 20). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 21), pero no así en el grupo control, donde tras la formación no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de este ítem (Wilcoxon de 0,059) (Figura 22).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	595.000
Error estándar	56.507
Estadístico de prueba estandarizado	5.265
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

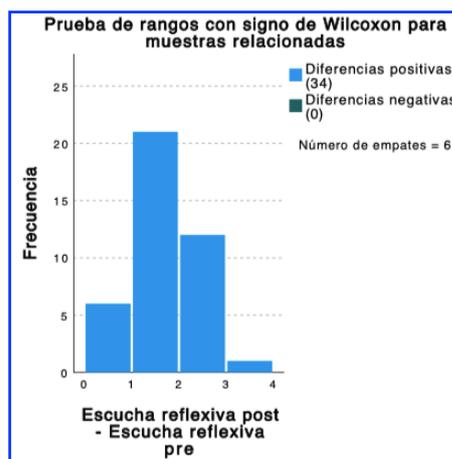


Figura 20. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	465.000
Error estándar	47.065
Estadístico de prueba estandarizado	4.940
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

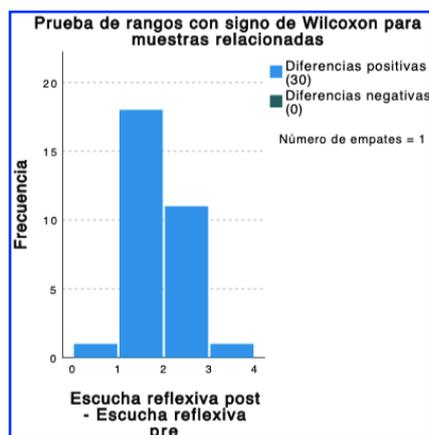


Figura 21. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	10.000
Error estándar	2.646
Estadístico de prueba estandarizado	1.890
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.059

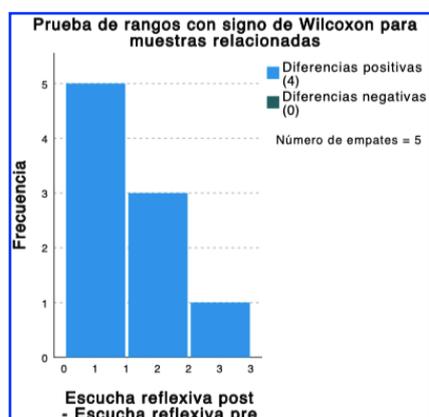


Figura 22. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.8. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente”

La variable “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente” evalúa si el profesional resume la información que el paciente expresa durante la entrevista en forma de sumarios ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 18.

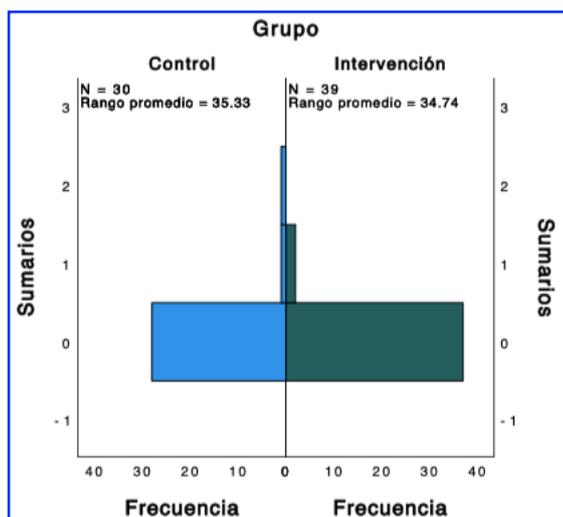
Variable 6: Realiza sumarios de la información que aporta el paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	65	Punt 0	14
	Punt 1	3	Punt 1	7
	Punt 2	1	Punt 2	8
	Punt 3	0	Punt 3	5
	Punt 4	0	Punt 4	6
Grupo control	Punt 0	28	Punt 0	3
	Punt 1	1	Punt 1	0
	Punt 2	1	Punt 2	2
	Punt 3	0	Punt 3	2
	Punt 4	0	Punt 4	2
Grupo intervención	Punt 0	37	Punt 0	11
	Punt 1	2	Punt 1	7
	Punt 2	0	Punt 2	6
	Punt 3	0	Punt 3	3
	Punt 4	0	Punt 4	4

Tabla 18. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Realiza sumarios de la información que aporta el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,534).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,765).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	575.000
W de Wilcoxon	1355.000
Estadístico de prueba	575.000
Error estándar	33.453
Estadístico de prueba estandarizado	-.299
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.765



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 23). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 24), de igual modo que en grupo control (Wilcoxon de 0,026) (Figura 25).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	351.000
Error estándar	39.029
Estadístico de prueba estandarizado	4.497
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

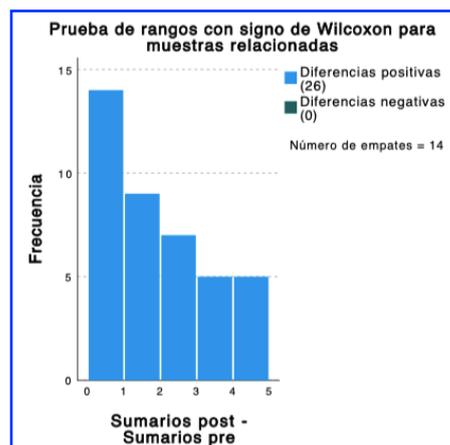


Figura 23. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	210.000
Error estándar	26.448
Estadístico de prueba estandarizado	3.970
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

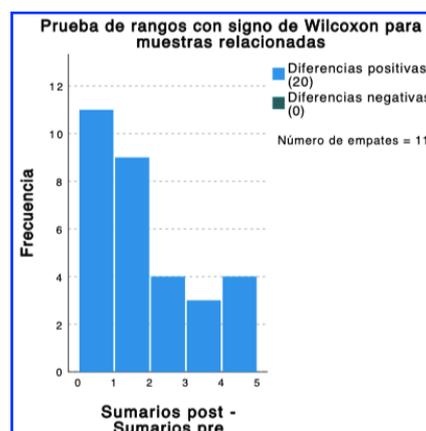


Figura 24. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	21.000
Error estándar	4.704
Estadístico de prueba estandarizado	2.232
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.026

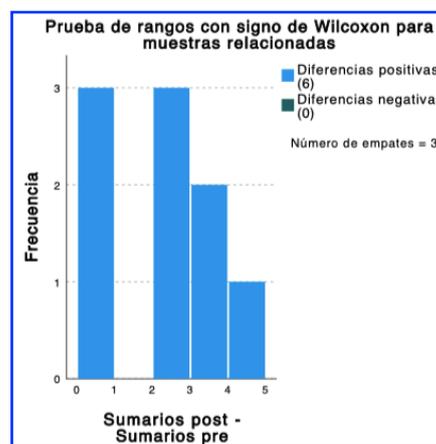


Figura 25. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.9. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Valida de forma genuina al paciente”

La variable “Valida de forma genuina al paciente” evalúa si el profesional expresa al paciente su reconocimiento ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 19.

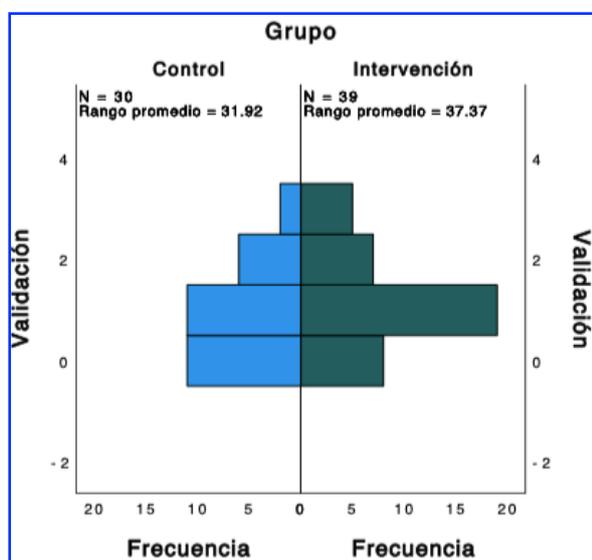
Variable 7: Valida de forma genuina al paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	19	Punt 0	1
	Punt 1	30	Punt 1	11
	Punt 2	13	Punt 2	7
	Punt 3	7	Punt 3	18
	Punt 4	0	Punt 4	4
Grupo control	Punt 0	11	Punt 0	1
	Punt 1	11	Punt 1	5
	Punt 2	6	Punt 2	2
	Punt 3	2	Punt 3	1
	Punt 4	0	Punt 4	0
Grupo intervención	Punt 0	8	Punt 0	0
	Punt 1	19	Punt 1	6
	Punt 2	7	Punt 2	5
	Punt 3	5	Punt 3	17
	Punt 4	0	Punt 4	3

Tabla 19. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Valida de forma genuina al paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,260).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,235).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	677.500
W de Wilcoxon	1457.500
Estadístico de prueba	677.500
Error estándar	77.911
Estadístico de prueba estandarizado	1.187
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.235



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de $<0,001$ (Figura 26). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de $<0,001$) (Figura 27), pero no así en el grupo control, donde tras la formación no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de este ítem (Wilcoxon de 0,480) (Figura 28).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	391.000
Error estándar	42.937
Estadístico de prueba estandarizado	4.378
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

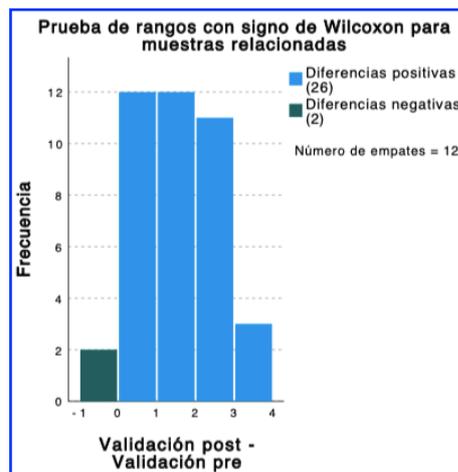


Figura 26. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	276.000
Error estándar	32.237
Estadístico de prueba estandarizado	4.281
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

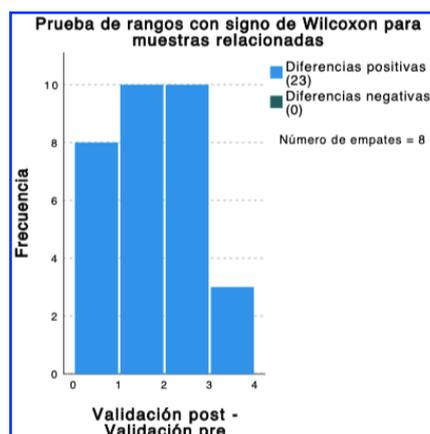


Figura 27. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	10.000
Error estándar	3.536
Estadístico de prueba estandarizado	.707
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.480

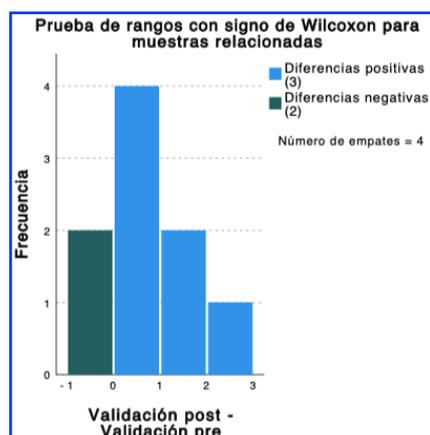


Figura 28. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.10. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente”

La variable “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente” evalúa si el profesional trata de conocer los objetivos de cambio del paciente y acordarlos ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 20.

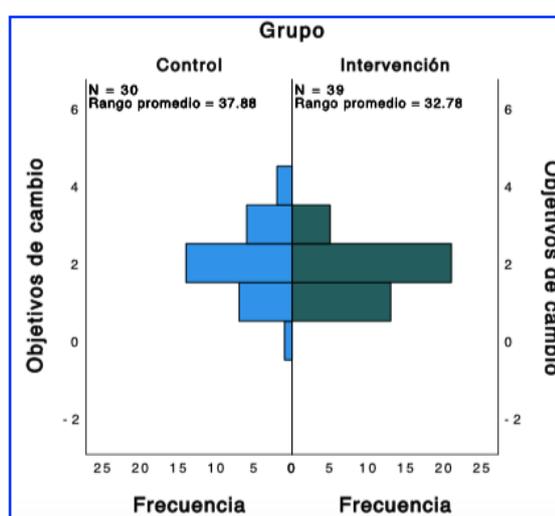
Variable 8: Acuerda los objetivos de cambio con el paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	1	Punt 0	1
	Punt 1	20	Punt 1	0
	Punt 2	35	Punt 2	4
	Punt 3	11	Punt 3	16
	Punt 4	2	Punt 4	19
Grupo control	Punt 0	1	Punt 0	1
	Punt 1	7	Punt 1	0
	Punt 2	14	Punt 2	1
	Punt 3	6	Punt 3	2
	Punt 4	2	Punt 4	5
Grupo intervención	Punt 0	0	Punt 0	0
	Punt 1	13	Punt 1	0
	Punt 2	21	Punt 2	3
	Punt 3	5	Punt 3	14
	Punt 4	0	Punt 4	14

Tabla 20. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Acuerda los objetivos de cambio con el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,260).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,254).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	498.500
W de Wilcoxon	1278.500
Estadístico de prueba	498.500
Error estándar	75.772
Estadístico de prueba estandarizado	-1.142
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.254



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <math><0,001</math> (Figura 29). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <math><0,001</math>) (Figura 30), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,018) (Figura 31).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	694.000
Error estándar	64.850
Estadístico de prueba estandarizado	5.281
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

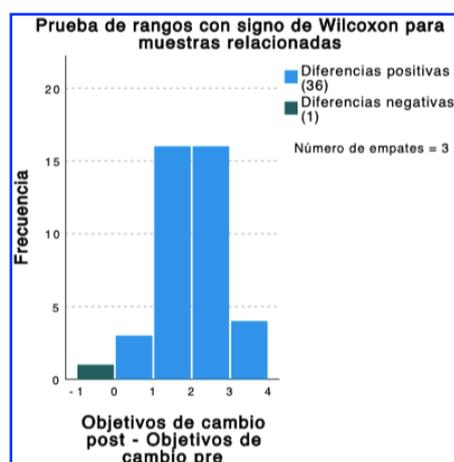


Figura 29. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	406.000
Error estándar	43.078
Estadístico de prueba estandarizado	4.712
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

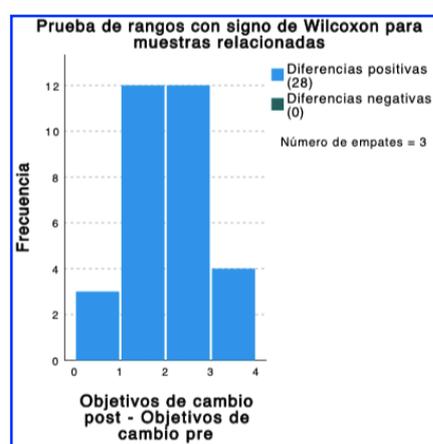


Figura 30. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	42.000
Error estándar	8.216
Estadístico de prueba estandarizado	2.373
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.018

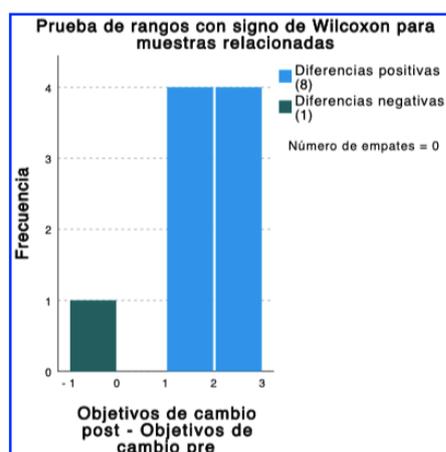


Figura 31. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.11. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente”

La variable “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente” evalúa si el profesional y el paciente acuerdan un plan de acción y/o seguimiento y trabajan de forma colaborativa sobre él ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 21.

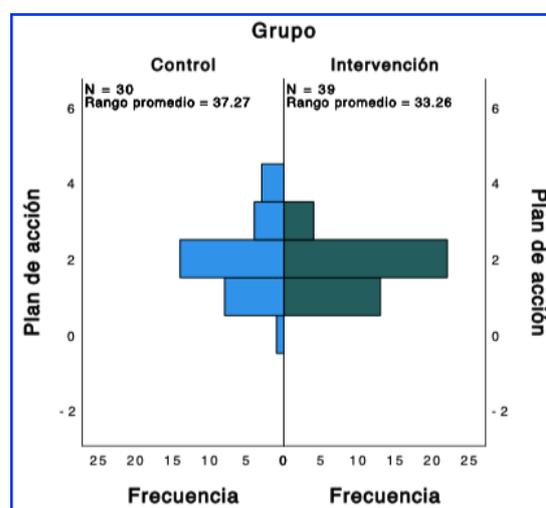
Variable 9: Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	1	Punt 0	2
	Punt 1	21	Punt 1	0
	Punt 2	36	Punt 2	6
	Punt 3	8	Punt 3	14
	Punt 4	3	Punt 4	19
Grupo control	Punt 0	1	Punt 0	1
	Punt 1	8	Punt 1	0
	Punt 2	14	Punt 2	1
	Punt 3	4	Punt 3	2
	Punt 4	3	Punt 4	5
Grupo intervención	Punt 0	0	Punt 0	1
	Punt 1	13	Punt 1	0
	Punt 2	22	Punt 2	4
	Punt 3	4	Punt 3	12
	Punt 4	0	Punt 4	14

Tabla 21. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Promueve el diseño de un plan de acción / seguimiento con el paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,276).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,366).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	517.000
W de Wilcoxon	1297.000
Estadístico de prueba	517.000
Error estándar	75.188
Estadístico de prueba estandarizado	-.904
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.366



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 32). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 33), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,018) (Figura 34).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	582.000
Error estándar	57.124
Estadístico de prueba estandarizado	4.980
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

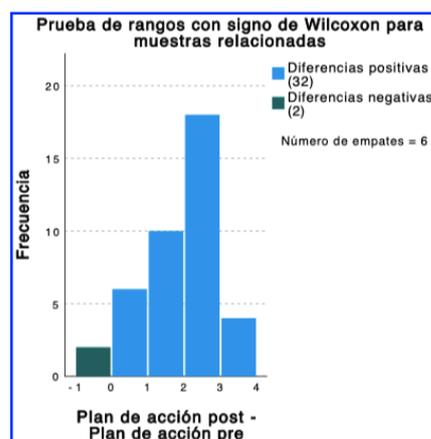


Figura 32. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	321.000
Error estándar	36.278
Estadístico de prueba estandarizado	4.369
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

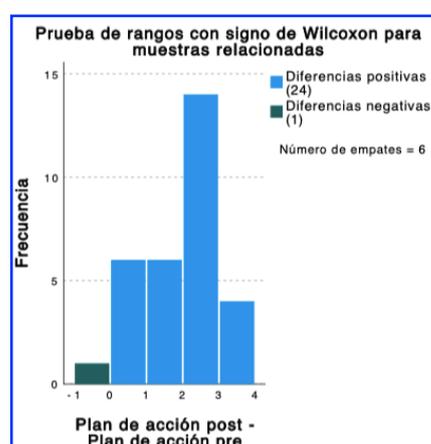


Figura 33. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	42.000
Error estándar	8.216
Estadístico de prueba estandarizado	2.373
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.018

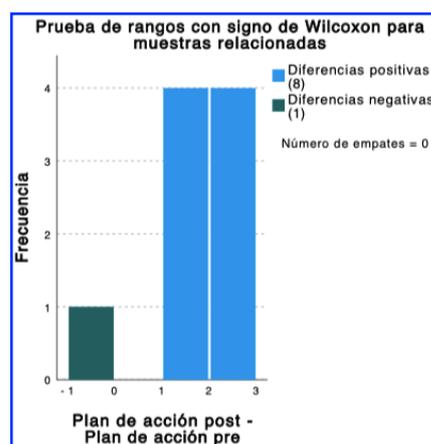


Figura 34. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.12. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Maneja la discordia”

La variable “Maneja la discordia” evalúa si el profesional no genera discordia en la entrevista y, si ésta aparece, la sabe reconducir a un clima colaborativo y de respeto a la autonomía del paciente ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 22.

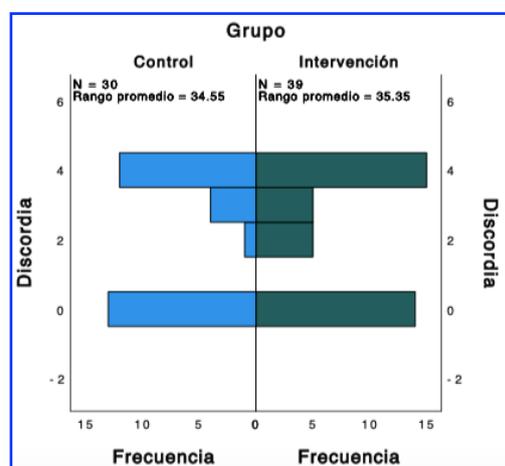
Variable 10: Maneja la discordia				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	27	Punt 0	1
	Punt 1	0	Punt 1	1
	Punt 2	6	Punt 2	0
	Punt 3	9	Punt 3	3
	Punt 4	27	Punt 4	35
Grupo control	Punt 0	13	Punt 0	0
	Punt 1	0	Punt 1	1
	Punt 2	1	Punt 2	0
	Punt 3	4	Punt 3	1
	Punt 4	12	Punt 4	7
Grupo intervención	Punt 0	14	Punt 0	1
	Punt 1	0	Punt 1	0
	Punt 2	5	Punt 2	0
	Punt 3	5	Punt 3	2
	Punt 4	15	Punt 4	28

Tabla 22. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Maneja la discordia” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,271).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,862).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	598.500
W de Wilcoxon	1378.500
Estadístico de prueba	598.500
Error estándar	77.387
Estadístico de prueba estandarizado	.174
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.862



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 35). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 36), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,039) (Figura 37).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	265.000
Error estándar	32.340
Estadístico de prueba estandarizado	3.927
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

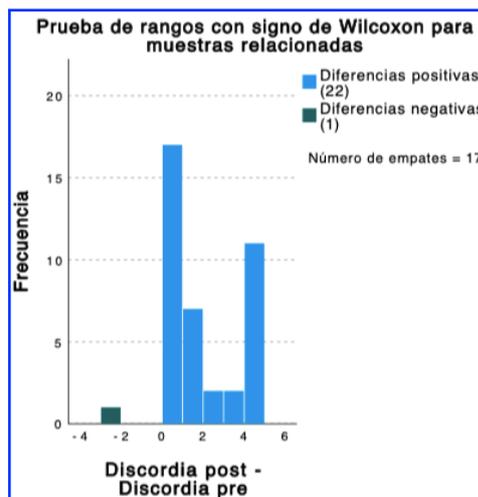


Figura 35. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	163.500
Error estándar	22.475
Estadístico de prueba estandarizado	3.471
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

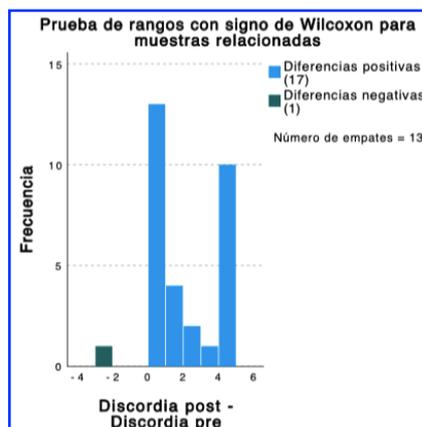


Figura 36. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	15.000
Error estándar	3.640
Estadístico de prueba estandarizado	2.060
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.039

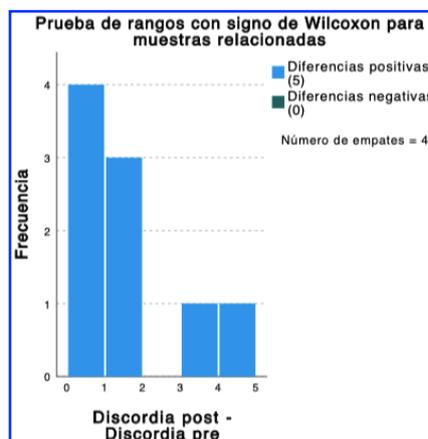


Figura 37. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.13. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Evocación”

La variable “Evocación” evalúa si el profesional evoca del paciente sus ideas, creencias, puntos de vista, soluciones intentadas o planes de acción, en lugar de aportarlos ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 23.

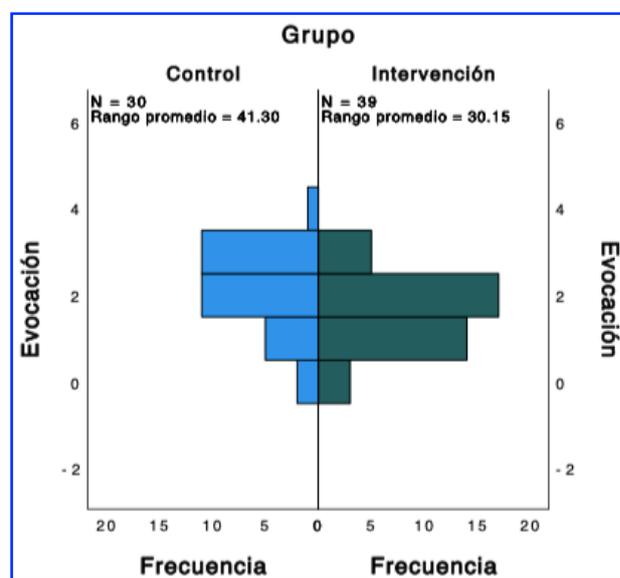
Variable 11: Evocación				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	5	Punt 0	0
	Punt 1	19	Punt 1	0
	Punt 2	28	Punt 2	5
	Punt 3	16	Punt 3	20
	Punt 4	1	Punt 4	14
Grupo control	Punt 0	2	Punt 0	0
	Punt 1	5	Punt 1	0
	Punt 2	11	Punt 2	2
	Punt 3	11	Punt 3	3
	Punt 4	1	Punt 4	4
Grupo intervención	Punt 0	3	Punt 0	0
	Punt 1	14	Punt 1	0
	Punt 2	17	Punt 2	4
	Punt 3	5	Punt 3	17
	Punt 4	0	Punt 4	10

Tabla 23. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Evocación” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,221).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que hay diferencias significativas entre ellos, con una mayor puntuación en el grupo control (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,016).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	396.000
W de Wilcoxon	1176.000
Estadístico de prueba	396.000
Error estándar	78.358
Estadístico de prueba estandarizado	-2.412
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.016



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 38). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 39), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,024) (Figura 40).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	554.500
Error estándar	55.093
Estadístico de prueba estandarizado	4.973
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

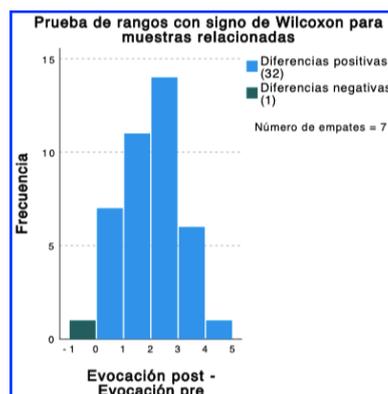


Figura 38. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	372.000
Error estándar	41.011
Estadístico de prueba estandarizado	4.462
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

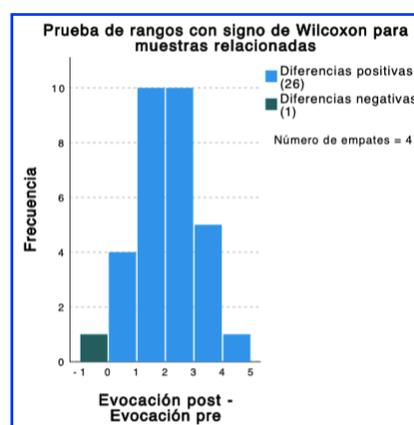


Figura 39. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	21.000
Error estándar	4.637
Estadístico de prueba estandarizado	2.264
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.024

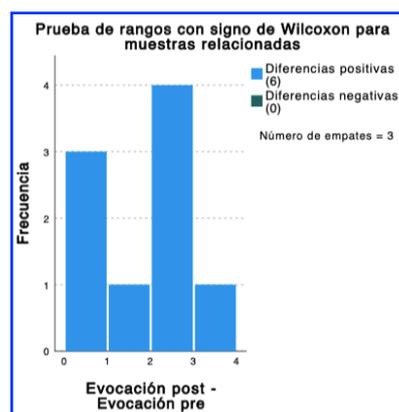


Figura 40. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.14. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Colaboración”

La variable “Colaboración” evalúa si el profesional trabaja de forma colaborativa con el paciente a lo largo de la entrevista, aceptando sus perspectivas y aportaciones y tratando de potenciarlas, en lugar de imponer las suyas ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 24.

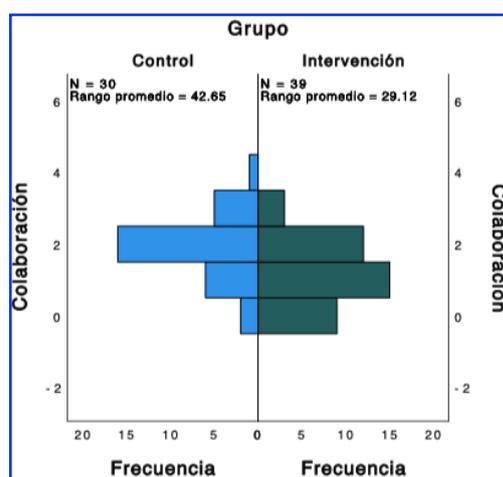
Variable 12: Colaboración				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	11	Punt 0	0
	Punt 1	21	Punt 1	0
	Punt 2	28	Punt 2	5
	Punt 3	8	Punt 3	24
	Punt 4	1	Punt 4	11
Grupo control	Punt 0	2	Punt 0	0
	Punt 1	6	Punt 1	0
	Punt 2	16	Punt 2	2
	Punt 3	5	Punt 3	5
	Punt 4	1	Punt 4	2
Grupo intervención	Punt 0	9	Punt 0	0
	Punt 1	15	Punt 1	0
	Punt 2	12	Punt 2	3
	Punt 3	3	Punt 3	19
	Punt 4	0	Punt 4	9

Tabla 24. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Colaboración” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,229).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que hay diferencias significativas entre ellos, con una mayor puntuación en el grupo control (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,003).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	355.500
W de Wilcoxon	1135.500
Estadístico de prueba	355.500
Error estándar	78.355
Estadístico de prueba estandarizado	-2.929
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.003



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 41). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 42), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,010) (Figura 43).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	741.000
Error estándar	67.949
Estadístico de prueba estandarizado	5.453
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

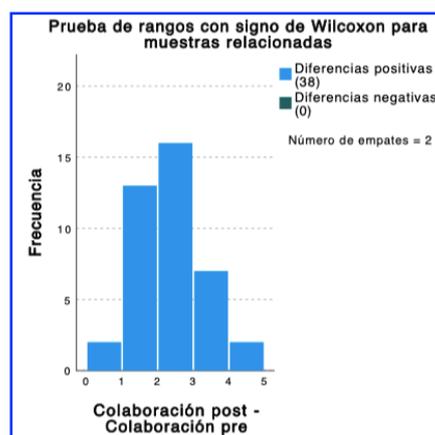


Figura 41. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	465.000
Error estándar	47.847
Estadístico de prueba estandarizado	4.859
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

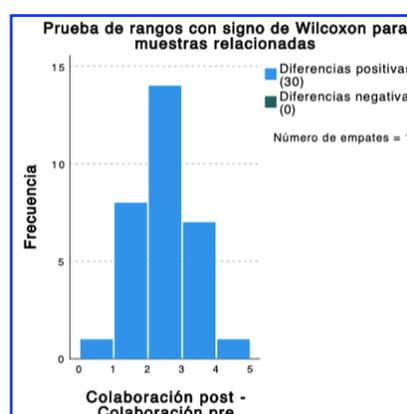


Figura 42. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	36.000
Error estándar	6.955
Estadístico de prueba estandarizado	2.588
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.010

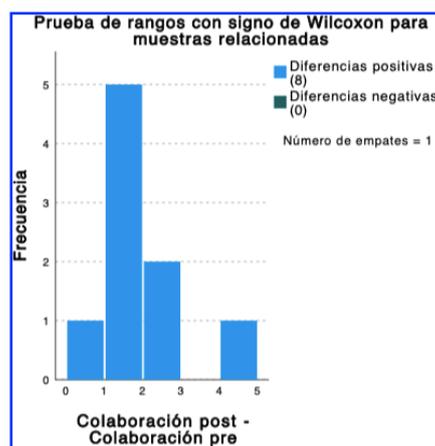


Figura 43. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.15. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Autonomía”

La variable “Autonomía” evalúa si el profesional honra la autonomía del paciente, ayudándolo en la exploración de la conducta y la toma de decisiones de forma incondicional ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 25.

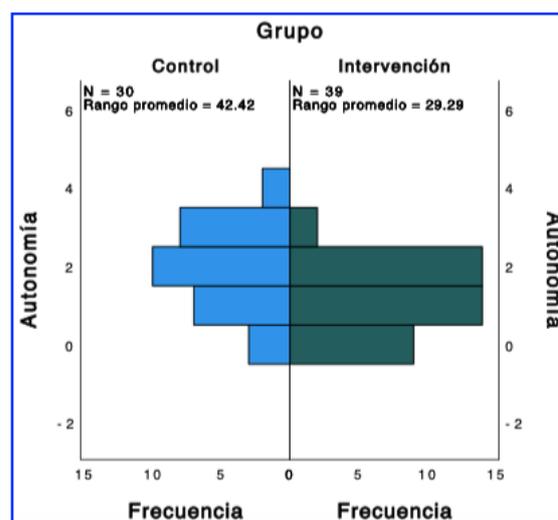
Variable 13: Autonomía				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	12	Punt 0	0
	Punt 1	21	Punt 1	1
	Punt 2	24	Punt 2	6
	Punt 3	10	Punt 3	18
	Punt 4	2	Punt 4	15
Grupo control	Punt 0	3	Punt 0	0
	Punt 1	7	Punt 1	0
	Punt 2	10	Punt 2	1
	Punt 3	8	Punt 3	5
	Punt 4	2	Punt 4	3
Grupo intervención	Punt 0	9	Punt 0	0
	Punt 1	14	Punt 1	1
	Punt 2	14	Punt 2	5
	Punt 3	2	Punt 3	13
	Punt 4	0	Punt 4	12

Tabla 25. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Autonomía” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,189).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que hay diferencias significativas entre ellos, con una mayor puntuación en el grupo control (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,005).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	362.500
W de Wilcoxon	1142.500
Estadístico de prueba	362.500
Error estándar	79.309
Estadístico de prueba estandarizado	-2.805
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.005



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 44). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 45), igual que en grupo control (Wilcoxon de 0,010) (Figura 46).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	40
Estadístico de prueba	741.000
Error estándar	67.659
Estadístico de prueba estandarizado	5.476
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

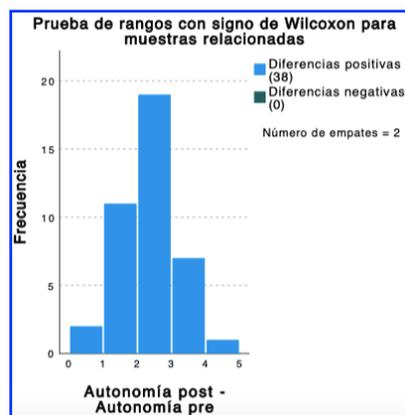


Figura 44. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	31
Estadístico de prueba	465.000
Error estándar	47.710
Estadístico de prueba estandarizado	4.873
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

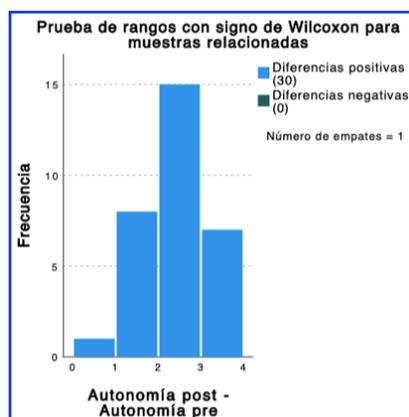


Figura 45. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	
N total	9
Estadístico de prueba	36.000
Error estándar	7.018
Estadístico de prueba estandarizado	2.565
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.010

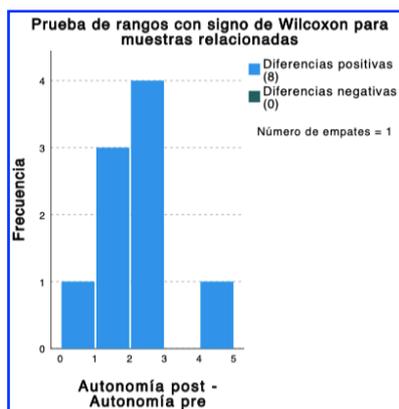


Figura 46. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.16. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Compasión”

La variable “Compasión” evalúa si el profesional demuestra a lo largo de la entrevista una intención de ayudar no condicionada ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 4 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 26.

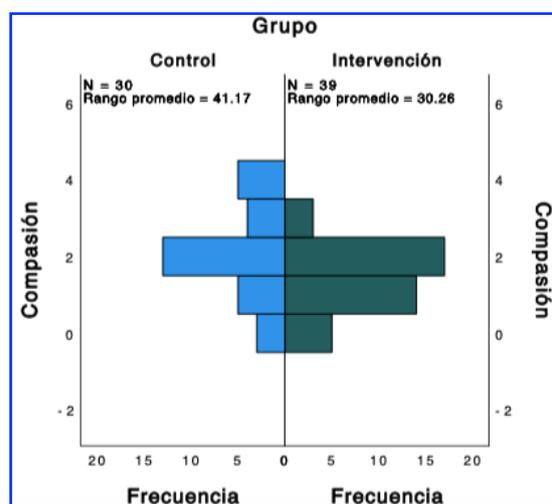
Variable 14: Compasión				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	8	Punt 0	0
	Punt 1	19	Punt 1	1
	Punt 2	30	Punt 2	9
	Punt 3	7	Punt 3	16
	Punt 4	5	Punt 4	14
Grupo control	Punt 0	3	Punt 0	0
	Punt 1	5	Punt 1	0
	Punt 2	13	Punt 2	2
	Punt 3	4	Punt 3	5
	Punt 4	5	Punt 4	2
Grupo intervención	Punt 0	5	Punt 0	0
	Punt 1	14	Punt 1	1
	Punt 2	17	Punt 2	7
	Punt 3	3	Punt 3	11
	Punt 4	0	Punt 4	12

Tabla 26. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Compasión” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,227).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que hay diferencias significativas entre ellos, con una mayor puntuación en el grupo control (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,018).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	69
U de Mann-Whitney	400.000
W de Wilcoxon	1180.000
Estadístico de prueba	400.000
Error estándar	78.118
Estadístico de prueba estandarizado	-2.368
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.018



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de <0,001 (Figura 47). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de <0,001) (Figura 48), igual que en el grupo control (Wilcoxon de 0,010) (Figura 49).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	40
Estadístico de prueba	630.000
Error estándar	60.064
Estadístico de prueba estandarizado	5.244
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

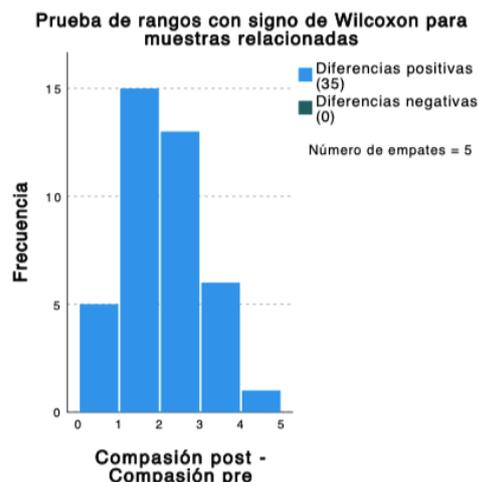


Figura 47. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	31
Estadístico de prueba	378.000
Error estándar	40.988
Estadístico de prueba estandarizado	4.611
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001

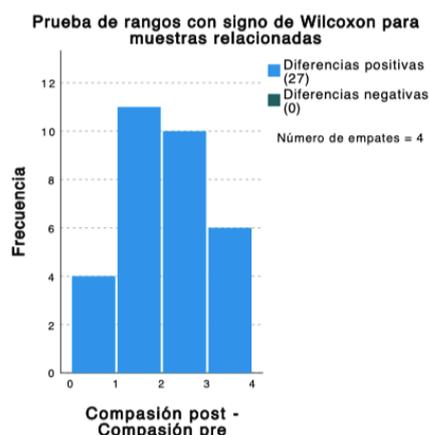


Figura 48. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	9
Estadístico de prueba	36.000
Error estándar	7.018
Estadístico de prueba estandarizado	2.565
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.010

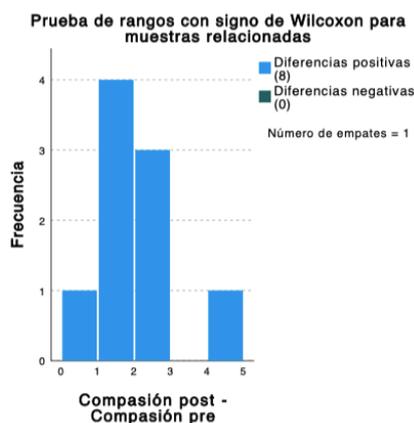


Figura 49. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

6.2.2.17. ANÁLISIS DE LA VARIABLE “Respuesta del paciente”

La última variable analizada por la escala EVEM la “Respuesta del paciente”, que evalúa la reacción del paciente durante la entrevista ⁽⁸⁰⁾. Su puntuación se codifica del 0 al 2 (Anexo 06).

Los resultados obtenidos en la población global se muestran en la tabla 27.

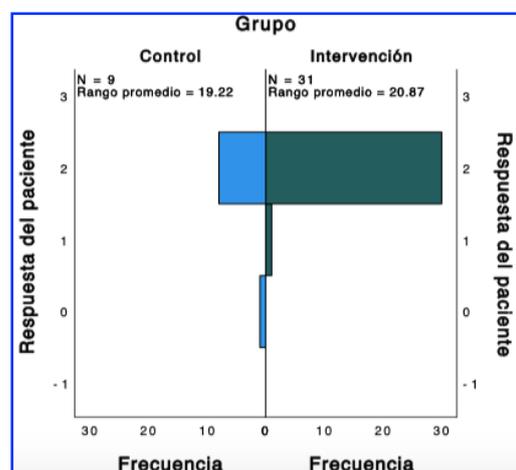
Variable: Respuesta del paciente				
	Entrevista previa		Entrevista posterior	
GLOBAL	Punt 0	0	Punt 0	1
	Punt 1	23	Punt 1	1
	Punt 2	46	Punt 2	38
Grupo control	Punt 0	0	Punt 0	1
	Punt 1	7	Punt 1	0
	Punt 2	23	Punt 2	8
Grupo intervención	Punt 0	0	Punt 0	0
	Punt 1	16	Punt 1	1
	Punt 2	23	Punt 2	30

Tabla 27. Puntuaciones obtenidas en el ítem “Respuesta del paciente” en las videograbaciones previas y posteriores a la formación.

En el análisis de normalidad se evidencia que la variable no sigue una distribución de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov con significación de 0,425).

Si consideramos la variable tan solo en las entrevistas previas, realizamos una comparación entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos (control e intervención), vemos que no hay diferencias significativas entre ellos (U Mann Whitney entre grupos con significación 0,726).

Resumen de prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	
N total	40
U de Mann-Whitney	151.000
W de Wilcoxon	647.000
Estadístico de prueba	151.000
Error estándar	11.662
Estadístico de prueba estandarizado	.986
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.324
Significación exacta (prueba bilateral)	.726



Cuando comparamos los resultados entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores para cada uno de los grupos, observamos que en el total de la población existe diferencia, con una significación en test de Wilcoxon de $<0,001$ (Figura 50). Al analizar los grupos por separado vemos que en el grupo intervención también existe diferencia entre las puntuaciones previas y posteriores (Wilcoxon de $<0,001$) (Figura 51), pero no así en el grupo control, donde tras la formación no se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones de este ítem (Wilcoxon de 0,564) (Figura 52).

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	40
Estadístico de prueba	97.500
Error estándar	14.031
Estadístico de prueba estandarizado	3.207
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.001



Figura 50. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en la población general.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	31
Estadístico de prueba	66.000
Error estándar	9.950
Estadístico de prueba estandarizado	3.317
Sig. asintótica (prueba bilateral)	<.001



Figura 51. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo intervención.

Resumen de prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas

N total	9
Estadístico de prueba	4.000
Error estándar	1.732
Estadístico de prueba estandarizado	.577
Sig. asintótica (prueba bilateral)	.564



Figura 52. Test de Wilcoxon para evaluar la diferencia entre puntuaciones previas y posteriores a la formación en el grupo control.

7. DISCUSIÓN

7.1. DISCUSIÓN DE LOS MÉTODOS

Se presentan a continuación los posibles sesgos y limitaciones del estudio en relación a los métodos utilizados para su desarrollo.

7.1.1. TAMAÑO MUESTRAL EMPLEADO

En primer lugar, hay que comentar el aspecto relacionado con la muestra utilizada. Los cálculos iniciales consideraron que se debía disponer de una muestra de 60 participantes para poder obtener resultados significativos tras el trabajo de campo, considerando que podía haber pérdidas en ambos grupos. Pero el inicio de la pandemia ocasionó una pérdida importante en el grupo control.

En el grupo control se realizaron las videograbaciones previas a la formación, así como la formación presencial, en los meses de Octubre y Noviembre de 2021. En el mes de Enero de 2022 se iniciaron las videograbaciones posteriores a la formación, pero el inicio de la pandemia por COVID-19 hizo que éstas se tuvieran que suspender. Fue determinante el hecho de que la doctoranda ejerciera en Atención Primaria y los residentes de 4º año incluidos en la muestra se encontraran realizando la rotación por APS, ya que las circunstancias sanitarias y la presión asistencial hicieron que la mayor parte de las entrevistas posteriores a la formación no pudieran llegar a realizarse, quedando la muestra en este grupo muy reducida. Tras la finalización de la pandemia, y el retorno progresivo a la normalidad, los residentes incluidos en el estudio ya habían finalizado su programa formativo, y además el tiempo transcurrido desde la formación no permitía retomar las videograbaciones en la misma muestra.

En este momento se planteó repetir el estudio con otra muestra de residentes al año siguiente, pero las restricciones aún existentes en cuanto a presencialidad hicieron que el curso siguiente la formación también se realizara online para esta Unidad Docente, por lo que no fue posible obtener otra muestra dado el escaso tiempo del que se disponía para realizar el análisis de los resultados.

Por este motivo, se compararon los resultados obtenidos en el grupo control del presente estudio con los obtenidos en el Programa MOTIVA⁽⁹¹⁾, donde también hubo una evaluación utilizando la escala EVEM de 25 profesionales antes y después de asistir a un curso presencial de Entrevista Motivacional cuyo docente fue el mismo que en nuestro proyecto. La diferencia entre ambas actividades fue que en el caso del Programa MOTIVA la docencia fue de 16 horas, mientras que en nuestro caso fue de 10 horas presenciales. En el Programa MOTIVA se evidenció una diferencia de EVEM total de 13,89 puntos entre la entrevista previa y posterior, y en nuestro programa se evidenció una diferencia de 13,40 puntos en el grupo control. Se realizó un análisis para comparar ambos grupos mediante el test no paramétrico U Mann-Whitney dado que la variable no seguía una distribución de normalidad, concluyendo que los datos entre ambos estudios son comparables, y dando por válidas las comparaciones entre grupos a pesar de que la muestra no haya sido la considerada inicialmente.

A pesar de ello, creemos necesario aumentar la muestra en futuras intervenciones, en el contexto de nuevos estudios en el ámbito de la formación en Entrevista Motivacional.

7.1.2. SEGOS DE SELECCIÓN

Un sesgo es toda aquella desviación de los resultados correctos (error) que aparece de forma sistemática y que afecta a la validez interna de los resultados ⁽¹⁰⁴⁾. Se conoce como sesgo de selección aquel error sistemático en el proceso de inclusión de la población de estudio, en concreto en la forma en que los sujetos son seleccionados ^(108,109).

En el caso del presente estudio, se consideró que la forma más sencilla y efectiva de conseguir la muestra sería a través de las Unidades Docentes, puesto que la formación que se pretendía evaluar formaba parte del programa formativo de los residentes de MFyC. Pero esta selección puede comportar un sesgo al tratarse de una actividad “obligatoria” para los participantes, ya que la actitud frente a la misma podía llevar a no mostrar interés por el contenido. De todos modos, hay diversos estudios que analizan las variables actitudinales de los participantes frente a la formación ⁽¹¹⁰⁾, como el interés, la confianza y el compromiso clínico con el dominio de la EM, y se concluye que estas actitudes no se muestran predictoras de la adherencia ni de la adquisición de competencias en EM. De este modo, y considerando que para ambos grupos se trataba de una actividad formativa obligatoria, no se consideró que fuera un sesgo que influyera a la hora de interpretar los resultados.

7.1.3. SEGOS DE INFORMACIÓN

El sesgo de información se refiere a cualquier error sistemático en la medida de información u observación del fenómeno a estudio. En el caso del presente estudio, este sesgo puede darse en la observación y análisis de las videograbaciones por parte de los evaluadores. Debido a la falta de financiación y limitaciones económicas del estudio, no fue posible financiar la formación y trabajo de una actriz estandarizada, ni la remuneración de profesionales externos para realizar la evaluación de las entrevistas, por lo que estas tareas fueron llevadas a cabo por la propia doctoranda.

Por ello, y con el objetivo de evitar al máximo este sesgo, se realizó una aleatorización de la numeración asignada a los diferentes videos, y se clasificaron por orden numérico en la plataforma seleccionada (Vimeo). La visualización de los mismos para su evaluación fue también aleatorizada, y la información de cada uno fue registrada en una base de datos independiente, y mecanizada por parte de una persona externa a la investigación que tampoco participó en el proceso de evaluación. Además, se llevó a cabo el análisis interobservador previo a la evaluación de las videograbaciones.

7.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

7.2.1. DISCUSIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En primer lugar se analizaron las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías. Hay que decir que el ámbito de las nuevas tecnologías evoluciona a una velocidad vertiginosa, y en el momento de diseñar el cuestionario se realizaron preguntas que, con toda probabilidad, no se hubieran realizado en el momento de analizar los resultados. De igual modo, se hubieran incluido nuevas cuestiones, pero los resultados obtenidos nos permiten conocer el contexto real del momento en el que se realizó la encuesta previa a la formación.

La primera variable analizada fue la edad media de los participantes del estudio. Se obtuvo una media de edad de 28 años en el grupo control y de 31 años y medio en el grupo intervención, siendo esta diferencia significativa. Esto pudo hacer pensar, en un primer momento, que podríamos encontrarnos frente a un sesgo a la hora de afrontar un estudio donde el uso de nuevas tecnologías es el centro de la docencia, pero los análisis del resto de las variables que evaluaban el conocimiento de informática y uso de las TICs entre los dos grupos demostraron que ambos grupos eran comparables.

Los análisis del conocimiento de informática y uso de las TICs concluyeron que no existían diferencias entre ambos grupos en todas las variables analizadas excepto en una. La única variable donde se evidenció una diferencia significativa fue en el porcentaje de participantes que había realizado un curso online en el último año, donde fue del 80% en el grupo control, mientras que en grupo intervención fue del 94,7%. Este dato pudo hacer pensar en un principio que el grupo intervención estaba especialmente motivado para cursar la formación en formato online, hecho que podría traducirse en mejores resultados comparados con el grupo control. En cuanto al uso de plataforma Moodle, los resultados acerca de su uso en ambos grupos fueron comparables.

Por tanto, aunque la media de edad del grupo intervención fuera de 3,5 años mayor que en el grupo control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, y que en el grupo intervención hubiera un porcentaje mayor de participantes que hubiera realizado un curso online en el último año, se consideró que estas diferencias permitían comparar ambos grupos y, por tanto, se realizaron todos los análisis estadísticos asumiendo que ambos grupos tenían características similares.

7.2.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo de este trabajo es determinar cuál es el nivel de habilidades o de conocimiento en EM, para posteriormente medir la adquisición de habilidades tras la formación, y comparar si esta mejora en las habilidades ha sido mayor en la formación presencial (grupo control) o en la formación online (grupo intervención).

Para ello, en primer lugar se analizaron los tiempos de duración de las entrevistas, en segundos, sin observarse diferencias entre grupos ni en la entrevista previa ni en la posterior; tampoco hubo diferencias significativas entre las entrevistas previas y las posteriores. Esto puede deberse al hecho que se la entrevista estaba contextualizada en el ámbito de la Atención Primaria, donde se ha demostrado muy efectiva ⁽¹⁰⁸⁾ y por tanto se establecía un límite de 10 minutos para resolverla. Ninguno de los participantes excedió este límite.

Posteriormente se evaluaron los resultados obtenidos en la escala de evaluación EVEM. El primer valor estudiado fue el EVEM sumativo, es decir la puntuación total de la escala. En ambos grupos la diferencia entre el valor previo a la formación y el valor tras la formación fue significativamente más elevado, por lo que se concluye que en ambos grupos hubo una mejora en cuanto a los conocimientos y las habilidades en EM tras la formación. Este hallazgo es consistente con el pilotaje previo que se realizó con el curso online ⁽⁷³⁾.

Si nos fijamos en los ítems de la escala por separado, observamos también diferencias entre la valoración previa y la posterior. Ambos grupos parten sin diferencias en las valoraciones previas a la formación. Tan solo se aprecian diferencias en el ítem “Emplea preguntas abiertas”, donde el grupo control muestra una puntuación significativamente superior en las entrevistas previas.

Asimismo, en el grupo control encontramos una puntuación superior estadísticamente significativa en las entrevistas previas en todos aquellos ítems relacionados con el espíritu motivacional (Compasión, Evocación, Colaboración y Autonomía). Esto puede ser debido al hecho que en la Unidad Docente del grupo control se realiza la formación en Entrevista Motivacional en el 4º año de residencia, y ya se han completado cursos de Entrevista Clínica previamente (en concreto, un curso de Entrevista Clínica de 20h de duración en 2º año de residencia). En cambio, en el grupo intervención no se han realizado cursos previos estructurados, y la formación se realiza en el 3º año de residencia. En nuestra muestra se incluyeron algunos residentes de 4º año que no habían completado la formación el año anterior, pero que tampoco habían realizado cursos de Entrevista Clínica previos en la Unidad Docente.

En cuanto al análisis de los diferentes ítems de la escala EVEM analizados de forma separada, llama la atención que el grupo intervención mejora de forma estadísticamente significativa en todos ellos, mientras que en grupo control hay algunos ítems donde no se objetiva mejoría (Muestra empatía, Facilita el posicionamiento, Escucha reflexiva, Validación, Manejo de la Discordia). Además, en el último ítem donde se evalúa la Respuesta del paciente también se evidencia una mejoría significativa en el grupo intervención, pero no así en el grupo control. Este hecho puede deberse a la longitudinalidad de la formación online.

Algunos estudios ⁽¹¹²⁾ sugieren que las habilidades adquiridas tras una formación presencial en EM de pierden unos dos meses tras la realización de la misma. En nuestro trabajo, el taller presencial se desarrolló repartido en 2 sesiones, con una diferencia de 2-3 días ellas, y las videgrabaciones posteriores se realizaron entre 4 y 8 semanas después. Así, el hecho que la formación online se lleve a cabo a lo largo de varias semanas hace que las habilidades queden más afianzadas, y que la mejora en estas habilidades persista durante más tiempo. Estos resultados son congruentes con el Programa Formativo MOTIVA ⁽³⁰⁾ donde se demostró que pequeñas píldoras formativas y feedbacks tras la formación inicial llevan a un mantenimiento de las habilidades adquiridas tras la formación en EM.

Y este aspecto es especialmente relevante en el caso del manejo de la discordia y la respuesta confrontativa del paciente. Se observa que la formación presencial no incide lo suficiente en este aspecto y podemos concluir que es necesario hacer más hincapié en dos habilidades concretas como son la escucha reflectiva y la validación. La longitudinalidad y las tareas realizadas en el curso online parecen ser la clave para mejorar en esta habilidad.

Además de los aspectos analizados, y aunque no era un objetivo del presente estudio, cabe destacar que en tras las diferentes formaciones, las Unidades Docentes realizan a los residentes encuestas de satisfacción en relación a la formación recibida. En ambos casos, las Unidades Docentes nos comunicaron que las valoraciones recibidas por parte de los residentes participantes fueron muy satisfactorias, tanto en relación a los contenidos como en relación a los docentes y a la metodología utilizada, aunque no disponemos de los datos concretos. Este es un aspecto a tener en cuenta como variable a estudio en futuras investigaciones relacionadas con la formación en EM.

A modo de sumario, se puede afirmar que tanto la formación presencial como la formación online son efectivas en cuanto a mejorar las habilidades en EM, pero que en el caso de la formación online es más evidente al mejorar todos los aspectos de la escala de valoración EVEM. Esto puede ser debido a que se trata de una formación más longitudinal, a lo largo de varias semanas, aunque no debemos perder de vista las pérdidas en la muestra del grupo control debido a la pandemia por COVID y las dificultades para realizar las videograbaciones tras la formación.

7.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación del presente trabajo es la muestra y las pérdidas en el grupo control, que hicieron que la “n” en las videograbaciones posteriores a la formación sea muy baja, de forma que no se puede asegurar que los resultados no estadísticamente significativos sean debidos a la falta de adquisición de habilidades en EM o al bajo tamaño muestral. Es evidente que de no haber tenido estas pérdidas la potencia del estudio sería más elevada, pudiendo extraer conclusiones más consistentes del mismo.

Varios de los residentes manifestaron su incomodidad en situaciones de videograbación, refiriendo que no se “expresaban con naturalidad” y que no actuaban de la forma que lo harían en consulta. Este comentario se dio sobretodo en el grupo intervención, ya que para la mayoría de los participantes de este grupo era la primera ocasión en que se enfrentaban a una videograbación. De todos modos, no se considera que sea un sesgo, puesto que ambas videograbaciones están realizadas en las mismas condiciones, y se minimiza el impacto al utilizar una actriz paciente estandarizada, si se hubieran utilizado entrevistas con pacientes reales ese impacto hubiera sido, a priori, mucho mayor.

Por último, comentar que el trabajo se desarrolla en el contexto del programa formativo de MFyC, y adaptado a una consulta estandarizada de esta especialidad, por tanto no se puede evaluar en el contexto de otras especialidades ni sacar conclusiones aplicables a ellas, aunque sí podrá replicarse en otros contextos adecuando los ejemplos utilizados en los cursos, así como el escenario de la paciente estandarizada. Es un aspecto a tener en cuenta para futuros proyectos, pero considerando que la escala EVEM no ha sido valorada en contextos fuera de la Atención Primaria.

7.4. IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

El presente trabajo arroja resultados concluyentes a favor de la posibilidad de realizar formación online en el ámbito de la EM en APS. Esto es importante puesto que en muchas ocasiones no se dispone de formadores capacitados para realizar estas formaciones, sobretodo en algunos ámbitos geográficos; y además la presión asistencial ocasiona también dificultades para asistir a formaciones presenciales.

El hecho de poder realizar las formaciones online con la seguridad de que los alumnos van a adquirir los conocimientos y las habilidades que se pretenden facilita el acceso de éstos a la formación, sin interferir en su trabajo habitual en APS y facilitando la conciliación familiar y laboral al poder realizarse en horario flexible.

Además, facilita que los alumnos puedan recibir formación de profesionales capacitados para ello sin necesidad de desplazamientos, siendo así, por otro lado, más coste-efectivo sobretodo en casos de desplazamientos largos y de varias jornadas.

En resumen, la formación online se trata de una alternativa a la formación presencial que cada vez resulta más atractiva para docentes y discentes, y que se ha demostrado efectiva y factible. Permite realizar formación de calidad con facilidad en cuanto a la flexibilidad de horarios y a la conciliación familiar y laboral tanto de docentes como de discentes. Además, se evidencia que en el caso de la formación en EM es igual de efectiva que la formación presencial tradicional.

De todos modos, las limitaciones del presente trabajo hacen necesario ampliar la investigación en este ámbito.

8. CONCLUSIONES

8. CONCLUSIONES

- No existen diferencias entre la formación en EM de forma presencial y de forma online para mejorar las habilidades de los profesionales.
- La formación online es eficaz para mejorar las habilidades en EM.
- El uso de nuevas tecnologías se ha demostrado una herramienta muy útil en la formación en EM.
- Son necesarios más estudios acerca del uso de las nuevas tecnologías en formación para llegar a conclusiones más sólidas.

9. LÍNEAS DE FUTURO

9. LÍNEAS DE FUTURO

El presente estudio tiene limitaciones en cuanto al número total de participantes en el grupo control, puesto que disponemos de pocos datos post-formación a causa de los problemas descritos en el presente trabajo. Por ello, es necesario ampliar el estudio actual para obtener resultados más consistentes.

Además, se ha estudiado la efectividad de la formación online en un campo muy concreto del programa formativo de los residentes de medicina y enfermería de MFyC, por lo que resultaría muy interesante ampliar el ámbito de estudio a otras competencias y otras especialidades médicas.

Asimismo, debería diseñarse un estudio para valorar la formación en formato semi-presencial, puesto que muchas de las habilidades comunicacionales se adquieren mejor en un contexto presencial al poderse analizar muchos más matices dentro de la comunicación no verbal. Un formato semi-presencial podría integrar las fortalezas de ambos modelos de aprendizaje, pero es necesario diseñar nuevos estudios para realizar una evaluación adecuada.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. <https://dle.rae.es/aprendizaje>
2. Romero G. 9 Teorías de Aprendizaje más Influyentes [Internet]. Educar21.com. 2017 [cited 2023 Feb 9]. Available from: <http://educar21.com/inicio/2017/09/27/teorias-de-aprendizaje-mas-influyentes>
3. Aprendizaje [Internet]. Concepto. [cited 2023 Feb 9]. Available from: <https://concepto.de/aprendizaje-2/>
4. Myers D. Psicología. 5th ed. Editorial Medica Panamericana; 1999.
5. Skinner BF. The science of learning and the art of teaching. In: Cumulative record (enlarged ed). East Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 2007. p. 145–57.
6. Bruner JS. EDITORIAL: The process of education. Phys Teach [Internet]. 1965;3(8):369–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1119/1.2349211>.
7. Pierce WD, Bandura A. Social Learning Theory. Can J Sociol [Internet]. 1977;2(3):321. Available from: <http://dx.doi.org/10.2307/3340496>.
8. Rogers CR, Freiberg HJ. Freedom to learn. 3rd ed. Old Tappan, NJ: Prentice Hall; 1994.
9. [Internet]. Unesco.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373558>
10. Gardner H, editor. Multiple Intelligences: The Theory in Practice. La Vergne, TN: Basic Books; 1993.
11. Lave J, Wenger E. (1990). Situated learning: legitimate peripheral participation. Cambridge UK: Cambridge university press.
12. P21 [Internet]. Battelleforkids.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.battelleforkids.org/networks/p21>
13. Home [Internet]. Wwww.ed.gov. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.ed.gov>

14. MacArthur Foundation - MacArthur Foundation [Internet]. Macfound.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.macfound.org>
15. Wojtczak A. Glosario de términos de educación médica. Educ médica [Internet]. 2003;6(S02):21. Available from: <http://dx.doi.org/10.33588/fem.6s02.235>
16. Accreditation council for continuing medical education [Internet]. Accme.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.accme.org>
17. Bologna Declaration (1999). The European Higher Education Area. Joint Declaration of the European Ministers of Education. <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/about/>. [01.07.2012]
18. Palés Argullós J. El proceso de Bolonia, más allá de los cambios estructurales: Una visión desde la Educación Médica en España. Red U [Internet]. 2012;10(extra.):35. Available from: <http://dx.doi.org/10.4995/redu.2012.6092>
19. Civeira-Murillo MP. Educ Med 2009; 12 (supl 3): S1-S5
20. Prat-Corominas, J.; Palés-Argullós, J.; Nolla-Domenjó, M.; Oriol-Bosch, A.; Gual, A. (2010). Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. EducMed, 13(4), 197-2003
21. Ruiz Moral R. Educación médica: Manual práctico para clínicos. 1a ed. Editorial Medica Panamericana; 2010.
22. Harden, R.; Sowden, S.; Dunn, WR. (1984). Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med Educ, 18(4), 284-97
23. Harden, R.M.; Crosby, J. (2000). The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. Medical Teacher, 22(4), 334-347
24. Harden, R. M.; Crosby, J. R.; Davis, M. H.; Friedman, M. (1991). AMEE Guide no. 14: Outcome based education: Part 5 - From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. Medical Teacher, 21 (6), 546-552
25. Palés, J.; Cardellach, F.; Estrach, M.; Gomar, C.; Gual, A.; Pons, F., et. al. (2004). Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona (Catalonia, Spain). Med Teach, 26, 239-43

26. Scottishdoctor.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <http://www.scottishdoctor.org/resources/scottishdoctor3.doc>
27. Cruess, S.R.; Cruess, R.L. (1997). Professionalism must be taught. *Br Med J*, 315, 1674-7
28. Díez-Lobato R. *Educ Med* 2009; 12 (supl3): S41-S44.
29. Kenny, N.P.; Mann, K.V.; McLeod, H. (2003). Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med*, 78, 1203-10
30. Barragan Brun N. Impacto de la formación en Entrevista Motivacional para médicos: diseño y evaluación de un programa formativo (MOTIVA). Tesis Doctoral. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. 2015
31. Van der Vleuten C.; Schuwirth, L.W.T.; Driessen, E.W.; Dijkstra, J.; Tigelaar, D.; Baartman, L.K.J.; Van Tarkwijk, J. (2012). A model for programmatic assessment. *Medical Teacher*, 34, 205-214
32. Shirazi M, Labaf A, Monjazebe E, Jalili M, Mirzazadeh M, Ponzer S, et al. Assessing Medical Students' Communication Skills by the Use of Standardized Patients- Emphasizing Standardized Patients' Quality Assurance. *Acad Psychiatry*. 2014;38:354-60
33. Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65, 563-7.
34. Fornells-Vallès JM. El ABC del Mini-CEX. *Educ médica* [Internet]. 2009;12(2):83. Available from: <http://dx.doi.org/10.33588/fem.122.516>
35. Guía Completa (2023) para Aplicar una Evaluación 360 Grados [Internet]. Integratec.com. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.integratec.com/blog/evaluacion-360-grados-guia-completa.html>
36. Rigual R, Milán J, Palés JL. Guía para la evaluación de la práctica clínica en las facultades de medicina. 1a ed. Fundación Lilly; 2014.
37. Sangrà A. Decálogo para la mejora de la docencia online, propuestas para educar en contextos presenciales discontinuos. 1a ed. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya; 2020
38. Burke LA, Moore JE. A perennial dilemma in OB education: Engaging the traditional student. *Acad Manag Learn Educ* [Internet]. 2003;2(1):37-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.5465/amle.2003.9324016>

39. Johnson N, Veletsianos G, Seaman J. U.S. faculty and administrators' experiences and approaches in the early weeks of the COVID-19 pandemic. *Online Learn* [Internet]. 2020;24(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.24059/olj.v24i2.2285>
40. Green TD, Donovan LC. Learning anytime, anywhere through technology: Reconsidering teaching and learning for the iMaker generation. In: *The Wiley Handbook of Teaching and Learning*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2018. p. 225–56.
41. Foundation TM, Mckinnon Foundation S, Bentley P, Borland J, Cahill T, Croucher G, et al. Mapping Australian higher education 2018 Grattan Institute Support Founding members Endowment Supporters [Internet]. *Org.au*. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://cica.org.au/wp-content/uploads/907-Mapping-Australian-higher-education-2018.pdf>
42. Hernandez-Armenteros J, Pérez García JA. *Financiación y gasto universitario en España*. 1a ed. La cuestión universitaria. 2019;10.
43. Means B, Toyama Y, Murphy R, Baki M. The effectiveness of online and blended learning: A meta-analysis of the empirical literature. *Teach Coll Rec* [Internet]. 2013;115(3):1–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/016146811311500307>
44. Hodges CB. Authentic learning in distance education special issue. *TechTrends* [Internet]. 2020;64(4):547–547. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11528-020-00524-1>
45. Ruiz Moral R, et al. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003;32(10):594-602
46. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* [Internet]. 2002;29(3):132–41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)70524-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(02)70524-6)
47. Stewart M, et al. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. London: SAGE, 1995.
48. Ruiz Moral R. *Comunicación Clínica: principios y habilidades para la práctica*. 1a ed. Editorial Medica Panamericana; 2021.
49. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27(Suppl 3):110-27.

50. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152:1423-33.
51. Stewart M, et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3:25-30.
52. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48:23-31.
53. Ong LML, Visser MRM, Kruijver IPM, Bensing JM, Van Den Brink-Muinen A, Stouthard JML, et al. The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in oncological consultations: psychometric properties. *Psychooncology* [Internet]. 1998;7(5):387–401. Available from: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(199809\)7:5<387::aid-pon316>3.3.co;2-7](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(199809)7:5<387::aid-pon316>3.3.co;2-7)
54. Borrell F. *Manual de Entrevista Clínica*. Barcelona. Ed. Doyma. 2004
55. *Doctors Talking to Patients*. By P. Byrne and B. Long. (Pp. 195; illustrated; £2.45.) HMSO: London. 1976. *Psychol Med* [Internet]. 1977;7(4):735–735. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700006498>
56. Scherer, K. R. (1982). Emotion as a process: Function, origin and regulation. *Social Science Information/ sur les sciences sociales*, 21(4-5), 555–570. <https://doi.org/10.1177/053901882021004004>
57. Emanuel E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos*, Madrid: Triacastela, 1999, vol. 13.
58. Balint, M. (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*. Churchill Livingstone, London.
59. Byrne PS, Heath CC. Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. *J R Coll Gen Pract*. 1980 Jun;30(215):327-31. PMID: 7411517; PMCID: PMC2159600.
60. Rogers, C. R., & Wood, J. K. Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), 1974.
61. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boe.es. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
62. Prados Castillejo JA, Cebrià Andreo J, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. *FMC* 2000 (7): 83-88

63. LipkinM, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. Clinical Care, Education and Research. Springer Verlag, NY, 1995.
64. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula De Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia [Evolution of the communication profile of family medicine residents]. Aten Primaria. 2002 Feb 28;29(3):132-41.
65. Gómez Gascón T. ¿Deben evolucionar las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? Aten Primaria [Internet]. 2000;26(1):3–4. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78596-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78596-9)
66. Miller WR. Motivational Interviewing: Research, Practice, Addictive Behaviors. 1996;21(No 6):835-42
67. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. Behavioural Psychotherapy. 1983;11:147-72
68. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991
69. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior. New York, NY: Guilford Publications; 2008.
70. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, third edition: Helping people change. 3rd ed. New York, NY: Guilford Publications; 2012.
71. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behav Cogn Psychother [Internet]. 1995;23(4):325–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/s135246580001643x>
72. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care, second edition: Helping patients change behavior. 2nd ed. London, England: Guilford Press; 2022.
73. Super User. El proyecto EIRA [Internet]. Rediapp.org. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://proyectoaira.rediapp.org/index.php/proyecto-aira>
74. Burke BL, Arkowitz H, Dunn C. The efficacy of Motivational Interviewing and Its Adaptations: What We Know So Far. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2. New York: Guilford; 2002. p. 217-50
75. Miller WR, Moyers TB, Ernst D, Amrhein P. Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). 2008.

76. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SML, Miller WR. Assessing competence in the use of motivational interviewing. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2005;28(1):19–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2004.11.001>
77. De Jonge, J., Schippers, G., & Schaap, C. (2005). The Motivational Interviewing Skill Code: Reliability and a Critical Appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 285-298. doi:10.1017/S1352465804001948
78. Lane C. The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Form. University of Wales College of Medicine; 2002
79. Lane C, Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, Robling M. Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):166-73
80. Campiñez Navarro M. Estudio de validación de la escala EVEM para evaluar la Entrevista Motivacional en consultas de Atención Primaria de Salud. Tesis doctoral. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. 2015.
81. Prados JA, Cebrià J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S, Perez-Valencia JJ. Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario Gatha Base. *Tribuna Docente*. 2003;4(5):31-48
82. Gavilán Moral ED. Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de Medicina y Enfermería: Universidad de Córdoba; 2008
83. Campiñez, M., Pérula, L.A., Bosch, J.M., Barragán, N., Arbonies, J.C., Novo, J.M., ...Romero Rodríguez, E.M. (2016). Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS). *European Journal of General Practice*, 22(3), 182-188. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1177508>
84. Pérula LÁ, Campiñez M, Bosch JM, Barragán Brun N, Arboniés JC, Bóveda Fontán J, et al. Is the Scale for Measuring Motivational Interviewing Skills a valid and reliable instrument for measuring the primary care professionals motivational skills?: EVEM study protocol. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2012;13(1):112. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-13-112>

85. Douaihy A, Kelly TM, Gold MA, editors. Motivational interviewing: A guide for medical trainees. New York, NY: Oxford University Press; 2014.
86. Miller WR, Moyers TB. Eight stages in learning motivational interviewing. J Teach Addict [Internet]. 2006;5(1):3–17. Available from: http://dx.doi.org/10.1300/j188v05n01_02
87. Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2009;36(1):101–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.005>
88. Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. Patient Educ Couns [Internet]. 2011;84(1):16–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.025>
89. Barwick MA, Bennett LM, Johnson SN, McGowan J, Moore JE. Training health and mental health professionals in motivational interviewing: A systematic review. Child Youth Serv Rev [Internet]. 2012;34(9):1786–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.012>
90. De Roten Y, Zimmermann G, Ortega D, Despland J-N. Meta-analysis of the effects of MI training on clinicians' behavior. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2013;45(2):155–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2013.02.006>
91. Barragán Brun N, Martín Álvarez R, Bosch Fontcuberta JM, Campiñez Navarro M, Bóveda Fontan J, Pérula de Torres LA. Impacto de la formación en entrevista motivacional para médicos: diseño y evaluación de un Programa Formativo (MOTIVA). Atención Primaria. 2021;53(4). Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.010>
92. Bóveda-Fontán J, Barragán-Brun N, Campiñez-Navarro M, Pérula-de Torres LA, Bosch-Fontcuberta JM, Martín-Álvarez R, Arbonies-Ortiz JC, Novo-Rodríguez JM, Criado-Larumbe M, Fernández-García JA, Martín-Rioboó E, Collaborative Group Estudio. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial Dislip-EM. BMC Family Practice. 2015(16):151.
93. Mifsud JL, Galea J, Garside J, Stephenson J, Astin F. Motivational interviewing to support modifiable risk factor change in individuals at increased risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 15(11): e0241193. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241193>
94. Schwalbe CS, Oh HY, Zweben A. Sustaining motivational interviewing: a meta-analysis of training studies: Sustaining motivational interviewing. Addiction [Internet]. 2014;109(8):1287–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/add.12558>

95. BOE-A-2005-7188 Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Boe.es. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-7188>
96. García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investig educ médica* [Internet]. 2013;2(8):217–24. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72715-7](http://dx.doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72715-7)
97. Wikipedia contributors. Moodle [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Available from: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Moodle&oldid=148581775>
98. De España C y. D-G. Moodle. Plataforma de aprendizaje - DetalleBusqueda - educaLAB [Internet]. Educalab.es. [cited 2023 Feb 18]. Available from: <http://educalab.es/-/moodle-plataforma-de-aprendizaje>
99. Camaralles P. Estudio EIRA: investigando sobre una intervención compleja de promoción de la salud en Atención Primaria [Internet]. Blogspot.com. [cited 2023 Feb 26]. Available from: <http://educacionpapps.blogspot.com/2018/02/estudio-eira-investigando-sobre-una.html>
100. Zabaleta-del-Olmo E, Pombo H, Pons-Vigués M, Casajuana-Closas M, Pujol-Ribera E, López-Jiménez T, et al. Complex multiple risk intervention to promote healthy behaviours in people between 45 to 75 years attended in primary health care (EIRA study): study protocol for a hybrid trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2018;18(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5805-y>
101. Ruiz Medel L. Estudi pilot sobre l'eficàcia d'una formació *on-line* en Entrevista Motivacional i la influència del seguiment de les tasques formatives. Trabajo Final de Máster. Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona. 2018.
102. [cited 2023 Feb 21]. Available from: [http://\(https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1894/Ayuda_Epidat4_Concordancia_y_consistencia_Octubre2014.pdf](http://(https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1894/Ayuda_Epidat4_Concordancia_y_consistencia_Octubre2014.pdf)
103. DE CORRELACIÓN INTRACLASE Ciencia UANL PBMT 9: ELC, VIII A. ISSN (Versión impresa): 1405-9177 MÉXICO [Internet]. Redalyc.org. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280322.pdf>
104. Viera AJ, Garrett JM. Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. *Family medicine*. 2005;37(5):360-3.
105. Abaira V. El índice kappa. *SEMERGEN*: 2000; 27: 247-249.
106. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2003.
107. Bermejo-Fraile B. Epidemiología clínica aplicada a la toma de decisiones en medicina. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2001; Monografía nº 1.
108. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology. The essentials*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998.

109. Ahrens W, Pigeot I. Handbook of Epidemiology. Bremen: Springer; 2005.
110. Decker SE, Martino S. Unintended effects of training on clinicians' interest, confidence, and commitment in using motivational interviewing. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2013;132(3):681–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.04.022>
111. Bóveda Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2013;45(9):486–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.014>
112. Baer J, Rosengren D, Dunn C, Wells E, Ogle R, Hartzler B. An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. Drug and Alcohol Dependence. 2004;73(1):99-106

11. ANEXOS

11.1. ANEXO 01. Cuestionario previo: variables independientes

(En cursiva datos a rellenar por el entrevistador).

Nº PARTICIPANTE.....

Fecha/...../.....

Datos personales:

- Edad: años.

- Sexo: Hombre Mujer

- Unidad Docente:

- Estamento: MIR (indicar año.....)

EIR (indicar año.....)

Uso de TICs:

- ¿Cómo definirías tu nivel de conocimiento de informática?

Básico Intermedio Avanzado

- ¿Tienes conexión a Internet en el domicilio?

Sí No

- ¿Dispones de ordenador portátil?

Sí No

- ¿Dispones de Internet en el móvil?

Sí No

- ¿Utilizas Internet como herramienta en la consulta?

Sí No

- ¿Utilizas Internet a diario? (excluyendo el uso en consulta destinado al trabajo)

Sí No

- ¿Cuántas horas dedicas semanalmente a navegar por internet? (excluyendo el uso en consulta destinado al trabajo)

Menos de 5 horas Entre 5 y 10 horas Entre 10 y 15 horas Más de 20 horas

- En cuanto al uso de la web 2.0/3.0 y entornos inmersivos, indica si utilizas las siguientes herramientas y con qué frecuencia lo haces:

- Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Wikis (Wikipedia...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Chats (Whatsapp...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Blogs

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Videoconferencias (MSN Messenger, Yahoo Messenger, Skype...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Servicios de alojamiento de video (Youtube, Vimeo...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Servicios de alojamiento de imágenes (Flickr, Picassa...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- Servicios de alojamiento de presentaciones (Slideshare...)

- Nunca lo he utilizado
- Esporádicamente
- Habitualmente
- A diario

- ¿Has realizado en alguna ocasión un curso online?

- Nunca he realizado un curso online
- He realizado algún curso online, pero no en el último año
- He realizado 1-3 cursos en el último año
- He realizado 4 o más cursos en el último año.

- ¿Has utilizado la plataforma Moodle en alguna ocasión?

- Sí
- No

11.2. ANEXO 02. Tareas del curso online.

TAREA 1

La primera tarea consiste en presentarnos en el [foro](#). Se puede hacer una nueva entrada o responder al hilo "PRESENTACIÓN". Cuéntanos quién eres, y qué experiencia tienes en Entrevista Motivacional. Si además actualizas tu perfil y pones una foto todos nos conoceremos mucho mejor!

TAREA 2.1

En esta tarea has de visualizar el vídeo "La pastilla mágica para adelgazar".

¿Crees que durante la entrevista puede identificarse un espíritu motivacional?

¿Podrías decir qué elemento predomina en los siguientes momentos de la entrevista? Minuto 2:00, minuto 4:45, minuto 6:20, minuto 6:41, minuto 7:09, minuto 8:00, minuto 8:28, minuto 9:45.

TAREA 2.2

Ángela es una mujer de 62 años, con sobrecarga familiar por enfermedad de sus padres, que acude a la consulta muy frecuentemente por múltiples somatizaciones. En una de las visitas (sin cita) viene a contar que por fin sabe lo que le pasa, puesto que el día anterior había visto un programa de televisión donde hablaban de la fibromialgia y la fatiga crónica, y se sintió identificada con todos los síntomas. Hoy acude a la consulta para solicitar una derivación a un especialista donde va su prima que es "muy bueno en eso", pero que está fuera de zona.

Propón 5 frases empáticas para tratar con Ángela en ese momento.

TAREA 3.1

En esta tarea debes visualizar el vídeo "Deme algo para la tos".

¿Podrías identificar las habilidades en EM que se utilizan en los siguientes momentos? Minuto 0:25, minuto 2:48, minuto 4:30, minuto 4:45, minuto 5:01.

TAREA 3.2

En la entrevista "Deme algo para la tos" la profesional realiza un sumario corto, y demasiado escorado hacia los inconvenientes de dejar de fumar. Como tarea, trata de realizar un sumario más amplio, aportando información de la ambivalencia del paciente, iniciando en primer lugar los elementos que favorecen seguir fumando, y a continuación los que se orientan hacia el cambio (dejar de fumar). Inmediatamente tras el sumario realiza una pregunta activadora sin presuponer que vaya a decidir cambiar.

TAREA 4.1

A lo largo de la entrevista "Deme algo para la tos" se evidencia la ambivalencia del paciente, mostrando ejemplos tanto de discurso de cambio como de discurso de mantenimiento.

Como tarea debes identificar el [discurso del cambio](#) y clasificarlo en la categoría correspondiente (DARN-CAT) en los siguientes momentos: final del 3r minuto, minuto 5:30, minuto 6:16, minuto 8:25, minuto 8:40.

TAREA 4.2

Mira la siguiente reflexión:

"Quiero a Cristina. Al menos eso creo... La echo mucho de menos cuando no estoy con ella, y pienso en ella continuamente. Pero también pienso en otras mujeres. Me encanta estar con ella pero es tan celosa que me siento atrapado en muchas ocasiones. Quiero estar con ella, pero me vuelve loco."

¿Puedes identificar los momentos en que se expresa un [discurso del cambio](#), y los momentos donde se evidencia el discurso de mantenimiento?

TAREA 5.1

Visualiza el video "Deme algo para la tos".

Identifica 2 momentos del vídeo donde la profesional utiliza técnicas para evocar el [discurso del cambio](#). Haz constar el minuto y segundo y un breve comentario de un par de líneas en cada caso.

TAREA 5.2

Siguiendo con el mismo vídeo, en qué momento podrías utilizar:

1. La regla de la importancia

2. Pregunta por los extremos

... Y cómo lo harías?

TAREA 6.1

En el vídeo "Deme algo para la tos" trata de identificar la presencia de dos desacuerdos del paciente frente a la intervención de la profesional en el primer minuto. Describe el segundo donde aparece, la frase y el comportamiento no verbal de este desacuerdo. Comenta brevemente por qué consideras que se han producido estos desacuerdos.

TAREA 6.2

En la entrevista "Deme algo para la tos", en el minuto 1'32" podemos identificar otro desacuerdo:

Profesional: “ ¿y no crees que puedes tener un problema con el tabaco y el alcohol?, que está aquí , que te está afectando, es que llevamos años trabajando con esto Iván” **Paciente:** “**Sí**, seguro que hay un problema con esto, **pero** ahora mismo lo que quiero es que me quitéis la tos, y vengo al colega y no me la quita, y algo tiene que haber , o sea, llevamos...con esta historia desde que salí del hospital.....llevamos a si un mes y no podemos dormir.....”

Comenta qué alternativa elegirías y argumenta el porqué de forma breve.

TAREA 7.1

En el vídeo "La pastilla mágica para adelgazar", en qué escenario está la paciente? Qué tipo de lenguaje usa predominantemente?

TAREA 7.2

En este vídeo la paciente tiene sobretodo un **discurso del cambio** preparatorio.

Propón 2 ejemplos que cómo evocar un discurso de cambio movilizador.

TAREA 8.1

En la entrevista **“Deme algo para la tos”**, en el minuto 4'48" se plantea la situación donde la profesional proporciona refuerzo para **abordar recaídas** previas del paciente en relación al consumo de tabaco. Describe cual ha sido la intervención de la profesional, comenta brevemente la habilidad/técnica de entrevista utilizada así como la respuesta del paciente ante la misma.

TAREA 8.2

Describe la intervención del profesional de la **entrevista “La pastilla mágica para adelgazar”** en el **minuto 5', 47”**

Profesional: *“si la he entendido bien Carmen, me cuenta usted que ha venido por el dolor, que a raíz de eso sale otra vez el tema de la pérdida de peso, y que venía con la idea un poco a ver si le dábamos alguna pastilla que le hiciera perder peso, **Paciente** (“claro, algo facilito”) **Profesional** ” con la idea esta de haber si hay algo fácil, entonces yo la pongo otra vez contra las cuerdas porque le digo no hay pastillas, esto no sé cómo ha funcionado con su amiga, pero no, no las hay, ... yo creo que usted ya lo sabe (Paciente asiente), y me comenta ya que en el pasado ha hecho esfuerzos, de dietas diferentes, o sea que aquí ya tiene usted una capacidad de dedicarse, que cuando se pone , se pone (paciente asiente, claro!), y hace cosas, no? (paciente, asiente), y que incluso ha probado con el ejercicio físico y que esto le funciona, pero*

que su situación familiar es la que es, y que no encuentra el momento para cuidarse usted porque esta todo el día cuidando de los demás (**Paciente asiente:** “exacto doctor , ha dado en la clave), **Profesional:** ¿cuál le parece que tendría que ser el siguiente paso?”.

Define cuál es la habilidad utilizada, así como el efecto que ha producido en la respuesta de la paciente. Te solicitamos a continuación que **realices un breve resumen del plan de actuación** que han acordado mutuamente, y tras el mismo, comprueba el nivel de acuerdo de la paciente.

TAREA 9.1

En el vídeo "La pastilla mágica para adelgazar", identifica, por lo menos, dos situaciones en las que el profesional gestiona la polidemanda en Atención Primaria desde una perspectiva de Entrevista Motivacional.

TAREA 10

En esta unidad os invitaremos a leer el manual de la escala EVEM y a administrarlo a uno de los dos vídeos que forman parte del curso.

Más adelante recibiréis la evaluación de vuestras propias entrevistas.

11.3. ANEXO 03. Contenido descargable del curso online.

TEMA 1

EL ORIGEN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Para entender qué es la **Entrevista Motivacional (EM)** nos debemos remontar a su origen. Todo empezó, según **William Miller**, en una barbería de Noruega, donde el barbero de la *Hjellestad Clinic*, a las afueras de Bergen, le habilitó una habitación con unas inspiradoras vistas de un denso bosque sobre un fiordo. Miller había acudido como profesor invitado haciendo una supervisión semanal, durante un semestre de 1982 con un grupo de psicólogos contratados para tratar problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas. En el transcurso de los role-plays Miller fue demostrando cómo trabajaba con los clientes en una variedad de situaciones, y se sorprendió cuando empezaron a abordarlo con preguntas del tipo “¿Qué piensas mientras dices eso?”, “¿Por qué has utilizado esta aproximación terapéutica en lugar de otra?”, “¿Por qué esa palabra concretamente?”, “¿Qué modelo subyace en los métodos que utilizas?”. Le pidieron que explicitara el modelo que había aprendido de sus clientes.

El resultado de todas estas discusiones fue el artículo “*Motivational Interviewing with Problem Drinkers*”. El artículo se publicó por la insistencia de Ray Hodgson en *Behavioural Psychotherapy*, a pesar de las reticencias de Miller a hacerlo por la falta de datos empíricos. En este primer artículo se exponen por primera vez los principios que le guiaban en sus intervenciones con pacientes con problemas de consumo de alcohol:

- **Desenfatizar la “etiqueta”.** Miller expone que la “aceptación”, o el “reconocimiento” del problema no son predictores de buenos resultados en la terapia y, basándose en los trabajos de Polich, explica la absoluta falta de “negación” -el clásico obstáculo por el que los bebedores persisten en el hábito- entre los bebedores que no habían logrado abandonar el hábito y los que habían recaído. Esto es, la ausencia del obstáculo -la negación del problema-, no es un predictor de buenos resultados. Cita su propia experiencia en dos trabajos(en los que, a pesar de que el paciente rehuye la etiqueta de “alcohólico”, los resultados de la terapia fueron positivos.
- **Responsabilidad individual.** La aproximación del método trata al individuo como a un adulto responsable, capaz de tomar decisiones responsables y dar con la solución correcta. Por contra del modelo confrontativo, la opción del paciente de “no cambiar” es plausible -aunque considerada poco inteligente-, pues de hecho subyace a su libertad de elección, se quiera o no.
- **Atribución interna.** Cuando el cliente contempla el cambio como resultado de un accidente, una casualidad, algo que hizo el terapeuta, una medicación, o cualquier otro factor externo al individuo, la persona no se siente responsable del cambio, y en consecuencia le conlleva un mayor esfuerzo mantenerlo. El individuo que tiene poder para “decidir beber”, también lo tiene para “decidir no beber”. La Entrevista Motivacional persigue que el cliente internalice su “locus de control”.
- **Disonancia cognitiva.** La tarea del terapeuta es la de incrementar la *disonancia cognitiva*: el conflicto entre lo que el cliente hace y lo que piensa acerca de cómo su conducta puede afectarlo. De manera que el comportamiento entra en serio conflicto con las creencias, actitudes o sentimientos del cliente. Pero en lugar de hacerlo a través de la confrontación, y de la culpa, la Entrevista Motivacional persigue cambiar el comportamiento sin cambiar las creencias, y sobre todo no rebajar la autoestima.

Años más tarde, durante un año sabático en el *National Drug and Alcohol Research Centre* en Sydney, Australia, Miller conoce a **Steve Rollnick**, quien había estado profundizando en la Entrevista Motivacional e incluso entrenando a profesionales dada su popularización en el Reino Unido. Steve lo anima a seguir escribiendo sobre el tema y juntos materializan la primera edición del libro en 1991. En esta primera edición del libro se exponen de nuevo los “Principios” de la Entrevista Motivacional, con sensibles cambios respecto de aquel primer artículo de Miller en el *Behavioural Psychotherapy*.

En la segunda edición se matizan los siguientes cambios:

- **Expresar empatía.** Desde una perspectiva claramente influida por Rogers, expresar empatía es un ejercicio para el cual existe una condición *sine qua non*: la **aceptación incondicional del individuo**. El terapeuta debe de perseguir el entendimiento de los sentimientos y perspectivas del cliente sin juzgar, criticar o culpar. Ello no implica que el terapeuta pueda tener su propio punto de vista y exponerlo, pero la diferencia con otros modelos confrontativos radica en que se produce la paradoja de “si no prescribo el cambio, el cliente cambia”, por contra de “si prescribo el cambio, el cliente se inmoviliza”. Las actitudes de aceptación y respeto ayudan a construir una alianza terapéutica y refuerzan la autoestima del cliente, lo que conlleva más cambio.

- **Desarrollar la discrepancia.** A diferencia de lo expuesto anteriormente, se abandona el concepto de disonancia cognitiva tal y como lo habían tomado de Leon Festinger, y se describe el proceso como el de ayudar al cliente a conseguir sus objetivos, incrementando el conflicto entre lo que el cliente persigue y el estado presente de las cosas. La preocupación por el *status quo* era uno de los elementos del inicialmente descrito como “diálogo automotivacional”, que pasó a llamarse “diálogo de cambio” después de los trabajos de Paul Amrhein. Los autores hacen énfasis de nuevo aquí en el concepto de “locus de control”, en cuanto a que la probabilidad de cambio es mayor cuando el cliente percibe el objetivo como propio, por contra de algo impuesto desde fuera, ya sea por parte del terapeuta o de otros. Aumentar la percepción de conflicto por parte del cliente entre sus propios objetivos (sean o no de salud) y su realidad actual -de un modo no coercitivo- ayuda al cliente a abandonar la inercia de su *status quo* y a salir de su zona de confort sin percibir la presión de la consecución inmediata de un resultado impuesto.
- **Manejar las resistencias.** Se espera del terapeuta que evite la discusión sobre el cambio, particularmente a través de argumentos y contraargumentos. Se aceptan las resistencias como un proceso natural y no directamente opuesto al de cambio. El rol del terapeuta es el de aportar nuevas perspectivas sin imponerlas. El cliente es un recurso primario a la hora de encontrar respuestas y soluciones. En definitiva, la resistencia es una señal para responder de un modo distinto.
- **Apoyar el sentido de autoeficacia.** Más allá de los conceptos clásicos de fe y esperanza, la autoeficacia se presenta como un buen predictor de resultados. Se describe como la creencia del cliente en su capacidad para sobrellevar una determinada tarea. El terapeuta cambia el paradigma de “yo te voy a cambiar” por “si tú quieres, te puedo ayudar a cambiar”. Como más adelante se verá, el diálogo de cambio emerge como la respuesta natural del cliente al apoyo a su autoeficacia por parte del terapeuta.

En una de las adaptaciones del método posteriores a la segunda edición del libro, pero 5 años antes de que se publicase la tercera, los principios de la Entrevista Motivacional se reformulan como:

- **Resistir el reflejo de redireccionamiento.** Las resistencias han dejado de ser vistas como una respuesta inherente del paciente al cambio, y se conciben únicamente como fruto de la interacción terapeuta-paciente. Es el profesional el que genera resistencias con su actitud y, por tanto, la aparición de resistencias es un indicador de relación disfuncional (lo que más tarde se llamará *discordia*). Se pone énfasis no tanto ya en el manejo de las resistencias como en evitarlas. Esto se traduce en la práctica con lo que los autores denominan el *reflejo de redireccionamiento*, esto es, reconducir al paciente hacia donde se supone que debe de ir según el objetivo que marca el terapeuta, por contra de tratar de exponer la situación clínica y evocar del paciente cuál o cuáles son sus objetivos.
- **Entender las motivaciones del paciente.** Más allá de desarrollar la discrepancia o incrementar la ambivalencia, el terapeuta es invitado a poner énfasis en elicitación y evocar los propios motivos del paciente para cambiar, explorando las percepciones del paciente sobre su problema. No se trata tanto de un ejercicio dirigido a incrementar el conflicto como a averiguar “los porqués” del paciente para cambiar. Este cambio de paradigma está claramente influenciado por la relación positiva entre el *diálogo de cambio* y los resultados (*outcomes*) en los ensayos clínicos.
- **Escuchar con empatía.** De la misma forma que se planteaba en la segunda edición del libro.
- **Empoderar al paciente.** En los mismos términos que se planteaba apoyar el sentido de autoeficacia.

DEFINICIÓN DE EM

Entonces, ¿podemos definir lo que es la EM? Es más sencillo empezar explicando qué NO es E.M. El motivo es que en 1983 Miller empieza a difundir el conocimiento acerca de la EM, pero sin ganarse la vida con ello. Por tanto, se inicia un proceso de difusión "gratuita" y rápida. Esto, que a priori es muy positivo, aumenta también el riesgo de que la calidad de la información transmitida se ponga en entredicho, de manera que se ha llamado EM a muchas cosas (que incluso se han publicado) que no son puramente EM.

Así, en Interlaken 2008, se proporcionó la definición de lo que **NO es EM**:

1. Basada en el modelo transteórico. En EM no se utilizan los estadios del cambio descritos por Prochaska y DiClemente.
2. Un truco para que la gente haga lo que quieres. Esto se trataría de persuasión, mientras que en el modelo motivacional se respeta la autonomía del paciente.
3. Una técnica. Son una serie de habilidades, no existe ninguna técnica cerrada.
4. Balance decisional. No consiste simplemente en poner todo en la balanza, sino en trabajar la ambivalencia del paciente para ayudarlo a tomar la decisión.
5. Feedback. Aunque puede servir para tener conciencia del problema, es solo una parte más de la EM.
6. Una variante de la terapia cognitivo-conductual. Además de las vertientes cognitiva (*¿Qué piensas del tabaco?*) y conductual (*¿Cómo fumas?*), se añade también en aspecto emocional (*¿Cómo te sientes?*).
7. Terapia centrada en el cliente. No lo es por sí sola, sino que va un paso más allá. Se considera que se centra en el paciente ya que se comparten conceptos como la empatía y la autonomía del paciente, pero además se le añade la direccionalidad hacia el cambio.
8. Fácil. Para conseguir ser "experto" en EM se ha de poner en práctica durante mucho tiempo para adquirir todas las habilidades necesarias.

9. Lo que estábamos haciendo. El hecho de la rápida expansión de la EM llevó a que muchos profesionales identificaran su práctica con la EM sin ser exactamente EM.
10. La panacea. De ninguna de las maneras funciona para todo ni para todos. Se trata de una habilidad más a conocer para poder ayudar al paciente a afrontar un cambio.

Un año más tarde, en Sitges 2009, se dio un paso más y entonces sí que se propuso y se consensuó una **definición para la EM**:

1. Una forma *refinada* de guiar. Se trataría de un punto medio en la relación con el paciente, entre acompañarlo y dirigirlo. Lo que hacemos, de algún modo, es ayudarlo a encontrar el camino correcto.
2. Con la mira puesta en el *cambio* en la charla. No hay que perder de vista que el objetivo final es un cambio en la conducta del paciente.
3. Que evoca y fortalece la motivación personal. La solución viene dada desde el interior de la persona (del paciente).
4. Centrada en la persona, honrando su autonomía.
5. Que usa estrategias específicas. Las veremos en el tema 3 bajo el acrónimo *OARS*.
6. Orientada hacia una diana de cambio. Es por ello que hablamos de intencionalidad de cambio.
7. Modulada y guiada por el discurso del paciente. El paciente es quien ha de llevar el peso de la conversación en la EM.
8. Breve. No es necesario una consulta muy extensa, bastan los 10 minutos de una consulta de Atención Primaria para poder llevar a cabo la EM.
9. Adaptable a diferentes culturas, personas y problemas. Es decir, es intercultural.
10. Específica y aprehensible. No es etérea, está bien delimitada.

Finalmente, en el transcurso del MINT Forum de San Diego, en 2010, Miller dio respuesta a las preguntas de los miembros de MINT acerca de la evolución conceptual de la Entrevista Motivacional, y del por qué de una tercera edición del libro que estaba en camino. Uno de los aspectos que Miller abordó fue el de las definiciones, un reto recurrente con un método clínico en constante estado de transformación , gracias a las aportaciones de los últimos años. Ante la dificultad de responder con una sola, se ofrecieron las siguientes versiones:

• **La definición “profana”, ¿Para qué sirve?**

La Entrevista Motivacional es una conversación, en un estilo colaborativo, para fortalecer las propias motivaciones de la persona hacia el cambio y su compromiso con él.

• **La definición “pragmática”, ¿Por qué usarla?**

La Entrevista Motivacional es un método de asesoramiento (*counseling*), centrado en la persona, para abordar el problema común de la ambivalencia sobre el cambio.

• **La definición “técnica”, ¿Cómo funciona?**

La Entrevista Motivacional es un método comunicativo colaborativo, orientado a un objetivo, con particular atención al lenguaje de cambio.

Está diseñado para fortalecer la motivación del individuo y su movimiento hacia un determinado objetivo, a través de la exploración y de la obtención de los propios argumentos del individuo para cambiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller WR. Motivational Interviewing: Research, Practice, and Puzzles. *Addictive Behaviors*. 1996;21(No 6):835-42
2. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*. 1983;11:147-72
3. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. The course of alcoholism: four years after treatment. Santa Monica, CA: RAND; 1980
4. Miller WR. Treating the problem drinker: modern approaches. In: Miller WR, editor. *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity*. Oxford: Pergamon Press; 1980
5. Miller WR, Muñoz RF. *How to Control Your Drinking*. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1982
6. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991
7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York 2002
8. Rogers C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. *Psychology: The Study of a Science*. New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184–256
9. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, California: Stanford University Press; 1957
10. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(5):862-78
11. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior*. New York, London: Guilford Press; 2008
12. Hodgins DC, Ching LE, McEwen J. Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 2009;23(1):122-30.
13. Moyers TB, Martin T, Christopher PJ, Houck JM, Tonigan JS, Amrhein PC. Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: where is the evidence? *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2007;31(10 Suppl): 40s-7s

14. Gaume J, Gmel G, Daeppen JB. Brief alcohol interventions: do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and alcoholism* (Oxford, Oxfordshire). 2008;43(1):62-9
15. Miller WR. Looking forward to MI-3: a work in progress. 2010. [accedido en enero de 2015]. Disponible en: <http://www.motivationalinterviewing.org/looking-forward-mi-3-work-progress>

TEMA 2 **EL ESPÍRITU DE LA EM**

Cuando Miller y Rollnick empezaron a enseñar Entrevista Motivacional, su tendencia era centrarse en la técnica, en el “cómo” hacerlo. Pero pronto se dieron cuenta que de ese modo podía no entenderse el método en su totalidad. Por ello, en la tercera edición del libro “La Entrevista Motivacional”, Miller se lamenta del uso indebido que, bajo el epígrafe de Entrevista Motivacional, se hace de ciertas estrategias que tienen un fin persuasivo o truculento, y que no se identifican con la EM.

En 1995 Miller y Rollnick se replantearon ya esta paradoja y delimitaron el *Espíritu* de la Entrevista Motivacional, como una actitud subyacente del profesional que la practica, y sin la cual el método pierde su esencia. Según su propia definición, “El espíritu de la EM es el conjunto de corazón y mente con la que uno entra en la práctica de la EM”, en referencia a que depende de la actitud del profesional, y no del entrenamiento en habilidades específicas.

Para ello, el punto de partida son cuatro elementos interrelacionados: asociación o colaboración, aceptación, compasión y evocación (Figura 1). Y cada uno de ellos posee un componente experiencia y uno de comportamiento. Es decir, no basta simplemente con sentir aceptación o compasión por los demás, sino que si no lo expresamos, no sirve para nada.

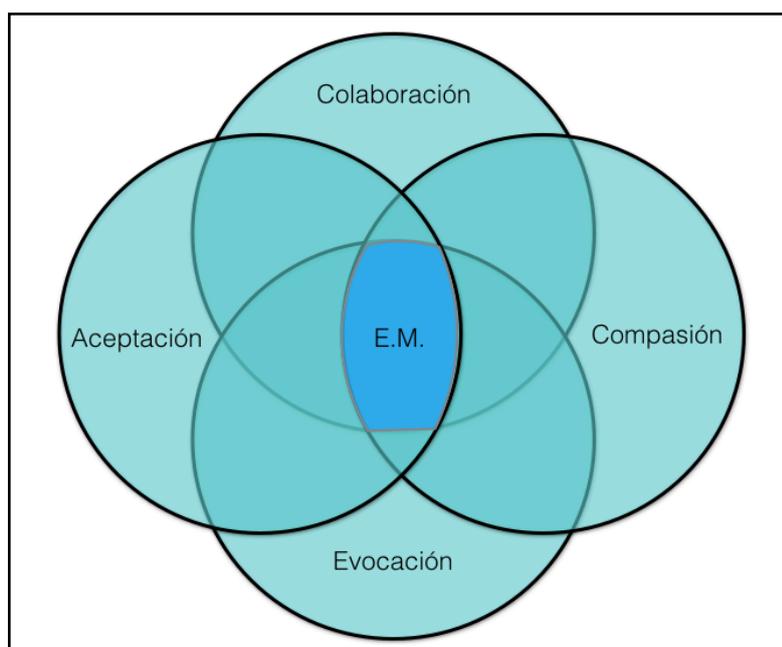


Figura 1. El espíritu de la Entrevista Motivacional

Cabe decir que, de todos modos, estos elementos no son prerrequisitos para poder practicar la EM, la práctica de la EM ya enseña estos hábitos.

LA COLABORACIÓN

Descrito por Miller y Rollnick como “asociación” (del inglés *partnership*).

Este primero de los cuatro aspectos fundamentales de la EM hace referencia a la relación que existe entre profesional y paciente. La EM se hace “para” y “con” una persona, es una colaboración entre expertos para conseguir la activación de la propia motivación del paciente y sus recursos para conseguir el cambio.

Para ello el profesional busca activamente las aportaciones, perspectivas o dificultades del paciente respecto al cambio de conducta. Hay un control simétrico de la entrevista: el profesional se muestra dispuesto a colaborar con lo que el paciente le aporta, y a la vez le pide que se comprometa en la negociación.

En este caso el antagonismo sería “confrontación”, entendida como la actitud beligerante del profesional por imponer su criterio con una escasa aceptación de la realidad del paciente.

LA ACEPTACIÓN

Relacionado con la colaboración, se trata de la plena aceptación de lo que el paciente trae consigo, aunque ello no implique su aprobación. Tiene una íntima relación con el trabajo de Carl Rogers.

Miller subdivide este elemento en 4 subelementos:

Valor absoluto. La aceptación implica reconocer el valor inherente y el potencial de cada persona. Cuando alguien se siente “inaceptable” se encuentra bloqueado, si se siente “aceptado” es libre para cambiar y, según Rogers, el cambio natural es siempre a positivo: *“La habilidad de ver a una persona como realmente es, ser consciente de su única individualidad. El respeto supone asumir que la otra persona puede crecer y desarrollarse tal y como es. El respeto implica asimismo la ausencia de abuso”.*

Empatía precisa. Se refiere al interés activo y al esfuerzo por entender la perspectiva interna de la otra persona.

Apoyo a la autonomía. Se trata de ofrecer a la persona la libertad de ser y decidir. El profesional ayuda al paciente en la toma de decisiones, buscando un espacio común de decisión compartida. El profesional respeta la decisión final del paciente sobre su conducta.

Validación o afirmación (del inglés *affirmation*). Consiste en buscar y reconocer los esfuerzos y fortalezas de las personas.

En definitiva, la **Aceptación** consiste en honrar el valor absoluto de las personas y su potencial, reconoce y apoya su autonomía para decidir, busca a través de la empatía entender su perspectiva y refuerza sus fortalezas y esfuerzos (Figura 2).



Figura 2. Los 4 aspectos de la aceptación.

LA COMPASIÓN

La compasión en este caso no se refiere a sufrimiento, sino a promover el bienestar del otro, a anteponer sus necesidades. El profesional demuestra, pues, de manera evidente, que su intención se dirige a una relación de ayuda incondicional y genuina, por encima de sus propios intereses.

LA EVOCACIÓN

El mensaje implícito de la Evocación es “Tú tienes lo que necesitas, y juntos vamos a encontrarlo”. Es decir, el espíritu parte de la premisa de que la gente ya tiene en su interior gran parte de lo que necesita para cambiar.

Este elemento tiene relación con la Ambivalencia. La gente que está ambivalente acerca de un cambio muestra argumentos a favor y en contra del mismo. Por tanto, dentro de ellos ya existen sus propias motivaciones para lograr el cambio. La tarea del terapeuta es tratar de conocer y hacer emerger del paciente estos argumentos motivadores, por contra de imponer los propios puntos de vista.

Sería un antagonismo de “educación”, entendido como aquellas actitudes del profesional dirigidas a reconducir al paciente hacia lo que es “correcto” desde el punto de vista terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

16. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: helping people change. New York, London: Guilford Press; 2013.
17. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 1995;23(4):325-3414. Gaume J, Gmel G, Daepfen JB. Brief alcohol interventions: do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire). 2008;43(1):62-9.
18. Fromm E. The art of loving. New York: Bantam Books; 1956.

TEMA 3

PRINCIPIOS Y HABILIDADES EN EM

PRINCIPIOS EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es un método clínico definido como una forma de guiar, colaborativa y centrada en la persona, con el objetivo de evocar y fortalecer la motivación para cambio.

El modelo de EM ha demostrado su eficacia en el abordaje de diversos problemas de salud que precisan cambios de conducta (por ejemplo, adherirse a un determinado régimen terapéutico, reducir o abandonar el consumo de sustancias tóxicas, cambiar estilos de vida, etc.)

El modelo se sustenta en 4 principios básicos (Rollnick y Miller, 2008):

1. Inhibir el reflejo de redireccionar al paciente.

Se trata de evitar, en la medida de lo posible, decirle al paciente lo que debería hacer: *“Debería dejar la bebida cuanto antes”, “es imprescindible que haga ejercicio físico para mejorar su cansancio”, “deberá tomar esta medicación durante al menos un año para evitar que su depresión repita”*. Esto se extiende a tratar de desenfatar las etiquetas como paso previo para poder trabajar una determinada conducta (por ejemplo: *“tiene todos los datos de una depresión crónica”, “usted tiene criterios de alcoholismo”, “tiene una obesidad mórbida por su forma de comer algo compulsiva”, “es usted un bronquítico crónico”*). Ese tipo de intervenciones tienden a generar en etapas iniciales de la entrevista, y en pacientes poco motivados o ambivalentes, resistencias a aceptar tales argumentaciones. Aparece a menudo la denominada **reactancia psicológica**, como respuesta a mantener su situación actual, y por tanto dificultar que avance hacia un hipotético cambio. Son frecuentes observar respuestas en el paciente del tipo *“sí, pero.....”, “tampoco se crea que yo.....”*.

Para tratar de evitar resistencias, en general, buscaremos el momento más oportuno para ofrecer información, a ser posible solicitando permiso al paciente, o en el mejor de los casos, a petición de éste: *“¿le parece bien que dediquemos un minutos a hablar sobre su consumo de tabaco?”*, *¿necesitaría más información acerca del tratamiento?”*; *“¿quiere que le de mi opinión acerca de su problema?”*, *“en casos similares al suyo existen varias maneras de tratarlo que podrían irle bien, ¿desea que lo comentemos?”*.

2. Explorar y entender las motivaciones del paciente.

Los pacientes pueden tener razones o deseos para cambiar una determinada conducta, pero también para mantenerla. Trabajar esta discrepancia, creando la denominada **disonancia cognitiva** en el paciente (*“por un lado quiero, pero por el otro no..”*), nos ayudará a comprenderlo y orientarlo mejor en la dirección del cambio. Para llevar a cabo este trabajo, será necesario que el paciente pueda evocar el diálogo o discurso del cambio. El objetivo es que pueda expresar sus **deseos**: *“me disgusta tomar pastillas, aunque necesito mejorar este agotamiento”*, *“sé que la bebida me afecta, ojalá pudiera...”*, *“debería cambiar para resolver este problema pero no sé cómo”*; sus **aptitudes** *“la verdad es que no tengo fuerza de voluntad”*, *“estuve seis meses sin probarlo”*, *“creo que con ayuda podría intentarlo”*; sus **motivos**: *“mi salud es lo más importante”*, *“sé que seré un buen ejemplo para mi hijo”*; y sus **necesidades de cambio**: *“de esta manera no puedo seguir”*, *“está en juego mi trabajo si no sigo el tratamiento”*, *“lo más importante es mi familia”*.

3. Escuchar con empatía.

Entendemos por empatía la **capacidad que tiene un profesional para comprender las ideas y los sentimientos del cliente y se lo hace evidente mediante respuestas verbales y no verbales**. Empatizar con un cliente supone un ejercicio de aceptación incondicional del punto de vista del otro, independientemente de podamos estar más o menos de acuerdo con el mismo. Por tanto, una respuesta deja de ser empática cuando lleva incorporado algún juicio de valor o apreciación por quien la emite: *“comprendo cómo se siente, pero en estas circunstancias eso es lo que hay”*, *“me hago cargo de lo doloroso que ha sido el diagnóstico, de todas formas con el tiempo verá como se le ira pasando”*, *“entiendo las dificultades, aunque debería esforzarse más para conseguir que las cosas cambien”*.

Tan sólo siendo capaces de entender cómo se siente el paciente, qué es lo que le preocupa y qué dificultades encuentra, podremos ayudarle a crear una verdadera relación terapéutica. La **escucha empática** significa además aceptar al paciente,

independientemente de la conducta que desarrolle, o de los resultados que éste obtenga. Si percibe un juicio ético detrás de nuestras propuestas, podemos generar emociones de vergüenza, huida, o incluso de rabia. También si ve que su relación con nosotros está condicionada a que deba cambiar, es posible que desaparezca.

Esa **aceptación incondicional** del otro trata de ver su mundo interior y sus significados como si fueran los nuestros, pero sin perder nunca esa cualidad de “como si”. La empatía ha demostrado ser la respuesta con un mayor poder para facilitar cambios en el paciente, más allá de las habilidades comunicativas o del modelo terapéutico que aplique el profesional. Lo contrario a la empatía sería la imposición de nuestra perspectiva, quizás con la asunción de que el punto de vista del otro sea irrelevante o equivocada.

Las respuestas empáticas no verbales se transmiten a través de una posición de escucha generalmente especular a la que desarrolla el cliente. La mirada es hacia el rostro, sin excesiva intensidad como para que pudiera sentirse invadido o intimidado. Mostramos acuerdo y aceptación a través de los movimientos de asentimiento, o a través de expresiones congruentes con el estado emocional que percibimos del cliente (sonrisas con sus sonrisas, por ejemplo).

Las respuestas empáticas verbales suponen un grado más de comprensión, puesto que el profesional trata de hacerla evidente: *“comprendo cómo debe sentirse”*; *“me hago cargo de lo difícil que es para usted cuidar a su familiar en estas circunstancias”*; *“debe haber sido doloroso para usted no poder haber hecho lo que habría deseado para.....”*, *“en estas circunstancias comprendo su frustración/rabia/tristeza”*.

Conviene tener claro que al realizar una escucha empática, y de forma más intencional, proporcionar respuestas empáticas, generalmente obtendremos respuestas con contenido emocional (en ocasiones intenso), y sobre las que el profesional posteriormente deberá trabajar. Se sabe, que facilitar la expresión de las ideas y los sentimientos del cliente tienen per se un efecto terapéutico. La escucha empática tiene como finalidad el hecho de que el paciente exprese sus emociones con la intención posterior de que las trabaje, ya sea comprendiéndolas mejor, reelaborándolas o aceptándolas, según sea la circunstancia.

La empatía precisa de un nivel actitudinal suficiente que incluye:

- Mostrarse abierto a las emociones del cliente.
- Mostrar empatía no verbalmente.
- Realizar al menos una frase empática.
- Estar atento a las propias emociones.

Las habilidades de entrevista para una escucha empática incluyen:

- **Detectar cambios** en la conducta no verbal y el paralenguaje del paciente. Centrarse en los cambios cuando expone información acerca de un problema serio, o cuando muestra ansiedad, angustia, miedo, enfado o frustración. Conviene estar atentos -sin una actitud que enjuicie la conducta del cliente- en aquellos momentos de la entrevista en las que el cliente se muestra más involucrado, ya sea durante la descripción del problema, como en el momento de recibir el diagnóstico o frente a la propuesta terapéutica aconsejada. Conviene asimismo observar el intercambio emocional que desarrolla el cliente con su acompañante durante la entrevista, o cuando expone preocupaciones referidas al mismo.

- Observar **momentos de oportunidad** para mostrar empatía. En general se aconseja dar respuestas empáticas cuando el paciente muestra sentimientos de preocupación, duda, incertidumbre u otros de carácter negativo.

- **Dar nombre** a una probable emoción: *“parece como si estuviera triste, disconforme....”*, *“desde que su hijo dejó los estudios la veo afectada”*, *“le veo sobrepasado por el problema”*.

- Mostrar **respuestas congruentes** (pausas, expresiones faciales, tacto), que denoten solidaridad emocional con el paciente.

- **Utilizar nuestras respuestas emocionales** como clave para detectar las posibles emociones del paciente.

- **Tomar una pausa** cuando sea necesario.

Cohe-Cole describe cinco tipos genéricos de frases empáticas, que permiten la expresión emocional abierta por parte del cliente:

- **Reflexión:** *“parece apenado por lo sucedido”, “le veo disgustado por la falta de resultados”, “desde hace tres meses parece que su vida ha cambiado....”, “me dice que eso le irrita”.*
- **Legitimización:** *“cualquiera en esta situación estaría asustado”; “comprendo su enfado”; “me hago cargo de lo difícil que debió ser para usted”.*
- **Apoyo:** *“estaremos a su lado pase lo pase”; “tiene todo mi apoyo para tomar cualquiera de las dos opciones”; “le felicito por todo el trabajo hecho”.*
- **Compañerismo/Complicidad:** *“creo que ese problema podremos resolverlo conjuntamente”, “necesito su colaboración para poder tratar mejor esta cuestión”.*

- **Respeto:** *“tengo toda la confianza de que tomará la mejor decisión”; “a última instancia es usted quién decide y tiene todo mi apoyo y respeto”.*

4. Apoyar el sentido de autoeficacia.

Tratar de enfatizar las habilidades demostradas en intentos previos, evocando las propias aptitudes y capacidades del paciente para llevar a cabo el cambio. Mostrar asimismo nuestro apoyo y confianza en la consecución de un plan de actuación en base a sus posibilidades: *“le felicito por lo conseguido hasta ahora “, “le agradezco que haya venido”, “usted ha demostrado que es capaz de volver a intentarlo”; “me dice que no tiene fuerza de voluntad para dejar la bebida, pero en cambio sí que la demuestra para trabajar diez horas al día y llevar adelante a su familia”.*

En la entrevista motivacional, ya hemos visto en el tema 2, subyace un espíritu colaborativo, evocador, y de respeto por la autonomía del paciente. De esta forma se trabaja con las ideas, las creencias y las expectativas del paciente, tratando que él mismo exprese en voz alta sus propias motivaciones para el cambio, en lugar de sugerirlas por nuestra parte, respetando en todo momento sus últimas decisiones. Sin perder de vista, por otra parte, que trabajamos con un objetivo determinado de cambio, pactado con el paciente.

HABILIDADES EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Para desarrollar el método clínico de manera adecuada, disponemos de una serie de habilidades específicas que resumimos en las cinco siguientes (W Miller 2012):

1. Preguntas abiertas

Permiten conocer aspectos importantes para el paciente sobre una conducta determinada que a través de preguntas cerradas sería tedioso abordar. Pongamos el ejemplo de la adherencia al tratamiento, no es lo mismo decir: *“dígame, ¿se toma la medicación como le dije?”* que abordar el tema con preguntas del tipo: *“¿cómo va con la medicación?, ¿tiene alguna dificultad para seguir el tratamiento?”*

Las preguntas abiertas son una manera de iniciar un diálogo que permite explorar diversas esferas del consultante:

- Sentimientos. «¿Cómo le hace sentir eso?».
- Percepciones de las situaciones. «¿Qué explicación le da?».
- Sensaciones corporales. «¿Dónde notaba la molestia?».
- Significados. «¿Qué importancia tiene para usted la bebida?».
- Anhelos o deseos. «¿Qué le gustaría que pasase?».
- Intenciones. «¿Qué piensa usted hacer?».

Con las preguntas abiertas conseguimos más información sobre la conducta del paciente y con menor esfuerzo. Utilizar preguntas abiertas permite conocer en profundidad la conducta del paciente, así como aspectos relacionados con las emociones que esa conducta provoca. Finalmente, el uso de preguntas abiertas será en sí mismo un **facilitador del diálogo de cambio**, pues son el vehículo a través del cual evoquemos en el paciente cuáles son sus deseos de cambio, las aptitudes para el mismo, los motivos para hacerlo, o las necesidades que tiene para conseguirlo.

Con las preguntas abiertas también propiciamos y provocamos **afirmaciones de automotivación**. Cuantas más frases de automotivación genere exprese en voz alta la persona, mayor será la probabilidad de un compromiso hacia un cambio. La estrategia consiste en que el paciente vaya avanzando en primer lugar en la percepción de que tiene un problema sobre el que posteriormente deberá hacer alguna cosa al respecto. Una manera directa de provocar afirmaciones de automotivación consiste en preguntar. De estas preguntas se dice que son evocadoras, cuya finalidad es explorar las percepciones y preocupaciones. Una escucha empática promueve que el paciente vaya reflexionando en un ambiente exento de amenaza, y de esta forma, madure una decisión. **Cada vez que el paciente exprese una afirmación de automotivación, el profesional debe premiarla mediante escucha reflexiva para que éste la vuelva a oír de nuevo y pueda reelaborarla.**

2. Validación

La validación, entendida como “elogio”, “refuerzo” o “aprecio”, tiene por objeto potenciar el **sentido de autoeficacia**. Una manera de conseguir mayor motivación es hacer ver al paciente que tiene todo nuestro respeto por el esfuerzo que está haciendo: «**bien por el empeño en seguir el tratamiento**», «**le felicito por haber reducido el consumo de cannabis**»....

A lo largo de la entrevista, el paciente va a explicarnos situaciones en las que ha llevado a cabo con éxito un cambio de conducta (por ejemplo, haber cesado en el consumo de alcohol), o aptitudes personales que pueden facilitar un cambio futuro (*“cuando me propongo algo en serio, lo consigo”*). Ignorarlo es dejar pasar la posibilidad de reforzar unas habilidades potenciales o ya presentes, que van a allanar el camino del cambio así como el mantenimiento del mismo. En ocasiones, éstas aptitudes o habilidades se van a presentar de manera enmascarada, es decir, el paciente vive la situación como un fracaso y no sabe reconocerlas, (por ejemplo: *“dejé de fumar durante tres años, pero gané cinco kilos de peso”*, o *“seguí el tratamiento durante seis meses pero tampoco le veo tanto mérito”*). Es importante aprovechar estos momentos para reforzar al paciente mediante reestructuraciones positivas: *“me dice que fue usted capaz de mantenerse tres años sin fumar, algo que no es nada fácil para la mayoría de las personas”, “decirle, que menos de la mitad de las personas son capaces de mantener el tratamiento más allá de seis meses”*.

De ahí la necesidad de reconvertir creencias erróneas que actúan como rémoras a un cambio. La base para ello es tener presente que las palabras del profesional tienen mucho impacto en el sistema de creencias del paciente ligadas con frecuencia a su estilo de pensamiento. Muchas veces habrá que encontrar la interpretación más positiva posible (p. ej., paciente: *«ya se lo dije, no tengo fuerza de voluntad»*, profesional: *«me dice que no tiene fuerza de voluntad para dejar de fumar, pero en cambio la demuestra para trabajar diez horas diarias y hacerse cargo de dos personas mayores en casa»*).

Mostrar aprecio no es fácil. Requiere cierto entrenamiento y estar muy atento al diálogo del paciente, pero es una de las habilidades que mayor eficacia han demostrado para mejorar las expectativa de autoeficacia en los ensayos clínicos en entrevista motivacional.

3. Escucha reflexiva

La escucha reflexiva es la habilidad clave en la Entrevista Motivacional. Consiste en estar atento al diálogo del paciente y devolverle de manera estratégica aquellos elementos del discurso que nos parezcan relevantes, (generalmente pensamientos y emociones significativas para el paciente). La escucha reflexiva nos permite imaginar el sentido de su diálogo y mejorar su comprensión, así como clarificar si nuestras suposiciones eran ciertas.

La escucha reflexiva permite que el paciente escuche de nuevo las ideas y las emociones que ha estado expresando, quizás con nuevas palabras, y con ello poder reflexionar nuevamente sobre ellas. Una atenta escucha reflexiva tiende a mantener al paciente en un trabajo activo de evocación, de autoexploración, así como de considerar llevar a cabo acciones. La escucha reflexiva es necesariamente selectiva, puesto que

escogemos que aspecto del discurso del paciente reflejaremos en aquel momento. Ello es especialmente oportuno cuando tratamos de evocar el dialogo de cambio del paciente, así como cuando planificamos un plan de acción conjunto.

Las afirmaciones de escucha reflexiva se pueden definir mediante cuatro niveles de profundidad:

– Repetir. La más simple reflexión devuelve un elemento de lo dicho por el paciente.

– Refrasear. El profesional está cercano a lo que ha dicho el paciente pero sustituye sinónimos o los altera ligeramente, clarificando.

– Parafrasear. Aquí se infiere el significado y lo devolvemos con nuevas palabras. Aportamos información que no ha explicitado el paciente y tratamos de añadir y ampliar todo lo dicho hasta el momento.

– Reflexión de sentimiento. Es la forma más profunda de reflexión. Se hace énfasis en el aspecto emocional mediante frases que muestren sentimientos.

-Silencios. Los denominados silencios funcionales, son aquellos que demuestran interés genuino por el discurso del paciente; en los momentos oportunos tienen un efecto de reflejar lo que acaba de decir el paciente, animándolo a reflexionar sobre su significado, y por tanto a ampliar su comprensión.

A continuación se muestra un ejemplo de cada una de ellas:

Paciente: *«ya sé que esto me hace daño...., pero si usted tuviera la vida que yo tengo también le daría por ahí, en realidad es lo único que me ayuda a resistir».*

Repetir: *«sabe que le hace daño pero es lo único que le ayuda a resistir».*

Refrasear: *«con el tipo de vida que lleva es lo único que le ayuda a seguir adelante, aunque ello repercuta en su salud».*

Parafrasear: *«con todo lo que me ha ido contando de los problemas familiares, en el trabajo y de dinero, parece como si beber fuera su única fuente de consuelo, a pesar de que a la larga también se convierte en parte de los problemas que ya tiene».*

Reflexión de sentimiento: *«suena como si tuviera series dudas respecto al beneficio final de dejar la bebida pero también lo veo bastante desesperado».*

En general, las reflexiones más sencillas (las dos primeras) se usan primeramente cuando el sentido de la conversación es menos claro, para luego profundizar cuando va aumentando su comprensión. Las formulaciones de entrada son del tipo: *«eso suena como sí...»*, *«parece que se siente...»*, *«así que usted...»*, *«piensa que esto...»*, etc.

La reflexiones se formulan generalmente como una afirmación, acabando la entonación de la frase hacia abajo, sin la entonación aguda final típica de las preguntas, (por ejemplo: *“Ve difícil seguir con el tratamiento por las molestias digestivas”* (afirmación). *“¿Ve difícil seguir con el tratamiento por las molestias digestivas?”* (Pregunta)

Las frases por reflexión son fáciles de entender, pero difíciles de practicar. Es preciso ejercitarse en su uso hasta conseguir un buen adiestramiento.

4. Sumarios

Los sumarios son un resumen de la información ofrecida por el paciente hasta un determinado momento de la entrevista con objeto de organizarla, devolvérsela, y comprobarla. Refuerzan todo lo que se ha dicho de importancia, demuestran que se ha escuchado con atención, y preparan al paciente para proseguir. A modo de ejemplo, una vez explorados los pros y contras del cambio (ambivalencia), podemos realizar un sumario y a continuación formular una pregunta que le permita resolverla (pregunta activadora):

Profesional: *“me comenta que la bebida le relaja y pasa buenos momentos, que no ha tomado la medicación por miedo a que le perjudique, y por otra parte, me dice que a pesar de todo, se encuentra agotado, y que los problemas en casa han empeorado, ¿es eso?”* (Sumario).

Paciente: *“así es”.*

Profesional: *“con todo ello, ¿cuál cree que debería ser el siguiente paso?”* (Pregunta activadora).

Los sumarios son en esencia una larga reflexión de lo acontecido hasta el momento.

5. Informar y aconsejar.

Aunque el modelo de EM prioriza el trabajo centrado en el paciente mediante la escucha activa, existen momentos donde es apropiado proporcionar información u ofrecer consejo, sobre todo cuando el paciente lo solicita. Como comentábamos más arriba, en la EM, a diferencia de los estilos altamente directivos, el profesional ofrece información o consejo tras solicitar previamente permiso al paciente.

Por otra parte, informar no comporta descargar simplemente datos o conocimientos a alguien, sino tratar de entender la perspectiva del paciente y sus necesidades con atención, y ayudar a que sea él quien saque sus propias conclusiones en base a la información que le hayamos ofrecido. Una secuencia habitual para llevar a cabo ese proceso sería: preguntar-informar-comprobar, donde se trabaja con una perspectiva bidireccional en la que el paciente participa activamente. Hablamos no tanto de informar como de un proceso de intercambio de información con el paciente.

En la tabla nº 1 se resumen con ejemplos el esquema Preguntar-Informar-Comprobar

Tabla nº 1. Tareas para informar y dar consejo: Preguntar-Informar-Preguntar

	Tareas	Habilidades
Preguntar	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar permiso • Clarificar información sobre las necesidades y posibles lagunas del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“¿Podría explicarle...?”</i> • <i>¿Querría saber algo más acerca de ...?”</i> • <i>“¿Qué es lo que sabe de.....?”</i> • <i>“¿Qué es lo que desearía conocer sobre...?”</i> • <i>“¿Necesitaría alguna información que pudiera ayudarle?”</i>
Informar	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar. • Informar con claridad. • Dar autonomía al paciente. • No predeterminar las respuestas del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntarse: ¿Qué es lo que el paciente más desea o necesita saber en este momento?. • Utilizar lenguaje coloquial, evitando la jerga médica • Proporcionar la información de manera gradual. • Reconocer la libertad del paciente para estar en desacuerdo o ignorar la información proporcionada. • Presentar la información de manera neutra, sin adelantarnos al significado que pudiera dar el paciente.

<p>Preguntar/ Comprobar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntar por la interpretación que hace el paciente, su comprensión, o sus respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con Preguntas abiertas: <ul style="list-style-type: none"> “Entonces, ¿qué va hacer con ello?” “¿Me he explicado con claridad? ¿Necesitaría saber alguna cosa más?”. • Reflejando las reacciones que apercibimos: <ul style="list-style-type: none"> “Le veo confuso”. “No parece convencido con lo que le he propuesto”. • Dar tiempo a procesar y a responder sobre la información proporcionada <ul style="list-style-type: none"> “¿Qué piensa sobre lo que le he comentado?”. “¿Cómo piensa que se puede aplicar en su caso?”. “¿Cómo podría hacerlo más comprensible?”. “Explíqueme con sus palabras lo que le hemos estado comentado” “¿Cuál considera que sería el siguiente paso a dar?”
--	---	---

Tomado y modificado de W Miller y S Rollnick. 2012.

BIBLIOGRAFÍA

S Rollnick, W R Miller & C C Butler. Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior. The Guilford Press NY, 2008.

Excelente adaptación del modelo de entrevista motivacional para el abordaje de problemas clínicos habituales en la atención primaria que precisen un cambio de conductas (mejorar la adherencia al tratamiento, ejercicio físico, dieta, tabaquismo...). Ejemplifica de manera muy comprensible el equilibrio necesario entre la informar, hacer preguntas y escuchar, cuando nuestra tarea se centra en guiar al paciente.

W Miller & S Rollnick. Motivational Interviewing. Helping People Change. Third Edition. The Guilford Press. 2012.

Esta última edición del manual de Entrevista Motivacional de los pioneros de la misma, es un excelente libro que destila lo que la epistemología de los últimos 30 años ha aportado sobre el tema. Más allá de la motivación y la determinación del cambio, los autores plantean una visión más circular del modelo que incluye 4 tareas: trabajar la colaboración con el paciente, evocar el discurso del paciente para posicionarlo, focalizar el área a trabajar, y planificar la acción a realizar. De lectura obligada para aquellos profesionales que deseen profundizar en el modelo de la EM.

W Miller & S Rollnick. Motivational Interviewing. Preparing People for Change. Second Edition. The Guilford Press. 2002.

Boveda Fontan J, Perula de Torres LA, Campinez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragan Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten Primaria. 2013; 45(9):486-95

Cohen-Cole SA. The medical interview: the three function approach. St Louis, MO: Mosby/ Yearbook; 1991.p. 21-27

Lundahl B W , Tollefson D, Gambles C, Brownell C, Burke B. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies Research on Social Work Practice M 2010, 20: 137-160.

Burke, BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2003; 71:843-861.

JM Bosch y Manuel Campiñez. Comunicar para modificar conductas, promover la salud y aumentar la adherencia terapéutica. Capítol de llibre: Roger Ruiz Moral. “Habilidades Comunicativas en Medicina” . Ed Panamericana. 2014

JM Bosch y J Cebrià. La Entrevista Clínica Motivacional. Capítulo del libro: Guía de Actuación en Atención Primaria. Cuarta Edición. semFYC Ediciones. Barcelona. 2011.

Josep M Bosch, Manuel Campiñez, Mariona Cabre. Entrevista clínica y comunicación asistencial, capítol de llibre , en: M Zurro y G Jodar: Atención Familiar y Salud Comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Editorial Elsevier. 2011.

Páginas web de consulta :

1. web sobre entrevista motivacional :

www.motivationalinterviewing.org

Es la página principal sobre entrevista motivacional. Desarrollada por la MINT (Motivational Interviewing Network Trainers), Red de profesores en EM. Expone el amplio recorrido de la EM desde la década de los 80. La web muestra el mejor y mayor acceso a la bibliografía, videos con objetivos docentes, y de la actualidad sobre el tema.

2. Videos demostrativos de la Entrevista Motivacional (en ingles)

<http://www.youtube.com/watch?v=URiKA7CKtfc>

Muestra interesantes demostraciones de como realizar una EM en el contexto de intervenciones breves. Se muestran dos versiones (con baja y alta efectividad). Producida por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Florida. Cualquiera puede utilizar este vídeo para fines docentes.

3. <http://www.youtube.com/watch?v=cj1BDPBE6Wk>

Video de 4 minutos donde William Miller explica el modelo de Entrevista Motivacional. En la misma página se muestra una interesante conferencia de Miller en la Universidad de Columbia de 59 minutos.

TEMA 4

EL DISCURSO DEL CAMBIO (CHANGE TALK)

EL DISCURSO DEL CAMBIO

La **ambivalencia** es un estado natural en el camino hacia el cambio. Es el punto en el que no se termina de ver con claridad la razón que impulsaría el cambio, e implica un conflicto entre las razones que nos llevarían al cambio y las razones para “no cambiar”. Pero la ambivalencia puede ser también un lugar “pegajoso” donde quedarnos durante un largo periodo de tiempo. Por tanto, la ambivalencia significa que el paciente tiene dos motivaciones encontradas en su interior simultáneamente.

En este caso, si el profesional manifiesta un motivo hacia el cambio, la respuesta natural del paciente va a ser un “pero”, es decir, va a expresar un argumento en contra de ese cambio, que va a moverlo hacia el lado del “no cambio”. Del modo contrario, si un paciente se escucha a sí mismo esgrimir motivos a favor del cambio, es más posible que la balanza se vaya inclinando hacia ese lado.

Cuando nos referimos al **discurso del cambio** estamos hablando del lenguaje autoexpresado que manifiesta un motivo para el cambio.

Este término no aparecía en la primera edición del libro La Entrevista Motivacional, donde se referían con el término afirmaciones de automotivación a una amplia categoría en la que se incluían elementos del discurso que favorecían el cambio. En la segunda edición ya se sustituyó esta terminología por diálogo del cambio, pero no se pudo relacionar la presencia de este diálogo del cambio con las variables de resultados.

Durante la preparación de la tercera edición, Miller y Rollnick colaboraron con el psicolingüista Paul Amrhein, especialista en el lenguaje de motivación y compromiso, quien sugirió una estructura diferente para codificar el discurso del paciente partiendo del objetivo del cambio.

Se crearon las siguientes subcategorías:

Deseo de cambio. *“Me gustaría dejar de fumar” “Quiero perder peso” “Ojalá fuera más delgada”*. El deseo es un componente de la motivación para el cambio, pero no es imprescindible, puesto que una persona puede hacer cosas incluso sin desearlas.

Habilidad para cambiar. *“Podría dejar de fumar” “Yo puedo empezar una dieta”*. El segundo componente de la motivación es la habilidad de cambiar, entendida como la capacidad autopercebida para conseguir el cambio. Motivo para cambiar. *“Fumar perjudica mi asma”, “Tendría más energía si...”, “Hacer dieta me ayudaría a controlar mejor la diabetes”*. Manifestar tales razones no implica habilidades ni deseo, puesto que a pesar de tener buenas razones un paciente puede no querer el cambio o no sentirse capaz de llevarlo a cabo.

Necesidad de cambio. *“Tengo que dejar de fumar” “No puedo seguir engordando” “Algo tiene que cambiar”*. Este componente se refleja en un lenguaje imperativo que subraya la importancia o urgencia del cambio. Las declaraciones de necesidad no especifican por qué el cambio es importante.

Compromiso de cambio. *“Voy a dejar de fumar”*. Es el lenguaje que se utiliza para hacer promesas los unos a los otros; los contratos también están escritos en lenguaje de compromiso. El lenguaje de compromiso puede tomar diversas formas, pero siempre manifiesta una decisión para hacerlo aunque se pueda vislumbrar alguna pequeña duda.

Esta estructura se afianzó con su acrónimo en inglés: **DARN-C** ("desire, ability, reason, need and commitment") para referirse al diálogo del cambio en la Entrevista Motivacional.

Los datos posteriores apuntaban a un proceso secuencial donde deseo, habilidades, motivos y necesidad no predecían el cambio de comportamiento por sí mismos, pero sí fortalecían el compromiso con el cambio. A su vez, la fortaleza del compromiso era un predictor de variable de resultado. Por ello, la experiencia en el análisis del diálogo del cambio añadió otras dos categorías inicialmente no incluidas en el trabajo de Amrhein:

Activación. Son palabras que manifiestan un movimiento hacia la acción. *“Estoy preparado para...”, “Estoy listo para el cambio”*.

Primeros pasos (traducción del inglés Taking steps). Esta categoría sirvió para referirse a aquellas acciones específicas verbalizadas por el paciente en la dirección del cambio, y que también eran un predictor de variable de resultado. Algunos ejemplos serían *“Me he comprado unas zapatillas porque voy a empezar a correr”, “He llamado a*

tres posibles empleos". Por tanto, el discurso del cambio se diferenci6 en dos grupos, y el acr6nimo en ingl6s se adapt6 a DARN-CAT.

Discurso de cambio preparatorio (DARN)

- Deseo.
- Habilidades
- Razones
- Necesidades

Discurso de cambio movilizador (CAT)

- Compromiso
- Activaci6n
- Primeros pasos (Taking steps)

EL DISCURSO DE MANTENIMIENTO (SUSTAIN TALK)

Cualquier discurso a favor del cambio puede tambi6n ser expresado, del mismo modo, a favor del status quo.

Usando el mismo acr6nimo DARN-CAT descrito anteriormente, vemos algunos ejemplos de ello:

Deseo

"Me gusta fumar y c6mo me hace sentir"

"No quiero hacer ejercicio"

Habilidad

"No creo que sea capaz de dejar de fumar"

"Creo que mi salud estar6 bien aunque no haga ejercicio"

Motivos

"Fumar me ayuda a relajarme"

"No tengo tiempo para hacer ejercicio"

Necesidad

“Necesito fumar, no puedo pasar el día sin un cigarrillo”
“Tengo que centrarme en cosas más importantes”

Compromiso

“Voy a seguir fumando”
“No voy a hacer ejercicio”

Activación

“Estoy preparado para aceptar los riesgos que conlleva fumar”
“No estoy listo para plantearme el ejercicio”

Primeros pasos

“He vuelto a fumar hace unos días”
“He regalado mis zapatillas de correr”

El discurso del cambio y el discurso de mantenimiento son exactamente lo contrario, y predicen diferentes resultados (cambio vs no cambio).

Un predominio de discurso de mantenimiento o una mezcla a partes iguales de discurso de mantenimiento y discurso de cambio se asocia a un mantenimiento del status quo, mientras que un predominio claro de discurso del cambio predice un cambio de hábitos.

LA DISCORDIA vs DIÁLOGO DE MANTENIMIENTO

Es importante dedicar aquí un apartado a plantear algunas reflexiones sobre el concepto de **Discordia**. Decíamos anteriormente que el término Diálogo de Mantenimiento surgió para diferenciar todas aquellas afirmaciones del paciente a favor del status quo. Pero no necesariamente este diálogo ha de generar resistencias, entendidas como un punto de inflexión en la relación entre profesional y paciente en el que la relación pasa de la neutralidad o la cordialidad al enfrentamiento o a respuestas de huida.

Miller y Rollnick plantean lo siguiente: “Si sustraemos el Diálogo de Mantenimiento a lo que antes nos referíamos como resistencias, ¿qué nos queda?”. El resultado tiene una cualidad diferente del Diálogo de Mantenimiento y se asemeja más al desacuerdo, a no estar en la misma longitud de onda, a tener diferentes objetivos o a una distorsión en la relación terapéutica. Las contraargumentaciones, interrupciones, etc., ya no se refieren aquí a la conducta diana del cambio, sino a la relación entre profesional y paciente.

La discordia se considerará siempre, pues, una respuesta del paciente a una acción del profesional. Dicho de otro modo, para poder evaluar qué hace el profesional habrá que observar la secuencia acción del profesional-reacción del paciente.

El paciente puede mostrar discordia en relación a lo que el profesional hace de las siguientes formas:

Huida. El paciente no rebate los argumentos del profesional pero sus asentimientos no son por mostrar acuerdo con el profesional, sino por evitar que se extienda más la intervención terapéutica. Se puede observar que el paciente desvía la mirada en tono de sumisión, que se concentra en papeles u otros objetos para evitar el contacto ocular, que asiente de forma poco genuina, etc.

Incomodidad. El paciente muestra adaptadores que denotan incomodidad, siempre en respuesta a una intervención del profesional con actitud redireccionadora, aleccionadora, de tipo directivo o confrontativo. Es importante distinguirlo de la incomodidad que se puede generar cuando se ofrece información (por ejemplo si se le dice a alguien que tiene el colesterol alto y se inquieta). También de cuando el paciente está ambivalente y el profesional incrementa esta ambivalencia, generándole un conflicto ante el cual el paciente se incomoda y que suele ir seguido de un discurso de mantenimiento de la conducta problema. En estos casos lo que precede a la incomodidad no será una actitud confrontativa o redireccionadora por parte del profesional, sino preguntas abiertas, escucha reflexiva o aporte de información de manera colaborativa.

Beligerancia. El paciente muestra, a través de su postura y microexpresiones faciales, una actitud proclive a la contienda con el profesional: invade el espacio del profesional, alza el tono de voz, muestra agresividad, etc. Alternativamente, lo expresa verbalmente.

Interrupción. El paciente se muestra claramente inquieto cuando el profesional interviene y lo interrumpe, sin respetar los turnos de palabra.

Negación. El paciente muestra a través de las microexpresiones faciales su desacuerdo con lo que el profesional le expone, retrayéndose, mostrando ironía o desviando la mirada, desvinculándose de lo que el profesional dice sobre él o su conducta, negando con movimientos de cabeza, etc. Alternativamente, lo expresa verbalmente.

Desmerecimiento. El paciente desacredita al profesional. De todo lo anterior es necesario aclarar que los dos primeros puntos, las respuestas de huida y de incomodidad, no están descritas en la tercera edición del libro La Entrevista Motivacional. Dichas respuestas han sido observadas en diversas investigaciones y catalogadas como tales por su alta frecuencia de aparición y la imposibilidad de contenerlas dentro de las otras categorías descritas. Se intuye que hay factores culturales que podrían explicar estas respuestas que sin embargo los autores anglosajones no describen.

RECOMENDACIONES MINT

En el documento de consenso sobre el diálogo del cambio publicado en el MINT Bulletin se esgrimían las siguientes recomendaciones:

Usar diálogo del cambio como un término genérico para clarificar los diferentes tipos de afirmaciones automotivacionales reconocidos: deseo, habilidad, motivo, necesidad, compromiso, activación y primeros pasos.

Usar el término lenguaje preparatorio para referirse a los elementos del diálogo del cambio que no predicen variable de resultado, pero sí fortaleza de compromiso.

Usar diálogo de mantenimiento para referirse a los elementos del lenguaje que van a favor del status quo.

Diferenciar resistencia de diálogo de mantenimiento. La resistencia no es contemplada ya como un proceso natural del discurso del paciente, sino aquello que se refiere a interrumpir al terapeuta, entrar en desacuerdo, desacreditarlo o cambiar el sujeto de la conversación desviándolo del objetivo del cambio. En la tercera edición del libro (tesis manu 19) lo que era conocido como resistencia se reinterpreta como discordia, y casi siempre ligado a un efecto de la intervención del terapeuta.

Utilizar un valor numérico diferente de "0" para referirse a la fortaleza del compromiso (por ejemplo, una escala Likert de +1 a +5).

BIBLIOGRAFÍA

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991

Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(5):862-78 Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: helping people change. New York, London: Guilford Press; 2013

Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(3):455-61.

Miller WR, Yahne CE, Tonigan JS. Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(4):754-63

Miller WR, Moyers TB, Amrhein P, Rollnick S. A Consensus Statement on Defining Change Talk. *MINT Bulletin*. 2006:6-7.

TEMA 5

CÓMO EVOCAR EL DISCURSO DEL CAMBIO

El proceso de cambio que ocurre en la EM no es único de la EM, sino que es el proceso que experimenta normalmente la gente frente a un cambio. Un periodo de ambivalencia en el que se consideran pros y contras del cambio se sigue de un “desempate” hacia el cambio. Esto en ocasiones sucede en un momento en el tiempo, pero la mayoría de las veces es un proceso gradual con periodos de avance y retroceso hasta la resolución de la ambivalencia.

Este proceso ocurre en la EM por, literalmente, oírse hablar a uno mismo en el sentido del cambio. Si las voces a favor y en contra del cambio son equilibradas, la tendencia es a permanecer en la ambivalencia. La EM ayuda a la gente a avanzar a través de su ambivalencia hacia la dirección del cambio.

Hay importantes diferencias a la hora de manifestar las propias motivaciones en voz alta en presencia de otra persona. Considera las diferencias subjetivas de las frases “*Voy a salir a correr hoy*” o “*Voy a perdonar a mi padre*” en estas diferentes circunstancias:

Pensadas en silencio para uno mismo.

Escritas en un papel.

Frente a un espejo pronunciadas en voz alta, en soledad.

Pronunciadas en voz alta frente a otra persona.

Por tanto, el contexto interpersonal influye mucho a la hora de avanzar hacia el cambio. Por ello, en la EM se presta mucha atención a evocar y explorar el diálogo del cambio.

Esto no significa que no vayamos a escuchar el diálogo de mantenimiento. Hacer eso significaría violar el espíritu de aceptación. Cuando aparece el diálogo de mantenimiento, lo escucharemos, respetándolo, pero intentaremos evocar y explorar más profundamente el diálogo del cambio.

ESTRATEGIAS PARA EVOCAR EL DISCURSO DEL CAMBIO

Entonces, ¿es posible incrementar el discurso del cambio de nuestros pacientes? Sí que es posible, y no existe una única estrategia para conseguirlo. De hecho, serán los pacientes los que te dirán si lo estás haciendo correctamente: si la respuesta es más discurso del cambio, sigue por el mismo camino; pero si te encuentras con un diálogo de mantenimiento o discordia, prueba algo diferente.

REALIZA PREGUNTAS EVOCATIVAS

Probablemente la manera más simple y directa de evocar discurso del cambio es preguntar por él, haciendo preguntas abiertas para las que el discurso del cambio es la respuesta.

Para ello, el acrónimo DARN-CAT puede ser útil, aunque no es necesario avanzar a lo largo de toda la lista.

Normalmente, cuando iniciamos el proceso de cambio con un paciente, éste se encuentra en una fase del discurso del cambio preparatoria, por lo que es mejor no realizar preguntas movilizadoras demasiado pronto, a no ser que se vea al paciente realmente preparado.

Veamos algunos ejemplos de preguntas evocativas del discurso del cambio preparatorio:

Deseo. Estas preguntas suelen contener verbos como gustar, desear o querer.

“¿Cómo te gustaría que cambiaran las cosas?”

“¿Cómo desearías que fuera tu trabajo?”

“¿Cómo quieres que sea tu vida dentro de un año?”

Habilidad. Las preguntas de habilidad suelen dirigirse hacia lo que una persona puede hacer, o podría llegar a hacer.

“Si te decidieras a perder peso, ¿cómo lo podrías hacer?”

“¿Qué crees que serías capaz de cambiar?”

“De las diversas opciones que has considerado, ¿cuál crees que es la que tiene más posibilidades?”

Motivos. Estas preguntas exploran los motivos específicos hacia el cambio.

“¿Por qué quieres hacer más ejercicio?”

“¿Cuáles serían los mejores motivos para dejar de beber?”

Otra manera de evocar el discurso del cambio sería normalizar la ambivalencia:

“Mucha gente se encuentra ambivalente frente a un cambio como este. Por un lado tienes muchas razones para quedarte como estás, y probablemente has pensado también en algunas razones para cambiar. ¿Cuáles serían estas razones hacia el cambio?”

Necesidad. El lenguaje de necesidad orienta hacia una urgencia por el cambio sin que haya necesariamente razones para el mismo.

“¿Qué necesitas que pase?”

“¿Qué crees que ha de cambiar?”

En resumen, la idea es hacer preguntas abiertas para favorecer el diálogo del cambio. No es incorrecto en ocasiones explorar acerca del diálogo de mantenimiento, pero siempre teniendo en cuenta que la ratio de diálogo del cambio frente a diálogo de mantenimiento es un predictor de la posibilidad del cambio.

LA REGLA DE LA IMPORTANCIA

Una de las preguntas evocativas por excelencia es preguntar *“¿Cómo de importante es para ti este cambio?”*. Típicamente utilizamos una regla imaginaria con una escala del 1 al 10. Como la respuesta será un número en este rango, la manera de evocar el diálogo del cambio sería: *“¿Y por qué es un ... y no un 0 (número menor)?”*. Al preguntar por qué estamos en un número mayor evocamos un discurso de cambio, mientras que si lo hacemos a la inversa: *“¿Por qué estás en un 6 y no en un 10?”* vamos a obtener diálogo de mantenimiento.

PREGUNTANDO POR LOS EXTREMOS

Cuando se observa poco deseo por el cambio en el momento actual, una estrategia podría ser preguntar por los extremos de las consecuencias de no realizar el cambio: *“Imagina que continúas así... ¿qué es lo peor que te podría pasar?”*

En el otro lado, se puede imaginar lo mejor del posible cambio: *“¿Cuáles crees que pueden ser los mejores beneficios de realizar el cambio?”*

MIRAR HACIA ATRÁS

En ocasiones es útil echar la vista atrás y remontarnos a las épocas en que en problema aún no había emergido, y comparar esos tiempos con el momento actual. *“¿Te acuerdas de cuándo te encontrabas bien? ¿Qué ha cambiado?” “¿Cómo eran las cosas antes de empezar a tomar drogas?”*. Hay que considerar que se ha de retroceder hacia un momento donde la vida era mejor que en la actualidad. Lo contrario podría ser perjudicial.

MIRAR HACIA ADELANTE

Ayudar a los pacientes a tener visión de futuro es otro modo de evocar diálogo de cambio. *“Si te decides a hacer este cambio, ¿qué esperas que sea diferente en el futuro?”, “Imagina que no cambias, ¿cómo te ves dentro de 5 años?”*.

EXPLORAR METAS Y VALORES

Otra de las estrategias es explorar qué es lo más importante en la vida del paciente. Sus prioridades pueden ser muy diferentes de las del profesional, pero todo el mundo tiene objetivos en su vida. Explorar esas prioridades puede darnos algunos puntos de referencia con los que comparar mantener el status quo.

TEMA 6

MANEJO DEL DISCURSO DE MANTENIMIENTO Y DE LOS DESACUERDOS

Se ha visto que a menudo puede ser útil evaluar la predisposición del paciente a hablar sobre un determinado tema, y solicitar permiso: “¿le parece bien que hablemos acerca de su consumo de tabaco?”. Algunos pacientes no siempre van a estar predispuestos a abordar ciertas cuestiones, o incluso puede ser que vengan obligados, o inducidos por terceros a la consulta. También es posible que una fuerte carga emocional pueda impregnar el curso de la entrevista, y sea necesario empezar con una adecuada acomodación por ambas partes.

Hasta hace relativamente poco tiempo se acuñaba el término de resistencias del paciente al cambio, cuando éste se oponía a los consejos del profesional, lo que atribuía la responsabilidad de tales respuestas al paciente. Sin embargo la observación empírica demuestra que los argumentos y las motivaciones del paciente para seguir con su conducta habitual forman parte del denominado diálogo de mantenimiento, algo que no es considerado ni oposicional ni patológico. En realidad es la manifestación explícita de los argumentos de una de las balanzas de la ambivalencia, que permiten mantener el status quo actual de la conducta del paciente.

El diálogo de mantenimiento comprende, por tanto, todas aquellas facetas del discurso que se refieren, de forma auténtica y sin excusas, a los motivos que le ayudan a continuar con su conducta actual. Es decir, sobre lo que le gusta, lo que le cuesta dejar de hacer, lo mal que lo ha pasado cuando ha intentado cambiar en el pasado, el miedo de intentarlo de nuevo, la amenaza percibida a los efectos secundarios de un tratamiento, etc.

Este diálogo para defender su status quo, es un proceso frecuente en toda conversación sobre un hipotético cambio, que los profesionales deberíamos vivir con naturalidad. En realidad es una oportunidad para empatizar con el paciente (aceptarlo tal como es), y supone una valiosa información a tener en cuenta, puesto que va a condicionar el plan de abordaje, así como en una hipotética negociación del plan de acción si el paciente decide cambiar.

Sin embargo, muchas personas quedan estancadas en una situación de ambivalencia, quieren cambiar pero también no quieren. La parte emocional ligada al placer todavía pesa mucho y no pueden avanzar. El fenómeno de la ambivalencia es explicativo del porqué tanta gente queda atrapada en un hábito o una situación indeseable. Muchos individuos se encuentran en esa aparente contradicción y expresan a menudo frases del tipo: «*sí, reconozco que debería cambiar..., pero tampoco me encuentro tan mal como para...*». Resolver la ambivalencia, supone por tanto, levantar el ancla que impide moverse hacia el cambio y su mantenimiento posterior.

Escuchar el discurso de una persona ambivalente, comporta observar argumentos a favor del cambio (diálogo de cambio), como argumentos en contra del mismo (diálogo de mantenimiento), algo por lo tanto natural. En este contexto si el paciente recibe argumentos para que modifique su conducta, lo más probable es que éste incremente su discurso de mantenimiento, y en definitiva, un desacuerdo en respuesta al reflejo de redireccionamiento del profesional. A este fenómeno se le define dentro del modelo motivacional, discordancia.

Por tanto, y como comenta T Moyers, el término de discurso de mantenimiento se centra en la conducta o el cambio de objetivo, mientras que la discordia (los desacuerdos) dependen de la relación con el paciente. Es normal que aparezca diálogo de mantenimiento en las primeras fases de la entrevista, pero su persistencia a menudo dependen de la actuación del profesional y a menudo se convierten en desacuerdos.

El abordaje del discurso de mantenimiento en una primeras fases es el de observarlo con naturalidad, y no se aconseja realizar un esfuerzo explícito de evocación ni exploración de todos los motivos del paciente para mantener su status quo. Si los argumentos son importantes, normalmente el propio paciente se esforzará en explicarlos.

La forma más aconsejada de abordar el discurso de mantenimiento es mediante las habilidades de escucha reflexiva, descritas en el capítulo 3. Las estrategias habitualmente utilizadas serían las reflexiones simples y las reflexiones ampliadas. En caso de que el paciente haya mostrado ambivalencia, se puede utilizar una reflexión a dos bandas, donde se recojan motivos para cambiar y para no hacerlo. Otras estrategias que podemos utilizar serían incluirían el enfatizar la autonomía del paciente, reenmarcar o reestructurar el significado de lo dicho por el paciente, mostrar acuerdo pero con matices, o ceder si el paciente se muestra muy reacio al cambio.

En la tabla nº 1 se describen algunos ejemplos de abordaje del diálogo de mantenimiento

Tabla nº 1 Estrategias de abordaje del diálogo de mantenimiento

Reflexión simple

Paciente: *Pienso que el tabaco no es la causa de la tos.*

Profesional: *Parece que el fumar es inocuo para sus pulmones.*

Paciente: *Bueno, sé que el tabaco no es bueno para la salud y de hecho ya llevo unos días fumando menos.*

Reflexión ampliada

Paciente: *Pienso que mi peso ya está bien como está.*

Profesional: *No hay margen de mejora.*

Paciente: *Hombre, entiendo que me sobran unos 15 o 20 kilos, pero yo ya estoy bien así....*

Profesional: *Entonces, parece que este sería su peso ideal por ahora*

Paciente: *Yo siempre he sido rellenito, pero veo que mis rodillas se estén resintiendo.*

Reflexión a ambos bandos de la ambivalencia

Profesional: *Me comenta que de una parte el beber le relaja y le proporciona buenos momentos cuando sale con sus amigos, y al mismo tiempo le preocupa que en ocasiones pierde en control de lo que consume.*

Enfatizar la autonomía

Paciente: *La verdad es que no tengo la intención de hacer ejercicio*

Profesional: *Ciertamente, nadie le puede obligar a ello, hacer o no hacer ejercicio físico es una decisión solo suya.*

Reestructurar

Paciente: *No creo que sea capaz de conseguirlo.*

Profesional: *Sin duda supondrá un verdadero reto para usted.*

Mostrar acuerdo con matices

Paciente: *No creo que pueda dejar el cannabis, forma parte de mi manera de ser y se me hace casi imposible pensar en ello.*

Profesional: *Si no fumara cannabis dejaría de ser quien es, y se le hace inimaginable abandonarlo a pesar de los problemas que me ha comentado.*

Mostrar acuerdo con el paciente (paradoja)

Paciente: *Yo creo que las dietas no sirven para adelgazar, las he probado todas y ninguna ha funcionado.*

Profesional: *Es probable que su organismo no responda a ninguna medida dietética y deba continuar como hasta ahora.*

Conviene asimismo, entrenarnos en la detección y el abordaje de los desacuerdos del paciente a hablar de un tema determinado, a mejorar su colaboración (por ejemplo, por una escasa confianza), o simplemente a aceptar un objetivo de cambio (por ejemplo, un tratamiento). Los desacuerdos (discordancia) son comunes en este tipo de consultas, a menudo inducidas por el propio profesional, sobre todo cuando trata de “prescribir cambios” de forma prematura. Se sabe que informar sobre la necesidad de cambio en un paciente poco motivado o ambivalente, tiende a generar obstáculos para que éste avance. Ciertamente los desacuerdos pueden deberse a diferentes causas y durante los diversos procesos de la entrevista motivacional (durante la vinculación con el paciente, cuando tratamos de enfocar la agenda del paciente, durante la evocación del dialogo del paciente, o durante la planificación de la estrategia de cambio.

En la tabla nº 2 se describen algunos ejemplos y algunas estrategias para abordarlas, que como veremos se parecen mucho a las utilizadas en el abordaje del diálogo de mantenimiento.

A menudo es difícil distinguir la línea que separa el dialogo de mantenimiento de los desacuerdos del paciente, pero en cualquier caso la persistencia de estos últimos tienden a ser reproducidos e incrementados por el reflejo de redireccionar del profesional, como hemos comentado en el capítulo 1.

Tabla nº 2. Desacuerdos y estrategias de abordaje.

Desacuerdos (Discordancias)

Argumentar (desafiar o devaluar al profesional): *“yo también he oído acerca de los antidepressivos y bueno.....”, “te mejoran una cosa, pero te estropean otras”, “empiezas a tomarlos y luego no los puedes dejar”, “no está demostrado que sean superiores a la psicoterapia», «cómo va a saberlo si nunca los ha probado».*

Interrumpir (cortar o no dejar acabar): *«sí, sí, pero a mi.....»*

Negar (minimizar, excusar, pesimismo): *«no creo que unas pastillas vayan a solucionar mi problema», «si tuviera que aguantar lo que yo en casa», «tampoco estoy tan mal», “mi cuerpo necesita remedios naturales”, “no creo que vaya a cambiar nunca, es mi carácter”.*

Ignorar (no atención, no responder, cambiar de tema): *«por cierto, ¿tendría la amabilidad de hacerme estas recetas?»; “¿qué me podría tomar la tensión?, creo que estoy un poco alto”; “y si me hiciera unos análisis, creo que sigo con el colesterol alto”.*

Respuesta no verbales. Expresiones de desagrado, de incredulidad o escepticismo. Retirar la mirada del profesional o mirar hacia otro lado. Movimientos de negación con la cabeza. Falta de asentimientos. Silencios disfuncionales ante preguntas del profesional.

Estrategias de abordaje

Frases por reflexión: *«veo que tiene suficientes argumentos para seguir como hasta ahora», “piensa que los fármacos no tienen demasiada utilidad en su caso”, “tiene miedo a quedar enganchado con la medicación”, “me dice que necesitaría probar las medicinas para poder ayudarlo”, “no le veo muy convencido con lo que le acabo de decir”*

Focalizar (hacia otro tema de la entrevista): *«si le parece vamos a centrarnos en el dolor de estómago de estas últimas semanas», “a usted le preocupa que pueda tener el colesterol elevado”, “cuénteme un poco más sobre su dificultad para dormir”.*

Empatizar y ceder en algunos aspectos: *«entiendo lo que me dice, y ciertamente el tratamiento no ha ido como esperaba», “veo que se siente mal cuando le dicen que es depresivo, y entiendo que a nadie le gusta que le pongan una etiqueta”.*

Enfatizar la libertad y el control del paciente: *«en última instancia, quien debe decidir el tipo de tratamiento es usted”; “entiende que por ahora es mejor seguir de esta forma”.*

Reestructurar: *“lo importante no es el nombre que le pongamos, sino que podemos hacer para que mejore, ¿no cree?”; “usted piensa que la medicación puede crearle dependencia, cuando en realidad es no tratar la enfermedad lo que está manteniendo sus síntomas”; “el hecho de no marearse como los demás, se debe más a lo acostumbrado que está su organismo (hígado) y no a la cantidad de alcohol que consume “.*

Paradoja terapéutica: *«por lo que dice, y a pesar de los dos accidentes, parece que la bebida mejora sus reflejos para conducir»; “tiene la sensación de que la medicación está diseñada para que aparezcan todos los efectos secundarios, y ningún efecto terapéutico”.*

BIBLIOGRAFÍA

S Rollnick, W R Miller & C C Butler. *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. The Guilford Press NY, 2008.

Excelente adaptación del modelo de entrevista motivacional para el abordaje de problemas clínicos habituales en la atención primaria que precisen un cambio de conductas (mejorar la adherencia al tratamiento, ejercicio físico, dieta, tabaquismo...). Ejemplifica de manera muy comprensible el equilibrio necesario entre la informar, hacer preguntas y escuchar, cuando nuestra tarea se centra en guiar al paciente.

W Miller & S Rollnick. *Motivational Interviewing. Helping People Change*. Third Edition. The Guilford Press. 2012.

Esta última edición del manual de Entrevista Motivacional de los pioneros de la misma, es un excelente libro que destila lo que la epistemología de los últimos 30 años ha aportado sobre el tema. Más allá de la motivación y la determinación del cambio, los autores plantean una visión más circular del modelo que incluye 4 tareas: trabajar la colaboración con el paciente, evocar el discurso del paciente para posicionarlo, focalizar el área a trabajar, y planificar la acción a realizar. De lectura obligada para aquellos profesionales que deseen profundizar en el modelo de la EM.

Moyers TB, Miller W R & Hendrickson SML (2005). How does motivational interview works? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interview sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590-598

O'Hanlon, W.H. *En busca de soluciones*. Col. Terapia familiar. Ed. Paidós. Barcelona.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487–97.

J Cebrià Andreu y JM Bosch Fontcuberta. ¿ Médico o abogado del diablo? *Revista FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2000; 7(5):320-3

J Cebrià Andreu y JM Bosch Fontcuberta. “Si no entras por la vía directa, da un rodeo”. *Formación Médica Continuada (FMC)*. Programa de actualización en Medicina familiar y Comunitaria. 1999; 6(4): 393-396.

J Cebrià Andreu y JM Bosch Fontcuberta. “Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia”. *Formación Médica Continuada (FMC)*. Programa de actualización en Medicina familiar y Comunitaria. 1999; 6(6): 393-6.

JM Bosch Fontcuberta y J Cebrià Andreu. “Fumar es un placer” . *Formación Médica Continuada (FMC)*. Programa de actualización en Medicina Familiar y Comunitaria. 1999; 6(4):59-62

TEMA 7

DESARROLLANDO EL PLAN DE CAMBIO

Una vez los pacientes han tomado la decisión de querer cambiar, ¿cómo podemos ayudarlos a conseguir el éxito?

En la EM la clave no es que el profesional diseñe el plan de cambio, sino que se trata de estar ahí mientras **es el paciente quien perfila un plan que funcione**: su propio plan. Obviamente, no se trata de una posición completamente pasiva, puesto que mantener el compromiso es algo importante, sino que hemos de mantener la mirada puesta en el horizonte del cambio, ofreciendo nuestro consejo de expertos cuando se nos solicite.

EL DIÁLOGO DEL CAMBIO EN EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

El proceso del plan de cambio no es una forma diferente de hacer EM, sino que encontramos la misma atención al diálogo del cambio, el mismo espíritu colaborativo, lleno de OARS, y una clara direccionalidad hacia el cambio.

En este punto el profesional ha de estar atento a las afirmaciones del paciente que van en la dirección hacia la implementación de cambios. Por tanto estaremos atentos al discurso del cambio movilizados (CATs), pero teniendo en cuenta que el DARN también aparece.

Veamos un ejemplo de un trabajador que quiere empezar a hacer ejercicio:

"Esto es lo que quiero hacer: dedicar una hora al día a nadar a la hora del descanso" (Deseo)

"Creo que lo puedo hacer, es algo razonable" (Habilidad)

"Me gusta la idea porque no interfiere en mi vida familiar" (Motivo)

"Es lo que necesito para llevar una vida activa" (Necesidad)

"Eso es lo que voy a hacer: ir una hora a nadar de las dos que tengo para comer" (Compromiso e intención).

"Lo voy a intentar" (Activación).

"Lo hice ayer y me gustó, fue una buena decisión" (Primeros pasos).

LAS DINÁMICAS DE LA PLANIFICACIÓN

Es muy importante vigilar el reflejo de direccionamiento: "*Yo te diré lo que tienes que hacer...*". Hay que estar atento a las respuestas del paciente, a sus dudas y a sus pasos atrás, y no querer ir más rápido de lo que él mismo va marcando. Esto no significa que no podamos ayudar, pero al final es el paciente quien debe ser el propietario del plan y, por tanto, quien lo implemente.

La planificación dependerá de lo concreta que sea la meta a alcanzar. A veces es muy concisa, como dejar de fumar o encontrar un trabajo. Pero en otras ocasiones es algo más difuso, como empezar a comer bien o enseñar a tu hijo a ser más responsable. **Cuanto más clara sea la meta más fácil será diseñar el plan de cambio.**

Tres escenarios de planificación

Tras consensuar el objetivo del cambio, la conversación debería girar hacia el cómo y cuándo hacerlo. No hay una guía única, puesto que cada paciente tendrá un plan diferente. En este capítulo se plantean 3 escenarios, que difieren en la complejidad del plan.

Escenario 1: Cuando hay un plan claro

Una vez el paciente ha decidido el objetivo de cambio, en ocasiones el camino está claro. Sabe qué es lo que tiene que hacer, y no necesita mucha ayuda porque sabe el camino.

"Sé lo que tengo que hacer porque ya he dejado de beber en otras ocasiones. Me tengo que aislar durante unos días porque me pongo insoportable, y tengo que coger una semana de vacaciones donde debo estar sin una gota de alcohol a mi lado. Así que lo mejor sería irme a la casa de la playa durante una semana, creo que todo será más fácil".

El plan parece claro. Hay un discurso de cambio evidente, pero todo es lenguaje preparatorio (DARN), aún no ha aparecido discurso movilizados (CATs).

Hacer un resumen. El primer paso para consolidar el plan sería hacer un resumen de lo que el paciente ha planteado. *"O sea que tu plan sería irte una semana a la casa de la playa para estar lejos de la gente, y sin una gota de alcohol"*.

Evocar el discurso de movilización (CATs). Evocar activación *"¿Cómo de listo estás?"*, Preguntar por compromiso *"¿Lo vas a hacer?"*, Ser más concreto *"¿Cómo te vas a preparar?"*, Poner una fecha *"¿Cuándo tienes pensado hacerlo?"*, Preparar *"¿Qué necesitas para irte?"*. La respuesta a estas preguntas será diálogo del cambio movilizador.

Solución de problemas. Otra estrategia para facilitar el diálogo de movilización es plantear al paciente las posibles dificultades con las que se pueda encontrar para que él mismo pueda encontrar soluciones a ellas. Se ha de intentar no dar nosotros mismos la solución a los problemas planteados.

Escenario 2: Cuando hay varias opciones claras.

En el segundo de los escenarios, hay diversas alternativas claras para llevar a cabo el cambio, y la tarea es priorizar y escoger una de ellas. Algunos de los puntos a tener en cuenta son:

Confirmar la meta de cambio y, si se considera oportuno, marcar pequeños objetivos antes de lograr el cambio final. Aunque la meta en este punto debería ya estar clara, no está de más revisar que es así. Puede haber metas más lejanas y metas más cercanas en el camino hacia el cambio, y es bueno considerarlas todas para marcar el mejor camino hacia el cambio.

Desglosar las diferentes opciones. Con una meta clara en la mente, lo siguiente es enumerar todas las opciones posibles. Con el permiso del paciente, podemos dar nuestra opinión de expertos, pero sin suplantar las ideas y preferencias del paciente.

Evocar las intuiciones o preferencias del paciente acerca de las diferentes opciones. Un buen profesional plantea *"Estas son las posibles vías para conseguir el cambio, ¿cuál te apetece más o te da más confianza?"*. Se trata de ver los pros y contras de cada una de las opciones.

Hacer un resumen del plan y lograr diálogo de compromiso. Una vez se ha descrito el plan, siempre es bueno hacer un resumen para estar seguro que ha quedado claro y evocar discurso de movilización.

Solución de problemas - plantear problemas para que el paciente intente llegar a la solución. En este punto, igual que en el primer escenario, planteamos dudas para las opciones escogidas para que sea el paciente quien, a través del diálogo de movilización, llegue a encontrar sus propias soluciones.

Escenario 3: Desarrollar un plan desde cero.

En ocasiones el paciente sabe que quiere cambiar pero ni tiene un plan concreto ni siquiera una serie de opciones para ello. La clave este caso es mantener el espíritu colaborativo. Si el paciente no te da opciones, hay que vigilar el reflejo de direccionamiento para evitar decir *"Pues si no sabes cómo hacerlo, yo te lo diré"*. Si el paciente lo demanda, se pueden dar consejos, pero habitualmente el cambio es más probable si el paciente tiene la "propiedad" del plan.

El punto de partida es el mismo que en el escenario 2: confirmar los objetivos, y asegurarse que el profesional entiende las metas del paciente. Si éstas están claras, el siguiente paso es generar las posibles vías de conseguirlas, siempre siguiendo las intuiciones o preferencias del paciente, e interviniendo como expertos cuando nos lo solicite. En este último caso, siempre intentaremos dar más de una opción para que la decisión final sea del paciente, y mantener una actitud colaborativa.

Si lo comparamos con el objetivo 2, vamos que el proceso aquí es más similar a un brainstorming para construir las diferentes opciones desde cero.

Una vez tengamos la lista de las diferentes opciones, el proceso converge en lo descrito para el escenario 2.

TEMA 8

CONSOLIDAR EL COMPROMISO. AYUDAR A MANTENER EL CAMBIO

MANTENIENDO LA ADHERENCIA AL CAMBIO

Cuando la persona decanta la ambivalencia claramente hacia el lado del *cambio*, es cuando generalmente muestra un compromiso con éste, y expresa la *determinación* de llevarlo a cabo. El *cambio* se inicia normalmente tras la descripción de un plan de acción que sea visto por su protagonista como útil, asumible, y demuestre fe en el mismo.

El mantenimiento de la nueva conducta requiere un considerable esfuerzo y, por tanto, la necesidad de aprovecharse de todas aquellas estrategias que ayuden a vencer la ambivalencia que pueda estar presente todavía, así como desarrollar nuevas conductas exitosas. Asimismo, y con objeto de evitar las *recaídas*, la persona deberá armarse (en ocasiones, mediante un entrenamiento formal) con fórmulas de afrontamiento para vencer con éxito las tentaciones que aparecerán, sobre todo durante las primeras etapas del cambio. Las recaídas son un fenómeno frecuente (casi inevitable), que a menudo comportan sentimientos de malestar, y a menudo, de ineficacia.

Conviene recordar por otra parte, que algunas personas necesitarán muy poca o ninguna ayuda, una vez tomada la decisión de cambiar, mientras que otros desearán y necesitarán una atención un soporte continuado en este proceso del cambio.

El mantenimiento de la nueva conducta requiere mantener la adherencia al tratamiento, así como en muchos casos, el cambio de otras conductas asociadas (por ejemplo modificar hábitos que dificultan o impiden la mejoría clínica como puede ser un consumo excesivo de alcohol u otras sustancias adictivas). Por ejemplo, el tratamiento de los trastornos ansioso depresivos, tan frecuentes en Atención Primaria, comporta a menudo la modificación de unas conductas por otras más saludables (por ejemplo, ejercicio físico, hábitos insanos, etc.), que permitan la recuperación funcional, así como una reinserción sociolaboral plena.

Aunque algunos cambios aparecen de forma rápida, no es menos cierto que muchos necesitan una atención continuada. Por otra parte, mejorar la adherencia terapéutica, supone adaptarse en ocasiones a la aparición de efectos secundarios a tratamientos farmacológicos de forma temporal, hasta encontrar el más adecuado en aquel paciente. Ya hemos descrito que entre las diferentes causas de una escasa adherencia al tratamiento, las dependientes del propio paciente, y sobre todo aquellas en relación a su sistema de creencias sobre la salud, son las más determinantes. Los casos que trabajaremos en el presente módulo, describen algunos escenarios de causas frecuentes de baja adherencia al tratamiento, y por ende, un mayor porcentaje de recaídas y recurrencias.

En esta fase de mantenimiento del cambio, conviene seguir implementando el *espíritu de la Entrevista Motivacional (EM)*, desarrollando un trabajo *colaborativo*, ayudando a *evocar* las motivaciones del paciente, y honorando su *autonomía* a decidir, siempre que no haya impedimento para ello. El espíritu de la EM es congruente con el modelo de entrevista centrado en el paciente de C. Rogers, quien postuló que dicha aproximación, no solo era necesaria, sino también suficiente para promover el cambio.

Una forma útil de gestionar estas consultas comporta facilitar la expresión de sus logros, así como las dificultades que la persona va experimentando, todo ello en un clima de aceptación y apoyo. El objetivo sigue siendo que se oiga decir a sí mismo frases de auto-motivación que permitan reactivar los mecanismos de su motivación interna, y por ende, seguir con un compromiso renovado en la toma de decisiones.

En la tabla nº 1 se muestran algunas tareas aconsejadas una vez iniciado el cambio.

Tabla nº 1. Actuaciones en el mantenimiento del cambio

Mantener la accesibilidad: «*si le parece, nos vemos la próxima semana*», «*si tiene alguna cuestión, no dude en consultarme*».

Proporcionar información y refuerzo (feedback): «*fíjese en el resultado de los análisis*», «*ha conseguido mejorar la calidad del sueño*», «*le felicito por el esfuerzo realizado*», «*bien por continuar con el tratamiento*»; «*está usted demostrando de lo que es capaz si se lo propone, enhorabuena*».

Evaluar las situaciones de alto riesgo de recaída: «*¿cómo cree que irán las cosas si deja el tratamiento?*», «*¿qué decidirá con el tratamiento cuando se encuentre bien en los próximos tres meses?*», «*¿cuál será la cerveza más difícil de controlar?*».

Desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento: «*¿qué ha pensado hacer para disminuir el consumo de tabaco?*»; «*¿qué les dirá a sus amigos cuando le ofrezcan una copa?*»; «*¿qué hará cuando se note tenso en el trabajo?*».

Buscar compromisos exteriores: «*¿cómo cree que le pueden ayudar en casa?*», «*¿qué le parecería si tuviéramos una entrevista con su esposa/o?*», «*¿qué les dirá a sus compañeros de trabajo?*», «*¿piensa que necesitaría la ayuda de un especialista?*».

El afrontamiento de los numerosos costos de un cambio no es sólo una cuestión de fuerza de voluntad sino sobre todo también de motivación, entendida como la capacidad de la persona de describir un objetivo y continuar el compromiso para su consecución. Sabemos que ésta nace con probabilidad de la calidad del diálogo auto-motivacional generado especialmente sobre lo que se oye decir en voz alta («*lo voy a conseguir*», «*no quiero continuar así*», «*mi familia no se lo merece*», «*sé que no va a ser fácil pero voy a intentarlo de nuevo*»).

La motivación interna permite cobrar control a la persona sobre sus impulsos y hábitos antiguos. Mantener la conducta comporta necesariamente reactivar continuamente la motivación, para que el individuo persista en el empeño sin bajar la guardia, a pesar del malestar que experimente.

Algunas estrategias que podemos utilizar en este estadio del cambio incluyen pedir que el paciente clarifique sus dificultades, animarle a que visualice que puede suceder en el peor de los casos si continúa con la actual conducta o de la misma forma. Podemos pedirle asimismo que dibuje y nos diga como era antes, o solicitarle que mire hacia delante. Finalmente, una manera de ayudar a incrementar el nivel de conciencia respecto a la necesidad cambio es a través de hacer emerger aquellos valores que son realmente importantes para la vida del individuo.

En la tabla nº 2 se describen algunos ejemplos para reactivar la motivación del paciente en mantener la adherencia al tratamiento que pueden utilizarse según la situación.

Tabla nº 2 Técnicas de entrevista para mantener la adherencia al tratamiento.

Clarificar sentimientos, conductas: *“¿qué es lo que le hace más difícil seguir con el tratamiento?”, “¿qué hace cuando tiene ganas de beber una copa?”, “¿cómo se siente cuando alguien le ofrece un cigarrillo?”.*

Visualizar el peor de los casos.: *“¿Cómo se ve si las cosas continúan de la misma manera?”; “¿Cómo piensa que se encontrará sin tratamiento en los próximos meses?”; “¿Qué cree que sucederá si continua sin trabajo?”.*

Mirar hacia el pasado: *“¿Cómo se recuerda antes de padecer la depresión?”; ¿cómo iban las cosas en el trabajo antes de la última recaída?”.*

Mirar hacia el futuro: *“¿Cómo piensa que irán las cosas en casa cuando haya superado la depresión?”, ¿cómo cree que se encontrará después de abandonar el consumo de cannabis?”. ¿Cómo cree que se encontrará cuando pierda el peso deseado?”*

Indagar valores: *“Me comentaba que su familia se sentía afectada por el consumo de alcohol”; “¿hasta qué punto está dispuesto a sacrificarse para mantener su trabajo?”, “¿qué le dicen sus hijos cuando pierde el control?”.*

Técnica de la provocación: *“me pregunto si sigue creyendo en el tratamiento que pactamos”, “no le veo muy convencido en volverlo a intentar”, “es probable que se conforme de que las cosas sigan de la misma manera”, “no sé si se verá capaz de mantener esta mejoría hasta la próxima visita de aquí a tres semanas”.*

El éxito del mantenimiento de la nueva conducta depende esencialmente de la progresiva extinción de la tentación y del aumento de la autoconfianza del individuo en que podrá conseguirlo. De esta forma, la aparición de respuestas exitosas frente a aquellas situaciones de alto riesgo de recaída tiene un poderoso efecto en el mantenimiento y posterior consolidación de la nueva conducta. Ello proporciona un notable incremento de las expectativas de autoeficacia para afrontar futuras situaciones de alto riesgo de recaída.

De todas formas, es conveniente que el paciente disponga de un suficiente repertorio de habilidades que le permitan evitar, en lo posible, el afrontamiento de situaciones de crisis mediante estrategias de ensayo/error, ya que a menudo suponen un riesgo elevado de recaída. Cuanta más información disponga sobre los peligros que encontrará en el camino, mayores serán las garantías de superarlas.

Convendría asimismo modificar la visión de los pacientes que verbalizan su deseo de cambiar, o que ya han iniciado modificaciones iniciales de la conducta, ya han finalizado su tarea. Debemos adaptarnos con realismo a esta fase de mantenimiento con la misma perspectiva de actuación longitudinal que define el trabajo de la Atención Primaria.

En la tabla nº 3 se resumen algunas intervenciones frente a las recaídas en la adherencia al tratamiento.

Tabla nº 3. Intervenciones frente a las recaídas.

Señalar las situaciones de riesgo de recaída: *“se le hace difícil tomar cada día la medicación y teme empeorar”; “parece que cada vez que se discute con..... es casi imposible no tomar una copa”.*

Subrayar la autonomía del paciente: *“Nosotros estamos aquí para ayudarle, pero todo el mérito del tratamiento lo tiene usted”.*

Mensajes de continuidad asistencial: *“Lo más importante es que usted venga a la consulta más allá de los resultados conseguidos hasta ahora”.*

Normalizar: *“Comprendo que no sea fácil seguir con el tratamiento, máxime cuando no se encuentra bien”; “es normal que haya dejado la medicación por los síntomas que me comenta”; “muchas personas tienen la misma dificultad que usted para seguir un camino tan largo”.*

Empatizar: *«Veo lo mal que se siente por haber vuelto a consumir», “no es fácil levantarse cada día para ir a trabajar por lo que me dice”, “entiendo que los atracones son más fuertes que su voluntad”*

Desculpabilizar: *«Usted no es culpable de haber recaído, pero sí el responsable de volverlo a intentar”.*

Estimular los sentimientos de autoeficacia: *«tiene todo mi respeto», «dice mucho de usted haber vuelto para enfrentarse de nuevo al problema»; “confío plenamente en usted, y sé que podemos seguir trabajando juntos”.*

Proporcionar información y refuerzo: *«la mayoría de las personas lo consiguen después de más de un intento, usted se encuentra más cerca del objetivo»; “¿quiere que le dé mi opinión sobre cómo volverlo a intentar?”.*

Finalmente comentar la utilización de la **paradoja**. Definida también como la prescripción del síntoma, la paradoja sería la utilización de los argumentos del paciente para no cambiar, en sentido inverso.

Utilizada con destreza, ayuda a desbloquear situaciones aparentemente irresolubles. Es especialmente recomendable cuando se trata de mostrar contradicciones o incoherencias del paciente, de manera no antagónica. Al ponerse el profesional del lado de sus argumentos, la persona puede observar «desde fuera» lo absurdo de su posición. El resultado es la transmisión del sentimiento de que ha sido plenamente entendido y que hay preocupación genuina por nuestra parte. Esto último es ya de por sí un potente motivador para la mayoría de las personas (por ejemplo, profesional: *“por lo que comenta, quizá sea el tratamiento lo que le está perjudicando, porque lleva ya varias semanas durmiendo siete horas y ha vuelto a reemprender su trabajo con normalidad”.*)

Las paradojas deben utilizarse siempre en casos donde se han intentado otras estrategias sin éxito, y en aquellos pacientes donde exista un buen nivel de confianza. Debe evitarse siempre cualquier indicio de sarcasmo, pues tendría claramente un efecto yatrogénico en la relación asistencial. Conviene no utilizarla sin un cierto entreno previo, y está claramente contraindicada en personas desconfiadas o con rasgos paranoides.

BIBLIOGRAFÍA

S Rollnick, W R Miller & C C Butler. Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior. The Guilford Press NY, 2008.

Excelente adaptación del modelo de entrevista motivacional para el abordaje de problemas clínicos habituales en la atención primaria que precisen un cambio de conductas (mejorar la adherencia al tratamiento, ejercicio físico, dieta, tabaquismo...). Ejemplifica de manera muy comprensible el equilibrio necesario entre la informar, hacer preguntas y escuchar, cuando nuestra tarea se centra en guiar al paciente.

W Miller & S Rollnick. Motivational Interviewing. Helping People Change. Third Edition. The Guilford Press. 2012.

Esta última edición del manual de Entrevista Motivacional de los pioneros de la misma, es un excelente libro que destila lo que la epistemología de los últimos 30 años ha aportado sobre el tema. Más allá de la motivación y la determinación del cambio, los autores plantean una visión más circular del modelo que incluye 4 tareas: trabajar la colaboración con el paciente, evocar el discurso del paciente para posicionarlo, focalizar el área a trabajar, y planificar la acción a realizar. De lectura obligada para aquellos profesionales que deseen profundizar en el modelo de la EM.

S Shea Improving Medication Adherence: How to Talk With Patients About Their Medications. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.

Libro que recoge 43 técnicas de entrevista que ha utilizado ya sea personalmente o recopilados de otros profesionales que conoció al dar talleres sobre entrevista clínica. Introduce un nuevo término que denomina *interés por la medicación*, indicando que los individuos están en un continuo interés en tomar un medicamento. Enfatiza que los pacientes toman decisiones racionales sobre su interés en seguir la medicación. El libro presenta varias técnicas sobre cómo podrían responder los profesionales para mejorar la comunicación con los pacientes y aumentar su interés en el tratamiento.

JM Bosch y J Cebrià. La Entrevista Motivacional. En: Guía de actuación en Atención Primaria. 4ª Edición. Ed. SemFYC. Barcelona. 2011.

J Cebrià, JM Bosch, F Borrell. Cómo ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (I). *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2008; 15:518-22.

J Cebrià, JM Bosch, F Borrell. Cómo ayudar a consolidar una nueva conducta más saludable: la fase de mantenimiento (II). *FMC. Form Med Contin Aten Prim.* 2008; 15:577-81.

J Cebrià Andreu y JM Bosch Fontcuberta. ¿Seguro que se toma la medicación?. *Revista FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria.* 2000; 7(10):690-2.

G Alan Marlatt & Judith R. Gordon. Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. The Guilford Press. N York. 1985.

TEMA 9

ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Como ejercicio preliminar, el alumno deberá leer con atención el documento anexo titulado “El papel de la Entrevista Motivacional en la Atención Primaria de Salud”.

El ejercicio del modelo motivacional en la APS está condicionado, entre otras interferencias ambientales, por disponer de muy poco tiempo para la entrevista, por un lado, y trabajar en un entorno de polidemanda, por otro.

Si recordamos los procesos a que nos referíamos en anteriores apartados (involucración, evocación, focalización y planificación), en APS el principal reto cuando aplicamos la EM es encontrar un equilibrio, tras conectar, entre evocar, escuchar y dar información. En el vídeo sobre dieta y ejercicio vemos un buen ejemplo de cómo lograr ese equilibrio. En líneas generales proponemos el siguiente esquema:

. **Dar información sobre los aspectos a tratar, después de escuchar la demanda del paciente.** La información que el paciente suele solicitar, o que el profesional le ofrece como parte de sus tareas, suele ser de índole clínica, poniendo el problema encima de la mesa: tiene usted el colesterol alto, la tensión arterial está descompensada, hay un problema de sobrepeso, el tabaco le puede hacer daño... Es muy aconsejable que la información se ofrezca siempre a petición del paciente y, en caso que esto no suceda, pedir permiso para dar información. La información que se ofrece cuando el paciente no desea escucharla, y en el peor de los casos, los sermones, no solo se alejan del modelo motivacional, sino que son altamente contraproducentes para promover cambios en los estilos de vida.

. **Marcar un objetivo de cambio.** Este proceso es fundamental y subyace a los de evocación y planificación/seguimiento. Un error frecuente en muchas entrevistas es pasar por alto este proceso y no clarificarlo, lo que conduce generalmente a poca concreción en el proceso de evocación no pocas veces. En adición, en el proceso de evocación del plan de acción y la exploración de compromiso, la falta de concreción en el objetivo diana nos obligan a veces a volver atrás en la entrevista para concretar, en el mejor de los casos, y corremos el riesgo en otros de que una entrevista que estaba funcionando bien se atasca en la negociación del plan de acción porque los objetivos del profesional y del paciente no van paralelos.

. **Evocar, una vez hayamos encontrado un objetivo común, el diálogo de cambio.** En este proceso surgirá diálogo de mantenimiento, como es natural, que nos ayudará a conocer

mejor la realidad del paciente. Recordemos que algunas preguntas nos dirigirán directamente a elementos del diálogo de cambio de una forma más directa, como un “atajo”: “¿*Qué quiere usted hacer...?*” nos evocará respuestas relacionadas con el “deseo” de cambio; “¿*Por qué quiere usted cambiar...?*” no ayudará a reflejar los “motivos” y “necesidades” de cambio del paciente; “¿*Cómo piensa usted llevar a cabo el cambio...?*” evocará las “habilidades” del paciente; finalmente “¿*Cuándo piensa que podría empezar...?*” ayudará a reforzar y concretar a idea del “compromiso” cuando sea factible proponerlo.

- . Escuchar y reflejar, potenciando el diálogo de cambio, sin menoscabar la importancia de empatizar con las dificultades del paciente.

- . Planificar un seguimiento y/o un plan de acción cuando haya un compromiso firme por parte del paciente. Dejar siempre la puerta abierta a futuras intervenciones con un espíritu colaborativo cuando el paciente no se sienta con energía para comprometerse a un cambio todavía.

Como también hemos visto en el vídeo de ejemplo, la aparición de resistencias viene condicionada a veces por el entorno, las informaciones distorsionadas, las expectativas poco realistas, etc. Aquí el profesional tiene que hacer un ejercicio de contención emocional y compasión para tratar de reconducir aquello que se pueda reconducir sin entrar en la respuesta justificativa, hacer un esfuerzo por legitimar el malestar del paciente, y centrarse de un modo constructivo en evocar diálogo de cambio.

Como apuntábamos, los principales condicionantes de la EM en las consultas de APS son la polidemanda y la escasez de tiempo. Es aconsejable delimitar al principio de la entrevista si hay otras demandas y cómo y cuándo se van a abordar, incluso si hay alguna demanda que no tenga nada que ver con el cambio de conducta pero que resulta prioritaria para el paciente. Con estos datos, es posible que encontremos que no disponemos de tiempo para abordar el cambio de conducta en esa sesión. A pesar de que se ha demostrado que intervenciones de unos 10 minutos de duración pueden ser efectivas para lograr diversos cambios de conducta, es importante planificar siempre que sea posible la agenda para que podamos disponer, como mínimo, de se tiempo sin interrupciones para realizar la entrevista.

TEMA 10

EVALUACIÓN DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL. LA ESCALA EVEM

En la segunda edición del libro “La Entrevista Motivacional”, Burke ponía de manifiesto la falta de homogeneidad de las intervenciones mediante Entrevista Motivacional que se aplicaban en los ensayos clínicos, hecho que dificultaba sobremanera la realización de metaanálisis. Su propuesta, en este sentido, era que los ensayos clínicos donde se pretendía evaluar la eficacia de una intervención mediante Entrevista Motivacional contuvieran, al menos, una descripción del método que se había utilizado, y a ser posible una herramienta de medida de la integridad del método.

La lógica de su exposición era demoledora, de la misma forma en que se realizan determinaciones farmacocinéticas al testar un fármaco en un ensayo clínico, o medidas de adherencia terapéutica que permitan asegurar que si se observa uno u otro resultado, este sea debido a la medida terapéutica. No obstante, la reflexión tardó más de 10 años en llegar desde que salió en prensa la primera edición del libro.

Paralelamente a los avances de Paul Amrhein en el análisis psicolingüístico de la Entrevista Motivacional y sus conclusiones acerca del Diálogo de Cambio, Moyers empezó a investigar cuáles eran los mecanismos inherentes a la Entrevista Motivacional que la dotaban de eficacia. Dicho de otro modo, qué era más importante, si la terapia o el terapeuta. Moyers encontró que algunas variables que dependían del terapeuta, como la cooperación o la capacidad de mostrar afecto, se relacionaban positivamente con la implicación del cliente. Acerca de ello Miller hizo una interesante disquisición posteriormente, encontrando una relación positiva entre la empatía mostrada por el terapeuta y la variable final de resultado.

Para asegurar la integridad de la medida terapéutica, en este caso la Entrevista Motivacional, es necesario que existan herramientas de medida de la intervención. A su vez, para que sea posible aislar el efecto del terapeuta sobre el resultado final, es necesario estandarizar la intervención.

En este capítulo se describirán algunas de las herramientas existentes analizando sus cualidades, sus ventajas e inconvenientes o limitaciones, y profundizaremos de manera especial en la escala más utilizada en nuestro medio de Atención Primaria en España actualmente, la escala EVEM.

10.1. **Motivational Interviewing Skills Code (MISC).** El código de habilidades en Entrevista Motivacional

El MISC fue originariamente desarrollado en 1997⁴ como un método para evaluar la calidad de la Entrevista Motivacional en cintas de audio y vídeo de sesiones de asesoramiento individuales.

Entre los posibles usos del MISC están:

1. Documentar la adherencia del terapeuta a la Entrevista Motivacional en el transcurso de los ensayos clínicos.
2. Proporcionar un feedback detallado de las sesiones a los terapeutas en proceso de formación, incluyendo objetivos específicos para mejorar las habilidades.
3. Evaluar la efectividad de un entrenamiento en Entrevista Motivacional mediante la comparación de las habilidades del terapeuta antes y después del entrenamiento.
4. Guiar la investigación en el proceso psicoterapéutico para examinar la relación entre el terapeuta y las variables de resultado del cliente.
5. Predecir variables de resultado del cliente mediante medidas del proceso psicoterapéutico
6. Generar nuevos conocimientos sobre la Entrevista Motivacional y sus procesos subyacentes de eficacia

La complejidad del MISC le dota de una potencia en el análisis de la interacción que hasta la fecha ninguna otra herramienta de medida de la Entrevista Motivacional ha logrado. Su uso en investigación está avalado por años de experiencia, y resuelve algunas incógnitas sobre los mecanismos que subyacen en la Entrevista Motivacional en cuanto a su efectividad.

Permite, a su vez, evaluar en profundidad la respuesta del paciente a las intervenciones del terapeuta, de modo que se pueden establecer relaciones de causalidad entre la intervención y la aparición de una variable de resultado. Da respuesta de manera satisfactoria a las dos cuestiones que se planteaban al inicio del capítulo, esto es, asegurar la integridad de la medida terapéutica y a su vez aislar el efecto del terapeuta.

No obstante, dicha complejidad se convierte en un enemigo cuando se trata de analizar una por una las entrevistas de un ensayo clínico. Codificar con el MISC es costoso y poco operativo cuando se trata tan sólo de responder a la pregunta: ¿es esto Entrevista Motivacional? Por ese motivo se desarrolló el Código de Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional (del inglés “Motivational Interviewing Treatment Integrity Code”, en adelante MITI).

10.2. Código de Integridad del Tratamiento de la Entrevista Motivacional (Motivational Interviewing Treatment Integrity Code: MITI)

La MITI responde a la pregunta de “¿En qué medida un terapeuta está usando la Entrevista Motivacional en términos de mejor o peor?”⁵

La MITI también proporciona feedback específico que puede usarse para mejorar las habilidades clínicas en el uso de la Entrevista Motivacional.

Intencionalmente tiene las siguientes aplicaciones:

- . Como medida de integridad del tratamiento con Entrevista Motivacional en los ensayos clínicos.
- . Como herramienta de feedback estructurado y formal sobre cómo mejorar las habilidades en Entrevista Motivacional fuera del ámbito de la investigación clínica.

Las diferencias más notables entre el MISC y la MITI son:

- . El MISC proporciona un examen comprensivo de los comportamientos del cliente y del terapeuta, así como de la interacción entre ambos, mientras que la MITI mide solo los comportamientos del terapeuta.
- . El MISC requiere de hasta 3 revisiones o “pases” de la cinta o segmento de entrevista, mientras que la MITI utiliza típicamente un solo “pase”.
- . El MISC captura dimensiones de la preparación para el cambio del cliente y de su compromiso, y la MITI no. La MITI no resulta, pues, una buena herramienta para predecir variables de resultado.
- . La MITI colapsa en una sola categoría determinadas variables de comportamiento que en el MISC son mutuamente excluyentes, dejando sin codificar algunos comportamientos.

En el transcurso de la Primera Conferencia Internacional de Entrevista Motivacional en Interlaken (Suiza), en 2008, se impartió un taller extenso sobre el uso de la MITI, a cargo de Terry Moyers. En aquel espacio Terry identificaba a la MITI con un martillo: “no es un ordenador, ni siquiera una regla, es un martillo”. La metáfora hacía referencia con claridad meridiana al propósito de su desarrollo: decir qué es y qué no es Entrevista Motivacional. Las analogías entre el MISC y la MITI son evidentes, pero su propósito es distinto.

La MITI codifica típicamente segmentos de entrevista de 20 minutos, no necesariamente la entrevista entera. De hecho, en aras de tener una extraordinaria fiabilidad, los autores recomiendan no analizar segmentos mayores. Sin embargo, Amrhein encontró que la predicción

más potente de resultados del cliente sucedía en su discurso hacia el final de la sesión, cuando el plan para el cambio era el tema central de la conversación⁶.

Por otro lado, así como el MISC sirve igualmente para analizar videograbaciones que audiograbaciones, la MITI no está pensada para videograbaciones y, de hecho, los autores recomiendan no utilizarlas, poniendo énfasis en no añadir datos de lo visual a lo auditivo, de nuevo con el objeto de mejorar la fiabilidad. En el ámbito de este estudio, el uso de videograbaciones aporta una información cualitativa importantísima al análisis de la entrevista desde el punto de vista comunicacional sin la cual se perderían una cantidad de detalles y matices que, aunque es cierto que dificultan el entrenamiento en fiabilidad, no son prescindibles para una adecuada comprensión de la interacción clínica.

10.3. Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (Behavior Change Counseling Index: BECCI)

Una alternativa más cercana al uso del MISC o la MITI en el entorno de este estudio es el Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta (Behaviour Change Counseling Index, en adelante BECCI). El BECCI fue desarrollado y publicado en 2002 por una lingüista y psicóloga clínica de Londres, Claire Lane, que trabajaba en un entorno cercano a Steve Rollnick.

En 1999 se editó el libro *Health Behavior Change: a guide for practitioners*⁷, que aportaba una visión más cercana de la Entrevista Motivacional -sin mencionarla salvo en los agradecimientos- al mundo de los profesionales de la salud, particularmente de la APS. Descrito como un método de counseling centrado en el paciente, el texto está repleto de ejemplos, situaciones y conceptos diversos que, huyendo de la descripción clásica de un método clínico, aproxima al profesional de la salud conceptos básicos de la Entrevista Motivacional en su aplicación clínica.

Sin que supusiera un cisma en el tándem Miller-Rollnick, la aparición del libro marcó el inicio de una deriva de las aplicaciones de la Entrevista Motivacional hacia la APS, que se vería materializada en el texto *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior*⁸, ocho años después. Para entonces la difusión de la Entrevista Motivacional en entornos de APS era ya muy extensa y se contaban por centenares los ensayos clínicos en este contexto a lo largo y ancho del planeta.

A diferencia de lo que sucedió desde la aparición del primer libro de la Entrevista Motivacional y el lapso de 12 años transcurrido hasta que se ofrecieron datos sobre la fiabilidad del MISC, en el caso del Behavior Change Counseling descrito por Rollnick et al.⁷, en 6 años ya se tenían datos de fiabilidad del BECCI⁹, que es su herramienta de evaluación. El hecho de que el BECCI parta de un constructo teórico diferente, si bien muy similar, al de la Entrevista

Motivacional, no supuso inconveniente alguno para que algunos clínicos los utilizaran como alternativa a la MITI en los ensayos clínicos.

El BECCI es una escala heteroadministrada de 11 ítems, Likert 0-4 (3 de los cuales pueden ser no aplicables), que explora los siguientes aspectos de la interacción terapeuta-paciente^{10, 11}:

1. El clínico invita al paciente a hablar sobre el cambio de conducta (si es aplicable)
2. El clínico se muestra abierto a abordar otras cuestiones
3. El clínico anima al paciente a hablar sobre la conducta actual o sobre el status quo
4. El clínico anima al paciente a hablar sobre el cambio de conducta
5. El clínico hace preguntas para averiguar las creencias y sentimientos del paciente sobre el tema a tratar
6. El clínico usa frases de escucha empática cuando el paciente habla del tema a tratar
7. El clínico hace resúmenes de lo que el paciente aporta sobre el tema a tratar
8. El clínico reconoce explícitamente los retos de cambio de conducta a los que se enfrenta el paciente
9. Cuando el clínico aporta información, es sensible al nivel de comprensión e intereses del paciente (si es aplicable)
10. El clínico se esfuerza en mostrar respeto por la elección del paciente sobre el cambio de conducta
11. Clínico y paciente intercambian ideas sobre cómo el paciente podría cambiar su conducta actual (si es aplicable)

Se trata, pues, de una escala que aborda en forma de preguntas concretas elementos de la interacción que evalúan el grado de empatía, respeto, apoyo a la autonomía, evocación, resumización, validación o colaboración mostrados por el profesional.

Su sencillez lo convierte en una herramienta fácilmente aprehensible y, por tanto, es de fácil aplicación. Se puede evaluar de un solo "pase" y está ideado para entornos en los que, además de la conducta "problema", pueden surgir otras demandas por parte del paciente, es decir, un entorno de APS. También evalúa el tiempo de entrevista de forma cualitativa, dato que falta en la MITI y que es cuantificado por el MISC, pero que como ya se ha visto, no parece aportar mucho en la evaluación del método de la Entrevista Motivacional. A diferencia del MISC y la MITI, no existen puntuaciones globales y de comportamientos concretos, sino que parece obedecer más bien a una narrativa de lo que se ve en la consulta, compartiendo analogías con las escalas del entorno de APS que evalúan la comunicación centrada en el paciente como el GATHA¹² o el CICAA¹³. Disponemos de una versión traducida y validada de la escala BECCI al castellano, de libre acceso en la web de MINT^{14, 15}.

10.4. La Escala de Valoración de Entrevista Motivacional: EVEM.

La escala de valoración de Entrevista Motivacional es una herramienta que nace de la necesidad de disponer, en nuestro entorno de APS, de una herramienta alternativa a las anteriormente descritas, por los siguientes supuestos.

. Supuesto 1. La evaluación cualitativa de las habilidades del terapeuta.

Los encuentros clínicos en los que se utiliza la Entrevista Motivacional en el entorno de la APS suceden en un breve periodo de tiempo.

A diferencia de los entornos para los que fueron desarrollados el MISC y la MITI (entrevistas en el ámbito de las conductas adictivas llevadas a cabo por psiquiatras y psicólogos, de larga duración), los profesionales de APS no disponen en la práctica de más de 10 minutos por visita en el mejor de los casos. Es por medio de la longitudinalidad en la atención que se pueden abordar los diferentes problemas de salud en la APS. Ello implica que, en la observación de un solo encuentro -y por tanto en la evaluación de lo que sucede en ese encuentro-, afloran datos sutiles, difíciles de captar, y que resulte injusto -y probablemente poco realista- evaluar a un profesional por la “cantidad” de comportamientos que pone en juego en una sola entrevista. Tomando el ejemplo de los sumarios de la MITI o el MISC, un profesional que solo utilice dos frases reflectivas a lo largo de una conversación, pero de gran complejidad y en un momento clave, que generan discurso de cambio y vínculo terapéutico, sería evaluado pobremente.

La propuesta es la de huir de la contabilización de conductas (con algunos matices), y evaluar si aparecen o no aparecen, por un lado, y su calidad, por otro. La escala EVEM pretende captar las estrategias que el profesional pone en juego al aplicar la Entrevista Motivacional en entornos de APS de modo cualitativo, en lugar de cuantitativo, para ajustarse a esta realidad.

. Supuesto 2. El abordaje de la diana terapéutica se produce en un entorno de polidemanda.

Como recoge el BECCI, el abordaje de una determinada diana terapéutica -o de varias a la vez, cuando aumenta la complejidad de la intervención- se produce en un entorno de polidemanda.

La polidemanda implica que en la misma entrevista se deban de abordar varias dianas terapéuticas a la vez o que se deban de resolver otros problemas de salud de manera paralela al abordaje del cambio de conducta. De nuevo eso resta tiempo de dedicación a la puesta en escena de las habilidades en Entrevista Motivacional. Sin embargo, si se ignora de la entrevista todo lo que no tiene que ver con el abordaje motivacional propiamente dicho, se pierde una interacción

que crea relación asistencial, y que puede ser igualmente evaluada, porque ayuda a valorar los comportamientos globales del terapeuta.

La propuesta es que la escala EVEM tenga en cuenta el entorno de polidemanda en su construcción y método evaluativo, incorporando todas las habilidades mostradas por el profesional en el encuentro clínico a una evaluación coherente con su realidad de aplicación.

. Supuesto 3. La importancia de la comunicación no verbal y del paralenguaje.

En los encuentros que suceden en la APS, la comunicación no verbal y el paralenguaje juegan un papel fundamental. Basar la evaluación de la adherencia al método solo en el transcrito de lo que se dice en una entrevista permite ganar en fiabilidad, pero se pierde una cantidad de información considerable, y dificulta mucho la evaluación cualitativa de la que se puede analizar. La misma frase dicha en un tono diferente puede tener significados muy distintos y provocar, por tanto, una respuesta del paciente en sentidos divergentes. La actitud del profesional cuando dice esa frase también. El equipo de investigación que desarrolló el EVEM contaba con una amplia experiencia, de más de 25 años, en el análisis de videograbaciones de consultas reales con pacientes. Desde esa experiencia, y teniendo en cuenta lo anterior, se hizo una propuesta de escala de valoración que ponga atención al paralenguaje y al lenguaje no verbal a lo largo de la entrevista, y de cómo marcaba la utilización de las estrategias de la Entrevista Motivacional y la actitud coherente con el método por parte de los profesionales. Esta propuesta se basaba, a su vez, en la ausencia de herramientas que valoraran la influencia de los aspectos de la comunicación no verbal en la aplicación de la Entrevista Motivacional.

Por último, ninguna de las 3 escalas contemplaba explícitamente el proceso longitudinal de la APS en cuanto a la secuencia involucrar-focalizar-evocar-planificar y el posterior seguimiento, en la línea de lo que postulan los procesos descritos en la tercera edición del libro La Entrevista Motivacional. La propuesta de creación de la escala EVEM contemplaba ese proceso.

Podemos concluir que:

- La escala EVEM posee una validez aparente, de consenso y de contenido adecuadas para ser utilizada con fines docentes o de investigación en la aplicación de la Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM muestra globalmente una buena reproducibilidad en términos de concordancia intra e interobservador elevada, incluso en evaluadores no expertos en Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM demuestra ser muy homogénea y poseer una elevada consistencia interna.
- El estudio de la dimensionalidad de la escala revela que está compuesta por dos factores: el componente relacional y el componente direccional, que están íntimamente imbricados con el modelo teórico propuesto por la Entrevista Motivacional.
- El número de encuentros clínicos que un observador debe de valorar con la escala EVEM para obtener evaluaciones suficientemente fiables es de 6 entrevistas.

- La valoración de la integridad de la Entrevista Motivacional con la escala EVEM es factible, pues requiere de poco tiempo para su evaluación, contiene un número de ítems adecuado y el entrenamiento en su uso es asequible.
- La escala EVEM presenta una correlación excelente con la escala BECCI, con la que presenta una buena validez convergente.
- La escala EVEM demuestra sensibilidad al cambio, ya que es capaz de detectar cambios en el proceso formativo y en las habilidades clínicas aplicadas a la práctica real en profesionales formados en Entrevista Motivacional.
- La escala EVEM puede ser aplicada en contextos de APS, por profesionales médicos, en diversos entornos culturales y en diversidad de situaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke BL, Arkowitz H, Dunn C. The efficacy of Motivational Interviewing and Its Adaptations: What We Know So Far. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2. New York: Guilford; 2002. p. 217-50.
2. Moyers TB, Miller WR, Hendrickson SM. How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2005;73(4):590-8.
3. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *The American psychologist*. 2009;64(6):527-37.
4. Miller WR, Moyers TB, Ernst D, Amrhein P. *Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC)*. 2008.
5. Moyers TB, Martin T, Manuel JK, Miller WR, Ernst D. Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1(MITI 3.1.1). 2010
6. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2003;71(5):862-78.
7. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health Behavior Change: a guide for practitioners*: Churchill Livingstone; 1999.
8. Rollnick S, Miller WR, Butler C. *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behavior*. New York, London: Guilford Press; 2008.
9. Lane C, Huws-Thomas M, Hood K, Rollnick S, Edwards K, Robling M. Measuring adaptations of motivational interviewing: the development and validation of the behavior change counseling index (BECCI). *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):166-73.
10. Lane C. *The Behaviour Change Counselling Index (BECCI)*. Form. University of Wales College of Medicine; 2002.

11. Lane C. The Behaviour Change Counselling Index (BECCI). Manual for Coding Behaviour Change Counselling. University of Wales College of Medicine; 2002.
12. Prados JA, Cebrià J, Bosch JM, Borrell F, Alonso S, Perez-Valencia JJ. Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario Gatha Base. *Tribuna Docente*. 2003;4(5):31-48.
13. Gavilán Moral ED. Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de Medicina y Enfermería: Universidad de Córdoba; 2008.
14. Campiñez M. Formulario del Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta. MINT; 2008.
15. Campiñez M. Manual del Índice del Consejo sobre el Cambio de Conducta. MINT; 2008.
16. *Eur J Gen Pract*. 2016 Sep;22(3):182-8. doi: 10.1080/13814788.2016.1177508. Epub 2016 Jun 7.
17. Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS).
18. Campiñez Navarro M, Pérula de Torres LÁ, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Arbonies Ortiz JC, Novo Rodríguez JM, Bóveda Fontán J, Martín Alvarez R, Prados Castillejo JA, Rivas Doutreleau GR, Domingo Peña C, Castro Moreno JJ, Romero Rodríguez EM. Measuring the quality of motivational interviewing in primary health care encounters: The development and validation of the motivational interviewing assessment scale (MIAS). *Eur J Gen Pract*. 2016 Sep;22(3):182-8.

11.4. ANEXO 04. Cuestionario de la evaluación final del curso online.

¿Cuál de las siguientes definiciones NO es característica de la Entrevista Motivacional?

- a). Está orientada hacia una diana de cambio.
- b). Está centrada en la persona, respetando su autonomía.
- c). Se adapta a diferentes culturas, personas y problemas.
- d). Es una variante de la terapia cognitivo-conductual.

En relación al espíritu motivacional, señala la correcta:

- a). Todos los elementos del espíritu motivacional son prerequisites para poder practicar la EM.
- b). Los cuatro elementos del espíritu motivacional son: colaboración, aceptación, evocación y compasión.
- c). Cuando hablamos de compasión nos referimos al sufrimiento del paciente.
- d). La aceptación hace referencia al valor que tiene la gente en su interior para conseguir el cambio.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los elementos del espíritu motivacional no es correcta?

- a). La evocación tiene relación con la ambivalencia.
- b). La aceptación no tiene ninguna relación con el trabajo de Carl Rogers.
- c). La aceptación se subdivide en 4 elementos: valor absoluto, empatía precisa, apoyo a la autonomía y validación.
- d). La colaboración hace referencia a la relación existente entre profesional y paciente.

De los siguientes principios básicos, uno de ellos no es característico de la EM:

- a). Intentar redireccionar al paciente hacia el cambio.
- b). Explorar y entender las motivaciones del paciente.
- c). Escuchar con empatía.
- d). Apoyar el sentido de autoeficacia.

¿Cuál de las habilidades de la EM tiene por objetivo potenciar el sentido de auto eficacia?

- a). Las preguntas abiertas.
- b). La validación.
- c). La escucha reflexiva.
- d). Los resúmenes.

En cuanto a la escucha reflexiva, ¿cuál es la forma más profunda de reflexión que podemos encontrar?

- a). Los silencios.
- b). Parafrasear.
- c). Repetir.
- d). Reflexión de sentimiento.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación a la ambivalencia?

- a). Es un estado natural en el camino hacia el cambio.
- b). Implica un conflicto entre las razones que nos llevarían al cambio y las razones para no cambiar.
- c). Es un estado que dura muy poco tiempo.
- d). Tiene relación con la existencia de dos motivaciones encontradas en el interior del paciente.

¿Cuál de los siguientes pertenece a la fase de discurso de cambio preparatorio?

- a). Deseo.
- b). Compromiso.
- c). Activación.
- d). Primeros pasos (taking steps).

En relación a las preguntas evocativas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a). Nunca se ha de normalizar la ambivalencia puesto que no es un estado natural.
- b). Cuando aparece el lenguaje de necesidad siempre hay razones para el cambio.
- c). Las preguntas de habilidad suelen dirigirse hacia lo que una persona puede hacer, o podría llegar a hacer.
- d). Las preguntas de deseo exploran los motivos hacia el cambio.

¿Cuál de las siguientes no es una estrategia para evocar el discurso del cambio?

- a). La regla de la importancia.
- b). Preguntando por los extremos.
- c). Mirar hacia atrás.
- d). Reforzar discordancias.

Identifica la afirmación correcta en relación al manejo del discurso de mantenimiento:

- a). Muchas personas se estancan en una situación de ambivalencia.
- b). En situación de ambivalencia el paciente debe escuchar por parte del profesional argumentos a favor de modificar su conducta.
- c). El discurso de mantenimiento depende de la relación con el paciente.
- d). En las primeras fases del abordaje del discurso de mantenimiento se aconseja realizar un esfuerzo explícito de evocación y exploración de todos los motivos del paciente para mantener su status quo.

¿Cuál de las siguientes NO es una estrategia para abordar el diálogo de mantenimiento?

- a). Reflexión ampliada.
- b). Argumentar.
- c). Enfatizar la autonomía.
- d). Mostrar acuerdo con matices.

En relación al desarrollo del plan de cambio, señala la respuesta correcta:

- a). En la EM la clave es que el profesional diseñe el plan de cambio.
- b). El discurso de cambio preparatorio ya no aparece en esta fase.
- c). Aún no existe direccionalidad hacia el cambio.
- d). Mantener el compromiso es algo importante.

Señala la afirmación incorrecta:

- a). Cuando hay un plan claro se debe evocar el discurso de movilización.
- b). Cuando existen varias opciones se han de evocar las intuiciones y preferencias del paciente acerca de las diversas opciones.
- c). Cuando se ha de desarrollar un plan desde cero ha de ser el profesional quien tome la iniciativa para empezar a diseñar un plan de cambio.
- d). Cuando existen varias opciones es adecuado marcar pequeños objetivos antes de lograr el cambio final.

¿Cuál de las siguientes NO es una actuación aconsejada una vez iniciado el cambio?

- a). Proporcionar información y refuerzo (feedback).
- b). Evitar compromisos exteriores.
- c). Evaluar las situaciones de alto riesgo de recaída.
- d). Mantener la accesibilidad.

Señala la afirmación correcta en relación a las recaídas:

- a). Es importante señalar las situaciones de riesgo de recaídas.
- b). En situación de recaída no es aconsejable que encuentren apoyo en personas próximas porque reforzaría esta situación.
- c). Nunca se debe subrayar la autonomía del paciente que ha sufrido una recaída.
- d). No se deben normalizar las recaídas.

En cuanto a la polidemanda y la escasez de tiempo en Atención Primaria...

- a). No son un problema en las consultas habituales.
- b). Siempre se ha de abordar el cambio de conducta en una sola sesión.
- c). Intervenciones de 10 minutos de duración pueden ser efectivas para lograr cambios en el paciente.
- d). No es conveniente planificar la agenda, siempre se ha de abordar el tema en el preciso momento que sale.

Señala la respuesta falsa respecto al metaanálisis de Lundahl et al (2010):

- a). La EM ejerce pequeños pero importantes efectos positivos en una amplia gama de problemas, aunque muestra una potencia diferente según las áreas y no funciona en todos los casos.
- b). La EM demostró su eficacia en la mejora de conductas saludables.
- c). La EM es coste-efectiva.
- d). La EM no es eficaz en minorías étnicas.

En relación a las diferentes escalas de evaluación de la EM...

- a). El MISC no se utiliza en investigación.
- b). El MITI mide las interacciones entre el cliente y el terapeuta.
- c). El MITI colapsa en una sola categoría determinadas variables de comportamiento que en el MISC son mutuamente excluyentes, dejando sin codificar algunos comportamientos.
- d). El BECCI es una escala de 7 ítems.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a). La escala EVEM no es adecuada para ser utilizada con fines docentes o de investigación en la aplicación de la EM.
- b). La escala EVEM presenta una correlación excelente con la escala BECCI, con la que presenta una buena validez convergente.
- c). La valoración de la integridad de la Entrevista Motivacional con la escala EVEM es factible, pues requiere de poco tiempo para su evaluación, contiene un número de ítems adecuado y el entrenamiento en su uso es asequible.
- d). La escala EVEM puede ser aplicada en contextos de APS, por profesionales médicos, en diversos entornos culturales y en diversidad de situaciones clínicas.

11.5. ANEXO 05. Modelo de respuestas estandarizadas a las tareas propuestas.

TAREA 2.1

A lo largo de la entrevista observamos un claro espíritu motivacional por parte del profesional.

Podemos identificar los diferentes aspectos de este espíritu, como serían:

La COLABORACIÓN: el profesional en todo momento muestra un discurso colaborativo con la paciente, para activar su propia motivación. Así, encontramos momentos desde el inicio cuando inicia el encuentro con la frase “En qué puedo ayudarla?”, cuando sobre el minuto 08:00 le pregunta acerca de la mejor opción para ella de entre las propuestas, o como en el 08:28 se ofrece a acompañarla en el camino de la pérdida de peso.

La ACEPTACIÓN: vemos a lo largo de toda la entrevista que el profesional acepta plenamente lo que explica la paciente, sin emitir ningún juicio y respetando siempre la autonomía de la paciente. Muestra una escucha reflexiva durante la entrevista, con gestos facilitadores que invitan a la paciente a seguir con su discurso. Algunos ejemplos los encontramos en el minuto 04:45, cuando le reconoce “Entiendo que está un poco desesperada...” tras haber realizado diversas dietas. En el minuto 06:20 vemos un ejemplo de validación cuando el profesional reconoce los esfuerzos previos de la paciente a la hora de realizar diversas dietas.

La COMPASIÓN: el profesional está anteponiendo las necesidades de la paciente. Algunos ejemplos serían en el minuto 09:45 cuando le pregunta si no sería mucho pedir que haga los ejercicios en el momento de descanso que tiene para ella, o en el minuto 07:09 cuando le ofrece estar pendiente de ella en el proceso de la pérdida de peso.

La EVOCACIÓN: el profesional realiza esfuerzos para conseguir sacar de la paciente sus propias motivaciones y explorar su ambivalencia. En el minuto 02:00 simplemente le facilita el discurso con un “Cuénteme un poco más”, o en el minuto 06:41 le pregunta directamente “Cuál cree que tiene que ser el siguiente paso” para que sea la paciente quien decida su propio camino.

Ten en cuenta que estos aspectos no siempre se muestran en estado "puro", es decir, nos podemos encontrar que hay momentos en que se entrelazan y pueden verse 2 o más de ellos.

TAREA 3.1

Min 0' 25" Profesional: "Bueno Iván ¿qué me cuentas?"

Comentario: Es una Pregunta Abierta. Fijarse que esta pregunta abierta es la primera intervención de la profesional, que tras la información que tiene del resultado de las exploraciones complementarias (y de la explicación que le ha dado el médico previamente), no tiene la tentación de empezar a informar al paciente sobre lo que le han encontrado, ni mucho menos acerca de posibles recomendaciones terapéuticas.

La pregunta abierta vemos aquí claramente como permite detectar en un primer momento las expectativas del paciente, que es abordar el problema de su tos, mientras que el abordaje de las pruebas de control (analítica, Electrocardiograma) no formaba parte de su prioridad. Detectar las expectativas del paciente al inicio de la entrevista es una buena estrategia para gestionar adecuadamente el tiempo.

Min 2'48" Profesional: "Es un tema que te agobia"

Comentario: Es una Respuesta reflexiva (un señalamiento emocional). El efecto que tiene en el paciente es inmediata, comenta que le afecta "mogollón" por la enfermedad de su padre, una descripción muy vivida y a la vez honesta de cómo le hace sentir el tema del consumo de tabaco. Esa mínima intervención de la profesional genera rápidamente la descripción de motivo de preocupación en el consumo de tabaco, y en cierta manera, verbalizar una toma de conciencia de lo importante que es para el paciente esta cuestión. Esta descripción se incluiría ya en un incipiente diálogo de cambio del paciente, pues para que más adelante exista la posibilidad de una toma de decisión al respecto, es preciso trabajar inicialmente los diferentes puntos de

vista del paciente sobre la conducta en cuestión. Posicionar al paciente comporta que este describa los pros y contras de la conducta, así sus deseos, habilidades, razones y necesidades para un posible futuro cambio.

Min. 4' 30" Profesional: "Esta preocupada por tu salud también"

Comentarios: Es una Respuesta reflexiva (un señalamiento emocional) con efecto de paráfrasis, pues intuye que la esposa del paciente se preocupa por la salud del paciente aunque este no se lo haya comentado explícitamente. Fíjate en el nivel de concentración que demuestra la profesional (conducta no verbal atenta, sin ningún tipo de interferencias) para seguir el discurso del paciente y con ello tratar de devolver aquellos elementos que considera más relevantes para que el paciente reflexione sobre su discurso, ampliándolo, y en definitiva, generando diálogo de cambio. En esta secuencia, el señalamiento emocional activa una respuesta explícita de cambio en el paciente: "si, si , .. en el fondo a mí me gustaría cambiarlo también por ella".

Min 4' 45" Profesional. " Bueno cuatro o cinco días, luego... lo haces !"

Min 5' 01" Profesional "Ya es un paso, ya es importante Ivan"

Comentario: Son dos afirmaciones o validaciones, entendidas como "elogio", "refuerzo" o "aprecio", que tienen por objeto potenciar el sentido de autoeficacia del paciente. Ya se ha comentado que no es fácil mostrar aprecio en el curso de la entrevista puesto que precisa de cierto entrenamiento y estar muy atento al diálogo del paciente. Aprovechar momentos de oportunidad para validar al paciente de manera genuina puede tener una clara influencia en mejorar las expectativas de autoeficacia para el cambio de conductas.

El efecto que tiene en esta escena en el paciente es haber permitido incrementar la percepción que el esfuerzo de 4 días es algo automático que no le lleva a los resultados esperados y que entiende necesitaría algo más para mantener un cambio. A lo largo del discurso el paciente incrementa la comprensión de lo que va comentando hasta verbalizar que depende básicamente de él mismo realizar el cambio (interioriza en cierta manera su locus de control). Sabe que el tabaco es un problema que puede perjudicarlo, pero la decisión es fundamentalmente suya. Más adelante preguntará sobre posibles estrategias de abordaje. Sutilmente pues, mostrar validación al paciente incrementa sus expectativas de mirar hacia adelante y buscar soluciones, como se observa de manera “natural” en este segmento de la entrevista”, y curiosamente en un paciente a priori “algo pasota” con las alabanzas.

TAREA 3.2

“Si te he entendido bien Iván, me comentas que el tabaco es como un compañero de hace años que te ayuda a relajarte..., y en cierta manera a evadirte en esos momentos que vuelves cansado del trabajo..., o pasarlo bien cuando sales con tus amigos de la peña y os tomáis unas birras..., es eso? ..., y por otra parte me comentas que fumar te está comportando algunos inconvenientes...., parece que te influye en esa tos que no mejora y que no te deja dormir desde hace semanas..., tienes discusiones con tu mujer a un nivel que te afecta y que desearías evitar..., la sensación de no ser el modelo que desearías para tu hijo en este tema, sobre todo en una edad delicada....., te preocupa que seguir fumando pueda afectarte la salud como a tu padre..., y te sientes en cierta manera como enganchado cuando has querido dejarlo en alguna ocasión...., es eso? (espera asentimiento) Paciente,: “ Si, eso es exactamente lo que me pasa..” (Breve silencio). Profesional: “¿Y con todo ello que piensas que deberías hacer Iván, cuál sería el siguiente paso?”

Comentario: Ciertamente este es un resumen considerablemente más largo que el propuesto en la entrevista videograbada, que no significa que sea necesariamente mejor que el propuesto en la videograbación. Se trata de practicar a la hora de hacer sumarios, tratando de recoger los elementos de la ambivalencia del paciente, y si es posible con sus propias palabras. Se trata de llevar a cabo el sumario del paciente, y no tanto desarrollar “nuestro” propio resumen. Tiene un efecto de escucha reflexiva ampliada (hacia a ambos lados de la ambivalencia), y permite una vez más que se haga evidente el diálogo de cambio y de mantenimiento puesto sobre la mesa a lo largo de la entrevista. Permite asimismo comprobar si hemos entendido al paciente o este desearía trabajar otros aspectos. Ayuda a gestionar el tiempo de consulta, pues nos permite cerrar un tema y abrir otro nuevo, o simplemente ayudar a que el paciente tome una decisión de cambio o no en la consulta.

Realizar al menos un sumario a lo largo de la entrevista es una habilidad con alto rendimiento, sobre todo si se lleva a cabo intencionalmente, recogiendo los elementos de la ambivalencia y ayudando a resolverla (por ejemplo, con una pregunta activadora).

Interesa tener in mente una actitud neutra a la hora de realizar un sumario de la ambivalencia, pues si denotamos preferencias o interés (con el tono de voz, la mirada o los gestos) hacia los argumentos del cambio o enfatizando los inconvenientes de la conducta actual, es probable que el paciente trate de compensarlo con nuevos argumentos para mantener su status quo.

TAREA 4.1

Ejemplo de “Deseo de cambio”. Sobre el minuto 08:40 encontramos la frase "Me gustaría que me explicaras un poco más...para dejarlo", donde se evidencia un claro deseo de cambio, una motivación del paciente hacia el objetivo.

Ejemplo de “Habilidad”. En el minuto 6:16 el paciente manifiesta "Yo, si le demuestro que esto se puede dejar". Ahí vemos que él se siente capaz de dejarlo y de demostrar que puede hacerlo.

Ejemplo de “Motivo”. Un ejemplo lo encontramos cuando hacia el final del 3r minuto el paciente habla del infarto de su padre, y lo relata como un razón de peso para abandonar el tabaco.

Ejemplo de “Necesidad”. La necesidad surge en el minuto 5:30 cuando Iván expresa su preocupación por el ejemplo que está dado a su hijo: “También está el problema del chaval...”.

Ejemplo de “Compromiso”. En el minuto 8:25 el paciente sentencia “No dejemos pasar mucho tiempo”; expresando así su intención de iniciar el cambio en un tiempo cercano.

TAREA 5.1

En el minuto 2:30 el profesional realiza una pregunta abierta (“Quieres que hablemos del tema?”) para pedir permiso para iniciar la conversación y poder abordar si existe deseo para el cambio.

Sobre el minuto 04:10 el profesional pregunta por la afectación de su matrimonio, para intentar evocar discurso del cambio y los motivos que tiene el paciente hacia el mismo.

Sobre el minuto 7 la enfermera pregunta al paciente “Cómo crees que te podemos ayudar?”, intentando que el paciente manifieste sus habilidades hacia el cambio.

TAREA 6.1

1.- Minuto 0' 47" Profesional: *"lo que ya sabíamos de otras veces, y todo sigue igual o peor"* **Paciente:** *(respuesta no verbal de incomodidad, con retirada de la mirada y expresión facial de desagrado, que puede catalogarse de **desacuerdo no verbal**).* Este tipo de respuestas son frecuentes en la consulta cuando de una parte no se han cubierto las expectativas del paciente (este desea tratar el problema de la tos, y los profesionales priorizan en un primer momento tratar el tema de los análisis). El hecho de que los resultados salgan alterados parece que incrementa todavía más el malestar del paciente. En general no nos gustan que nos digan lo que debemos hacer, y menos aún que lo que estamos haciendo no es correcto. Los pacientes son muy sensibles asimismo al tono de voz, ligeramente evaluador y punitivo de la profesional a la hora de comentar los resultados, lo cual es vivido por parte del paciente como un efecto redireccionador de la profesional (*"no vamos bien"* podría ser el equivalente), lo que genera habitualmente resistencias.

2.- Minuto 0',50" Profesional: *Las transaminasas del hígado siguen altas, el colesterol sigue muy alto, el ácido úrico esta alto.* **Paciente:** *(con actitud incomoda: "si eso yo ya me lo sé, y siempre pasa lo mismo,... yo ya me he decidido para hacer los análisis, yo he venido porque tengo tos."* Es una respuesta que demuestra desacuerdo con el discurso de la profesional, le está diciendo en otras palabras, no siga por ahí que esa no es mi prioridad; mi motivo de preocupación actual es que traten la tos, esa es la agenda aparente del paciente. Fijarse que solo dos breves intervenciones de la profesional, muy lícitas por cierto para tratar de evaluar y controlar problemas de salud relevantes (una hipercolesterolemia, un consumo excesivo de alcohol, tabaquismo activo con elevación del hematocrito..), tienen un efecto de barricada en el paciente , y dificultan claramente el curso de la entrevista.

TAREA 6.2

- De la entrevista “**Deme algo para la tos**”:

1.-Minuto 1', 32” Profesional: “ *¿y no crees que puedes tener un problema con el tabaco y el alcohol?, que está aquí , que te está afectando, es que llevamos años trabajando con esto Iván”* **Paciente:** “**Si** seguro que hay un problema con esto, **pero** ahora mismo lo que quiero es que me quitéis la tos, y vengo al colega y no me la quita, y algo tiene que haber , o sea, llevamos...con esta historia desde que salí del hospital.....llevamos a si un mes y no podemos dormir.....”

Comentario/Respuesta: Insistir en la agenda preestablecida de la profesional, en este caso abordar el tabaco, aun siendo la más lógica, sigue teniendo un efecto de resistencia en el paciente, su respuesta con un **sí** (usted tiene razón), **pero** (lo que quiero es que tratéis la tos) es el típico patrón de respuesta frente a las barricadas del profesional (efecto que se produce cuando al paciente le transmitimos la idea de “*dime lo que quieras que yo ya se lo que te conviene más en tu caso*”). En muchos trabajos de campo se observa que este tipo de intervenciones, sobre todo al inicio de la entrevista, impiden al paciente trabajar de manera colaborativa con el profesional, y lo que hará es un esfuerzo para tratar de sortear las diferentes barricadas con las que se encuentra (en este caso pactar *la agenda* a trabajar).

Una respuesta alternativa que proponemos en este momento de la entrevista, podría ser la siguiente: ante la respuesta anterior del **Paciente:** (*con actitud incomoda*): “*si eso yo ya me lo sé, y siempre pasa lo mismo,... yo ya me he decidido para hacer los análisis, yo he venido porque tengo tos.*” **Profesional:** “*Parece que lo que más te preocupa en este momento es la tos que no acaba de mejorar y no tanto el resultado de los análisis, cuéntame cómo ha ido*”.

Es normal que aparezcan resistencias o desacuerdos al inicio de las entrevistas, a menudo por una falta de adecuada focalización del tema a tratar (para la profesional puede ser prioritario tratar una cuestión distinta a la del paciente). Si no nos apercebimos de ello la entrevista entrara en un bucle con marcadas dificultades para seguir avanzando. De entre las 4 tareas de la entrevista motivacional (conectar, focalizar, evocar, planificar), además de generar un buen clima, conviene focalizar (acordar la agenda/tema a trabajar) lo más pronto posible, y una vez tengamos la certidumbre de ello, facilitaremos que el paciente evoque a través de su sistema explicativo que le sucede. En la presente entrevista, la profesional se percató de las tres resistencias iniciales y rápidamente se interesa por la tos del paciente, facilitando la narrativa con alguna pregunta abierta y con clara escucha reflexiva.

- De la entrevista **“La pastilla mágica para adelgazar”**

2.- Minuto 2', 49" Paciente: *“ como quiere que haga ejercicio con el dolor que tengo, primero cúreme el dolor y luego ya me pondré hacer ejercicio: Profesional:* *“podemos mejorar el dolor pero el ejercicio también será una parte importante del tratamiento” Paciente :* *“ pues yo no lo veo, porque yo tengo una amigas que el otro día en el super me lo explicaban..... una de ellas fue a un tienda esas de las godas y le dieron unas pastillas y está hecha una filside y claro yo también quiero eso..... .. y yo lo he probado todo.....y yo no tengo dinero para eso, Pero por la seguridad social seguro que tenéis alguna pastilla que me podéis dar y, y yo pierda el peso rápido” minuto 3', 42" Profesional:* *“Carmen, desconozco el caso de sus amigas, pero le tengo que informar, es mi deber de informarla de que no hay pastillas para perder peso” Paciente :* *“¿que no hay pastillas?” Profesional:* *(negando con la cabeza y cerrando los ojos)“solo puede perderse peso, o haciendo dieta, o complementando esa dieta con ejercicio” Paciente* *(expresión de incredulidad y retirada de la mirada) minuto 3', 58”*

Trata de dar una respuesta alternativa del profesional en el **minuto 3', 42"** Profesional: "*Carmen, desconozco el caso de sus amigas, pero le tengo que informar, es mi deber de informarla de que no hay pastillas para perder peso*".

Comentario/Respuesta:

Es interesante observar como en solo 1 minuto de entrevista puede aparecer tal diversidad de desacuerdos/resistencias a las intervenciones del profesional. Intervenciones por otra parte que pueden considerarse necesarias como han sido: "*podemos mejorar el dolor pero el ejercicio también será una parte importante del tratamiento*", "*Carmen, desconozco el caso de sus amigas, pero le tengo que informar, es mi deber de informarla, de que no hay pastillas para perder peso*", "*solo puede perderse peso, o haciendo dieta o complementando esa dieta con ejercicio*". Informaciones llenas de lógica pero que tienen un efecto contrario al deseado (*un efecto boomerang*).

Proporcionar información dentro del modelo de la entrevista motivacional no es un elemento prioritario, pero tiene muy en cuenta cuál es el momento más oportuno para hacerlo. En general los pacientes se muestran más proclives a recibir y aceptar información y consejos cuando estos son a requerimiento del interesado. Asimismo solicitar permiso de si el paciente desea información, favorece su predisposición a recibirla. En general, se recomienda previamente conocer que piensa y sabe el paciente de su problema, que es lo que más le preocupa, cuales son los motivos que tendría para cambiar, que ha pensado puede ser útil en caso de llevar a cabo un plan de acción, para, en caso de decidirse llevarlo a cabo, poder negociarlo conjuntamente con él. En caso de desconocimiento, o ante la petición de información, entonces no dudaremos en proporcionarla y adaptada a sus posibilidades.

Una respuesta alternativa que proponemos en este momento de la entrevista, podría ser la siguiente: ante la respuesta anterior de la **Paciente**: *“pues yo no lo veo, porque yo tengo unas amigas que el otro día en el “super” me lo explicaban..... una de ellas fue a un tienda esas de las gordas y le dieron unas pastillas y está hecha una filside (sic) y claro yo también quiero eso..... .. y yo lo he probado todo.....y yo no tengo dinero para eso,..... pero por la seguridad social seguro que tenéis alguna pastilla que me podéis dar y, y , yo pierda el peso rápido”*. **Profesional**: “por lo que me dice, entiendo que usted sólo ve como única solución tomar una pastilla para mejorar su problema”

Hemos propuesto una de las habilidades más utilizadas ante las resistencias de los pacientes, una respuesta reflexiva, en este caso una paráfrasis, consistente en devolver en forma de afirmación argumentos implícitos en el discurso de la paciente, pero yendo un poco más allá de lo que ésta ha explicitado. Fíjese que el profesional le inquiriere *“entiendo que usted sólo ve como única solución tomar una pastilla para mejorar su problema”*, algo que no ha dicho claramente. Con ello tratamos de arriesgar un poco más y evaluar hasta qué punto la paciente defiende su postura de no hacer ejercicio y tomar una pastilla mágica para perder peso. La finalidad de las respuestas reflexivas es ayudar a que el paciente se le haga más evidente lo que acaba de argumentar con la idea de que reflexione y amplíe la comprensión de lo dicho. Posibles respuestas del paciente ante esta paráfrasis podrían incluirlas siguientes:

“Pues sí, yo creo que existen unas pastillas que serían la única solución para mi problema, como a mi amiga”
(posible, pero poco probable).

“Tampoco es eso, pero creo que si hubieran unas pastillas para perder peso, me ayudaría, porque no es fácil”
(La paciente aquí se da cuenta que no todo depende de la pastilla mágica, aunque solicita al profesional que no la desestime del todo en una posible negociación posterior)

“Si usted ve que no entran por el seguro, me las receta igual y ya las pagaré” (en este caso trataría de suavizar la presión que ha ejercido al profesional para conseguir la pastilla y en cierta manera se suaviza la resistencia inicial)

Existen ciertamente muchas otras posibilidades, tanto para responder ante los desacuerdos, como de respuestas del paciente. El objetivo ante un desacuerdo/resistencia es en primer lugar detectarlo (a nivel verbal, y muy a menudo, no verbalmente); evitar la fantasía de querer competir y convencer al paciente (con ello solo conseguiríamos incrementarlas). Se trata básicamente de obtener un efecto amortiguador de las mismas para que el paciente reflexione y siga colaborando durante la entrevista. Los desacuerdos y las resistencias son normales que aparezcan en las fases iniciales de la entrevista, pero si estas se mantienen a lo largo de la misma, generalmente tienen a ver con la manera de entrevistar del profesional.

Conviene tener en cuenta las diferencias entre los desacuerdos/resistencias del denominado diálogo de mantenimiento, que se describe en el presente Tema 6.

TAREA 7.1

La paciente ya ha decidido el objetivo del cambio: perder peso. En un principio parece que se encuentra frente a un abanico de opciones, pero poco a poco va definiendo su escenario y centra el objetivo del cambio en dieta y ejercicio. El profesional evoca discurso del cambio con diversas intervenciones (“¿Cómo cree que puede realizar el cambio?”), aunque la mayor parte del discurso es lenguaje preparatorio (DARN), aún no ha aparecido discurso movilizados (CATs).

TAREA 8.1

A lo largo de la entrevista aparecen diversos momentos en que escuchamos frases de automotivación por parte del paciente. Aquí te presentamos un ejemplo:

En el minuto 4', 31" Profesional: "estas preocupado por tu salud también", Paciente: "si, si, en el fondo a mi todo esto, me gustaría cambiarlo también por ella, no?".

Esta intervención de la profesional es un señalamiento emocional centrado en la preocupación que percibe en el paciente y se la devuelve, reflejándola. Los señalamientos emocionales son una de las habilidades de escucha reflexiva más potentes para ayudar a evocar diálogo de cambio. A menudo conviene explorar las emociones que acompañan o subyacen en la conducta del paciente que le permitan re-explorarlas, y en definitiva re-entenderlas, pues forman parte importante de la ecuación de un hipotético futuro cambio. La balanza de placer/displacer que supone mantener una conducta determinada debe trabajarse si una persona precisa resolver la ambivalencia que habitualmente le mantiene anclado en su status quo actual. La gratificación inmediata que proporciona la conducta (en este caso fumar) es difícil vencerla si la persona no observa que obtendrá suficientes beneficios (en definitiva, placer) que le animen a tomar una decisión de cambio. En el caso que nos ocupa, el paciente comienza a expresar por primera vez en la consulta, y de manera tímida eso si, se escucha a sí mismo reflexionar acerca de que el premio que supondría mejorar la relación con su esposa es un motivo para plantear la posibilidad de un cambio.

TEMA 9

. En el vídeo 1, identifica, por lo menos, dos situaciones en las que el profesional gestiona la polidemanda en Atención Primaria desde una perspectiva de Entrevista Motivacional.

En el minuto 01:21 el profesional clarifica la demanda principal de la paciente, “Entonces entiendo que viene a que le ayudemos a perder peso”. Esta clarificación es necesaria para posicionar al paciente y trazar objetivos comunes, pues después de la exposición inicial de la paciente puede que haya distintas demandas a la vez. En el minuto 01:43 el profesional pone encima de la mesa una demanda no expresada como tal por la paciente pero que parece que es lo que la trae de hecho a la consulta: “¿Quiere que nos ocupemos también del tema de la rodilla?”, y la paciente le confirma la segunda demanda.

A lo largo de la entrevista surge una necesidad de cambio relacionada con las dos otras demandas, y el profesional pone encima de la mesa la necesidad de hacer ejercicio (minutos 03:54 y 08:50).

Cuando el profesional plantea o aclara demandas de la paciente en este entorno de polidemanda lo hace en un tono evocativo, colaborativo y de respeto a la autonomía del paciente, demostrando por otro lado una capacidad de aceptación de una paciente que no le va a poner las cosas fáciles de entrada, y en ese sentido es coherente con el método de la EM.

. En el vídeo 2, identifica una situación en la que se ofrece información clínica al paciente y genera discordia y otra en la que, al ofrecer información, el paciente muestra una actitud colaborativa.

Intervenciones que generan discordia.

En el minuto 02:30 el profesional le plantea a la paciente que para mejorar el dolor de rodilla tiene que hacer ejercicio físico, y la paciente responde en tono de negación, “¿Pero cómo voy a hacer ejercicio con el dolor de rodilla que tengo?”. En el minuto 02:55 el profesional vuelve a exponer la necesidad de ejercicio físico la paciente “Podemos tratar el dolor, pero de hecho el ejercicio será una parte del tratamiento...”, a lo que la paciente responde en el mismo tono de negación que en el momento previo.

En el minuto 03:48 el profesional informa a la paciente de la ausencia de tratamientos farmacológicos para la obesidad. La paciente responde con una interrogación que denota negación del profesional, “¿Que no hay pastillas?”.

Intervenciones que generan colaboración.

En el minuto 04:44 el profesional refleja a la paciente su situación de desesperación ante la falta de eficacia en el tiempo de las dietas. La paciente aquí se abre y expone aspectos íntimos de su biografía en un tono colaborativo. Esta estrategia se refuerza en el minuto 05:18 con una nueva reflexión al respecto que recoge un elemento clave de lo que está exponiendo la paciente, anticipándose a lo que todavía no ha dicho, esto es, que descuida su autocuidado por el cuidado de los demás. En el minuto 05:48 el profesional, después de encadenar algunas reflexiones, realiza un sumario con lo que la paciente le ha aportado y con una pregunta activadora final, con lo que consigue la colaboración de la paciente: “Seguramente lo que tengo que hacer es lo que he hecho otras veces, coger aire y hondo y decir me dedico...”. Acto seguido el profesional (minuto 06:55) explora sus éxitos previos con una pregunta abierta, y la paciente también muestra una actitud colaborativa. En el minuto 07:10 el profesional le propone un plan de acción respecto de la dieta a la paciente, y ella accede con una actitud colaborativa.

En el minuto 08:50 el profesional le plantea a la paciente en qué consisten los ejercicios de rehabilitación para la rodilla, teniendo en cuenta la situación personal de la paciente (falta de tiempo...), a lo que la paciente también accede con una actitud colaborativa.

11.6. ANEXO 06. Manual de la Escala EVEM 2.0.

Índice

- . Formulario Evem 2.0
- . Consideraciones previas
- . Ítem 1. Muestra empatía
- . Ítem 2. Facilita que el paciente se posicione
- . Ítem 3. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente
- . Ítem 4. Emplea preguntas abiertas
- . Ítem 5. Realiza una escucha reflexiva
- . Ítem 6. Realiza sumarios
- . Ítem 7. Valida al paciente
- . Ítem 8. Acuerda los objetivos de cambio con el paciente
- . Ítem 9. Promueve el diseño de un plan de acción con el paciente
- . Ítem 10. Maneja la discordia
- . Ítem 11. Evocación
- . Ítem 12. Colaboración
- . Ítem 13. Autonomía
- . Ítem 14. Compapaginación
- . **Respuesta del paciente**

Código Id:						
Tiempo empleado en la entrevista (min):						
¿En qué medida, el profesional...?	0	1	2	3	4	NP
1. Muestra empatía						
2. Facilita que el paciente se posicione						
3. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente						
4. Emplea preguntas abiertas						
5. Realiza una escucha reflexiva						
6. Realiza sumarios						
7. Valida al paciente						
8. Acuerda los objetivos de cambio con el paciente						
9. Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente						
10. Maneja la discordia						
Espíritu global de la entrevista:						
11. Evoca						
12. Colabora						
13. Honra la Autonomía del paciente						
14. Muestra Compasión						

Respuesta del paciente:

0. Confrontativa 1. Neutra 2. Colaborativa

CONSIDERACIONES PREVIAS PARA PUNTUAR.

. Salvo en estudios concretos donde se indique lo contrario, los únicos ítems susceptibles de ser evaluados como *No Procede* son el 8 y el 9 (Objetivos y Plan de acción).

. Cuando se aborde más de una diana terapéutica a la vez, se tendrá en cuenta la conducta que predominantemente se está trabajando en esa consulta. Será atípico encontrar un profesional que actúe de manera colaborativa con la dieta y el ejercicio y luego de manera confrontativa o directiva con el tabaco, por ejemplo, pero puede suceder. Si lo que se trata mayoritariamente en esa entrevista es el tabaco penalizaremos al profesional, pero si lo que se trata mayoritariamente es la dieta y el ejercicio lo valoraremos positivamente.

. Las palabras *en cursiva* de los criterios de valoración suponen las pistas incluyentes o excluyentes clave aproximativas de una puntuación.

. Las pistas no verbales aparecen destacadas.

Ítem 1. " Muestra empatía "

El profesional demuestra solidarizarse con el paciente a lo largo de la entrevista.

El profesional muestra interés en las ideas, creencias, emociones, expectativas y experiencias del paciente, y le manifiesta su comprensión.

Criterios de valoración:

0. NO existe empatía no verbal(NV) en ningún momento de la entrevista. Prácticamente no hay contacto ocular y el profesional está completamente centrado en los papeles, el ordenador, los documentos, etc.

1. Existe una cierta SINCRONÍA de movimientos entre profesional y paciente pero no tenemos la impresión general de que el profesional esté comprendiendo y empatizando con lo que el paciente relata.

2. Existe una clara EMPATÍA NO VERBAL que observamos por la sincronía de movimientos y porque el profesional está pendiente del paciente en los momentos clave. El profesional, no obstante, NO aporta frases empáticas.

3. Existe una clara empatía NV y el profesional APORTA FRASES EMPÁTICAS a la entrevista, aunque pierde momentos de oportunidad de empatizar.

4. Existe una clara empatía NV y el profesional aporta frases empáticas en los momentos más importantes de la entrevista, SIN DEJAR ESCAPAR OPORTUNIDADES IMPORTANTES.

Nota de puntuación: Cuando el profesional actúa de manera confrontativa, puntuaremos siempre 0.

Ítem 2. " Facilita que el paciente se posicione "

El profesional se interesa por las experiencias, creencias y opiniones del paciente respecto de la conducta problema, así como por su actitud actual hacia un posible cambio de conducta.

Criterios de valoración:

0. El profesional *pregunta por la conducta del paciente de forma disfuncional*. Esto es, intimidando, confrontando, coaccionando, en tono de interrogatorio. Se observa una respuesta de retirada del paciente o resistencias sistemáticas.

1. El profesional pregunta por la conducta del paciente pero inquiriere sobre todo *aspectos de índole clínica*. Podemos decir que el profesional está encorsetado por un supuesto "protocolo" de actuación o algoritmo diagnóstico y, aunque surjan otros aspectos cognitivos o emocionales del paciente con el interrogatorio clínico, los ignora.

2. El profesional pide permiso para hablar de la conducta en cuestión de forma implícita, introduciendo el tema y esperando la respuesta de aprobación por parte del paciente antes de continuar.

El profesional pregunta por la conducta del paciente en general, y no sólo por los aspectos clínicos. Pregunta, por tanto, por aspectos *cognitivos* además de los conductuales. Ejemplo: "Qué sabe usted del tabaco"?
"¿Cómo cree que le puede influir su manera de beber en su salud?".

3. El profesional pide permiso para hablar de la conducta en cuestión de forma explícita.

El profesional se interesa por *aspectos tanto conductuales como cognitivos o emocionales de la conducta diana del paciente*, y por intentos previos, experiencias previas. No pregunta por la disposición al cambio, en el caso de no haberse producido aún el cambio, o por la intención de mantenerse en el cambio si este ya se ha iniciado.

4. El profesional se interesa por todos los aspectos de la puntuación 3, pero además se interesa por la *disposición al cambio* del paciente, en el caso de que el cambio no se haya iniciado, o por la disposición a mantenerse en la conducta una vez se ha iniciado el cambio.

Nota de puntuación: Cuando pregunta, lo hace en un tono de interés genuino y no de forma inquisitiva o, alternativamente, desinteresada (cumpliendo “el protocolo”). El profesional, al preguntar por la conducta en cuestión, está mínimamente atento al paralenguaje del paciente, comprobando cómo llegan sus preguntas y qué efecto producen las respuestas.

Si el profesional no está mayoritariamente atento al paralenguaje del paciente cuando pregunta, o su actitud es claramente inquisitiva (en el sentido de intimidatoria, provocando reactancia o generando resistencias) o desinteresada, **puntuaremos 0 siempre**, independientemente del contenido de sus preguntas.

Ítem 3. Trabaja de forma concordante con el posicionamiento del paciente

El profesional trabaja de forma colaborativa con el paciente, ofreciendo información y recursos y evitando redirigir su conducta.

Criterios de valoración:

0. El profesional ofrece información o recursos al paciente sin que le hayan sido solicitados de forma que *genera constantemente resistencias* al hacerlo. Alternativamente, *Redirige continuamente* al paciente.

1. El profesional ofrece información y recursos al paciente sin pedir permiso y *genera algunas resistencias*. Alternativamente, *redirige al paciente en más de una ocasión*.

2. El profesional ofrece información y recursos al paciente sin pedir permiso y *genera incomodidad* al hacerlo. Puede redirigir al paciente en una ocasión, pero no más.

3. El profesional ofrece información y recursos al paciente sin pedir permiso pero *sin generar incomodidad*. No redirige al paciente en ninguna ocasión.

4. El profesional ofrece información y recursos al paciente cuando éste se lo solicita. En caso de que no se lo solicite, si el escenario clínico lo precisa, el profesional *pide permiso* para informar u ofrecer recursos. El profesional no redirige al paciente en ninguna ocasión.

El profesional, de forma alternativa, no ofrece información/recursos, pero los evoca del paciente.

Nota de puntuación: Cuando hablamos de REDIRIGIR nos referimos a que el profesional indica claramente al paciente qué es lo que "tiene que hacer o no hacer", "qué es lo correcto", "qué debería hacer"...en un tono claramente imperativo y directivo. Cuando el profesional utiliza un tono persuasivo para tratar de hacer comprender aspectos de índole clínica relevante no lo puntuaremos negativamente ni lo entenderemos como redireccionar. Este ítem, por tanto, se puntúa "al alza"

Cuando hablamos de redirigir nos referimos a diversas situaciones:

. El profesional dice al paciente **qué es lo que tiene que hacer**, cuando en el contexto de la entrevista el paciente ha mostrado sus dificultades o inconformidad para seguir las instrucciones médicas.

. El profesional dice al paciente **qué es lo que debería de hacer**, corrigiendo lo que el paciente está haciendo o planea hacer respecto de su conducta.

. El profesional dice al paciente **qué es lo correcto** desde el punto de vista clínico **con una intención correctora** de la conducta del paciente. No consideramos redirigir cuando el profesional da un consejo al paciente sobre qué es lo que le puede beneficiar o perjudicar si éste se ofrece pidiendo permiso, con la aceptación del paciente.

Ítem 4. Emplea preguntas abiertas.

El profesional emplea preguntas abiertas cuando explora las ideas, creencias, experiencias previas , expectativas, etc., de manera evocativa.

Criterios de valoración:

0. *NO hace* preguntas abiertas

1. *Preguntas cerradas mayoritarias.* Hace alguna pregunta abierta sin intención clara de explorar, más como una introducción a un interrogatorio dirigido y sin una actitud de escucha. Por ejemplo: "Qué tal? Cómo va todo?" y sin escuchar salta a otra pregunta.

2. *Preguntas abiertas minoritarias* pero con una clara intención de explorar la conducta problema. Se utilizan para abrir el interrogatorio y luego se acompañan de preguntas cerradas para acotar la conducta. No suelen explorar creencias o emociones/sentimientos.

3. Preguntas abiertas que no son mayoritarias pero sí exploran creencias , emociones, sentimientos, opiniones, soluciones intentadas, intención de cambio, dificultades en el mantenimiento...

4. El mismo concepto que la puntuación 3 pero con *preguntas abiertas mayoritarias.*

Nota de puntuación: Una situación complementaria, que **puntuaríamos como 0**, es cuando el profesional utiliza preguntas abiertas que no van seguidas de una actitud de escucha genuina (por una alta reactividad del profesional que no está atento a lo que dice el paciente, por ejemplo). El carácter abierto de las preguntas no está en consonancia con una actitud genuina de "apertura" hacia el paciente, sino con una actitud redireccionadora o confrontativa.

Ítem 5. Realiza una escucha reflexiva.

El profesional refleja al paciente los comentarios que éste hace acerca de su conducta mediante frases.

Criterios de valoración:

0. No hay actitud de empatía no verbal. *Si hay reflexiones éstas generan resistencias o son claramente disfuncionales.*

1. Hay actitud de empatía no verbal. *No aparecen reflexiones o éstas son anecdóticas o dudosas.*

2. Se observa una actitud de empatía no verbal. *Aparecen reflexiones, generalmente repeticiones, en menor proporción que preguntas.* Las reflexiones suelen ayudar mínimamente a explorar la ambivalencia pero no suelen generar discurso de cambio/mantenimiento del cambio.

3. Se observa una actitud de empatía no verbal. *Aparecen reflexiones complejas que ayudan a explorar la ambivalencia o generan discurso de cambio o mantenimiento del cambio, pero en menor proporción que preguntas.* El paciente se moviliza mínimamente en su postura hacia el cambio/ mantenimiento.

4. Se observa una actitud de empatía no verbal. *Aparecen reflexiones complejas que ayudan a explorar la ambivalencia o generan discurso de cambio o mantenimiento del cambio, en mayor proporción que preguntas. Las preguntas son anecdóticas.* El paciente se moviliza de manera evidente en su postura hacia el cambio/mantenimiento.

La **reflexión** incluye:

. Las *preferencias* del paciente por el cambio o el status quo

. Las *creencias* del paciente acerca de cómo le afecta su conducta . Sus *fortalezas* o *habilidades* para llevar a cabo el cambio

- . Éxitos pasados
- . Intención de cambio
- . Motivos para cambiar
- . Necesidades de cambio
- . Deseo de cambiar
- . Nivel de compromiso hacia el cambio

Nota de puntuación: Este ítem se puntúa "a la baja". Se proponen dos situaciones en que cabe reconsiderar las puntuaciones del ítem:

. Se puede dar el caso de que las reflexiones no sean mayoritarias pero **ayuden a movilizar al paciente de manera importante** (por ejemplo entrevistas de acompañamiento donde predomina la escucha y las preguntas evaluativas, pero una reflexión en el momento adecuado puede producir un gran cambio en la actitud del paciente). En ese caso puntuaremos 4.

. En ocasiones el profesional hará más reflexiones que preguntas, pero el paciente no responderá con discurso de cambio, sino de mantenimiento, porque **el profesional le está ayudando a explorar su ambivalencia**. En este caso no penalizaremos el hecho de que no aparezca discurso de cambio y también puntuaremos 4.

. Una actitud de falta de empatía no verbal **puntúa siempre 0**.

Ítem 6. Realiza sumarios de la información que aporta el paciente

Criterios de valoración:

0. *NO realiza sumarios* de ningún tipo.

1. Hace algún sumario que *recoge datos clínicos de la anamnesis o enumeración de la conducta problema* (por ejemplo, número de cigarrillos que fuma, unidades de bebida, o listado de problemas como hipercolesterolemia + tabaquismo + obesidad) sin plantear un resumen de la conducta en cuanto a la actitud del paciente ante ella por lo que respecta a su posicionamiento y evolución en el cambio.

2. Hace *por lo menos un sumario* que recoja elementos de la ambivalencia o elementos de la etapa de acción o e mantenimiento, tanto por lo que respecta a la conducta en sí como a los logros, dificultades, intentos previos, intención de cambio o de mantenimiento, creencias, expectativas...

3. Hace *más de un sumario* con las características de la puntuación 2.

4. Hace más de un sumario con las características de la puntuación 2 y, al menos uno de ellos (si sólo es uno sería suficiente si cumple lo siguiente), se acompaña de una *pregunta activadora*.

Nota de puntuación: *Este ítem se puntúa "a la baja". Un sumario tiene que recoger mínimamente aspectos de la ambivalencia o del discurso de mantenimiento o de cambio del paciente. No puede ser nunca una mera enumeración de hechos clínicos.*

Ítem 7. "Valida, de forma genuina, al paciente (capacidades, aptitudes, esfuerzo, interés...)"

El profesional expresa al paciente su reconocimiento. Le puede reflejar su interés por el cambio, sus habilidades sobre esta u otras conductas, su intención de cambiar, su compromiso con el cambio, su actitud colaboradora, etc.

Criterios de valoración:

0. *NO valida* nunca al paciente.

1. Utiliza *muletillas* del tipo "muy bien, vale, de acuerdo..." sin llegar a construir una frase validadora.

2. Valida *una sola vez* al paciente construyendo una frase genuina que refleje las capacidades o aptitudes/ actitudes del paciente ante la conducta.

3. Valida *más de una vez* al paciente con las características de la puntuación 2.

4. Valida más de una vez al paciente con las características de la puntuación 2 y *genera movimiento del paciente hacia el cambio*, ya sea por aparición de lenguaje de cambio/compromiso como por incremento de la ambivalencia en fases tempranas.

Ítem 8. Acuerda los objetivos de cambio con el paciente

El profesional trata de conocer los objetivos de cambio del paciente y acordarlos.

Criterios de valoración:

0. *NO hay objetivos* de cambio.

1. El profesional *impone* los objetivos de cambio al paciente, independientemente de que éste manifieste sus opciones o no. El paciente mostrará resistencias verbales o no verbales o tendrá una respuesta de huida.

2. El profesional *propone* al paciente los objetivos de cambio sin encontrar resistencias por parte del paciente al hacerlo.

3. El profesional propone al paciente los objetivos de cambio pero *se muestra abierto a escuchar la opinión del paciente al respecto y la tiene en cuenta*.

4. El profesional hace un esfuerzo evidente por *evocar* cuáles son los objetivos de cambio del paciente. Se puede haber iniciado la entrevista proponiendo una serie de situaciones clínicas (por ejemplo, "Tiene usted alto el colesterol y sobrepeso"), pero el profesional, después de ofrecer la información clínica, preguntará al paciente su punto de vista y qué es lo que quiere cambiar, si lo quiere cambiar, respetando su punto de vista.

No procede. Cuando se trate la conducta y el paciente manifieste no tener intención de llevar a cabo ningún cambio de conducta (paciente precontemplativo o muy ambivalente) no se abordan objetivos de cambio ni plan de acción. En este caso puntuaremos el ítem como **No procede**. Si el paciente se plantea un cambio de conducta, es necesario abordar los objetivos y procede, por tanto, puntuar este ítem.

Ítem 9. Promueve el diseño de un plan de acción/seguimiento con el paciente

Profesional y paciente acuerdan un plan de acción y/o seguimiento y trabajan de forma colaborativa sobre él.

Criterios de valoración:

0. *NO hay* plan de acción.

1. El profesional *impone* el plan de acción al paciente, independientemente de que éste manifieste sus opciones o no. El paciente mostrará resistencias verbales o no verbales o tendrá una respuesta de huida.

2. El profesional *propone* al paciente el plan de acción sin encontrar resistencias por parte del paciente al hacerlo.

3. El profesional propone al paciente el plan de acción, pero se *muestra abierto a escuchar la opinión del paciente al respecto y la tiene en cuenta*.

4. El profesional hace un esfuerzo evidente por *evocar* cuál es el plan de acción del paciente. Se puede haber iniciado la entrevista proponiendo una serie de situaciones clínicas (por ejemplo, "Tiene usted alto el colesterol y sobrepeso"), pero el profesional, después de ofrecer la información clínica, preguntará al paciente su punto de vista y cómo quiere llevar a cabo los cambios, respetando su punto de vista. Puede matizar la respuesta del paciente si este propone algo clínicamente desaconsejable y negociarlo después de darle la explicación pertinente.

No procede. Cuando se trate la conducta y el paciente manifieste no tener intención de llevar a cabo ningún cambio de conducta (paciente precontemplativo o muy ambivalente) no se abordan objetivos de cambio ni plan de acción. En este caso puntuaremos el ítem como ***No procede***. Si el paciente se plantea un cambio de conducta, es necesario abordar el plan de acción y procede, por tanto, puntuar este ítem.

Ítem 10. Maneja la discordia

El profesional no genera discordia en la entrevista y, si ésta aparece, la sabe reconducir a un clima colaborativo y de respeto a la autonomía del paciente.

Criterios de valoración:

0. El profesional genera discordia y *no lo detecta*.
1. El profesional genera discordia, lo detecta pero *no lo aborda*.
2. El profesional genera discordia, lo detecta y *lo aborda en escasas ocasiones*.
3. El profesional genera discordia, lo detecta y *lo aborda en la mayoría de las ocasiones*.
4. El profesional *NO genera* discordia, o si aparece de forma anecdótica lo detecta y la aborda.

Nota de valoración: La **discordia** se considerará siempre una respuesta del paciente a una acción del profesional. Dicho de otro modo, para poder evaluar qué hace el profesional habrá que observar la secuencia acción del profesional-reacción del paciente. El paciente puede mostrar discordia en relación a lo que el profesional hace de las siguientes formas:

1. Huida. El paciente no rebate los argumentos del profesional pero sus asentimientos no son por mostrar acuerdo con el profesional, sino por evitar que se extienda más la intervención terapéutica. Podemos observar que el paciente desvía la mirada en tono de sumisión, que se concentra en papeles u otros objetos para evitar el contacto ocular, que asiente de forma poco genuina, etc.

2. Incomodidad. El paciente muestra adaptadores que denotan incomodidad, siempre en respuesta a una intervención del profesional con actitud redireccionadora, aleccionadora, de tipo directivo o confrontativo.

Es importante distinguirlo de la incomodidad que se puede generar cuando se ofrece información (por ejemplo si le decimos a alguien que tiene el colesterol alto y se inquieta). También de cuando el paciente está ambivalente y el profesional incrementa esta ambivalencia, generándole un conflicto ante el cual el paciente se incomoda y que suele ir seguido de un discurso de mantenimiento de la conducta problema. En estos casos lo que precede a la incomodidad no será una actitud confrontativa o redireccionadora por parte del profesional, sino preguntas abiertas, escucha reflexiva o aporte de información de manera colaborativa.

3. Beligerancia. *El paciente muestra, a través de su postura y microexpresiones faciales, una actitud proclive a la contienda con el profesional: invade el espacio del profesional, alza el tono de voz, muestra agresividad, etc. Alternativamente, lo expresa verbalmente.*

4. Interrupción. *El paciente se muestra claramente inquieto cuando el profesional interviene y lo interrumpe, sin respetar los turnos de palabra.*

5. Negación. *El paciente muestra a través de las microexpresiones faciales su desacuerdo con lo que el profesional le expone, retrayéndose, mostrando ironía o desviando la mirada desvinculándose de lo que el profesional dice sobre él o su conducta, negando con movimientos de cabeza, etc. Alternativamente, lo expresa verbalmente.*

6. Desmerecimiento. *El paciente desacredita al profesional.*

Ítem 11. Evocación.

El profesional evoca del paciente sus ideas, creencias, puntos de vista, soluciones intentadas, planes de acción, etc., en lugar de aportarlos.

Criterios de valoración:

0. El profesional es quien aporta de forma exclusiva la información a la entrevista. Propone la situación clínica, los objetivos a conseguir y la manera de llevarlos a cabo. ***Ignora los comentarios al respecto del paciente***, en caso de que se produzcan.

1. El profesional es quien aporta de forma exclusiva la información a la entrevista. Propone la situación clínica, los objetivos a conseguir y la manera de llevarlos a cabo. El profesional ***escucha al paciente, pero con desinterés, o no integra la información que el paciente aporta a la entrevista***.

2. El profesional propone el escenario clínico pero ***se interesa*** por los conocimientos del paciente sobre el tema, sin preguntar de forma activa sobre opiniones, experiencias previas, recursos de que dispone, etc.

3. El profesional ***pregunta de forma activa*** sobre las opiniones, experiencias previas, recursos de que dispone el paciente, etc., en relación a su conducta problema. Puede tener en cuenta las opciones del paciente, pero no indaga de forma activa sobre cuáles son éstas cuando se trata de marcar objetivos, un plan de acción o seguimiento, etc, prefiriendo un menú de opciones a la exploración en profundidad de las opciones del paciente.

4. El profesional pregunta de forma activa sobre las opiniones, experiencias previas, recursos de que dispone el paciente, etc., en relación a su conducta problema. Del mismo modo, antes de ofrecer una información, marcar un objetivo o proponer un plan de acción o seguimiento, el profesional ***pregunta al paciente cuáles son sus opciones y preferencias***.

Ítem 12. Colaboración.

El profesional trabaja de forma colaborativa con el paciente a lo largo de la entrevista, aceptando sus perspectivas y aportaciones y tratando de potenciarlas, en lugar de imponer las suyas.

Criterios de valoración:

0. Hay una **escasa aceptación** por parte del profesional de la perspectiva, aportaciones o dificultades del paciente respecto del cambio de conducta. El profesional acapara prácticamente la mayor parte del control de la entrevista (mayor tiempo de habla, redireccionamiento...) y el paciente va a remolque de su iniciativa y control. El profesional **impone su criterio**.
1. El profesional **se muestra más persuasivo que directivo** en la exposición de la situación clínica y en la negociación de las opciones terapéuticas, sin tener en cuenta las opciones del paciente.
2. Hay una **aceptación condicionada** del discurso y las aportaciones del paciente. El profesional mantiene una preferencia por su postura a pesar de tener en cuenta la del paciente.
3. El profesional **tiene en cuenta la postura y condicionantes del paciente** y los incorpora a la entrevista en la elección de los objetivos, el diseño del plan de acción, etc. Hay un control simétrico de la entrevista pero **falta compromiso** por ambas partes.
4. El profesional **busca activamente las aportaciones, perspectivas o dificultades del paciente** respecto del cambio de conducta. Hay un control simétrico de la entrevista: el profesional se muestra dispuesto a colaborar con lo que el paciente le aporta a la vez que **le pide que se comprometa en la negociación**.

Ítem 13. Autonomía.

El profesional honra la autonomía del paciente, ayudándolo en la exploración de la conducta y la toma de decisiones de forma incondicional.

Criterios de valoración:

0. El profesional toma la mayor parte de las decisiones en la entrevista, **no permitiendo que se desarrolle un debate y una negociación**, ni que el paciente tome la decisión final sobre el cambio de conducta.
1. El profesional escucha al paciente pero se muestra poco proclive a negociar, **imponiendo su criterio clínico**.
2. El profesional da pie a que el paciente exponga sus opiniones y trata de negociar, pero **muestra una preferencia por su criterio**. Puede permitir que el paciente tome la decisión final sobre el cambio de conducta, pero **de forma condicionada** (doble pacto, cesión intencionada, etc.).
3. El profesional muestra interés por el criterio del paciente y **trata de incorporarlo a la toma de decisiones**.
4. El profesional ayuda al paciente en la toma de decisiones, buscando un **espacio común de decisión compartida**. El profesional respeta la decisión final del paciente sobre su conducta.

Ítem 14. Compasión.

El profesional demuestra a lo largo de la entrevista una intención de ayudar no condicionada.

Criterios de valoración:

0. El profesional **no demuestra un interés genuino de ayudar** al paciente. Hay una escasa aceptación de la realidad del paciente y el profesional antepone sus intereses a los del paciente (ya sean de carácter científico, para el cumplimiento de sus objetivos asistenciales, de carrera profesional, económicos, etc.)
1. El profesional puede aceptar la realidad del paciente, pero **prevalece su criterio clínico**. El paciente debe de someterse a sus indicaciones y esforzarse por cumplir con ellas.
2. El profesional demuestra una **relación de ayuda pero condicionada por sus intereses** cualesquiera que fuesen (consecución inmediata de resultados en salud, lo que es científicamente correcto, la necesidad de complacencia, etc.).
3. El profesional trata de ayudar al paciente sin que se observe una expresión clara de ello. Lo notamos en su esfuerzo por tratar de encontrar las mejores opciones a pesar de los condicionantes del paciente. **No aparecen intereses del profesional** a lo largo de la entrevista.
4. El profesional **demuestra** de manera evidente que su intención se dirige a una **relación de ayuda incondicional y genuina**, por encima de sus intereses.

Respuesta del paciente.

0. Confrontativa/ pasiva-huída

1. El paciente niega explícitamente el permiso al profesional para abordar la conducta problema.
2. El paciente se niega a describir su conducta, miente o da evasivas para no responder a las preguntas del entrevistador, minimiza el problema, da excusas para justificar su comportamiento...
3. El paciente niega que su conducta pueda perjudicarlo, bromea acerca de ello, manifiesta su falta de interés en las consecuencias, racionaliza para justificarse...
4. El paciente esconde sus emociones, las falsea o las banaliza.
5. El paciente muestra una ausencia de comprensión con el profesional, reflejando desagrado, asco, enfado, desidia, burla, prisa por terminar...hay gran cantidad de adaptadores durante la entrevista.
6. El paciente muestra su desagrado o falta de interés al profesional por tratar esos temas.
7. El paciente recrimina al profesional su entrometimiento, banaliza su intento de ayudar o lo ridiculiza.
8. El paciente asiente a todo lo que el profesional le dice de manera poco genuina, esperando que el profesional cierre la entrevista lo antes posible para marcharse, en una respuesta de huida.
9. El paciente actúa de manera pasiva ante un profesional autoritario y no participa en la entrevista, a pesar de que no muestre desinterés, porque se lo observa intimidado por la autoridad del profesional.

10. A nivel no verbal podemos observar:

Respuesta confrontativa. El paciente devuelve al profesional una mirada desafiante o gesticula ridiculizando lo que el profesional le propone, en tono burlesco, escenificando su desacuerdo con el lenguaje corporal y la expresión facial.

Respuesta de huida. El paciente desvía la mirada ocular, se retrae en su lenguaje corporal y se comporta de manera pasiva. Alternativamente, el paciente asiente de manera poco genuina, buscando contentar al profesional para acabar lo antes posible la entrevista, y su lenguaje corporal denota incomodidad.

1. Neutra.

1. El paciente no muestra acuerdo ni desacuerdo en hablar de su conducta problema.
2. El paciente responde a las preguntas del entrevistador de manera superficial, sin profundizar en la descripción de su conducta, y omitiendo detalles.
3. El paciente acepta la información ofrecida por el profesional sobre cómo su conducta puede perjudicarlo, sin poner de manifiesto su punto de vista.
4. El paciente acepta los señalamientos emocionales del profesional, sin profundizar en ellos.
5. El paciente se muestra mayoritariamente plano, poco afectado, en su LNV, mostrando actitudes estereotipadas y adaptadores en algunas ocasiones.
6. El paciente no muestra agrado ni desagrado al tratar la conducta problema, se limita a acceder a "estar allí"
7. El paciente no muestra agradecimiento al profesional por su entendimiento, pero tampoco muestra desconsideración, burla o enfado.

2. Colaborativa

1. El paciente se muestra dispuesto a hablar de su conducta problema cuando el profesional le pregunta.
2. El paciente describe su conducta.
3. El paciente explica cómo cree que su conducta puede perjudicarlo.
4. El paciente relata cómo su conducta le afecta a nivel emocional.
5. El paciente relata cómo su conducta le afecta a nivel emocional.
6. El paciente expresa a través del LNV estar en sintonía con el profesional, hay muy pocos adaptadores durante la entrevista.
7. El paciente manifiesta su gratitud al profesional por tratar esos temas, de forma verbal o no verbal.
8. El paciente manifiesta, de forma verbal o no verbal, su agradecimiento al profesional por su solidaridad emocional.

11.7. ANEXO 07. Consentimiento informado para las Unidades Docentes.

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN LA TECNOLOGÍA 2.0/3.0 Y LOS ENTORNOS INMERSIVOS, FRENTE A METODOLOGÍAS PRESENCIALES CLÁSICAS, EN EL APRENDIZAJE DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU TUTORIZACIÓN DURANTE SU PROGRAMA FORMATIVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento forma parte de un estudio comparativo acerca de la introducción de herramientas basadas en la web 2.0/3.0 y los entornos inmersivos en la docencia y la tutorización de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los objetivos del estudio son valorar el impacto de la introducción de estas herramientas en el aprendizaje del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, comparar la metodología basada en nuevas tecnologías con la metodología presencial tradicional, valorar el impacto en la relación residente-tutor con la introducción de nuevas estrategias de tutorización basadas en tecnología 2.0/3.0, y valorar el impacto en la satisfacción del residente en cuando a docencia recibida tras la introducción de las nuevas herramientas docentes.

Para ello, se requerirá completar una serie de cuestionarios, así como la videograbación de algunas consultas médicas con pacientes reales. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades. Solamente quedará registrada la conversación, no la exploración física. El material registrado formará parte del fichero de datos de carácter personal denominado Registro de videograbaciones, de titularidad de EBA Vallcarca SLP. La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento de este fichero es: Nieves Barragan Brun. CAP Vallcarca. Av Vallcarca 169-205, Ed. Pedraforca, 08023, Barcelona. T. 932594422. Se podrá poner de manifiesto en cualquier momento, la voluntad de revocar esta autorización, supuesto en el cual será destruido el material videoregistrado. El registro será destruido en un plazo máximo de 10 años.

Desde el punto de vista de la confidencialidad, se tendrá en cuenta la normativa que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) establece para los datos de salud, Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999. Los datos personales y de filiación quedarán bajo custodia del responsable del estudio nombrado a tal efecto. A todo participante (tutor o residente) incluido en el estudio se le identificará con un único número (el número de selección). El código identificador figurará en cada una de las fuentes del estudio. La base de datos donde figuren los códigos identificadores de los participantes se hallará independiente de la base de datos donde los datos derivados de la investigación sean introducidos.

Los resultados obtenidos se explotarán posteriormente de manera anonimizada, para ser correlacionados con el grupo asignado a cada participante y las herramientas utilizadas en cada caso.

El equipo investigador no conocerá en ningún momento la identidad de cada encuestado. Asimismo, no se emitirán comparativas finales nominativas entre Unidades Docentes. El participante podrá poner de manifiesto en cualquier momento la voluntad de revocar esta autorización.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA POSTERIOR EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS BAJO LOS TÉRMINOS EXPRESADOS

Unidad Docente

Firma

.....

POR EL EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre

Firma

.....

COPIA PARA EL EQUIPO INVESTIGADOR

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN LA TECNOLOGÍA 2.0/3.0 Y LOS ENTORNOS INMERSIVOS, FRENTE A METODOLOGÍAS PRESENCIALES CLÁSICAS, EN EL APRENDIZAJE DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y SU TUTORIZACIÓN DURANTE SU PROGRAMA FORMATIVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento forma parte de un estudio comparativo acerca de la introducción de herramientas basadas en la web 2.0/3.0 y los entornos inmersivos en la docencia y la tutorización de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Los objetivos del estudio son valorar el impacto de la introducción de estas herramientas en el aprendizaje del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, comparar la metodología basada en nuevas tecnologías con la metodología presencial tradicional, valorar el impacto en la relación residente-tutor con la introducción de nuevas estrategias de tutorización basadas en tecnología 2.0/3.0, y valorar el impacto en la satisfacción del residente en cuando a docencia recibida tras la introducción de las nuevas herramientas docentes.

Para ello, se requerirá completar una serie de cuestionarios, así como la videograbación de algunas consultas médicas con pacientes reales. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades. Solamente quedará registrada la conversación, no la exploración física. El material registrado formará parte del fichero de datos de carácter personal denominado Registro de videograbaciones, de titularidad de EBA Vallcarca SLP. La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento de este fichero es: Nieves Barragan Brun. CAP Vallcarca. Av Vallcarca 169-205, Ed. Pedraforca, 08023, Barcelona. T. 932594422. Se podrá poner de manifiesto en cualquier momento, la voluntad de revocar esta autorización, supósito en el cual será destruido el material videoregistrado. El registro será destruido en un plazo máximo de 10 años.

Desde el punto de vista de la confidencialidad, se tendrá en cuenta la normativa que la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) establece para los datos de salud, Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999. Los datos personales y de filiación quedarán bajo custodia del responsable del estudio nombrado a tal efecto. A todo participante (tutor o residente) incluido en el estudio se le identificará con un único número (el número de selección). El código identificador figurará en cada una de las fuentes del estudio. La base de datos donde figuren los códigos identificadores de los participantes se hallará independiente de la base de datos donde los datos derivados de la investigación sean introducidos.

Los resultados obtenidos se explotarán posteriormente de manera anonimizada, para ser correlacionados con el grupo asignado a cada participante y las herramientas utilizadas en cada caso.

El equipo investigador no conocerá en ningún momento la identidad de cada encuestado. Asimismo, no se emitirán comparativas finales nominativas entre Unidades Docentes. El participante podrá poner de manifiesto en cualquier momento la voluntad de revocar esta autorización.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA POSTERIOR EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS BAJO LOS TÉRMINOS EXPRESADOS

Unidad Docente

Firma

.....

POR EL EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre

Firma

.....

COPIA PARA EL PARTICIPANTE

11.8. ANEXO 08. Consentimiento informado para los residentes participantes.

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN LA TECNOLOGÍA 2.0/3.0 EN LA DOCENCIA DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento forma parte de un estudio comparativo acerca de la introducción de herramientas basadas en la tecnología 2.0/3.0 en la docencia de Entrevista Motivacional en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los objetivos del estudio son valorar el impacto de la introducción de estas herramientas en el aprendizaje del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, comparar esta metodología basada en nuevas tecnologías con la metodología presencial tradicional, y valorar el impacto en la satisfacción del docente y del discente en cuanto a docencia recibida e impartida tras la introducción de las nuevas herramientas docentes.

Para ello, se requerirá completar una serie de cuestionarios, así como la videograbación de algunas consultas médicas con pacientes estandarizados. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades. Los datos personales y de filiación quedarán bajo custodia del responsable del estudio nombrado a tal efecto. A todo participante (tutor o residente) incluido en el estudio se le identificará con un único número (el número de selección). El código identificador figurará en cada una de las fuentes del estudio. La base de datos donde figuren los códigos identificadores de los participantes se hallará independiente de la base de datos donde los datos derivados de la investigación sean introducidos.

Los resultados obtenidos se explotarán posteriormente de manera anonimizada, para ser correlacionados con el grupo asignado a cada participante y las herramientas utilizadas en cada caso.

El equipo investigador no conocerá en ningún momento la identidad de cada encuestado. Asimismo, no se emitirán comparativas finales nominativas entre Unidades Docentes. El participante podrá poner de manifiesto en cualquier momento la voluntad de revocar esta autorización.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA POSTERIOR EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS BAJO LOS TÉRMINOS EXPRESADOS

Participante

Firma

.....

POR EL EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre

Firma

.....

COPIA PARA EL EQUIPO INVESTIGADOR

IMPACTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO BASADO EN LA TECNOLOGÍA 2.0/3.0 EN LA DOCENCIA DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento forma parte de un estudio comparativo acerca de la introducción de herramientas basadas en la tecnología 2.0/3.0 en la docencia de Entrevista Motivacional en Medicina Familiar y Comunitaria.

Los objetivos del estudio son valorar el impacto de la introducción de estas herramientas en el aprendizaje del residente de Medicina Familiar y Comunitaria, comparar esta metodología basada en nuevas tecnologías con la metodología presencial tradicional, y valorar el impacto en la satisfacción del docente y del discente en cuanto a docencia recibida e impartida tras la introducción de las nuevas herramientas docentes.

Para ello, se requerirá completar una serie de cuestionarios, así como la videograbación de algunas consultas médicas con pacientes estandarizados. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades. Los datos personales y de filiación quedarán bajo custodia del responsable del estudio nombrado a tal efecto. A todo participante (tutor o residente) incluido en el estudio se le identificará con un único número (el número de selección). El código identificador figurará en cada una de las fuentes del estudio. La base de datos donde figuren los códigos identificadores de los participantes se hallará independiente de la base de datos donde los datos derivados de la investigación sean introducidos.

Los resultados obtenidos se explotarán posteriormente de manera anonimizada, para ser correlacionados con el grupo asignado a cada participante y las herramientas utilizadas en cada caso.

El equipo investigador no conocerá en ningún momento la identidad de cada encuestado. Asimismo, no se emitirán comparativas finales nominativas entre Unidades Docentes. El participante podrá poner de manifiesto en cualquier momento la voluntad de revocar esta autorización.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA POSTERIOR EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS BAJO LOS TÉRMINOS EXPRESADOS

Participante

Firma

.....

POR EL EQUIPO INVESTIGADOR

Nombre

Firma

.....

COPIA PARA EL PARTICIPANTE

11.9. ANEXO 09. Consentimiento informado para la realización de videograbaciones.

Consentimiento informado para autorizar la videograbación de la entrevista clínica por parte del usuario.
--

Yo, _____

Declaro que el/la Dr/Dra _____

Me ha informado de lo siguiente:

1. La consulta médica de hoy será registrada mediante una videograbación.
2. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional y el estudio de metodologías docentes, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades.
3. El profesional que me atiende (Dr/Dra _____) podrá analizar el registro con otros profesionales, y así poder mejorar sus habilidades comunicativas.
4. Solamente quedará registrada la conversación, no la exploración física.
5. El material registrado formará parte del fichero de datos de carácter personal denominado Registro de videograbaciones, de titularidad de EBA Vallcarca SLP.
6. La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento de este fichero es: Nieves Barragan Brun. CAP Vallcarca. Av Vallcarca 169-205, Ed. Pedraforca, 08023, Barcelona. T. 932594422.
7. Podré poner de manifiesto en cualquier momento, delante del profesional que me atiende, o delante del órgano responsable del tratamiento, la voluntad de revocar esta autorización, supósito en el cual será destruido el material videoregistrado.
8. El registro será destruido en un plazo máximo de 10 años.
9. Óbviamente, me puedo negar a ser grabado en video, y seré atendido como siempre, sin ningún tipo de falta de consideración.

Y, por tanto, doy mi autorización a que se registre la consulta médica.

_____, a _____ de _____ de 20__.

COPIA PARA EL EQUIPO INVESTIGADOR

Consentimiento informado para autorizar la videograbación de la entrevista clínica por parte del usuario.

Yo, _____

Declaro que el/la Dr/Dra _____

Me ha informado de lo siguiente:

1. La consulta médica de hoy será registrada mediante una videograbación.
2. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional y el estudio de metodologías docentes, y en ningún caso será utilizado para otras finalidades.
3. El profesional que me atiende (Dr/Dra _____) podrá analizar el registro con otros profesionales, y así poder mejorar sus habilidades comunicativas.
4. Solamente quedará registrada la conversación, no la exploración física.
5. El material registrado formará parte del fichero de datos de carácter personal denominado Registro de videograbaciones, de titularidad de EBA Vallcarca SLP.
6. La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento de este fichero es: Nieves Barragan Brun. CAP Vallcarca. Av Vallcarca 169-205, Ed. Pedraforca, 08023, Barcelona. T. 932594422.
7. Podré poner de manifiesto en cualquier momento, delante del profesional que me atiende, o delante del órgano responsable del tratamiento, la voluntad de revocar esta autorización, supósito en el cual será destruido el material videoregistrado.
8. El registro será destruido en un plazo máximo de 10 años.
9. Óbviamente, me puedo negar a ser grabado en video, y seré atendido como siempre, sin ningún tipo de falta de consideración.

Y, por tanto, doy mi autorización a que se registre la consulta médica.

_____, a _____ de _____ de 20__.

COPIA PARA EL PACIENTE